

Министерство науки и образования Российской Федерации
Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова
Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
Якутское региональное отделение Российской общественной организации
«Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья»

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ,
СОЦИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ**

Материалы Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием

г. Якутск, 21–24 июня 2023 г.

Якутск

2023

УДК 614.88(063)

ББК 53.5

О11

Редакционная коллегия:

Н.В. Саввина, заведующий кафедрой «Организация здравоохранения и профилактическая медицина» МИ СВФУ, д. м. н., профессор;

Н.М. Гоголев, директор МИ СВФУ, к. м. н., доцент;

М.Н. Петрова, доцент кафедры «Организация здравоохранения и профилактическая медицина» МИ СВФУ, к. м. н., доцент

Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения: интеграция науки и практики [Электронный ресурс] : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, г. Якутск, 21–24 июня 2023 г. / [Редкол. : Н.В. Саввина, Н.М. Гоголев, М.Н. Петрова].– Якутск : Издательский дом СВФУ, 2023. – 1 электрон. опт. диск.

ISBN 978-5-7513-3575-5

Сборник содержит материалы, посвященные системе здравоохранения в новой реальности, цифровому здравоохранению, актуальным вопросам качества и безопасности медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи; сохранению и укреплению здоровья, организации медицинской помощи при социально значимых инфекционных заболеваниях в период пандемии COVID-19, организационным и профилактическим направлениям в перинатологии и педиатрии; этико-деонтологическим аспектам в деятельности врача; внедрению системы здоровьесбережения и социального долголетия населения РС (Я), профилактике неинфекционных заболеваний. Материалы публикуются в авторской редакции.

Сборник рекомендован студентам старших курсов, ординаторам, магистрантам, аспирантам, специалистам в области практического здравоохранения.

УДК 614.88(063)

ББК 53.5

ISBN 978-5-7513-3575-5

© Северо-Восточный федеральный университет, 2023

СОСТАВ
организационного комитета по подготовке и проведению
Всероссийской научно-практической конференции с международным участием
«Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения:
интеграция науки и практики»

Председатель:

Саввина Надежда Валерьевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ, председатель совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04, председатель Правления Якутского регионального отделения РОО «Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья» (г. Якутск);

Сопредседатели:

Афанасьева Лена Николаевна – к. м. н., министр здравоохранения Республики Саха (Якутия), исполняющий обязанности заведующей базовой кафедры «Онкология» ФПОВ МИ СВФУ (г. Якутск);

Гоголев Николай Михайлович – к. м. н., доцент, директор Медицинского института СВФУ (г. Якутск).

Секретарь:

Тимофеев Артем Леонидович – к. м. н., доцент кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ, зам. главного врача по организационно-методической работе ГБУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска» (г. Якутск).

Члены:

Аргунова Аграфена Николаевна – к. м. н., доцент, заведующая кафедрой госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии МИ СВФУ (г. Якутск);

Байбаллыкова Елена Порфирьевна – старший преподаватель кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ (г. Якутск);

Бурцева Татьяна Егоровна – д. м. н., профессор кафедры педиатрии и детской хирургии МИ СВФУ (г. Якутск);

Горохов Александр Васильевич – к.э.н., директор ТФОМС РС (Я) (г. Якутск);

Григорьева Наталья Александровна – к. м. н., доцент кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины, руководитель отделения «Медико-профилактическое дело» МИ СВФУ (г. Якутск);

Дмитриева Саргылана Михайловна – к.б.н., заместитель директора по учебной работе МИ СВФУ (г. Якутск);

Жирков Станислав Николаевич – генеральный директор ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины имени М. Е. Николаева» (г. Якутск);

Коростелева Аида Викторовна – директор ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» (г. Якутск);

Максимова Айтилина Алексеевна – начальник отдела ординатуры и аспирантуры МИ СВФУ (г. Якутск);

Маркова Евгения Егоровна – главный врач ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска» (г. Якутск);

Никитина Алена Михайловна – главный врач ГБУ РС (Я) «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (г. Якутск);

Петрова Милана Николаевна – к.м.н., доцент, доцент кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ (г. Якутск);

Протопопова Анна Ивановна – к. м. н., доцент, декан факультета последипломного обучения врачей МИ СВФУ (г. Якутск);

Слепцова Снежана Спиридоновна – д. м. н., доцент, заместитель директора по науке, зав. кафедрой инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии МИ СВФУ (г. Якутск);

Тимофеев Леонид Федорович – д. м. н., профессор кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ (г. Якутск);

Ядрихинская Вера Николаевна – к. м. н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии МИ СВФУ, руководитель отделения «Лечебное дело» МИ СВФУ (г. Якутск).

Члены Научного комитета:

Аленицкая Марина Владимировна – д.м.н., профессор Департамента общественного здоровья и профилактической медицины Школы медицины ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет» Минобрнауки России (г. Владивосток);

Бурцева Татьяна Егоровна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детской хирургии МИ СВФУ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Гайдаров Гайдар Мамедович – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный врач Республики Бурятия, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Иркутск);

Гольдерова Айталина Семеновна – д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Евстафьева Юлия Валерьевна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (г. Чита);

Иванова Альбина Аммосовна – д.м.н., заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи ФПОВ МИ СВФУ, доцент, ученый секретарь совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Киселев Сергей Николаевич – д.м.н., профессор, почетный работник сферы образования РФ, проректор по учебно-воспитательной работе, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Хабаровск);

Меньшикова Лариса Ивановна – д.м.н., профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава РФ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Москва);

Мордовский Эдгар Артурович – д.м.н., доцент, директор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава РФ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Архангельск);

Мороз Ирина Николаевна – д.м.н., профессор, первый проректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета (г. Минск);

Потапов Александр Филиппович – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи, доцент ФПОВ МИ СВФУ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Саввина Надежда Валерьевна – д.м.н., профессор, почетный работник высшего профессионального образования РФ, заслуженный деятель науки РС (Я), зав. кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ, председатель совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Слепцова Снежана Спиридоновна – д.м.н., зав. кафедрой инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии МИ СВФУ, доцент, зам. председателя совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Тимофеев Леонид Федорович – д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ, профессор, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Якутск);

Черкасов Сергей Николаевич – д.м.н., доцент, главный научный сотрудник ФГБУ науки «Институт проблем управления имени В. А. Трапезникова» РАН, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Москва);

Шатовалова Марина Александровна – д.м.н., профессор, проректор по последипломному образованию, зав. кафедрой экономики и управления здравоохранения с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, член совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 24.2.396.04 (г. Астрахань).

Участникам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения: интеграция науки и практики»

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

От имени Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) и от себя лично приветствую организаторов, участников и гостей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения: интеграция науки и практики».



Сегодня развитию системы общественного здоровья отводится большое внимание, это очень важное направление в отрасли здравоохранения. Предстоящая конференция по праву является значимым для медицинского сообщества мероприятием. Для участников конференции – это уникальная возможность получить ценные профессиональные знания от ведущих научных медицинских организаций, ведущих организаторов здравоохранения, обменяться опытом, ознакомиться с инновациями и современными тенденциями здравоохранения. И мы с радостью отмечаем, что научно-практическая конференция с каждым годом вызывает широкий интерес не только среди практических врачей, организаторов здравоохранения, ученых, но и среди студентов, ординаторов, магистрантов.

Программа научно-практической конференции насыщена и разнообразна для профессионального общения и убеждена, что рассматриваемые вопросы, например, как «Организация медицинской помощи при социально-значимых инфекционных заболеваниях в период пандемии COVID-19», «Профилактика неинфекционных заболеваний – от диспансеризации к диспансерному наблюдению» или «Цифровое здравоохранение: устойчивое развитие в новых условиях» и многие другие вопросы позволят обобщить накопленный практический опыт, обсудить актуальные вопросы здравоохранения и медицинской науки, медицинского образования и организации медицинской помощи.

Уверена, что научно-практическая конференция станет важным научным и образовательным событием не только в Дальневосточном регионе, но и вне Российской Федерации, ведь на конференции участвуют ведущие научные сотрудники и врачи Республики Беларусь, Москвы, Архангельска, Астрахани, Владивостока, Иркутска, Тюмени, Улан-Удэ, Хабаровска, Читы, Благовещенска, Якутска и многие другие.

Надеюсь, что опыт, полученный участниками конференции, внесет весомый вклад в совместные усилия врачебного сообщества и станет хорошим стимулом для новых научных, клинических и технологических достижений на благо здоровья жителей республики.

Желаю всем участникам конференции успешной работы, плодотворного сотрудничества, интересных встреч и дискуссий, благополучия и здоровья!

*Афанасьева Лена Николаевна,
министр здравоохранения Республики Саха (Якутия), к. м. н.*

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДРУЗЬЯ!



От имени организаторов рада приветствовать вас на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения: интеграция науки и практики» в Якутске!

Конференция является уникальной площадкой для обмена опытом, ознакомления с наиболее прогрессивными теоретическими взглядами и практическими методами организации здравоохранения, предлагая современный международный формат научной деятельности, направленной на получение новых знаний и способов их применения. Данное мероприятие предоставляет прекрасную возможность познакомиться с результатами последних научных исследований общественного здоровья, социологии и организации здравоохранения.

На конференции встретятся ведущие российские и зарубежные ученые, талантливые педагоги, представители органов власти и организаторы здравоохранения, молодые врачи и аспиранты, что делает предстоящее событие авторитетной площадкой для конструктивного многостороннего диалога.

Новые вызовы и современные реалии предъявляют к специалистам дополнительные требования и сегодня, особую актуальность приобретают вопросы междисциплинарной подготовки врачей и необходимость в углублении, совершенствовании профессиональных знаний в области организации здравоохранения и профилактической медицины.

Перед участниками этого крупнейшего мероприятия стоят масштабные задачи, в повестке дня широкий спектр вопросов, касающихся развития медицинской науки, образования и практики, программа конференции насыщена самыми разными тематическими мероприятиями, которые внесут значимую лепту в решение задач здравоохранения.

Уверена, что конференция будет способствовать продуктивному обмену опытом, обсуждению проблем здравоохранения и определению перспектив ее развития на ближайшие годы. Искренне надеюсь, что в рамках конференции все мы получим возможность обсудить вопросы междисциплинарного взаимодействия.

Желаю всем участникам конференции плодотворной работы, каждому – крепкого здоровья!

Саввина Надежда Валерьевна,
д.м.н., профессор, председатель Правления Якутского регионального отделения РОО
«Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья», заведующая
кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины МИ СВФУ,
Почетный работник высшего профессионального образования РФ,
заслуженный деятель науки РС (Я)

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

НОВАЯ МОДЕЛЬ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ МУЖЧИН В ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ РОССИИ

О.И. Аполихин,

член Общественной палаты РФ по демографии, защите семьи, детей и традиционных семейных ценностей, Главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью мужчин, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, Москва, Россия

Одним из стратегических императивов при оценке перспектив развития нашего государства является – сбережение и преумножение народа России. Вместе с тем, с учётом пандемии новой коронавирусной инфекции, санкционной политики, специальной военной операции краеугольной демографической проблемой в стране остается сокращение рождаемости и сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста.

В 2022 г. естественная убыль россиян сохранилась и составила 599616 человек. Данный показатель стал ниже на 42,5% по сравнению с 2021 г., но все же остается очень высоким. При этом сохраняется тенденция к снижению рождаемости (на 6,9%).

На сегодняшний момент суммарный коэффициент рождаемости (СКФ) в России составляет 1,42 и, несмотря на меры государственной поддержки, продолжает снижаться (в 2021 году – 1,50). Для удержания статус-кво, нашей стране необходимо, чтобы он составлял не менее 2,1.

Несмотря на то, что показатели материнской и младенческой смертности в последнее время находятся на исторически минимальных значениях, построены и активно функционируют перинатальные центры в каждом

регионе РФ, активно выполняются программы по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), существенного прироста рождаемости не отмечено.

Дети рождаются в семье! Вместе с тем, что количество браков ежегодно увеличивается (в 2022 г. показатель вырос на 14,1%) продолжает отмечаться тенденция к увеличению числа разводов. В первые 5 лет совместной жизни разводится более 30% супружеских пар, а именно в этот период, как правило, происходит рождение первенца. Сегодня каждая десятая женщина или одинока, или мать-одиночка. По некоторым данным, это или вдовы (41,6%), или в разводе (35,4%), или не были замужем.

Антисемейная парадигма «чайлдфри», отсутствие запрета на пропаганду ЛГБТ до 5 декабря 2022 г., недостаточная пропаганда традиционных семейных ценностей в школах во многом связаны с сегодняшней катастрофической ситуацией. Ранний сексуальный дебют подростков (у мальчиков в 15–16 лет, а у девочек в 16–17 лет), частая смена половых партнеров, неготовность к семейной жизни ведет к росту абортов, развитию инфекций, передающихся половым путем, развитию онкологических заболеваний органов репродуктивной системы, значительно ухудшающих потенциальную фертильность.

Недостаточность, а часто и полное отсутствие знаний у подростков об инфекциях передающихся половым путем и их влиянии на репродуктивное здоровье приводит к тому, что во время вступления в брак репродуктивная функция резко нарушена. На сегодняшний день в России каждая 6 супружеская пара имеет проблемы с зачатием. Несмотря на то, что ЭКО в России сегодня обеспечивается государством, только 35–40% попыток результативны.

Значительный негативный вклад в демографию вносит сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста. Большее вовлечение женщин в систему здравоохранения ведет к тому, что 92% из них доживает до пенсии, а средняя продолжительность жизни составляет 79,3 лет.

На сегодняшнем этапе развития интенсификация применяемых мер в существующей парадигме не может дать ожидаемых пропорциональных результатов. Дальнейшее внедрение высокотехнологичных инструментов, повышая комплементарность, не способно обеспечить решения демографических проблем. Требуются экстраординарные меры, направленные не столько на интенсификацию работы существующей системы, а смену парадигмы.

На сегодняшний момент в отечественном здравоохранении доминирует западная модель общества потребления. Врач является продавцом, а пациент – клиентом, покупателем. Акцент сделан на интенсификацию оказания высокотехнологичных услуг, требующих регулярного повторения для поддержания качества жизни. В результате это приводит к эскалации лечения и, как следствие, к всевозрастающим затратам.

В настоящих условиях императивом становится необходимость возврата к всемирно признанной модели здравоохранения на основе управления рисками, в рамках которой главной ценностью являются не финансовые показатели рынка медицинских услуг, не количество проведённых оперативных вмешательств, курсов лечения, а здоровье самого человека. Основной акцент делается на первичном звене здравоохранения. Задача здравоохранения – «не дать заболеть», а не «хорошо лечить запущенные формы заболеваний». Современные технологические решения позволят многократно повысить эффективность данной модели, выстроенной на системе управления рисками. Данная модель в условиях минимальных ресурсов обеспечивает высокие результаты национального здоровья и требуемый социальный мир в государстве.

СТРАТЕГИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

И.А. Аполихина¹, О.В. Татарина², А.С. Асекритова^{2,3}, Е.А. Горбунова, Г.Т. Сухих¹

¹ ФГБУ НМИЦ АГиП им. акад. В.И. Кулакова МЗ РФ, Москва, Россия

² ГАУ РС (Я) «Республиканская клиническая больница №3»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

³ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Рак шейки матки (РШМ) – это глобальный приоритет общественного здравоохранения. В 2020 г. ВОЗ предложила стратегию по ликвидации РШМ, предусматривающую 3 ключевых компонента: вакцинация, скрининг и лечение. При их успешной реализации к 2050 г. количество новых случаев заболевания уменьшится на 40 % и тогда станет возможным предотвратить 5 млн случаев смертей, связанных с РШМ.

В структуре заболеваемости женского населения в мире на 2021 г. РШМ находится на 4-м месте, а в России РШМ – на 5-м (4,9%). В 2021 г. в России диагноз РШМ был установлен у 15 364 женщин. Средний возраст с впервые установленным диагнозом РШМ в 2021 г. стал 52,6 лет.

С момента своего появления 75 лет назад эксфолиативная цитология (широко известная как «Пап-тест») была основой скрининга РШМ. Сегодня известно, что основной причиной РШМ является вирус папилломы человека (ВПЧ). Многочисленные примеры из разных стран показывают, что наиболее эффективны для скрининга ВПЧ-тест и co-test, что позволяет удлинить интервалы скрининга и делает «ежегодный Пап-тест» историческим артефактом.

В настоящее время в Республике Саха (Якутия) скрининг РШМ реализуется в трёх направлениях: региональный проект «Развитие персонализированной медицины и биоинформатики на 2020-2024 гг.», национальная социальная инициатива АСИ «Раннее выявление РШМ на

основе ВПЧ-диагностики в Республике Саха (Якутия)», выполнение НИР «Раннее выявление РШМ на основе ВПЧ-диагностики среди женщин сельского населения Республики Саха (Якутия)». Методическая поддержка в этих проектах оказывается ведущими экспертами ФГБУ НМИЦ АГиП им. акад. В.И. Кулакова МЗ РФ. В рамках этих направлений стоят две цели: не только увеличить охват женщин скринингом раннего выявления РШМ на основе ВПЧ-диагностики, но и существенно сократить сроки ожидания результатов обследования женщинами: с имеющихся 103-195 дней (текущий показатель на март 2022 г.) до 10-17 дней (целевой показатель на 31 декабря 2023 г.). ВПЧ-тестирование проводилось на 16 тип ВПЧ, 18 тип ВПЧ и группу из 12 других высокоонкогенных типов ВПЧ. В 2021 г. выполнено 2358 исследований, из них ВПЧ-негативный результат в 86,5%, а ВПЧ-позитивный в 13,5% (суммарно из 3,7% выявления ВПЧ 16 тип, 0,8% – 18 тип и 9% – 12 других типов ВПЧ). В 2022 г. выполнено 4549 исследований, из них ВПЧ-негативный результат в 88,7%, а ВПЧ-позитивный в 11,3% (суммарно из 2,8 % выявления ВПЧ 16 тип, 0,3 % – 18 тип и 8,2 % – 12 других типов ВПЧ).

В проектах используется co-test (ПЦР-тестирование на ВПЧ вместе с традиционной или жидкостной цитологией), а при аномальных результатах цитологии и/или положительном тесте на ВПЧ выполняется иммуноцитохимическое исследование (ИЦХ) в соответствии с действующими клиническими рекомендациями РФ. Для всех женщин, прошедших co-test, составлен маршрут для скрининга РШМ: при результате NILM и отрицательном тесте на ВПЧ (в 2022 г. – 4035 пациентки, в 2021 г. – 828) – приглашение на скрининг через 5 лет. При результатах ASC-US, LSIL на фоне отсутствия ВПЧ и результатах NILM, ASC-US на фоне присутствия ВПЧ 12 онкогенных типов, кроме 16 и 18 типов (в 2022 г. – 742 пациенток, в 2021 г. – 172) направлены на ИЦХ на p16/Ki-17. При отрицательном результате ИЦХ (в 2022 г. – 514 пациенток, в 2021 г. – 128) – приглашение на скрининг через 1 год, а при положительном результате ИЦХ («двойная метка», в 2022 г. – 228 пациенток, в 2021 г. – 44) – направление в онкодиспансер на кольпоскопию и

биопсию шейки матки. За счёт того, что выполнялся co-test, у нас появилась возможность приглашать не каждый год женщину на цитологию, а, при отсутствии изменений, раз в 5 лет. Очень важно, что тариф на co-test с ИЦХ-исследованием по показаниям внедрен в систему ОМС Республики Саха (Якутия).

Принятая в России стратегия цитологического скрининга, которая не менялась в течение последних 30 лет, устарела, является недостаточно эффективной и должна быть существенно видоизменена. Только одновременное использование цитологии и ВПЧ-тестирования значительно снижает риск «проскальзывания» больных через сеть скрининговых программ и обеспечивает предотвращение РШМ. Использование метода сортировки с определением биомаркеров p16/Ki-67 при ИЦХ исследовании для дифференциальной диагностики тяжести поражения шейки матки при результатах аномальной цитологии, как дополнение к ко-тесту, позволяет значимо повысить эффективность скрининга на РШМ с выявлением большего числа предраковых поражений при уменьшении количества кольпоскопий, что также совпадает с продолжающейся эволюцией скрининга РШМ в мире. РШМ – это единственное онкологическое заболевание, которое можно избежать. Если онкологи лечат уже выявленный РШМ, то основная задача по профилактике РШМ и выявлению ВПЧ ложится на плечи гинекологов – именно они должны своевременно обнаружить и вылечить ВПЧ и предрак шейки матки.

ОПЫТ КЛИНИКИ ПО АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ФАКТ И ПЛАНЫ

В.А. Беленькая, А.Г. Андоверова

Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области

«Городская поликлиника №5», Тюмень, Тюменская область, Россия

На современном этапе одним из важнейших компонентов совершенствования системы управления качеством является автоматизация процессов управления. Использование потенциала, заложенного в продуманной автоматизации, существенно повышает оперативность и эффективность управления в организации.

При создании автоматизированных информационных систем необходимо понимать невозможность и бесполезность полной автоматизации всей системы управления качеством. Также, должно избегать перепроизводства и учитывать, что ряд функций уже реализуется в других производственных подсистемах. Немаловажным ограничивающим фактором, вынуждающим к прицельности автоматизации, являются органичные ресурсы и юридические рамки. Наряду с этим, специализированные программные продукты менеджмента качества должны обеспечивать знаковые и трудоемкие функции, связанные с процессами, отчетностью, наполняющих деятельность по управлению качеством. Использование подходов, заложенных в модель управления качеством и улучшения процессов – цикл Деминга (PDCA) позволяет системно подходить к процессам автоматизации.

Учитывая все вышеизложенное, мы в нашей клинике планомерно проводим автоматизацию процессов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. В качестве эффективных инструментов управления качеством хотим представить Вам следующие программные

продукты: АИС¹ «Контроль качества», ИС² КИТАСТIVE и модуль МИС³ «1С» «Оценка качества медицинской помощи». Представляем основные характеристики заявленных программных продуктов.

АИС «Контроль качества» позволяет формировать репозиторий нормативно-методической актуальной документации организации, проводить адресную рассылку документов с учетом должности сотрудников через систему личных кабинетов сотрудников, проводить и контролировать теоретическое обучение сотрудников, регистрировать результаты внутренних аудитов, проводить согласование стандартных операционных процедур. Данная программа обеспечивает круглосуточный доступ в личный кабинет сотруднику вне зависимости от пребывания в здании поликлиники, в том числе и при оказании помощи пациентам на дому.

ИС КИТАСТIVE позволяет осуществлять управление жизненным циклом медицинского оборудования в медицинской организации от заявки до утилизации, включая управление всеми регламентными и техническими работами. Имеющаяся мобильная версия позволяет ответственным сотрудникам осуществить быструю, в том числе и голосовую подачу заявок, использовать сканирование оборудования для подачи заявок, иметь возможность загрузки изображений и любых других файлов, а также проводить просмотр заявок.

МИС «1С» «Оценка качества медицинской помощи» является модулем региональной МИС, что обеспечивает возможность проведения внутренней оценки на соответствие с критериями качества, предусмотренного приказом 203н⁴, реализуется возможность экспертной истории как пациента, так и внутренняя экспертная оценка врача. Данный проект реализован в масштабах региона для стационаров и поликлиник.

¹ АИС- автоматизированная информационная система.

² ИС – информационная система.

³ МИС – медицинская информационная система.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Кроме того, каждая из представленных информационных систем формирует блок отчетной документации в автоматическом режиме.

За счет имеющихся технических решений все информационные системы гибкие и дают возможность дальнейших доработок. В настоящее время определены первоочередные перспективы развития каждой из них.

Опыт нашей клиники по автоматизации процессов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности показал перспективность выбранных решений с возможностью существенной экономии людских и временных ресурсов. Помимо этого, кратно повышается прозрачность всех выстраиваемых процессов.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

О.П. Беньковская

КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9», Владивосток, Приморский край, Россия

Принципами организации здравоохранения Приморского края являются: приоритет интересов пациента, концентрация ресурсов на значимых направлениях, основной ресурс системы – медицинские кадры, управление качеством и безопасностью медицинской деятельности, информатизация медицинских и управленческих процессов, финансовая устойчивость и стабильность системы.

В 2021 г. медицинским сообществом Приморского края приняты ценности системы здравоохранения Приморского края: профессионализм – сохраняя лучшие традиции отечественной медицины, мы считаем основой работы достижения современной науки и клинической практики; развитие – непрерывно обучаясь, мы создаем возможности для развития каждого сотрудника, внедряем новые технологии и совершенствуем процессы; ответственность – нам доверяют самое ценное – жизнь и здоровье, и, осознавая последствия принимаемых решений, мы сделаем все возможное, чтобы их сохранить; уважение – мы принимаем пациента как равного партнера в сохранении здоровья и улучшении качества жизни; безопасность – мы создаем безопасные условия для пациентов и сотрудников, снижая возможные риски при оказании медицинской помощи; доступность – мы создаем возможность равного доступа к системе здравоохранения всех пациентов, оказывая медицинскую помощь своевременно и в необходимом объеме.

В рамках реализации региональной модели системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности работает

Региональный центр Компетенций в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в Приморском крае.

39 медицинских организаций Приморского края участвуют во внедрении системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, 72 региональных стандарта разработаны региональными рабочими группами проекта, 14 медицинских организаций успешно прошли сертификацию. Начато внедрение системы менеджмента качества по новым направлениям – лаборатория, стоматология, скорая медицинская помощь. Пилотный проект в Приморском крае вышел за пределы столицы региона – сертифицирована первая центральная районная больница.

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ГБУ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) «ЯКУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №2»

С.А. Васильева, С.В. Килячкова, А.А. Негнурова

ГБУ РС (Я) «Якутская городская больница №2», Якутск, Республика Саха (Якутия),
Россия

Ориентация на человека в системе здравоохранения в последние годы приобретает все новые очертания. Пациент занимает центральное место в организации медицинской помощи, и медицинские организации нашей республики активно начали реализовывать мероприятия пациентоориентированного подхода. В большинстве российских публикаций данный подход понимается как ориентация врача на пациента и создание комфортной среды для него.

В Якутской городской больнице № 2 реализуются проекты с активным привлечением медицинского персонала в разработку проектов, направленных на улучшение комфортной среды для пациентов и улучшение процессов оказания услуг. Внедрена и эффективно работает система обратной связи с пациентом. На данный момент в больнице используется 10 форм обратной связи. Успешно реализуется Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)». Для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи в декабре 2022 г. стартовал пилотный проект «Патронажный участок» на базе офиса врача ул. Кузьмина 30/2.

Проведение мероприятий пациентоориентированного подхода позволяют оптимизировать условия для эффективной и качественной работы медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений и, как следствие, улучшить качество оказания медицинской помощи населению в первичном звене здравоохранения.

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРИЗИСНОГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А. В. Горохова, Н. А. Зинатулин, М. В. Божук, А. О. Клименко, Т. В. Коваленко
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая детская
психиатрическая больница», Владивосток, Приморский край, Россия

Детская психиатрическая помощь – единственная служба, находящаяся на стыке медицины, образования, социальной сферы.

На базе ГБУЗ ККДПБ, в Кризисно-адаптационном центре «Мир ребенка», включающем отделение «Телефон доверия» и кабинет медико-социально-психологической помощи, с января 2016 г. постоянно проводится оказание профилактической, консультативной, лечебной психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи несовершеннолетним жителям края и г. Владивосток, склонным к суицидальным попыткам, подвергшимся жестокому обращению, сексуальному насилию, также их родителям и близкому окружению, как по Детскому телефону доверия, работающего под единым общероссийским номером 8-800-2000-122 так и при личном обращении в центр. Так же принимаются звонки на телефонную линию Кризисного центра 8-423-207-70-75. Центр работает в круглосуточном режиме. Организованы дежурные смены.

Вся работа строится в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказом Минздрава России от 24.06.2021 г. № 664н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в

случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Приморского края от 24.08.2021 г. № 18/пр/1081, утвержденному Порядку межведомственного взаимодействия.

Профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних в крае осуществляется в соответствии с Комплексом мер, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.04.2021 № 1058-р.

В системе профилактики участвуют следующие структуры: комиссии по делам несовершеннолетних и защите прав; Центры социально-педагогической помощи; органы опеки и попечительства; управление образования; Центр занятости; инспектора по делам несовершеннолетних УМВД по Приморскому краю; Следственный комитет по Приморскому краю; Департамент молодёжной политики администрации Приморского края; благотворительные организации.

Работа проводится по нескольким направлениям.

1. Активно функционирует система профилактики образовательных учреждений. (Программа «Зонт», семинары, мероприятия для детей, скрининг-тестирование детей средней и старшей школы для выявления депрессивных и суицидальных мыслей и намерения).

2. Проводится медицинский уровень профилактики самоубийств. Представлен работой Кризисно-адаптационного центра «Мир ребёнка», Центром медико-социальной помощи. Эффективность медицинской профилактики достигается обеспечением населения доступной и квалифицированной психолого-психиатрической помощью. Мероприятия на уровне вторичной (селективной) профилактики. Ориентирована на решение актуальных проблем подростка с суицидальным поведением и стабилизация психического состояния, преодоление предсуицидального кризиса. Работа с детским коллективом в случае завершённого суицида проводится клиническими психологами медицинского учреждения.

3. В Приморском крае функционирует федеральная линия «Детский телефон доверия» на базе нашего учреждения и в социально-реабилитационном центре; также работают два кризисных телефона в системе здравоохранения и социальной защиты – круглосуточно, бесплатно, анонимно. Кризисное телефонное консультирование и терапия, действующая круглосуточно, является наиболее эффективной формой оказания неотложной помощи при ситуационных кризисах.

5. Поскольку большинство суицидов совершается лицами с теми или иными нарушениями психического здоровья, то их ранняя диагностика и своевременное адекватное лечение являются эффективными антисуицидальными факторами. В особой степени это относится к депрессивным расстройствам. Принципиально важно, что такая помощь должна оказываться не только в психиатрических учреждениях, но и в первичной медицинской сети (поликлиники, амбулатории), поскольку именно в общесоматические учреждения впервые обращается большинство таких пациентов. В Приморском крае проводится тестирование в общесоматической сети с целью выявления депрессивного состояния.

6. Информационно-просветительская работа, проводимая в рамках психопрофилактики и психопросвещения, показывает высокую эффективность в предупреждении и раннему выявлению признаков деструктивного поведения. Тренинги-семинары проводятся специалистами Кризисно-адаптационного центра для педагогов внеурочной занятости, классных руководителей, следователей СК по ПК, инспекторов УМВД, родительского сообщества.

7. Работа со СМИ.

За 3 года по обращениям на линию Детского телефона доверия 8-800-2000-122 наблюдалась следующая динамика:

№		2020 г.	2021 г.	2022 г.
1	Количество звонков	3914	4117	9846

За период с 01.01.2020 г. по 31.12.2022 г. года по обращениям на линию Кризисно-адаптационного центра «Мир ребенка» 8(423)207-70-75 наблюдалась следующая динамика:

№		2020 г.	2021 г.	2022 г.
1	Всего звонков	1634	1782	1998

За период с 01.01.2020 г. по 31.12.2022 г. года по очному консультированию наблюдалась следующая динамика:

	2020 г.	2021 г.	2022 г.
1. Первично обратились по различным кризисным состояниям	182	211	182
2. Проведено очных консультаций всего:	1224	1465	1361

В рамках внутриведомственного взаимодействия:

1) проводится передача сведений главному внештатному специалисту детскому психиатру о детях, поступивших в медицинские учреждения с попытками суицидов. Ведётся реестр попыток. Проводится осмотр психиатром в РАО. Определена маршрутизация пациента при разных степенях суицидального риска;

2) проводятся лектории для врачей других специальностей, медицинских работников, клинических психологов на тему «Суицидальное поведение у детей и подростков. Алгоритм действий специалиста при выявлении форм деструктивного поведения. Маршрутизация несовершеннолетнего», в том числе с применением дистанционных технологий. Для врачей педиатров, неврологов, акушер-гинекологов подростковых.

3) круглые столы совместно с главными внештатными специалистами МЗ ПК.

4) формируется суицидологический реестр.

Межведомственное взаимодействие:

За период с 01.01.2020 г. по 31.12.2022 г. в СМП, полицию, органы системы профилактики безнадзорности и правонарушений передано всего 79

(35-24-20 соответственно) служебных сообщений, с обязательной обратной связью о принятых мерах.

1. Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Краевая клиническая детская психиатрическая больница» заключены соглашения о сотрудничестве с Управлением Следственного комитета по Приморскому краю, с «Центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи г. Владивосток» (далее ЦППМиСП г. Владивостока), Управления образования, что позволяет нам проводить сверку по количеству детей с суицидальными попытками, подвергнувшихся преступлениям, связанным с половой неприкосновенностью детей и подростков, оперативно передавать сообщения и получать обратную связь. Группа риска выявляется в рамках скрининговых исследований в образовательных учреждениях, диспансеризации учащихся, при первичных обращениях в соматические медицинские учреждения, врачами первичной помощи и другими специалистами. Специалисты ГБУЗ ККДПБ в сотрудничестве с МБУ «ЦППМиСП г. Владивосток» согласовали единый подход в применении методов скрининг исследований учащихся и их проведении. После ежегодного тестирования учащихся 7-8 классов педагогами-психологами «ЦППМиСП г. Владивостока, клиническими психологами КАЦ «Мир ребенка» несовершеннолетним и их родителям рекомендуется обратиться за психологической помощью.

Также такой уровень взаимодействия позволяет адресно оказывать помощь, работать в едином диагностическом и информационном ключе.

2. Согласно заключенному соглашению со СУ СК России по Приморскому краю, в целях предотвращения формирования деструктивного поведения, рефлексии психотравмирующей ситуации, специалисты Кризисного центра регулярно оказывают психологическое сопровождение несовершеннолетних в допросах, судебных заседаниях, опознаниях, очных ставках.

За отчетный период в сопровождении следственных действий и судебных разбирательств специалисты КАЦ «Мир ребенка» приняли участие 277 раз. Из них – сопровождение несовершеннолетних в допросах по поводу преступления в отношении половой неприкосновенности: 201 выездов (72,6%), по вопросу допроса ближайшего окружения суицидента 8 раз. Преступления в отношении половой неприкосновенности несовершеннолетних, рассматриваются как один из важных факторов суицидального поведения детей и подростков.

3. Специалисты ГБУЗ ККДПБ на постоянной основе принимают участие в заседаниях районных, городских и межведомственных краевых КДН и ЗП, общественных советах СУ СК и УМВД ПК по темам профилактики суицидов, в том числе в рамках проектов «Безопасное детство», «Подростки России» и др.

4. Совместно с департаментом общего, профессионального и дополнительного образования, управлением культуры и спорта, проводятся практические семинары и лекции для педагогов, педагогов-психологов, заместителей директоров по воспитательной работе, социальных педагогов, тренеров, педагогов ДПО, родителей в городском и краевом масштабе с целью повышения психологической грамотности специалистов и населения, профилактики, предотвращения и распознавания факторов риска жестокого обращения, деструктивного (суицидального) поведения и сексуального насилия в среде детей и подростков, в том числе с применением дистанционных технологий, а также выездные лекции в Приморском крае.

5. Специалисты ГБУЗ ККДПБ участвуют в региональных, всероссийских очных и онлайн конференциях, форумах, круглых столах и других общественных мероприятиях, с участием специалистов межведомственных и внутриведомственных структур и организаций, посвященных в том числе профилактике суицидов.

6. Совместно с Автономной некоммерческой организацией «Ключи от сердца», школьной волонтерской организацией на базе МБОУ СОШ № 80

«Подсолнух», ГБУЗ «Краевая клиническая детская психиатрическая больница», КАЦ «Мир ребенка» и при грантовой поддержке Департамента внутренней политики Приморского края разработана и проведена программа «Цветок Жизни», направленная на непрямую профилактику детского и подросткового суицида в учреждениях с высоким уровнем психологической напряжённости.

7. Поственция – мероприятия на уровне «третичной» профилактики – социально-психологическое сопровождение близких жертвы суицида («выживших»).

Цели кризисной психологической помощи после суицида в образовательной организации: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация ОУ); оптимизация их актуального психического состояния; профилактика негативных эмоциональных состояний и предотвращение подражательных суицидов.

За три года нами проведено более 1300 скрининг-исследований в 16 образовательных учреждениях, включая школы, колледжи, лицеи гг. Владивосток и Артём. Были проведены социально-психологические тренинги, в которых приняли участие 235 учащихся.

Вывод. Опыт межведомственного взаимодействия в Приморском крае в рамках системы профилактики кризисного и суицидального поведения детей и подростков, включающий активное сотрудничество (Соглашения) с Управлением СК по ПК, Управлением образования, Администрацией Приморского края и благотворительных организаций позволяет осуществлять эффективное взаимодействие как по вертикали, так и по горизонтали оказания помощи и профилактических мероприятий.

ИНСТИТУТ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ УРЕГУЛИРОВАНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ

В.К. Григорьева

АО «СМК «Сахамедстрах», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Председатель Федерального фонда Илья Баланин в апреле 2023 г. на расширенном совещании коллегии Минздрава РФ, выступая с докладом о 30-летию системы ОМС, среди перспективных задач системы ОМС в среднесрочной перспективе отметил: «Создание единой системы персонифицированного учета медпомощи, включая разработку алгоритмов ведения пациентов, имеющих хронические заболевания, внедрение сервисов персонального сопровождения, дальнейшее совершенствование способов оплаты медицинской помощи, перевод на рискориентированную модель контрольно-экспертных мероприятий, развитие деятельности института защиты прав застрахованных лиц. За эти годы система ОМС стала основным источником финансирования государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации играют ключевую роль в обеспечении прав пациентов на получение доступной и качественной медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации».

Минздравом России и ФФОМС в рамках реализации страховых принципов в сфере ОМС была предложена концепция создания и поэтапного развития института страховых представителей (СП).

Главной задачей института страховых представителей является защита прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи по ОМС, информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в т.ч. при прохождении профилактических мероприятий. Страховые представители разделены на 3 уровня, каждый уровень выполняет свои функциональные обязанности.

В рамках федерального проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи страховые компании должны создать каналы обратной связи для пациентов непосредственно в медицинских организациях. Это может быть пост страхового представителя, телефонная связь или терминал.

В 2021 г. доля медицинских организаций, имеющих подобный канал связи, должна была составить 55% по всей РФ, а к 2024 г. системой будет охвачено почти 73% медицинских организаций первичного звена.

Задача работы СП – обеспечить возможность населению получить немедленную консультацию и помощь по любым вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи по ОМС. Оперативная обратная связь страховой компании с пациентами также дает возможность контролировать все этапы медицинской помощи. На сегодняшний день посты СП нашей компании организованы в 37 медицинских организациях (МО), в том числе в 3 детских поликлиниках. Телефоны «прямой связи» граждан со СМО функционируют в 7 МО. Консультативно-разъяснительная работа в остальных МО проводится с выходом СП в медицинские учреждения согласно установленному графику. В 2022 г. страховыми представителями в МО проведена информационно-разъяснительная работа, а также оперативно оказана помощь при получении медицинской помощи по более 17 тыс. обращениям граждан (консультирование по маршрутизации, помощь при записи к врачу, информирование о правах граждан и др.). СП при поступлении обращений оперативно связываются с ответственными лицами медицинских организаций, при необходимости с представителями Социального фонда России, бюро МСЭ, учреждений социальной защиты для своевременного урегулирования создавшихся конфликтных ситуаций, либо для оказания необходимого содействия застрахованным лицам. Главный принцип работы СП – ни одно обращение не должно остаться без ответа. Ответ по устным обращениям дается в течение дня.

Перед страховыми компаниями также поставлена задача обеспечения права граждан на получение медицинской помощи и урегулирования конфликтов между пациентами и медицинскими организациями. Одним из

важнейших направлений Национального проекта является досудебное урегулирование споров по жалобам граждан. Доля обоснованных жалоб от общего числа жалоб, урегулированных в досудебном порядке страховыми медицинскими организациями, в 2021 г. составила 65,1%, а к 2024 г. должна вырасти до 77%.

При поступлении жалобы СП 3 уровня проводят контрольно-экспертные мероприятия. В случае выявления нарушений по результатам экспертизы применяются финансовые санкции к МО, принимаются меры для восстановления нарушенного права застрахованного лица на оказание медицинской помощи.

СП 3 уровня осуществляют информационное сопровождение застрахованного на всех этапах оказания медицинской помощи: информируют о выявленных нарушениях по результатам проведенных экспертных мероприятий, участвуют в оперативном разрешении конфликтных ситуаций между застрахованным лицом и медицинской организацией, оказывают содействие в организации оказания медицинской помощи (проведение консультаций специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий, направление в медицинскую организацию более высокого уровня, помощь в госпитализации при наличии медицинских показаний и т.д.).

Взаимодействие СП 3 уровня осуществляется в первую очередь с должностными лицами МО – заведующими отделениями, заместителями главных врачей, главными врачами, в функциональные обязанности которых входит: разрешение споров между пациентом и врачом; принятие управленческих решений по разрешению конкретной спорной ситуации; восстановление нарушенных прав пациента-заявителя; принятие решений по недопущению аналогичных нарушений прав граждан в будущем.

Институт страховых представителей является действенным инструментом урегулирования конфликтных ситуаций между застрахованным гражданином и медицинской организацией.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ В МИКРОСОЦИУМЕ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Н.А. Гуляева, А.М. Касьянова, С.А. Ощепкова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Возбудитель туберкулеза наиболее часто поражает легкие и нарушает иммунитет человека. Общение с источником туберкулезной инфекции особенно опасно для детей, беременных женщин, лиц со сниженным иммунитетом. В 2021 г. было зарегистрировано 44974 новых случая заболевания, показатель заболеваемости составил 30,71 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2010 г. заболеваемость снизилась в 2,5 раза.

Заболеваемость детского населения от 0 до 17 лет впервые выявленным активным туберкулезом за указанный период снизилась в 2,5 раза.

Несмотря на снижение заболеваемости, туберкулез остается серьезной проблемой для отечественного здравоохранения. И для достижения прекращения эпидемии туберкулеза к 2030 г. по Стратегии Всемирной организации здравоохранения, необходимо информировать население о туберкулезной инфекции, мерах профилактики и о приверженности к здоровому образу жизни. С этой целью мы провели анонимное онлайн-анкетирование в микросоциуме средней школы (учителя, школьники и их родители).

Материалы и методы. Анкеты были разработаны на кафедре «Инфекционные болезни, фтизиатрия и дерматовенерология» Медицинского института СВФУ имени М.К. Аммосова. Анкетирование было добровольным и анонимным. Анкета для школьников состояла из 31 вопроса, для учителей содержала 34 вопроса, для родителей 35 вопросов. Опрос был проведен онлайн в Гугл-форме с 10.03.2023 г. по 18.03.2023 г.

Результаты. В анкетировании приняли участие 50 учителей, 211 школьников и 215 родителей. Из 50 учителей 84% (42 чел.) женщины и 16% – представители мужского пола (8 чел.). Из 211 школьников 40,8% – мальчики (86 чел.), 59,2% – девочки (125 чел.). Из 215 родителей 6,5% – представители мужского пола (14 чел.), 93,5% – представители женского пола (201 чел.).

Анализ возрастной категории учителей, принявших участие, показал, что в анкетировании приняли участие педагоги от 22 до 62 лет, причем более заинтересованными пройти опрос оказались лица в возрасте 34-37 лет – 20% (10 чел.).

Возрастная категория школьников варьировала от 10 до 18 лет, но активнее приняли участие школьники 13-14-15 лет (15,2 % (32 чел.) – 25,6% (54 чел.) – 21,3% (45 чел.)) соответственно.

Возрастная категория родителей составила от 26 до 62 и старше лет, самыми активными были лица от 34 до 41 года 41,4%.

Из числа всех учителей, заполнивших анкету, 98% (49 чел.) считают необходимым придерживаться здорового образа жизни, из школьников 93,8% (198 чел.), из родителей 95,8% (206 чел.). Остальные же участники считают, что ведение здорового образа жизни не влияет на качество жизни.

О туберкулезной инфекции проинформированы все учителя – 100%, 84,8% (179 чел.) школьников, 98,6% (212 чел.) родителей.

Большинство участников анкетирования, 88% учителей (44 чел.), 77,3% школьников (163 чел.), 78,1 % родителей (168 чел.), выбрали правильный ответ на вопрос о механизме передачи МБТ: воздушно-капельный путь. Основным симптомом при туберкулезе легких участники, 88% учителей (44 чел.), 75,8% школьников (160 чел.), 74,9% родителей (161 чел.), считают – кашель. На вопрос, «Какие органы чаще поражаются при туберкулезной инфекции?», в 98-99% респонденты ответили, что легкие. Поражение туберкулезом кишечника, не знают 84,7% родителей, 82% школьников и 66% учителей. 24% школьника считают, что вредные привычки не влияют на

течение туберкулеза и 46 % детей ответили, что дыхательные упражнения делать не обязательно.

Заключение. Не знают основные методы диагностики туберкулеза 28,9% школьников. Не привержены к здоровому образу жизни 24 % детей. 21,9% родителей не знают путей передачи туберкулеза. 36% родителей также считают не обязательным выполнение дыхательных упражнений. У педагогов процент правильных ответов выше, чем у родителей и школьников. Исходя из полученных ответов в анкетировании, пришли к выводу, что школьникам и их родителям необходимо больше проводить профилактические мероприятия, пропагандирующие здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек.

ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ ТРАНСМИССИВНЫХ ЛИХОРАДОК НА ТЕРРИТОРИЮ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.А. Долгих¹, А.В. Зотова¹, О.Г. Катина²

¹ ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Благовещенск, Амурская область, Россия

² ГАУЗ АО «Амурская областная инфекционная больница», Благовещенск,
Амурская область, Россия

Аннотация. В данной статье приводится описание завозных случаев тропических лихорадок на территорию Амурской области – классической лихорадки денге у туриста, находившегося на отдыхе в Таиланде, и тропической малярии у пациента, работавшего на золотодобывающей фабрике в Африке. Характерный эпидемиологический анамнез явился поводом для своевременной диагностики.

Ключевые слова: малярия, лихорадка денге, лабораторная диагностика.

В настоящее время известно большое количество инфекционных заболеваний, объединенных термином «трансмиссивные болезни». Трансмиссивные болезни (от лат. *transmissio* – передача) – заразные заболевания человека, возбудители которых передаются кровососущими членистоногими. Характерной чертой данной патологии является лихорадка. К трансмиссивным лихорадкам относятся такие широко распространенные болезни, как филяриатозы, малярия, лейшманиозы, тропические комариные вирусные зооантропонозы и другие нозоформы [5]. Распространение тропических заболеваний определяется целым рядом факторов: стремительной урбанизацией, освоением новых территорий, интенсификацией международных перевозок, увеличением потока беженцев и активизацией туризма [4]. Весомый социальный и экономический ущерб продолжает приносить одна из самых актуальных паразитарных болезней – малярия. Около 90% случаев малярии в мире и смертей от нее приходится на

тропическую Африку. У людей малярию вызывают следующие паразиты: *Plasmodium vivax* – возбудитель трехдневной малярии, *P. ovale* – малярии типа трехдневной, *P. malariae* – четырехдневной малярии, *P. falciparum* – тропической малярии. Виды простейших отличаются между собой особенностями морфологии, биологии, вызываемых патологических процессов в организме человека и ареалом обитания [5]. Возбудитель лихорадки денге относится к арбовирусам. Известны четыре антигенных серотипа данного патогена: DENI-IV, не обладающие выраженной зависимостью с клинической картиной. Переносчиками малярии и лихорадки денге являются комары различного происхождения (родов *Anopheles* и *Aedes*, имеющие соответствующие природные очаги)[1].

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2022 г. в Российской Федерации (РФ) выявлено увеличение количества заболевших малярией на 33,3 % относительно 2021 г. Все эпизоды малярии были завезены из стран дальнего зарубежья, в том числе из Центральной Африки (33,6%) в 42 субъекта РФ и составили 113 случаев (0,08 на 100 тыс. населения). В 2021-2022 гг. регистрировались летальные исходы (2021 г. – 5 человек, 2022 г. – 2) [3].

В 2020–2022 гг. зарегистрировано 159 случаев лихорадки денге в 35 субъектах РФ, 58,5 % из которых завезены из Таиланда. На протяжении 2013–2019 гг. отмечалась тенденция к росту общего количества случаев, учитывая завозной характер. С 2020 г. выявлено снижение регистрации, что обусловлено уменьшением мобильности российских граждан из-за введенных карантинных мероприятий, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции [3]. Первый случай лихорадки денге на территории Амурской области зарегистрирован в 2015 г. из Таиланда. В последующем с 2017 г. ежегодно выявлялись завозы данной патологии (в 2017 г. – 6, в 2018 г. – 8, в 2019 г. – 4). С 2020 по 2022 г. фактов регистрации не было [2].

Цель: описание завозных случаев трансмиссивных лихорадок на территорию Амурской области.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ медицинских карт стационарного больного (ф 003/у) с лихорадкой денге и малярией в 2023 г. (ГАУЗ АО «Амурская областная больница»).

Результаты. *Клинический случай № 1: течение классической лихорадки денге. Пациент Д., 26 лет, житель г. Благовещенска, доставлен в Амурскую областную инфекционную больницу (АОИБ) 20.04.2023 г. бригадой скорой медицинской помощи (СМП) с жалобами на повышение температуры тела до 39⁰ С, высыпания на коже туловища и конечностей. Из анамнеза заболевания было установлено: заболел остро 14.04.2023 г., когда впервые повысилась температура тела до 38⁰ С. В последующие дни продолжала беспокоить лихорадка, достигающая фебрильных цифр и сопровождающаяся ознобом, чувством ломоты в суставах. Пациент принимал Парацетамол, с кратковременным эффектом. С 17.04.2023 г. присоединились высыпания на коже туловища и верхних конечностей. 18.04.-20.04.2023 г. гипертермия сохранялась, сыпь распространилась на кожу бедер. Самостоятельно обратился к терапевту поликлиники, транспортом СМП доставлен в АОИБ. Эпидемиологический анамнез: с 05.04.2023 г. по 18.04.2023 г. отдыхал на острове Пхукет, отмечал укусы комаров. В Таиланде проживал в гостинице. Прививочный сертификат не был предоставлен. Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний – новая коронавирусная инфекция в 2021 г.*

Состояние при поступлении средней степени тяжести. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения (ИМТ – 25,4). Температура тела – 36,5⁰ С, ЧД – 16 в мин., ЧСС – 92 в мин., АД – 120 и 80 мм рт. ст. Кожный покров цвета загара, на коже туловища, верхних конечностей и бедер мелкопятнистые элементы ярко-розового цвета сливного характера, не возвышающиеся над уровнем кожи, с умеренным зудом. Пальпируются

подмышечные лимфоузлы слева до 1 см, эластичные, смещаемые, чувствительные. Яркая гиперемия ротоглотки, зернистость дужек, задней стенки глотки, миндалины увеличены до I степени, рыхлые без налетов. По остальным органам и системам без видимой патологии.

Учитывая клинико-эпидемиологические данные, было решено обследовать пациента на возбудителей тропических вирусных лихорадок. Результаты дополнительных методов исследования в динамике: кратковременные лейкопения и тромбоцитопения, уровень лимфоцитов и СОЭ в пределах нормы, микрогематурия, протеинурия, цитолитический синдром минимальной степени активности (преимущественно за счет аланинаминотрансферазы), изменения в коагулограмме проявились снижением протромбинового индекса (ПТИ). Маркеры вирусных гепатитов и ВИЧ методом иммуноферментного анализа (ИФА) не были обнаружены. Исследование на ДНК/РНК вирусов гриппозной и негриппозной этиологии – отрицательно. На первые сутки болезни получено заключение из лаборатории микробиологических исследований ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области»: в ИФА обнаружены иммуноглобулины класса М (IgM) к вирусу денге, отрицательный результат IgG к вирусу лихорадки Западного Нила. Методом полимеразной цепной реакции сыворотки крови выявлены РНК вируса денге DENIII. По итогам обследования был установлен окончательный клинический диагноз «A90 Лихорадка денге (ИФА IgM positiv, РНК вируса денге DENIII positiv), классическая форма, неосложненное течение, средней степени тяжести». В стационаре проводилась дезинтоксикационная, патогенетическая и симптоматическая терапия. Состояние пациента в динамике улучшилось: регрессировали лихорадочно-интоксикационный, катарально-респираторный синдромы и явления экзантемы. Выписан на четвертые сутки пребывания в удовлетворительном состоянии, были даны рекомендации.

Клинический случай № 2: неосложненное течение тропической малярии. Пациент Л., 37 лет, житель Амурской области, обратился самостоятельно

в приемное отделение АОИБ с жалобами на повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, озноб, чувство ломоты в теле. Анамнез заболевания: считает себя больным с 26.04.2023 г., когда впервые появились озноб, чувство жара и ломоты в теле, повысилась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$. Самостоятельно принимал Ибупрофен+Парацетамол (Ибуклин), Ципрофлоксацин (Ципролет), снижение температуры тела сопровождалось проливным потом. 27.04.2023 г. температура тела повышалась до $39,5-40^{\circ}\text{C}$, консультирован терапевтом, были даны рекомендации – обследование на малярию. Приступы озноба, жара и пота возникали в утренние, дневные и вечерние часы. 28.04.2023 г. обратился в АОИБ, проведено микроскопическое исследование крови (обнаружены *P. falciparum*, высокая интенсивность паразитемии «++++»), рекомендована госпитализация. 28.04.2023 г. пациент начал самостоятельный прием препарата Дигидроартемизинина пиперахина (Малакур), вечером обратился в АОИБ, выставлен предварительный диагноз «B50.9 Малярия, вызванная *Plasmodium falciparum*, неуточненная». Эпидемиологический анамнез: в период с 03.11.2022 г. по 10.04.2023 г. находился в Центральноафриканской Республике, где работал машинистом экскаватора на золотодобывающей фабрике. Проживал в блочно-модульном вахтовом поселке в помещении, снабженном москитными сетками. В связи с регистрацией единичных случаев малярии, всем работникам с профилактической целью выдавался препарат Малакур. Вакцинирован согласно Национальному календарю прививок, в том числе по эпидемическим показаниям против вируса желтой лихорадки. Во время пребывания в Африке отмечал укусы комаров, был проинформирован врачом о риске заражения малярией, но химиопрофилактику не проводил по личному убеждению. Согласно данным анамнеза жизни хроническими заболеваниями не страдает и на диспансерном учете не состоит.

Состояние на момент обращения средней степени тяжести. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения (ИМТ – 27,3). Температура тела –

36,4 °С, ЧД – 16 в мин., ЧСС – 84 в мин., АД – 110 и 85 мм рт. ст. Краевая субиктеричность склер. Кожный покров бледный, чистый. Подкожно-жировая клетчатка выражена. Умеренная гиперемия ротоглотки, миндалины увеличены до I степени, без налетов. Гепатоспленомегалии не выявлено. По остальным органам и системам без видимой патологии.

По лабораторным данным при поступлении: лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения легкой степени, показатели гемоглобина и СОЭ в пределах нормы, микрогематурия, протеинурия, цитолитический синдром умеренной степени активности (преимущественно за счет аспаратаминотрансферазы), гипергликемия, гипопроteinемия, гипербилирубинемия (за счет прямой фракции), повышение гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы, резко положительный С-реактивный белок, нарушения в коагулограмме в виде снижения ПТИ, активированного частичного тромбопластинового времени и удлинения времени свертывания крови по Ли-Уайту.

Учитывая предварительный диагноз, было начато комплексное лечение, включающее препараты этиотропной (Гидроксихлорохин по схеме), патогенетической, симптоматической терапии. На фоне проводимых лечебных мероприятий продолжились регистрироваться малярийные пароксизмы (до двух раз в сутки), купированные жаропонижающими. В местах инъекций появились обширные гематомы, присоединились пастозность лица и потемнение мочи, тромбоцитопения достигла уровня средней степени, уменьшилась концентрация антитромбина III. 29.04.2023 г. пациент был переведен в реанимационно-анестезиологическое отделение с целью наблюдения и коррекции терапии: добавлены препараты для дезинтоксикации, гемостатические средства. Во время пребывания в условиях палаты интенсивной терапии продолжался контроль лабораторных показателей, в том числе микроскопического исследования препаратов крови на возбудителей малярии. 29.04.-30.04.2023 г. были

получены результаты тонкого мазка и толстой капли, взятые трехкратно: 29.04.2023 г. – обнаружены *P. falciparum* (низкая интенсивность паразитемии «+»), 30.04.2023 г. – плазмодии не обнаружены. 28.04.2023 г. диагноз «Тропическая малярия» подтвердился в условиях лаборатории микробиологических исследований ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области». Результаты инструментальной диагностики: при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек от 02.05.2023 г. выявлены незначительное увеличение размеров печени (правая доля – 162 мм, левая доля – 68 мм), умеренное повышение эхогенности паренхимы печени и поджелудочной железы. ЭКГ от 02.05.2023 г. – синусовая тахикардия. ЧСС 92 в мин. Вертикальное положение электрической оси. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

В период с 30.04.2023 г. по 02.05.2023 г.: регрессировали лейкопения, гипербилирубинемия, гипопроотеинемия, отмечались ускорение СОЭ, лимфоцитоз, анемии не было, цитолитический синдром с тенденцией к нарастанию, сохранялось повышение ГГТ и ЩФ, уменьшился С-реактивный белок, ионограмма без отклонений, показатели глюкозы, клинического анализа мочи и коагулограммы нормализовались. Маркеры вирусных гепатитов и ВИЧ методом ИФА – отрицательно. 02.05.2023 г. пациент переведен в инфекционное отделение. Малярийные приступы отсутствовали с 30.04.2023 г.

На двенадцатые сутки пребывания в АОИБ пациент был выписан с диагнозом «B50.9 Первичная тропическая малярия (*Plasmodium falciparum* высокая интенсивность паразитемии «++++» от 28.04.2023 г.), неосложненная» в удовлетворительном состоянии с клиническим выздоровлением, были даны рекомендации о дальнейшем диспансерном наблюдении у инфекциониста и терапевта, установлены сроки паразитоскопического исследования крови.

Выводы. Несмотря на то, что данные случаи произошли на территории Амурской области, не эндемичной по лихорадке денге и малярии,

специфическая диагностика была проведена своевременно. Поводом для постановки верных предварительных диагнозов послужил в большей степени характерный эпидемиологический анамнез. Следует отметить доброкачественное течение обоих случаев, особенно тропической малярии. У пациента Л. отсутствовали гепатоспленомегалия на фоне цитолитического и холестатического синдромов, гемолитическая анемия, а период апирекии был пролонгированным, что, возможно, связано с ранним назначением противомаларийных и жаропонижающих средств. Кратковременная коагулопатия явилась проявлением малярии, а не ее осложнением, поскольку регрессировала на фоне комплексной терапии без назначения препаратов крови.

Классическая форма лихорадки согласно данным литературы, протекает без патогномоничных симптомов в начале заболевания и может проявляться болезненностью при любом движении (костоломная лихорадка), что не наблюдалось в первом случае. Следует отметить, лица, имеющие антитела против вируса денге (чаще I, III или IV типов) имеют риск заболеть геморрагической лихорадкой денге при повторном заражении [1].

Учитывая вышесказанное, врачи, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированные виды медицинской помощи, должны с настороженностью относиться к пациентам с лихорадочным синдромом и в первую очередь делать акцент на детализацию эпидемиологического анамнеза, в частности информации о выездах в неблагоприятные по определённым заболеваниям территории и об укусах насекомых. Несомненно, очень важно также проводить консультации граждан, выезжающих в эндемичные регионы, информировать их о правильном проведении индивидуальной химиофилактики малярии.

Список литературы

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1104 с.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году» по Амурской области // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Амурской области, 2023 г.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году» // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023 г.
4. Нечаев, В.В. Медицина путешествий: современное состояние проблемы и актуальность для отечественной системы здравоохранения / В.В. Нечаев, Л.В. Гардеробова, И.С. Бахтина // Медицина экстремальных ситуаций. – 2018. – 20 (3). – С. 277-288.
5. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) / под ред. В.П. Сергеева, С.С. Козлова. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2016. – 640 с. : ил.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В СЛУЖБЕ КРОВИ

А.Р. Ермолаев

ГБУ РС (Я) «Станция переливания крови», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия
ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Трансфузиология – область медицины, которая обеспечивает заготовку донорской крови, ее переработку на компоненты и препараты крови и их дальнейшее использование для лечения больных. Врачи и медицинский персонал, работающие в этой области, руководствуются этическими принципами, общими для всей медицины.

Гемотрансфузионная терапия осуществляется при участии – донора, реципиента и врача, служащего «посредником» между первыми двумя.

Первым принципом этики донорства является утверждение, что кроводача при любых обстоятельствах должна быть добровольной и на донора не может быть оказано никакого психологического давления. Акт донорства крови должен быть сугубо добровольным, осознанным и мотивированным решением. Оно диктуется альтруистическими соображениями помощи больным, ради спасения человеческой жизни.

Донор выступает и с медицинской, и с этической точки зрения в двух различных ролях. С одной стороны, он является объектом медицинского воздействия и в этом качестве нуждается в защите и гарантиях своих прав. С другой стороны, донор несет ответственность за качество трансфузионной среды как ее участник. В качестве объекта медицинского воздействия донор должен быть соответствующим образом защищен от риска, связанного со взятием крови, плазмы или клеток крови, а также с иммунизацией в случае получения иммунных препаратов.

В настоящее время во многих странах мира донор должен ответить на многочисленные вопросы анкеты, касающиеся, в том числе, и его интимной

жизни, так как многие инфекции, передающиеся с кровью, могут передаваться и половым путем. Вероятность носительства инфекции значительно больше в так называемых группах риска – среди гомосексуалистов, лиц, имеющих многочисленные половые контакты с разными партнерами, а также среди тех лиц, кто регулярно получает трансфузии препаратов и компонентов крови (например, больные гемофилией). Это создает определенные психологические трудности для доноров и повышает ответственность медицинского персонала за сохранение в тайне всех данных о донорах, т.е. за строгое соблюдение норм медицинской этики.

КОРПОРАТИВНАЯ ПРОГРАММА ЗДОРОВЬЯ – ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ И БЕЗОПАСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Н. Жирков^{1,2}, И.И. Винокурова¹, Н.В. Саввина²

¹ ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1-Национальный центр медицины имени М.Е. Николаева», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

В ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева» разработана и принята корпоративная программа «Сохранение и укрепление здоровья работников на рабочих местах» от 08.09.2021 г. Целью программы является сохранение и укрепление здоровья работников.

Разработан научно-обоснованный комплекс мероприятий по совершенствованию медико-социальной помощи медицинским работникам на основе изучения и оценки их здоровья, социальных детерминант и диспансерного наблюдения.

Обоснован комплекс мер медико-социального и организационного характера по формированию здорового образа жизни, профилактике хронических неинфекционных заболеваний и оптимизации профилактической помощи медицинским работникам, как референтной группы населения трудоспособного возраста, включающий мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний, повышение эффективности медицинских осмотров, совершенствование системы медицинской профилактики на рабочем месте.

В рамках корпоративной программы созданы и создаются все условия для поддержания здоровья сотрудников во всех аспектах жизни. Медицинский аспект включает проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, определение групп здоровья и

диспансерных групп, разработку индивидуальной программы по индикаторам, вакцинопрофилактику сотрудников согласно Национальному календарю прививок, проведение анкетирования с целью выявления факторов, влияющих на здоровье сотрудников, организацию и проведение дней открытых дверей, организацию работы отделения профилактики. Социальный аспект включает санаторно-курортное лечение, занятие спортом, поддержку здорового образа жизни, дополнительные условия коллективного договора. В отделении профилактики проводится диспансеризация, вакцинопрофилактика, анкетирование сотрудников с целью выявления факторов, влияющих на здоровье. Разработана индивидуальная программа здоровья сотрудников. Проводятся медицинские осмотры, также организована работа дневного стационара для сотрудников.

Список литературы

1. Андреева, И.Л. Оценка показателей здоровья и условий труда медицинских работников / И.Л. Андреева, А.Н. Гуров, Н.А. Катунцева // Менеджер здравоохранения. – 2013. – №8. – С. 51-55.
2. Вялкова, Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и их потребность в оздоровительном лечении : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.М. Вялкова. – 2002. – 20 с.
3. Измеров, Н. Ф. Труд и здоровье медиков / Н.Ф. Измеров // Материалы I Всеросс. конгресса «Профессия и здоровье». – 2002. – С. 34-38.

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
РОСЗДРАВНАДЗОРА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ
ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ ГАУ РС (Я) «РБ № 1-НЦМ
им. М. Е. НИКОЛАЕВА»**

С.Н. Жирков, И.И. Винокурова

ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1-Национальный центр медицины
имени М.Е. Николаева», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Цель: повышение качества и обеспечение безопасности пациентов и медицинского персонала при осуществлении профессиональной деятельности по оказанию медицинской помощи в многопрофильной больнице третьего уровня.

Материалы и методы: изучение литературных источников, анкетирование пациентов и сотрудников, ретроспективный и статистический анализ показателей результативности системы менеджмента качества, системно-аналитический подход, предполагающий совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих процессов.

В докладе представлены опыт внедрения системы менеджмента качества в деятельность республиканской многопрофильной больницы, характеристика и оценка работы управления качеством и безопасностью в крупной многопрофильной больнице третьего уровня. Приведены этапы и результаты внедрения по четырнадцати разделам Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по таким направлениям, как идентификация пациента, организация процессов в приёмных отделениях и оказание неотложной и экстренной помощи, хирургическая, эпидемиологическая и лекарственная безопасность, контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий, лекарственных препаратов, преемственность медицинской помощи, передача клинической

ответственности за пациента, организация оказания медицинской помощи на основании доказательной медицины, организация ухода за пациентами, организация работы регистратур, дневных стационаров, безопасность больничной среды.

В докладе особое внимание уделяется внутренним междисциплинарным аудитам, риск-ориентированному подходу, показателям результативности, управлению инцидентами – как основным инструментам результативности функционирования системы менеджмента качества. Показано, что все представленные направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности не могут эффективно реализоваться без вовлеченности персонала больницы.

Отмечены результаты внедрения Практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, такие как: появился командный стиль работы, мультидисциплинарный процессный подход, функционирует система непрерывного обучения и аудита, управление рисками, стратегическое планирование, повысилась мотивация персонала на постоянное улучшение, культура безопасности, реализуется корпоративная программа сохранения и укрепления здоровья работников. Несмотря на некоторые положительные результаты, процесс совершенствования и непрерывного улучшения качества и безопасности медицинской деятельности продолжается.

Список литературы

1. Березкина, Т.Д. Первичный опыт внедрения рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по разделу «Безопасная медицинская среда» в многопрофильном стационаре / Т.Д. Березкина, О.В. Барцевич, Ю.Г. Гаврищук и др. // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 6.

2. Иванов, И.В. Научное обоснование организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на основе единых методологических и организационных принципов в условиях реализации национального проекта «Здравоохранение» : дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2020.

3. Гилязитдинов, Н. Как внедряли СМК в многопрофильной медорганизации: опыт ГБУЗ Республики Башкортостан «Городская клиническая больница № 18 города Уфы» / Н. Гилязитдинов, Г. Файрузова, Р. Есипова // Управление качеством в здравоохранении. – 2023. – №3.

ОПЫТ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В ГАУ РС (Я) «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №1-НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ имени М.Е. НИКОЛАЕВА»

С.Н. Жирков, И.И. Винокурова, Г.И. Федотова

ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1-Национальный центр медицины
имени М.Е. Николаева», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

В работе предложен универсальный и доступный подход к организации безопасного оборота медицинских изделий в медицинской организации с использованием таблиц Excel. Результатом применения этого подхода является создание простого и логичного механизма контроля применения медицинских изделий, без финансовых затрат на программные продукты. Подробно описан алгоритм функционирования разработанной таблицы Excel. Наглядно демонстрируется возможность применения таблиц Excel для четкого выполнения обязанностей медицинского персонала в повседневной практике и оптимизации трудо-временных и финансовых затрат.

Список литературы

1. Безопасность пациентов. – <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. Шарикадзе, Д. Т. Правовые основы мониторинга безопасности медицинских изделий на пострегистрационном этапе обращения и роль медицинских организаций при его осуществлении / Д. Шарикадзе, Т. Иванова, Е. Борисова // Менеджмент качества в медицине. – 2018. – №2. – С. 106-111.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИСЕМЕЙНОЙ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА D НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

О.М. Заморщикова, С.С. Слепцова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Хронический вирусный гепатит D является социально-значимой проблемой современного здравоохранения [1, 5]. По данным Министерства здравоохранения РС (Я) в 2021 году от вирусных гепатитов умерло 119 человек, из них у 89% вследствие цирроза печени и ГЦК. Среди всех умерших, доля лиц с HDV-инфекцией составила 18,5%, при этом удельный вес смертей от гепатита D по основной причине смерти в исходе цирроза печени равнялась 63,6%, а ГЦК – 22,7%. По данным регистра «Хронические вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия)» на 01.05.2023 г. количество пациентов, состоящих на учете с хроническим гепатитом D, составило 1276 человек [4]. Длительное многолетнее распространение хронических форм HDV-инфекции вносят существенный вклад в формирование цирроза и рака печени на территории Якутии [3]. Высокие показатели заболеваемости HDV-инфекции поддерживается значительным числом HBsAg-положительных лиц в республике, которые находясь в тесном контакте с HDV-инфицированными лицами имеют высокий риск заражения HDV [2]. Для изучения механизмов формирования внутрисемейных очагов HDV-инфекции, необходимо проведение тщательного обследования в динамике беременных женщин, инфицированных HBV/HDV-инфекцией, и рожденных детей, а также проведение филогенетического анализа полученных изолятов HDV в семьях, где у родственников семейного очага определяется РНК HDV.

Цель работы: описать клинический случай внутрисемейного инфицирования HDV, совместно проживающих лиц в эндемичном регионе.

Материалы и методы: пациент И. с женой наблюдаются в кабинете инфекционных заболеваний Клиники СВФУ с 2018 г. с хроническим вирусным гепатитом D. При обследовании пациента и его жены оценивались данные объективного осмотра, проведены клинический, биохимический, иммунологический анализы крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и эластометрия печени. Серологические маркеры гепатита исследовали методом иммуноферментного анализа (ИФА), РНК HDV и ДНК HBV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты: *пациент А., 42 лет, саха, наблюдается в университетской Клинике с 2018 году. Состоит на Д учете, проходил периодически лечение в дневном стационаре препаратами «Аденметионин», «Глицирризиновая кислота с фосфолипидами». Из анамнеза известно, что пациент был инфицирован HBV от HBsAg-позитивной матери в детском возрасте. Был под наблюдением врача-педиатра и инфекциониста в районной поликлинике, противовирусного лечения не проходил. Со слов часто болел простудными заболеваниями и лечился в стационаре. Травмы и операции отрицает, переливаний крови и его компонентов не было. Женат с 2009 г., в браке 1 ребенок. Впервые обнаружен анти-HDV в студенческие годы во время медицинского осмотра. Постепенное прогрессирование фиброза печени стали отмечать с осени 2019 г., жалобы на слабость, быструю утомляемость и ноющие боли в правом подреберье стали носить постоянный характер, частое вздутие живота, кожный зуд, пожелтение склер глаз, по эластометрии печени фиброз 3-4 степени. На фоне проводимой гепатопротекторной терапии уровень трансаминаз сохранялся высоким, по результатам ПЦР стала наблюдаться микст-репликация HBV и HDV. В течение 2020 г. наблюдалось постепенное нарастание проявлений портальной гипертензии (BRВП, кровоточивость десен, спленомегалия). В апреле 2020 г. установлена 3 группа инвалидности. После прохождения очередного курса терапии в профильном отделении в декабре 2020 года, была рекомендована противовирусная терапия (ПВТ) пегилированным*

интерфероном в дозе 180 мкг в течение 48 недель под контролем лабораторных показателей. После 12 недель лечения отмечалась положительная лабораторная динамика со значительным снижением вирусной нагрузки HDV, но учитывая клинико-лабораторное ухудшение в виде нарастания проявлений синдрома портальной гипертензии и вторичной панцитопении (уровень лейкоцитов – $2,1 \times 10^9$ /л; тромбоцитов – 63×10^9 /л), ПВТ отменена на 27 неделе лечения, до нормализации анализов крови. УВО не было получено, в связи с чем запланировано прохождение ПВТ препаратом «булевертид» и в дальнейшем рекомендована пересадка печени.

По внешнему осмотру видны множественные телеангиэктазии на груди, предплечье, животе, рубиновые пятна на животе. Краевая иктеричность склер. Яркая пальмарная эритема ладоней. При пальпации живота печень не увеличена, край закругленный, плотный, увеличение размеров селезенки.

По данным общего анализа крови: снижение лейкоцитов до $2,9 \times 10^9$ /л, эритроцитов $3,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобина 97 г/л, гематокрита 26,6 %, тромбоцитов до 62×10^9 /л, отмечалась гипохромия, пойкилоцитоз.

По биохимическому анализу крови: повышение щелочной фосфатазы до 241 Ед/л, ГГТ 142 Ед/л, АСТ 105 Ед/л, АЛТ 100 Ед/л, билирубина прямого 10,50 мкмоль/л, билирубина общего 33,20 мкмоль/л. HbsAg качественно обнаружен. В ПЦР на HBV количественно обнаружен $1,4 \times 10^2$ коп/мл. ПЦР на HDV количественно обнаружен геном вируса $1,8 \times 10^6$ коп/мл.

По УЗИ уменьшение размеров печени с округлыми контурами, диффузно повышенная эхогенность паренхимы печени с узловатой поверхностью. Стенки желчного пузыря сжатые, утолщенные, отечные, с камнями желчного пузыря. Спленомегалия (72 см^2). По ФГДС пищевод синюшного цвета, участки с расширенными венами обнаружены в средней трети пищевода. Желудок с умеренно гиперемирован, отечность слизистой отмечена на большей части желудка, фокальная эрозия по малой кривизне желудка. По КТ органов брюшной полости признаки цирроза печени. Спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода. Минимальный асцит в

тазовой полости, камни желчного пузыря, отечные стенки желчного пузыря. Вероятно, хронический холецистит, связанный с циррозом печени.

Установлен клинический диагноз: хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом: микст-репликативная активность HBV и HDV в стадии Цирроза печени Класс В по Чайлд-Пью (8 баллов). MELD=12 баллов. ПВТ (Пегасис) 2020-2021гг. – 27 недель без УВО.

Осложнение: Портальная гипертензия. ВРВП 1-2 степени. Спленомегалия. Вторичная панцитопения. Хроническая печеночная недостаточность. Печеночная энцефалопатия 1 степени.

Супруга пациента А., 47 лет, саха, состоит на диспансерном учете с 2010 г. Периодически беспокоят жалобы на слабость, быструю утомляемость, временами тяжесть в правом подреберье. Впервые обнаружен анти-HDV в 2010 г. во время беременности. Роды естественные в срок 39 недель, родила девочку 8/9 по шкале Апгар. После родов прошла курс противовирусной терапии пегилированными ИФН в течение 48 недель с УВО. Периодически сдает анализы, серологически по ИФА выявляется качественно положительный HBsAg, отрицательный анти-HDV, вирусная нагрузка методом ПЦР на ДНК HBV количественно выявлено 1520 коп/мл, РНК HDV качественно не выявлено. По эластометрии печени фиброз 0-1 ст. Пациентка наблюдается в кабинете инфекционных болезней, амбулаторно получает курсы «Аденметионина» по 400 мг.

Клинический диагноз: хронический вирусный гепатит В без дельта-агента: в фазе репликации, минимальный цитолиз. ПВТ 2011 г. (Пегасис 48 недель) с УВО. Фиброз 0-1ст.

В данном клиническом примере представлен семейный очаг HBV/HDV-ассоциированной инфекции в супружеской паре, где вероятным источником инфекции явился муж, инфицированный вирусным гепатитом В от матери. Супруга пациента А. заражена HDV в 2010 году. Совместный их ребенок привит сразу после рождения по индивидуальной схеме вакцинации гепатита В. В настоящее время по ИФА маркерам гепатит В и Д не определяются. Женщина прошла успешно противовирусную терапию с достижением УВО ввиду терапии начатой на начальной стадии болезни. У пациента А. имелся

неблагополучный исход в виду инфицирования HBV- инфекцией в детстве, развитии тяжелого фиброза, микст-репликации.

Заключение. Сложившаяся сложная эпидемиологическая ситуация в отношении хронического гепатита D, требует создания программ, направленных на улучшение социально-гигиенических условий проживания, а также тщательный контроль за состоянием здоровья беременных женщин с HBV/ HDV-инфекцией и защиту их будущих детей. Своевременная противовирусная терапия предупреждает развитие тяжелых осложнений как цирроз, первичный рак печени и улучшает качество жизни больных с гепатитом D.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых», 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/673_1
2. Парентеральные вирусные гепатиты и их исходы в Республике Саха (Якутия) / С.С. Слепцова. – Москва, 2017. – 208 с.
3. Роль вирусных гепатитов в развитии первичного рака печени в Якутии / С. С. Слепцова, А. Г. Рахманова, В. В. Шаройко // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 3(12). – С. 76-82. – EDN UKLLCZ.
4. Система мониторинга больных вирусными гепатитами «Регистр больных вирусными гепатитами». <https://hepreg.ru/statistics/report.html?type=ACTIVE&fetchReport=true&reportDate=01.01.2023&district=&kladrCode=&viewerType=&viewer=&medicalType=&medical=>
5. Wedemeyer H. The burden of hepatitis D – defogging the epidemiological horizon. J Hepatol. 2020 Sep;73(3):493-495. doi: 10.1016/j.jhep.2020.06.037. Epub 2020 Jul 16. PMID: 32684365

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ ТРОПИЧЕСКИХ ТРЕМАТОДОЗОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Зотова¹, Т.А. Долгих¹, А.Ю. Жилин²

¹ ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

Благовещенск, Амурская область, Россия

² Филиал № 1 ФГБУ «442 военный клинический госпиталь» Министерства обороны РФ,

Пушкин, Россия

Аннотация. В статье описаны завозные случаи тропических трематодозов у иностранных курсантов военного училища, прибывших в Амурскую область из эндемичных стран – Республики Экваториальная Гвинея и Йеменской Республики для прохождения обучения. Отражены трудности клинической диагностики редко встречающихся тропических болезней, распространение которых связано с современными миграционными процессами (туризм, учеба, деловые поездки).

Ключевые слова: мочеполовой шистосомоз, кишечный шистосомоз Мэнсона, дифференциальная диагностика.

Группа тропических трематодозов, к которым относятся шистосомозы, распространены на территории стран тропического и субтропического поясов, имеют определенный ареал обитания и по своему социально-экономическому значению среди паразитарных заболеваний занимают второе место в мире после малярии [2, 3, 4]. Активно развивающийся туризм в экзотические регионы, миграционные процессы населения из афро-азиатских стран (бизнес, учеба) приводят к спорадическому появлению тропических паразитарных болезней в не эндемичных регионах. Случаи завоза на территорию Российской Федерации (РФ) тропических паразитарных инфекций неоднократно отмечались у российских туристов, посещавших страны Африки, Азии и Южной Америки, но несмотря на эту тенденцию

остаются редко встречающейся инфекционной патологией и у специалистов первичного звена здравоохранения вызывают объективные трудности в своевременной диагностике [1, 3]. Возбудителями шистосомозов являются раздельнополюе трематоды, каждый из видов которых обуславливает возникновение специфической для него нозоформы. Заражение окончательного хозяина происходит через кожу или слизистые оболочки при соприкосновении или употреблении воды. В клиническом течении существует острая и хроническая стадии. Острый период связан с проникновением личинок в организм хозяина и миграцией молодых форм гельминтов по кровеносным сосудам различных органов. На этой стадии преобладают симптомы, обусловленные токсико-механическим, сенсibiliзирующим воздействием гельминтов и их яиц на организм хозяина. При низкой интенсивности инвазия может протекать бессимптомно. Хроническая стадия начинается через 4-5 недель после заражения и проявляется усилением аллергизации организма продуктами обмена паразитов. Ведущими механизмами повреждения при шистосомозах на данном этапе являются травматизация тканей, гранулематозный тип воспаления, тромбозы и некроз кровеносных сосудов [3, 4].

Цель: описание завозных случаев тропических трематодозов в Амурской области.

Материалы и методы: клиничко-лабораторный анализ медицинских карт стационарных больных (ф 003/у) с диагнозом «Шистосомоз» в 2015-2016 гг. (филиал № 1 ФГКУ «411-й военный госпиталь» МО РФ).

Результаты. Клинический случай № 1: длительное бессимптомное течение хронического кишечного шистосомоза Мэнсона. Пациент О., 29 лет, курсант военного училища, уроженец Республики Экваториальная Гвинея, прибыл в РФ для обучения, где находился в течение 6 месяцев. Поступил в инфекционное отделение военного госпиталя 18.04.2016 г. с предварительным диагнозом «J06.9 Острое респираторное заболевание». При поступлении предъявлял жалобы на кашель с мокротой, заложенность носа,

головную боль диффузного характера, выраженную слабость, одышку при ходьбе. Из анамнеза заболевания установлено, что считает себя больным на протяжении нескольких лет, когда впервые начал отмечать эпизоды повышения температуры тела, повторные высыпания на коже, сопровождающиеся зудом, исчезающие бесследно. Периодически беспокоили жидкий стул, тяжесть в правом подреберье, выраженная слабость. За медицинской помощью не обращался, лечения не получал.

В период нахождения на стационарном лечении у пациента появились жалобы на тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, тошноту, отсутствие аппетита, слабость. Объективные данные: состояние средней степени тяжести. Кожный покров коричневого цвета, чистый. Субиктеричность слизистых оболочек, гепатомегалия (размеры печени по Курлову 13x10x8 см) с плотной, бугристой поверхностью, спленомегалия. По остальным органам и системам без видимой патологии. Результаты лабораторной диагностики: гипохромная анемия, тромбоцитопения легкой степени, лимфоцитопения, эозинофилия до 58% (заподозрена паразитарная инвазия), ускорение СОЭ, гипоальбуминемия, умеренное повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и общей амилазы. Копроовоскопия показала наличие яиц шистосом – *Schistosoma mansoni*. При ультразвуковом исследовании выявлены изменения со стороны внутренних органов: спленомегалия (165x65 мм), диффузная неоднородность паренхимы печени, диффузное уплотнение паренхимы поджелудочной железы, уплотнение, утолщение стенки желчного пузыря (8 мм), расширение селезеночной вены (12 мм). По результатам фиброгастродуоденоскопии – варикозное расширение вен пищевода III степени и эритематозная гастродуоденопатия. При электрокардиографии зарегистрированы диффузные изменения в миокарде и единичные желудочковые экстрасистолы.

На основании данных эпидемиологического анамнеза, клинической картины, лабораторно-инструментальных методов исследования пациенту был установлен окончательный клинический диагноз «B65.1 Шистосомоз,

вызванный *Schistosoma mansoni* [кишечный шистосомоз] хроническая стадия. Портальный фиброз печени с портальной гипертензией, варикозно-расширенные вены пищевода III степени». В стационаре проводилась противопаразитарная (Празиквантел 40 мг/кг в 2 приема в течение одного дня), дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Состояние пациента в динамике улучшилось: регрессировали диспепсический, цитолитический, холестатический и астенический синдромы. При повторной копроовоскопии яйца паразитов не обнаружены. Выписан в удовлетворительном состоянии с направлением на военно-врачебную комиссию для решения вопроса о годности к обучению в военном высшем учебном заведении, по результатам которой был признан негодным и убыл в Экваториальную Гвинею.

Клинический случай № 2: острое течение мочеполового шистосомоза. Пациент М., 23 года, курсант военного училища, уроженец Республики Йемен, прибыл с целью обучения в РФ, где находился в течение 5 месяцев. Поступил в хирургическое отделение военного госпиталя 26.05.2015 г. с предварительным диагнозом «N30.0 Острый геморрагический цистит». При поступлении предъявлял жалобы на учащенное, болезненное мочеиспускание с примесью крови. Согласно данным анамнеза заболевания установлено, что считает себя больным в течение месяца, когда впервые появились потемнение мочи, боли умеренного характера внизу живота, усиливающиеся при мочеиспускании до режущего характера, моча с примесью крови. За медицинской помощью не обращался и лечения не получал.

Объективные данные: состояние средней степени тяжести. Кожный покров коричневого цвета, чистый. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Поколачивание по поясничной области болезненное с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, с примесью крови, малыми порциями. По остальным органам и системам без видимой патологии. При клиническом обследовании мочи обнаружены яйца *Schistosoma haematobium*. Пациент для дальнейшего лечения был переведен в инфекционное отделение. Эпидемиологический анамнез: уроженец г. Сана

Республика Йемен. Отмечал регулярное купание в естественных водоемах (озерах, реках), возможно загрязненных. Часто пил некипяченую воду, не соблюдал личную гигиену. Результаты лабораторной диагностики: эозинофилия до 13%, гипопротейнемия, снижение протромбинового индекса, умеренная лейкоцитурия, выраженная микрогематурия, гиперстенурия, протеинурия. В суточном анализе мочи обнаружены яйца *Schistosoma haematobium* в большом количестве. Копроовоскопия на яйца паразитов – отрицательная. При ультразвуковом исследовании почек и мочевого пузыря эхографических структурных изменений не выявлено. По данным обзорной и экскреторной урограммы выявлены аномалия развития сосудов правой почки с признаками добавочного сосуда на уровне верхней группы чашечек с расстройством уродинамики в виде каликоэктазии и снижением выделительной функции. Дивертикулы мочевого пузыря. Нельзя исключить патологию предстательной железы.

На основании полученных данных был установлен окончательный клинический диагноз «B65.0 Шистосомоз, вызванный *Schistosoma haematobium* [мочеполовой шистосомоз] острая стадия».

В стационаре проводилась противопаразитарная (Празиквантел 40 мг/кг в 2 приема в течение одного дня), патогенетическая и симптоматическая терапия. Состояние пациента в динамике улучшилось – регрессировал мочеполовой синдром. При контрольном исследовании мочи яйца паразитов не обнаружены. Выписан с выздоровлением, даны рекомендации по дальнейшему наблюдению.

Выводы. В приведенных описаниях клинических случаев отражается специфика разных форм шистосомозов, обусловленная особенностью локализации возбудителей в органах и системах. Многообразная симптоматика шистосомозов представляет определенные трудности дифференциальной диагностики с другой соматической и хирургической патологией. Ведущие признаки поражения гепатобилиарной зоны и мочевыделительной системы без учета данных эпидемиологического

анамнеза (пребывание и проживание в эндемичных регионах) будут вызывать у врачей первичного звена сложности с постановкой правильного диагноза и проведения своевременного лечения. Для клиницистов необходимо знание аспектов неэндемичных паразитарных инвазий и сбор географического анамнеза пациентов. Не менее важным в постановке диагноза будет квалификация и опыт специалиста лабораторной службы.

Список литературы

1. Бронштейн, А.М. Острый мочеполовой шистосомоз у туриста, посетившего Уганду (клиническое описание случая и обзор литературы) / А.М. Бронштейн, Н.А. Малышев, С.Н. Жаров // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – №5. – С. 47–50.

2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1104 с.

3. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) / под ред. В.П. Сергеева, С.С. Козлова. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2016 – 640 с. : ил.

4. Тропические болезни человека : учебник / под ред. Е.П. Шуваловой. – 5-е изд. перераб. и доп. – Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб, 2004. – 704 с.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ШТАММОВ COVID-19 НА ДИНАМИКУ СМЕРТНОСТИ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.А. Иванова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Научный руководитель: Петрова Милана Николаевна, к.м.н., доцент кафедры

«Организация здравоохранения и профилактическая медицина» МИ СВФУ

Введение. Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 сильно повлияла на социально-экономическую и медико-демографическую ситуацию практически во всех странах мира. Болезнь впервые появилась в Ухане (КНР) в декабре 2019 г. и быстро распространилась по всему миру. По данным Всемирной организации здравоохранения, число зараженных новым коронавирусом в мире по состоянию на 1 июля 2022 г. составило более 557,9 млн человек, число умерших – более 6,36 млн человек. По оценке Росстата, если в 2019 г. смертность в России снизилась на 1,7 % относительно 2018 г., то в 2020 г. она увеличилась на 17,9 %. Это избыточная смертность, которая в значительной степени связана с пандемией COVID-19, оказавшей прямое и косвенное влияние на демографические процессы. В некоторых случаях рост смертности связан с заболеваниями, которые были часто ассоциированы с инфицированием COVID-19 [1].

Цель работы: по результатам проведенного исследования проанализировать влияние штаммов COVID-19 на динамику смертности от COVID-19 в РФ.

Вспышка заболевания, вызванного коронавирусом, началась в Китае в середине декабря 2019 г. в городе Ухань, провинция Хубэй. Первые случаи пневмонии неизвестного происхождения наблюдались у жителей города, связанных с местным рынком морепродуктов и животных Хуанань. С 22 января город Ухань был закрыт на карантин, а через два дня – и прилегающие

к нему городские округа [2]. Первая информация о появлении неизвестной инфекции поступила в ВОЗ 31 декабря 2019 г. из китайского города Ухань. 7 января 2020 г. китайские власти сообщили, что возбудителем заболевания, впоследствии получившего название COVID-19, является новый коронавирус. Уже в самом начале эпидемии стало ясно, что вирус очень заразен, он вышел за пределы Китая и стал быстро распространяться. 11 марта 2020 г. генеральный директор ВОЗ заявил, что вспышку COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию [3].

Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019») [1]. Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил собственное название возбудителю инфекции COVID-19 – SARS-CoV-2.

В России первые случаи заболевания были выявлены 31 января (двое больных были гражданами Китая, получили лечение в России и были выписаны здоровыми), параллельно было приостановлено сообщение с КНР, однако, 2 марта было выявлено заболевание в Москве у российского туриста, вернувшегося из Италии [2].

Первая смерть человека с диагнозом COVID-19 в РФ была зафиксирована в середине марта. Прижизненное тестирование показало, что у женщины был COVID-19. Но при вскрытии признаков пневмонии обнаружено не было. О. Зайратьянц, главный патологоанатом Москвы, комментируя результаты вскрытия, сообщил следующее: «На момент смерти изменений в легких не обнаружено, но подтвердились тяжелые сопутствующие хронические заболевания. Среди них сахарный диабет, цереброваскулярная болезнь и ишемическая болезнь сердца».

Официально в период с января по декабрь 2020 г. было зарегистрировано примерно 1,8 млн случаев смерти от коронавируса. Однако, по данным ВОЗ, реальное число погибших составило более трех миллионов. К такому выводу

эксперты пришли, когда сопоставили общее число умерших за 2020 г. и за предыдущие годы.

На май 2021 г., согласно официальным обобщенным данным, от коронавируса умерли 3,4 млн человек. Но, исходя из показателя избыточной смертности в прошлом году, истинные цифры, как минимум, в 2-3 раза выше.

К тому же пандемия привела к росту случаев смерти, которые напрямую не связаны с заражением коронавирусом. Например, многие больные не смогли вовремя получить медицинскую помощь из-за нехватки мест в больницах или из-за ограничений на поездки [4].

На сегодняшний день к вариантам вируса SARS-CoV-2, которые вызывают озабоченность, отнесены Альфа, Бета, Гамма, Дельта и Омикрон, а также новые Кракен и Арктур.

Британский штамм (вариант) Альфа выявили в октябре 2020 года. Новый штамм распространялся в полтора раза быстрее оригинального SARS-CoV-2, обнаруженного в Ухани (заразность штамма Альфа выше примерно на 60%). Он был более опасен для жизни, и заболевшие чаще попадали на лечение в стационары. Уровень летальности штамма Альфа в среднем на 59% выше, чем у штамма из Уханя. На сегодняшний день случаев данного варианта заболевания уже не наблюдается.

Южноафриканский штамм (вариант) Бета обнаружен в мае 2020 г. Среди всех известных штаммов этот вариант коронавируса считается наименее заразным, впрочем, он все равно распространяется быстрее, чем уханьский. Его трансмиссивность оценивается в среднем в 25%. Бета-штамм почти вдвое чаще приводит к госпитализации, чем исходный коронавирус, он более опасен для жизни, чем штаммы Альфа и Гамма. Отличается тем, что им гораздо чаще заражаются молодые и исходно здоровые люди.

Бразильский штамм (вариант) Гамма обнаружен в ноябре 2020 г. Он считается более заразным, чем варианты Альфа и Бета. Его трансмиссивность оценивается в среднем в 38%. Штамм Гамма примерно на 30% чаще приводит к госпитализации, чем оригинальный SARS-CoV-2. Он

выделяется среди других штаммов повышенным риском повторного заболевания. Кроме того, Гамма-штамм приводит к смертельному исходу в среднем на 50% чаще, чем исходный коронавирус.

Индийский штамм (вариант) Дельта выделен в октябре 2020 г. Штамм Дельта считается на 97% заразнее оригинального SARS-CoV-2 и на 60% – варианта Альфа. Каждый носитель инфекции способен заразить 5–6 человек, инкубационный период сократился в среднем до пяти дней. В случае с Дельтой самым уязвимым возрастом принято считать 14–29 лет (это может быть объяснено тем, что молодежь социально более активна). По состоянию на 14 декабря 2021 г. на штамм Дельта приходилось около 70% всех заражений. Летальность Дельты достигает 137%, если сравнивать с уханьским вирусом, и 85% – с Альфа-штаммом. За все время своего существования вариант Дельта не приобрел значимых мутаций и не претерпел никаких изменений.

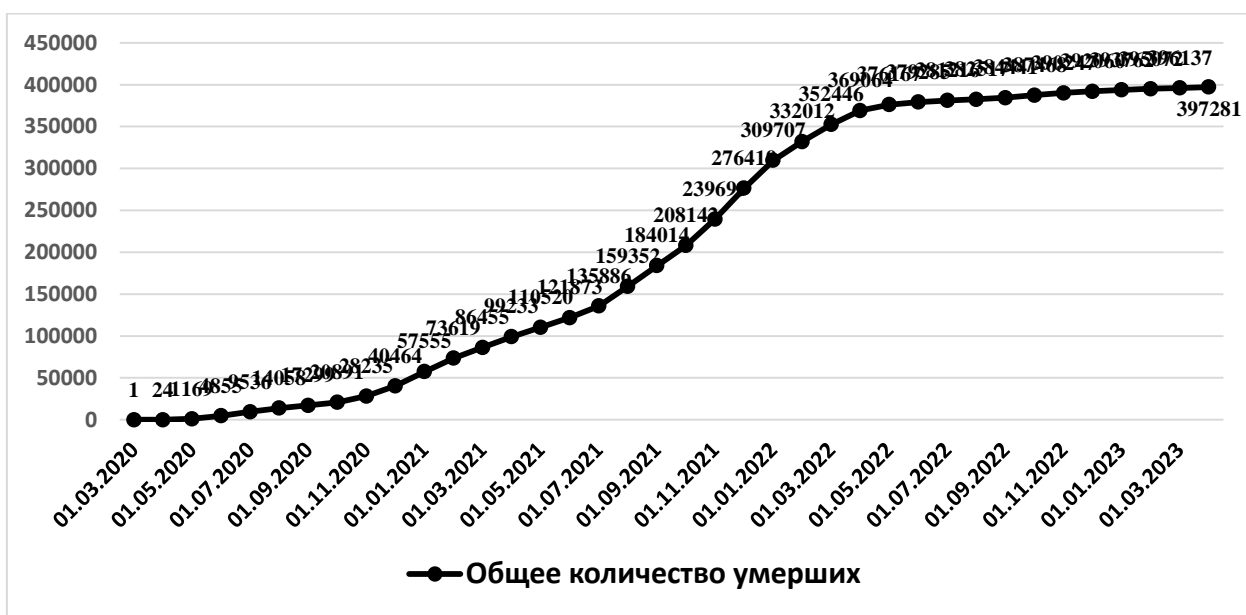
Штамм Омикрон был впервые обнаружен в Южно-Африканской Республике и Ботсване в ноябре 2021 г. Омикрон в несколько раз заразнее всех предыдущих штаммов, однако смертность от него пропорционально ниже. При этом именно Омикрон стал доминировать в России. Его выявляют у 70% вновь заболевших. Также новый штамм "Кракен" выявили в октябре 2022 г. Это рекомбинант сублиний "омикрона" BA.2.

Новый штамм вируса SARS-CoV-2 Арктур был впервые обнаружен в Индии в начале года, а 22 марта включен ВОЗ в список вариантов, подлежащих мониторингу. Он является подвариантом штамма "омикрон" и получил кодовое обозначение ХВВ. 1.16, имя Arcturus ("арктур"). В настоящее время пациенты с ковидом, болеющие "арктуром", выявлены в десятках стран мира, включая Россию.

Материалы и методы. В работе анализировались публичные данные Росстата и Оперштаба по смертности в РФ.

Результаты и обсуждение. Из данных рис. 1 видно, что общая смертность населения от COVID-19 интенсивно прогрессирует. Общее

количество умерших за все время пандемии в РФ увеличилось, и по данным оперштаба отмечено 397 974 случаев на 20.04.23 г. что составляет 1,7% всех заболевших.



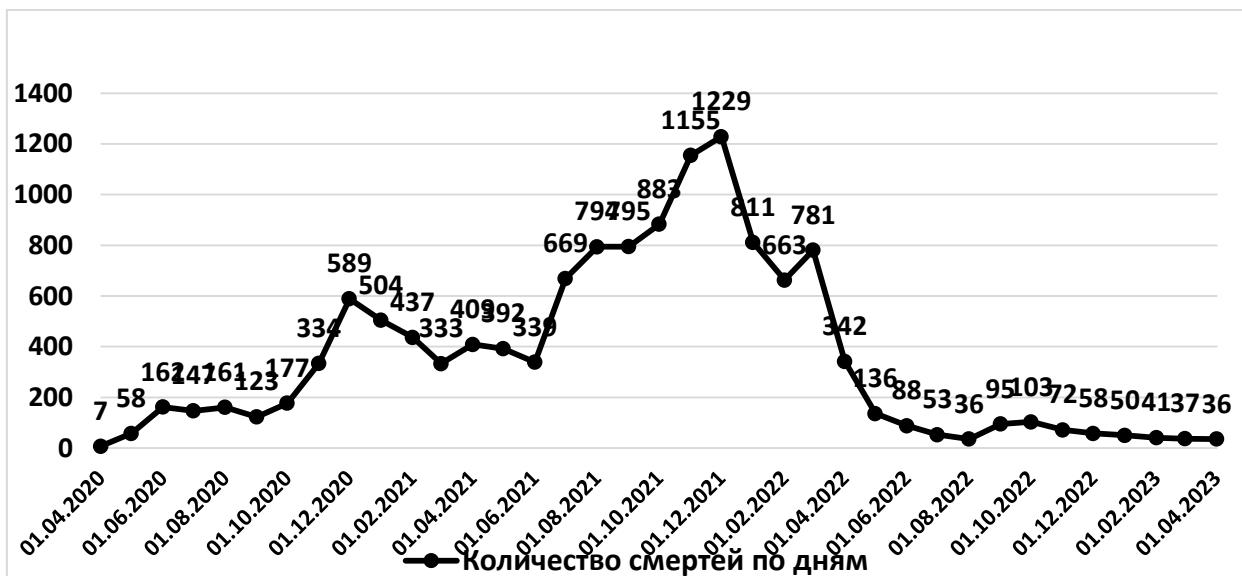
Источник: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/geography/russia/> (дата обращения 20.04.2023).

Рисунок 1 – Общая смертность по COVID-19 по данным Федерального регистра в РФ за 2020-2023 гг., чел.

По данным рис. 2 можно утверждать, что показатель смертности по дням имеет тенденцию к снижению. Как видно, имеются периоды как повышения, так и понижения смертности за весь период пандемии. Во второй половине апреля 2021 г. в Россию попал дельта-штамм SARS-CoV-2. И с этого момента можно наблюдать повышение смертности по дням от COVID-19 в РФ. Первый случай заражения омикрон-штаммом коронавируса SARS-CoV-2 в России выявили 6 декабря 2021 г. И с тех пор наблюдается спад показателя смертности по дням от COVID-19 в РФ.

Стоит отметить, что в первом полугодии 2021 г. имелась тенденция к снижению показателей смертности населения от COVID-19 в РФ. Вероятной причиной послужило активное введение вакцин с начала 2021 г.

Также вместе с появлением штамма омикрон на спад смертности повлиял законопроект об использовании QR-кодов в общественных местах и на некоторых видах транспорта, введенный 12 ноября 2021 г. Данный законопроект существенно повысил мотивацию населения к вакцинации.



Источник: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/geography/russia/> (дата обращения 20.04.2023).

Рисунок 2 – Количество смертей по дням от COVID-19 по данным Федерального регистра в РФ за 2020-2023 гг., чел. в сутки

Заключение. Можно утверждать, что в РФ смертность в сравнении с 2020 г. значительно увеличилась в 2021 г. В 2022-2023 гг. имеется устойчивая тенденция к снижению.

С апреля 2021 г. наблюдается рост показателей смертности населения от COVID-19 в РФ ввиду появления в РФ дельта-штамма SARS-CoV-2, который отличается высокими показателями смертности.

Затем в конце 2021 г. в РФ появился штамм «омикрон», после которого последовал спад смертности от COVID-19.

Также в первом полугодии 2021 г. имелась тенденция к снижению показателей смертности населения от COVID-19 в РФ. Вероятной причиной послужило активное введение вакцины с начала 2021 г.

На снижение смертности в декабре 2021 г. оказал влияние законопроект об использовании QR-кодов в общественных местах и на некоторых видах транспорта от 12 ноября 2021 г., после введения которого наблюдается активизация населения к вакцинации от COVID-19.

Список литературы

1. Дружинин, П.В. Смертность населения российских регионов в условиях пандемии COVID-19 / П.В. Дружинин, Е.В. Молчанова // Регионология. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 666–685.
 2. Иванов, С.Ф. Смертность от COVID-19 на фоне других всплесков смертности XX века // Демографическое обозрение. – 2020. – №7(2) – С. 143-151.
 3. Никифоров, В.В. Новая коронавирусная инфекция (Covid-19): клинико-эпидемиологические аспекты / В.В. Никифоров, Т.Г. Суранова, Т.Я. Чернобровкина и др. // Архив внутренней медицины. – 2020. – №2 (52). – С. 87-93.
 4. Петрова, М.Н. Роль студенческого научного кружка в интегрированном подходе к формированию личности будущего врача / М.Н. Петрова, К.М. Петухов, Н.Ю. Зедгенидзева и др. // Гуманитарные науки и проблемы современной коммуникации : материалы II Международной научно-практической междисциплинарной интернет-конференции. Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова. – 2015. – С. 42.
 5. Слепцова С.С., Ильина Н.А., Климова Т.М., Слепцов С.С. Способ индивидуального прогнозирования исходов новой коронавирусной инфекции COVID-19. Патент на изобретение 2795141 С1, 28.04.2023. Заявка № 2022133572 от 21.12.2022.
- Смирнов, А. Ю. Анализ смертности от коронавирусной инфекции в России / А.Ю. Смирнов // Народонаселение. – 2021. – Т. 24(2). – С. 76-86.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Н.А. Ильина, С.С. Слепцова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКВИ), объявленная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 11 марта 2020 г. показала реальную угрозу распространения новых инфекционных болезней в глобальном масштабе.

COVID-19 – это острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2, передающееся аэрозольно-капельным и контактно-бытовым путем.

В Республике Саха (Якутия) первый случай НКВИ зафиксирован 17 марта 2020 г., а на 31 мая 2023 г. зарегистрировано 225 633 случая заболевания при кумулятивном числе летальных исходов равном 2 178 случаев (летальность 0,96%).

Инфекционный процесс при НКВИ характеризуется легким, средней тяжести и тяжелым течением. Одним из возможных клинических проявлений новой коронавирусной инфекции является поражение легких в виде двусторонней пневмонии, которое может привести к развитию острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), сопряженного с высоким риском летального исхода. У части больных наблюдается синдром гиперкоагуляции с тромбозами и тромбоземболиями, в том числе и на микроциркуляторном уровне.

Люди с патологией сердца, сахарным диабетом и респираторными заболеваниями находятся в группе повышенного риска развития осложнений и смерти в случае заражения SARS-CoV-2. Кроме вышеперечисленных

патологий на риск развития тяжелого течения COVID-19 оказывают влияние наличие ожирения и пожилой возраст заболевших НКВИ.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов, госпитализированных в период «волн» эпидемии 2020-2021 гг. в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезни 404 подтвержденных случаев новой коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов, находившихся на стационарном лечении с 19.05.2020 по 31.12.2020 г. и с 01.04.2021 по 31.07.2021 г.

Анализировались клиническая картина, результаты клинико-лабораторных и инструментальных обследований. Клиническое обследование пациентов проводилось в инфекционном отделении ГБУ РС (Я) «Якутская республиканская клиническая больница», собраны жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, эпидемиологический анамнез, осмотр больных с фиксацией результатов по органам и системам.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTechv. 2.7.0 (разработчик – ООО «Статтех», Россия) и IBM SPSS Statistics 26.

Результаты исследований и обсуждение. За 2020-2021 гг. лица мужского пола составили 47% (190 чел.), женского – 53% (214 чел.). По возрасту лиц в возрасте от 18 до 44 лет было 22,8%, группа лиц в возрасте от 45 до 59 лет составила 36,3%, от 60 до 74 лет – 33,2%, 75-90 лет – 7,5% и пациентов старше 90 лет было 0,2%. По тяжести состояния обследуемых распределили на 2 группы: со среднетяжелым течением заболевания (246 чел. или 60,8%) и с тяжелым течением (158 чел. или 39,2%). По этнической принадлежности лица коренной национальности (якуты, эвенки, эвены) составили 76,6%, русские – 20,7%, лица других национальностей – 2,7%.

К состояниям, которые ассоциированы с неблагоприятным прогнозом, относят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе артериальную

гипертензию (АГ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), хроническую сердечную недостаточность (ХСН), нарушение ритма сердца (НРС), сахарный диабет (СД), гипотиреоз, заболевания легких (бронхиальная астма, хронический бронхит), заболевания печени и онкологические заболевания. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями среди пациентов в 2020 году явились заболевания сердечно-сосудистой системы (35,3%), артериальная гипертензия (30,7%) и сахарный диабет (21,5%). В 2021 г. среди заболевших часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (61%), артериальная гипертензия (58,3%), ишемическая болезнь сердца (36,2%) и сахарный диабет (26%). Наличие сопутствующей патологии значительно увеличивало возникновение тяжелых форм НКВИ, что соответствует результатам других исследователей.

Пациенты, госпитализированные в 2020 г., имели большой индекс массы тела и высокую частоту избыточной массы тела с ожирением. Так, у 90,7% пациентов, наблюдаемых в 2020 г. зафиксированы избыточная масса тела и ожирение (47,6% в 2021, $p < 0,001$). Среди лиц с избыточной массой тела и ожирением за 2020-2021 гг. тяжелое течение новой коронавирусной инфекции наблюдалось у 103 пациентов (65,1%). Все это подтверждает данные о том, что одним из факторов неблагоприятного течения НКВИ с развитием критических состояний, в том числе смертельных исходов, является ожирение.

При изучении вакцинального анамнеза среди изучаемой группы, вакцинированных против новой коронавирусной инфекции в 2020 г. не было.

Из 254 пациентов, госпитализированных в 2021 г., основная масса пациентов не была привита, это 178 человек, что составило 70,1%. Одну дозу вакцины получили 9 человек (3,5%), две дозы – 67 (26,4%). В основном, все пациенты были иммунизированы вакциной Спутник V.

По анализу клинической картины НКВИ такие симптомы как anosmia, кашель, одышка, тяжесть в грудной клетке, диарея, слабость наблюдались у пациентов с НКВИ в 2020 и 2021 гг.

Начало заболевания у всех пациентов было острым. В 2020 г. аносмия встречалась у 49,3% пациентов, в 2021 – в 35,8% случаев. Головные боли, как проявление интоксикационного синдрома НКВИ наблюдались у 56,7% в 2020 и 46,1% в 2021 г. При анализе клинических проявлений на момент поступления в зависимости от периода госпитализации выявлены статистически значимые различия в частоте аносмии и головной боли, эти симптомы чаще отмечались у пациентов в 2020 г. (табл. 1).

Таблица 1 – **Клинические симптомы поступивших в стационар больных COVID-19**

Проявления	Годы				p
	2020		2021		
	n	%	n	%	
Аносмия	74	49,3	91	35,8	0,008*
Общая слабость	145	96,7	236	92,9	0,116
Кашель	121	80,7	212	83,5	0,475
Одышка	111	74,0	184	72,4	0,733
Чувство сдавления в груди	77	51,3	128	50,4	0,855
Головная боль	85	56,7	117	46,1	0,039*
Диарея	32	21,3	56	22,0	0,867
Тошнота	8	5,3	25	9,8	0,110
Тахикардия	51	34,0	66	26,0	0,086

Примечание: p-достигнутый уровень значимости при использовании критерия Хи-квадрат Пирсона.

При новой коронавирусной инфекции COVID-19 наблюдаются характерные изменения в клинических анализах крови, значения которых зависят от степени тяжести заболевания. Учитывая, что клинический анализ крови выполняется как первое скрининговое исследование при госпитализации, необходимо выявление специфических предикторов в показателях анализов крови, на основании которых можно предположить развитие неблагоприятного течения заболевания. Отклонения клинических показателей от нормы имеют определенное прогностическое значение и могут указывать на развитие осложнений, а также помочь в выборе лекарственных средств и режиме их дозирования.

Для оценки динамики показателей клинических анализов крови среди госпитализированных пациентов с НКВИ проведен статистический анализ результатов исследований у больных с различной степенью тяжести на момент поступления, на 5-й день и при выписке. В начальном периоде (при поступлении) у больных со среднетяжелой степенью тяжести наблюдались снижение лимфоцитов (лимфоцитопении) до $1 \times 10^9/\text{л}$ в среднем (1-2), также повышение С-реактивного белка (Me – 26 мг/л (10-52)), умеренно – уровня ЛДГ (Me – 278 Ед/л (225-342)), глюкозы до 6 ммоль/л (5-7). При тяжелой степени тяжести – высокий уровень показателя лейкоцитов до $8 \times 10^9/\text{л}$ (6-12), также лимфоцитопения – $1 \times 10^9/\text{л}$ в среднем (1-2), значительное повышение СРБ до 78 мг/л (37-132), уровня ЛДГ до 342 Ед/л (258-508), глюкозы – 7 ммоль/л (6-10) и повышение уровня Д-димера до 256 (176-494).

При анализе уровня лейкоцитов, лимфоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, тромбоцитов, С-реактивного белка, ЛДГ, креатинина, мочевины, глюкозы, Д-димера на момент госпитализации установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни).

На 5-й день в анализах больных со среднетяжелой степенью тяжести по результатам лабораторных данных отмечается небольшое повышение уровня лейкоцитов до $9 \times 10^9/\text{л}$ (7-12), глюкозы – 6 ммоль/л (5-8) и ЛДГ – 284 Ед/л (222-345). У больных с тяжелой степенью тяжести наблюдались повышение уровня лейкоцитов до $12 \times 10^9/\text{л}$ (7-16), снижение лимфоцитов до $1 \times 10^9/\text{л}$ в среднем (1-2), повышение ЛДГ – 401 (27-564), глюкозы до 7 ммоль/л (6-12) и Д-димера до 343 (222-586).

При анализе показателей: лейкоцитов, лимфоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, тромбоцитов, С-реактивного белка, ЛДГ, креатинина, мочевины, глюкозы, Д-димера – при поступлении пациентов, нами были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни).

При выписке у больных со среднетяжелой степенью тяжести отмечается умеренное повышение уровня АЛТ до 48 Ед/л (28-88), ЛДГ до 289 Ед/л (221-376), глюкозы – 6 ммоль/л (5-7) и повышение Д-димера до 325 (222-716). При тяжелой степени тяжести так же идет повышение уровня лейкоцитов до 10×10^9 /л (7-19), снижение лимфоцитов до 1×10^9 /л в среднем (1-2), умеренное увеличение уровня АЛТ до 61 Ед/л (34-120), ЛДГ – 367 Ед/л (270-614) и повышение глюкозы – 7 ммоль/л (5-12).

Анализ уровня лейкоцитов, лимфоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, тромбоцитов, С-реактивного белка, ЛДГ, креатинина, мочевины, глюкозы, Д-димера при поступлении пациентов показал наличие статистически значимых различий ($p < 0,001$) (используемый метод: U-критерий Манна-Уитни).

Общее количество умерших за наблюдаемый период равно 59 чел., что составило 14,6% от общего количества лиц, госпитализированных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Основными причинами смерти пациентов являлся острый респираторный дистресс-синдром, в 2020 г. среди умерших у 70% он явился причиной летального исхода, а в 2021 г. наблюдался у 71,7%.

Заключение. Частыми клиническими проявлениями НКВИ являлись гипертермия, выраженная астения, кашель, одышка, тяжесть и боли в грудной клетке, anosmia и головные боли. У людей пожилого возраста, а также пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, при наличии избыточной массы тела и ожирения тяжелое течение наблюдалось чаще. Лабораторные исследования крови больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в начальном периоде характеризовались: высоким лейкоцитозом, умеренной лимфоцитопенией, значительным повышением уровня С-реактивного белка, глюкозы, ферритина и Д-димера.

Накопление знаний и дальнейшее изучение клинического течения COVID-19 и его исходов, в том числе у лиц с коморбидной патологией необходимо для усовершенствования лечебной тактики и улучшения прогноза заболевания.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ КОНТРОЛЯ И НАДЗОРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.Н. Иннокентьев

ТО Росздравнадзора по Республике Саха (Якутия),
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Медицинская этика и деонтология являются частью общей этики. Основные вопросы в её ведении – сложности коммуникации сотрудников клиники, как в медицинском коллективе, так и в работе с пациентами.

Суть деонтологии в медицине – выполнение профессионального долга врача по отношению к пациентам. Само понятие обычно упоминают вместе с понятием медицинской этики, которое чаще всего подразумевает идеологический контекст, тогда как деонтология относится к моральной части врачебной деятельности.

Существуют следующие принципы медицинской этики: компетентность специалиста; непричинение вреда здоровью пациентам; приватность; формирование комфортных условий для пациента; справедливость; соблюдение принципов «автономности» пациента; правдивость.

Каждый из этих принципов нацелен на улучшение здоровья больного и его сохранение. Нужно обязательно смотреть, чтобы и медсёстры их соблюдали, и понимать, в каком случае нужно пожаловаться на них, а в каком – написать жалобу в прокуратуру на пациента.

Общие принципы деонтологии касаются всех медицинских сотрудников. Принцип «не навреди». Аккуратный внешний вид. Соблюдение корпоративной этики. Если последний не соблюдается, то авторитет врача будет окончательно потерян, а проблема с доверием со стороны больных актуальна уже сейчас. Речевые модули общения с больными. Это специальная система, задача которой – выработать схему коммуникации с пациентом и сформировать ответы на их возражения и жалобы и убедительно

объяснять плюсы выбранных методов лечения. Например, следует избегать следующих слов, так как их можно назвать провокаторами: женщина; девушка; молодой человек; мужчина. Вместо этого рекомендуется использовать нейтральные обращения либо обращаться на «Вы» или по имени.

Нарушение норм этики и деонтологии. Обычно за небольшие нарушения медработнику грозит замечание и объяснение с руководителем. Тем не менее, бывают и более серьёзные ситуации. Если проступок может испортить репутацию всего учреждения, то созывается специальная комиссия по вопросам медицинской этики, в которую входят главврач, заместители, руководители структурных подразделений и другие. Также может присутствовать коллега медработника, который нарушил нормы, если этот коллега подавал ходатайство. Комиссия выносит решение, и если вина была признана, то применяются дисциплинарные меры. В крайнем случае, может прийти даже до увольнения, что бывает очень редко.

Причины нарушений деонтологических норм. Существуют три основные причины нарушений деонтологических норм:

Непроизвольный. Бывает очень сложно сдержаться, если пациенты начинают хамить и грубить, и врач может совершенно случайно нарушить нормы, сам того не желая.

Профессиональное выгорание, которое было вызвано постоянной ответственностью за чужое здоровье или даже жизнь.

Некоторым студентам и выпускникам медицинских вузов не подходит профессия врача, и проблема совсем не в знаниях, а в характере, навыках общения, интересе к судьбе людей.

За соблюдение норм в медицинском учреждении главным образом отвечает руководство. Причём оно должно не только следить за этим, но и выполнять. Нельзя также допускать, чтобы кому-то нарушения спускались с рук, тогда как в отношении других применялись дисциплинарные меры. Время от времени нужно проводить беседы на тему этических норм и

устраивать специальные тренинги и давать ситуационные задачи с желательным присутствием психолога, знакомого с подобной спецификой.

Деонтология в медицине заключается в надлежащем исполнении должностных обязанностей и отражена в ст. 73 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников).

В Территориальный орган Росздравнадзора по РС (Я) за 2022 г. поступило 14 письменных обращений граждан и организаций, связанных с нарушениями этики и деонтологии (в 2021 г. – 21, за 5 мес. 2023 г. – 9) (РБ № 2-ЦЭМП – 6, Мирнинская ЦРБ – 5, Медцентр г. Якутска – 3, Ленская ЦРБ – 3 и др.).

Кодекс врачебной этики Российской Федерации, одобренный Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.;

Этический кодекс медицинской сестры России, принятый Российской Ассоциацией медицинских сестер в 1997 г.;

Этический кодекс российского фармацевта, принятый Российской фармацевтической ассоциацией в 1995 г.;

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, принятый Первым национальным съездом врачей Российской Федерации (г. Москва, 5 октября 2012 г.).

Перечисленные кодексы не являются нормативными правовыми актами, однако суды (есть судебная практика) могут рассматривать положения кодексов как обязательные для исполнения медработниками.

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА

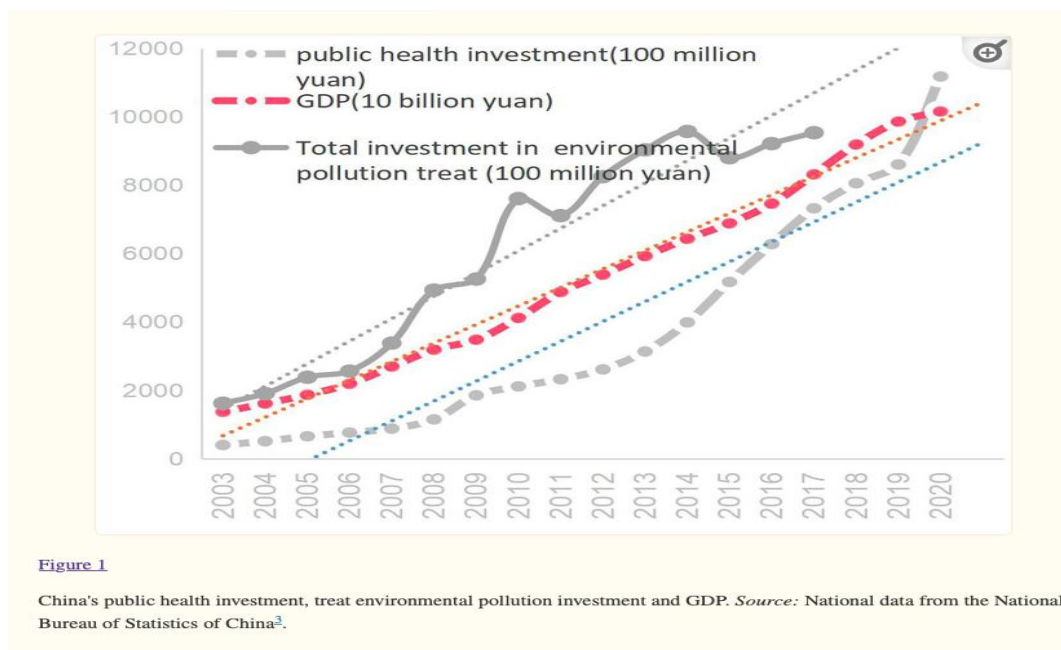
А.В. Концевая

ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Здоровье населения и экономика страны неразрывно взаимосвязаны между собой. Однако, чаще обращают внимание только на одну сторону этих отношений: необходимость развитой и сильной экономики, способной обеспечить деятельность системы здравоохранения. Как следствие, на расходы системы здравоохранения смотрят, как на постоянно растущую утечку ресурсов, которые могли бы быть использованы для выгодных инвестиций. Более того, здравоохранение рассматривается как система, склонная к неукротимому наращиванию расходов, и поэтому нуждающаяся в строгом контроле, замедлении роста и строгом ограничении бюджетов. Из поля зрения рассуждающих таким образом выпадает то, что здоровое население является необходимым базовым условием для устойчивого развития и усиления макроэкономики.

Зависимость скорости роста ВВП от показателей здоровья населения была неоднократно показана в экономических исследованиях. Еще в начале 21-го века было проведено эконометрическое исследование, в котором было доказано, что средняя продолжительность жизни является важным прогностическим фактором для долгосрочного экономического роста: в странах, где продолжительность жизни в 1960-х гг. была самой большой, в последующие сорок лет быстрее всего развивалась экономика. Удивительно, но в некоторых случаях продолжительность жизни надежнее предсказывала экономический рост, чем показатели, характеризующие уровень образования [1].

Китай – одна из наиболее показательных иллюстраций важности вложений в общественное здравоохранение для экономического роста. В этой



стране, являющейся на настоящий момент экономикой номер 1 в мире по ВВП по паритету покупательной способности, инвестиции в здравоохранение росли параллельно росту ВВП [2].

В 2022 г. китайскими исследователями были опубликованы результаты исследований, опиравшиеся на данные с 1996 по 2021 г., в котором они показали не только улучшение показателей общественного здоровья, параллельно росту ВВП, но и доказали статистически значимую зависимость ВВП от инвестиций в общественное здоровье [3, 4].

В европейском исследовании, также изучавшем влияние затрат на здравоохранение на экономический рост, в 27 странах Европейского союза за период с 2000 по 2019 г. также была положительная связь между величиной затрат на здравоохранение из всех источников и экономическим ростом, однако величина эффекта различалась между странами. В последующем анализе было показано, что наиболее значимой переменной, определяющей величину экономического роста, были государственные затраты на здравоохранение [5].

Экономический ущерб от хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в Российской Федерации

Анализ экономического ущерба от заболевания может быть инструментом оценки эффективности расходования ресурсов системы здравоохранения и обоснованием инвестиций в профилактику и лечение для снижения бремени заболеваний, прежде всего, за счет сокращения потерь в экономике.

Сердечно-сосудистые заболевания являются причиной колоссальных затрат систем здравоохранения государств по всему миру, в том числе в Российской Федерации.

Таблица 1 – Потерянные годы потенциальной жизни в экономически активном возрасте (до 72 лет) вследствие смерти от ССЗ

Cause / Причина	Male / Мужчины	Female / Женщины	All / Все
CVD / ССЗ	3,302,660	1,225,478	4,528,138
IHD / ИБС	1,602,392	489,617	2,092,009
MI / ИМ	290,071	75,193	365,265
Cerebrovascular disease / ЦВЗ	650,320	331,815	982,135
Stroke / Инсульт	531,848	268,526	800,374

CVD – cardiovascular disease, IHD – ischemic heart disease, MI – myocardial infarction
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

Только за 1 год вследствие сердечно-сосудистых заболеваний теряется 4,5 млн лет потенциальной жизни в экономически активном возрасте, преимущественно, за счет мужчин в целом (3,3 млн потерянные годы потенциальной жизни (ПГПЖ) и по отдельным анализируемым заболеваниям). Почти 50% ПГПЖ мужчин обусловлены ишемической болезнью сердца (ИБС), в то время как доля цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в потере лет экономически активной жизни в два раза меньше.

Таблица 2 – Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 г.

Component of burden Компонент ущерба	CVD ССЗ	IHD ИБС	MI ИМ	Cerebrovascular disease ЦВЗ	Stroke Инсульт
Direct costs (₽) / Прямые затраты(₽)					
In-patient care / Стационарная помощь	171,934,542,847	80,705,876,656	45,313,596,900	46,973,007,431	29,404,998,278
Day hospital / Дневной стационар	27,393,126,570	6,168,671,681	151,209,639	5,658,049,231	334,302,998
Costs of EAS / Затраты на СМП	2,726,950,292	1,090,557,809	261,980,230	770,071,574	543,213,123
Out-patient care / Амбулаторная помощь	35,453,585,357	7,983,810,370	195,703,248	7,322,936,681	432,672,037
<i>Direct medical costs, total / Прямые медицинские затраты, всего</i>	<i>237,508,205,065</i>	<i>95,948,916,515</i>	<i>45,922,490,017</i>	<i>60,724,064,916</i>	<i>30,715,186,436</i>
Costs of disability benefits / Затраты на пособие по инвалидности	3,082,434,814	694,135,016	17,014,993	636,676,791	37,617,729
<i>Direct costs, total / Прямые затраты, всего</i>	<i>240,590,639,880</i>	<i>96,643,051,531</i>	<i>45,939,505,010</i>	<i>61,360,741,708</i>	<i>30,752,804,165</i>
Economy indirect losses (₽) / Непрямые потери в экономике (₽)					
GDP losses due to premature mortality Потери ВВП в связи с преждевременной смертностью	2,253,135,212,809	933,016,362,103	165,930,543,714	448,437,164,324	390,504,930,212
GDP losses due to disability / Потери ВВП от инвалидности	204,918,238,334	46,145,639,141	1,131,145,536	42,325,854,182	2,500,801,844
Losses due to temporary disability / Потери от ВУТ	44,721,648,264	11,874,103,148	246,862,813	9,958,734,951	545,778,557
<i>Economy indirect losses, total / Непрямые потери в экономике, всего</i>	<i>2,502,775,099,406</i>	<i>991,036,104,392</i>	<i>167,308,552,063</i>	<i>500,721,753,458</i>	<i>393,551,510,613</i>
Total economic burden (₽) / Всего экономический ущерб (₽)					
Total burden and expenses / Всего потерь и затрат	2,743,365,739,286	1,087,679,155,923	213,248,057,073	562,082,495,165	424,304,314,777
% of GDP / % от ВВП	3.2%	1.3%	0.2%	0.6%	0.5%
In billions of ₽ / В млрд ₽	2,743.4	1,087.7	213.2	562.1	424.3
CVD – cardiovascular diseases, IHD – ischemic heart disease, MI – myocardial infarction, EAS – emergency ambulance service, GDP – gross domestic product ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания, СМП – скорая медицинская помощь, ВВП – валовой внутренний продукт, ВУТ – временная утрата трудоспособности					

В целом экономический ущерб от ССЗ в РФ в 2016 г. составил 2,7 трлн руб., что эквивалентно 3,2% ВВП за этот год. В структуре ущерба среди всех болезней системы кровообращения ИБС удерживает первое место – свыше 1 трлн руб., что составляет 1,3% ВВП, свыше 560 млрд руб. приходится на ЦВЗ, свыше 424 млрд руб. и 213,2 млрд руб. – на инсульты и инфаркты, соответственно.

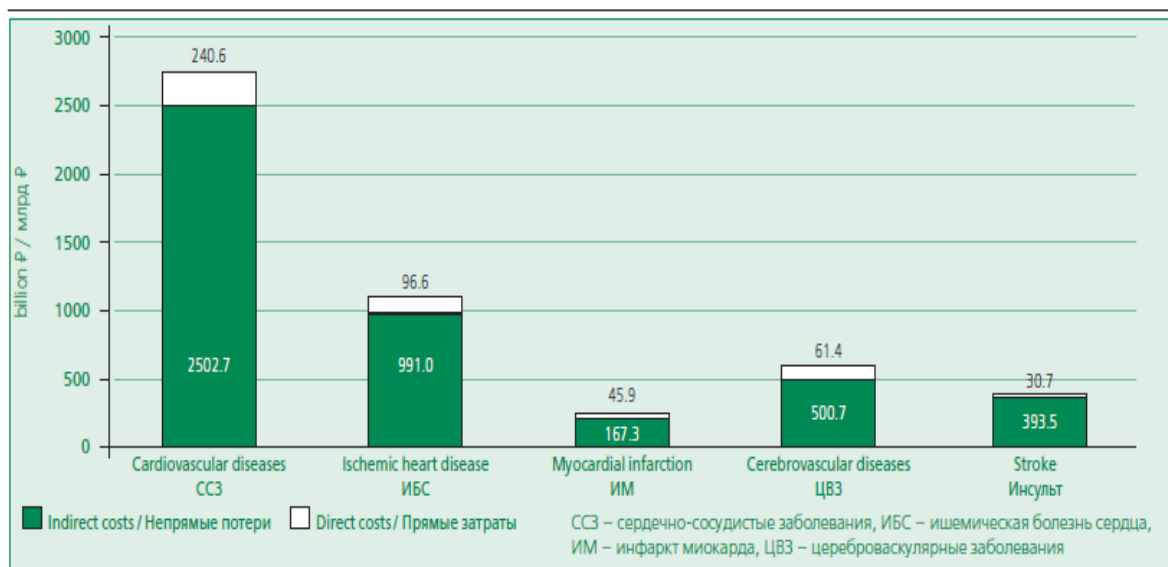


Рисунок 2 – Структура экономического ущерба от ССЗ в целом в 2016 г. и отдельных групп заболеваний

В структуре экономического ущерба от сердечно-сосудистых заболеваний прямые затраты составили всего лишь 8,1% и 220 млрд \square , в то время как потери в экономике определили 91,9% совокупного ущерба (2,5 трлн \square). По отдельным заболеваниям основной ущерб также определяется непрямymi потерями в экономике, за исключением инфаркта миокарда, где на прямые потери приходится 21,5%.

Данные о столь значимом экономическом ущербе – весомый аргумент в пользу увеличения инвестиций в профилактику и лечение ССЗ. Такие инвестиции окажут значимый экономический эффект в долгосрочном периоде и будут способствовать не только улучшению здоровья населения, но и экономическому росту (Концевая, А.В. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 г. / А.В. Концевая, О.М. Драпкина, Ю.А. Баланова и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – 14(2). – С. 156-166. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-2-156-166).

Болезни органов дыхания

В настоящее время болезни органов дыхания (БОД) представляют глобальную медико-социальную и экономическую проблему, причем наиболее значимой группой заболеваний является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), что обусловлено распространенностью, а также прогрессирующим и инвалидизирующим течением заболевания.

Причина	Мужчины	Женщины	Все случаи
Число смертей от:			
• БОД	31 762	9 796	41 558
• ХОБЛ	11 899	2 807	14 706
Доля ХОБЛ в БОД, %:	37,4	28,7	35,4
• ППЖ			
• БОД	473 917	149 260	623 177
• ХОБЛ	109 495	24 888	134 383
Доля ХОБЛ в БОД, %	23,1	16,7	21,6

Примечание: БОД – болезни органов дыхания; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ППЖ – потерянные годы потенциальной жизни.

В 2016 г. отмечены 41 тыс. летальных исходов от БОД, в т. ч. 14 706 – от ХОБЛ; также вследствие БОД потеряно 623 тыс. лет ППЖ в экономически активном возрасте, преимущественно за счет мужчин (474 тыс. ППЖ), при этом 35 % смертей и 22 % ППЖ обусловлены ХОБЛ.

Показатель	БОД	ХОБЛ	Доля ХОБЛ в БОД, %
Число инвалидов / первичный выход за инвалидность	14 000	7 000	50
ВН, число случаев	7 871 902	192 926	2,5
ВН, число дней	69 182 902	1 695 603	2,5

Примечание: ВН – временная нетрудоспособность; БОД – болезни органов дыхания; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.

Зарегистрировано 14 тыс. случаев первичного выхода на инвалидность пациентов с БОД, из них доля ХОБЛ составила 50%. Число случаев временной нетрудоспособности (ВН) при ХОБЛ составило 193 тыс. (2,5 % всех случаев временной утраты нетрудоспособности при БОД).

Компонент ущерба	БОД	ХОБЛ	Доля ХОБЛ в БОД, %
Прямые затраты, руб.:			
• стационарная МП	48 641 564 573	4 801 628 641	9,9
• дневной стационар	3 429 901 827	287 504 573	8,4
• затраты на СМП	1 751 723 205	112 218 069	6,4
• амбулаторная МП	19 904 938 947	652 702 848	3,3
Прямые медицинские затраты, всего	73 728 128 552	5 854 054 131	8,3
Затраты на пособие по инвалидности	685 186 600	342 593 300	50
Прямые затраты, всего	74 413 315 152	6 196 647 431	8,0
Непрямые потери ВВП в экономике, руб.			
• в связи с преждевременной смертью	741 587 985 531	159 917 516 033	21,6
• от инвалидности	4 335 989 066	2 167 994 533	50
• от ВУТ	83 513 158 485	2 046 823 102	2,5
Непрямые потери в экономике, всего	829 437 133 082	164 132 333 668	19,8
Экономический ущерб, руб.			
• всего потерь и затрат	903 850 448 234	170 328 981 099	18,8
• доля в ВВП, %	1,1	0,2	
• стоимость, млрд руб.	903,9	170,3	

Примечание: БОД – болезни органов дыхания; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; МП – медицинская помощь; СМП – скорая медицинская помощь; ВВП – валовой внутренний продукт; ВУТ – временная утрата трудоспособности.

Экономическое бремя БОД в Российской Федерации в 2016 г. составило 903,9 млрд руб., включая 170,3 млрд руб. – ХОБЛ (18,8 % всех потерь и затрат от БОД), что эквивалентно 0,2 % ВВП за этот год. Экономическое бремя ХОБЛ в Российской Федерации (2016) составляет 170,3 млрд руб. (18,8 % всех потерь и затрат от БОД), что эквивалентно 0,2 % ВВП за этот год.

В структуре основного ущерба от ХОБЛ преобладают непрямые потери в экономике, обусловленные преждевременной смертью лиц экономически активного возраста. При ХОБЛ прямые затраты определили лишь 3,5 % всех затрат.

Эти данные свидетельствуют о том, что первоочередное внимание должно быть уделено мерам, направленным на профилактику возникновения ХОБЛ за счет коррекции факторов риска в популяции и замедление прогрессирования заболевания путем



увеличения инвестиций в профилактику и лечение (Драпкина, О.М. Прогноз социально-экономического бремени хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2022 г. / О.М. Драпкина, А.В. Концевая, Д.К. Муканеева и др. // Пульмонология. – 2022. – 32(4). – С. 507-516. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2022-32-4-507-516>)

Онкологические заболевания

По данным ВОЗ, около трети случаев смерти от рака обусловлены модифицируемыми факторами риска (высокий индекс массы тела, недостаточное потребление овощей и фруктов, низкая физическая активность (НФА), употребление алкоголя).

Экономический ущерб был оценен для онкологических заболеваний, достоверно ассоциированных с поведенческими факторами риска и характеризующихся высокой заболеваемостью и смертностью в российской популяции. Общее количество смертей было наибольшим от рака трахеи, бронхов и легкого (34 тысячи), как и количество ПГПЖ (205 тысяч). Также значительное количество смертей и ПГПЖ было обусловлено колоректальным раком, раком желудка и раком молочной железы. Рак шейки матки, несмотря на относительно небольшое количество смертей (5 тысяч), обусловил значительное количество ПГПЖ (53 тысячи) вследствие

Число смертей, ПГПЖ, дней и случаев ВН, ассоциированные с ЗНО, в 2016 г.

ЗНО	Количество смертей	ПГПЖ до 72 лет	Число дней ВН	Число случаев ВН
Рак желудка	16 341	106 058	607 616	17 134
Колоректальный рак	18 690	112 533	1 137 183	32 067
Рак печени и внутрипеченочных желчных протоков	5 514	35 928	136 135	3 839
Рак поджелудочной железы	10 470	66 338	302 982	8 544
Рак трахеи, бронхов, легкого	34 619	205 530	989 382	27 899
Рак молочной железы	14 204	104 565	1 130 556	31 880
Рак шейки матки	5 174	53 600	281 629	7 941
Рак яичника	5 150	37 925	229 351	6 467
Рак предстательной железы	4 831	22 233	627 840	17 704
Рак почки	5 394	32 888	391 191	11 031

смертности в относительно молодом возрасте. ВН была наибольшей при раке молочной железы, колоректальном раке и раке трахеи, бронхов и легкого (около 1 млн дней каждое ЗНО).

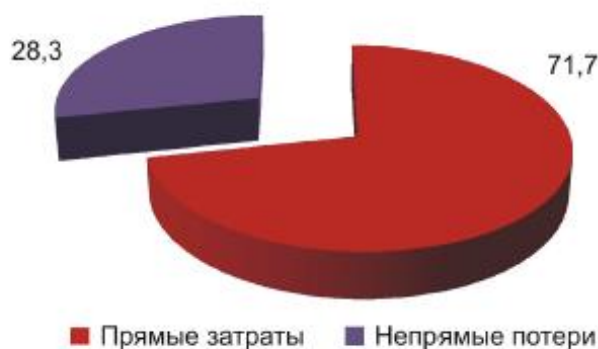
Экономический ущерб от онкологических заболеваний, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска, в Российской Федерации в 2016 г., млн руб.

Диагноз	Код по МКБ-10	Прямые медицинские затраты	Выплату пособий по ВУТ	Выплаты пенсий по инвалидности	Прямые затраты, всего	Потери ВВП от инвалидности	Потери ВВП от преждевременной смертности	Потери ВВП, всего	Всего затрат и потерь
Рак желудка	C16	11 140,0	733,3	1 264,1	13 137,5	282,9	8 926,4	9 209,4	22 346,9
Колоректальный рак	C18–C21	52 173,7	1 372,4	2 488,4	56 034,5	454,9	10 064,3	10 519,2	66 553,7
Рак печени и внутрипеченочных желчных протоков	C22	5 656,5	164,3	366,2	6 186,9	106,7	3 016,6	3 123,3	9 310,3
Рак поджелудочной железы	C25	–	365,7	881,7	1 247,3	230,8	5 684,9	5 915,8	7 163,1
Рак трахеи, бронхов, легкого	C33, C34	50 626,6	1 194,1	2 487,2	54 307,8	628,7	18 564,6	19 193,3	73 501,2
Рак молочной железы	C50	20 903,9	1 364,4	2 541,0	24 809,3	314,5	7 950,7	8 265,3	33 074,6
Рак шейки матки	C53	4 362,8	339,9	618,2	5 320,9	85,8	3 160,6	3 246,3	8 567,2
Рак яичника	C56	1 049,2	276,8	493,3	1 819,2	126,8	2 886,5	3 013,2	4 832,3
Рак предстательной железы	C61	5 431,4	757,7	1 394,9	7 584,2	233,2	2 491,2	2 724,4	10 308,5
Рак почки	C64	1 146,9	472,1	985,9	2 604,8	126,7	2 908,1	3 034,7	5 639,6
Итого		152 491,0	7 040,7	13 520,9	173 052,5	2 591,0	65 653,9	68 244,9	241 297,4

Затраты системы здравоохранения 10 анализируемых локализаций ЗНО, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска, составили в 2016 г. 152 млрд руб., общие прямые затраты с учетом выплат пенсий по инвалидности и пособий по ВН – 173 млрд руб.

Совокупные потери ВВП десяти ЗНО составили 65,7 млрд руб., потери ВВП вследствие инвалидности – 2,6 млрд.

Совокупный экономический ущерб десяти включенных в анализ ЗНО составил 241,3 млрд руб., или 0,3 % ВВП РФ в 2016 г.



В структуре экономического ущерба десяти ЗНО, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска распределились следующим образом: прямые затраты определили 71,7 % всего ущерба, в то время как потери ВВП вследствие преждевременной смертности и инвалидности составили 28,3 %.

Полученные данные определяют необходимость инвестирования в профилактику и лечение онкологических заболеваний. Такие инвестиции могут обусловить значимый экономический эффект в долгосрочном периоде, способствующий экономическому росту.

Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний

ЭУ ФР, обусловленный их вкладом в развитие ХНИЗ

Затраты	Курение	ИП алкоголя	ИП соли	НП ОФ	ПКМ	НФА	Ожирение	АГ
Прямые медицинские затраты, млн руб.	44 446,4	11 841,4	19 406,4	28 787,3	14 062,7	36 402,4	82 089,9	84 606,3
Выплаты пособий по инвалидности, млн руб.	1 686,3	267,9	309,7	1 074,7	284,8	1 480,3	2 308,2	1 540,3
Прямые затраты, всего, млн руб.	46 132,7	12 109,3	19 716,1	29 862,0	14 347,5	37 882,7	84 398,1	86 146,6
% прямых затрат в общей структуре ЭУ	10,9%	14,7%	12,3%	20,5%	17,2%	13,9%	13,9%	9,9%
Потери ВВП в связи с преждевременной смертностью, млн руб.	375 276,1	70 385,6	141 208,4	115 456,6	69 066,3	235 263,4	521 375,7	783 789,5
ЭУ, всего, млн руб.	421 408,8	82 494,9	160 924,5	145 318,6	83 413,9	273 146,1	605 773,8	869 936,0
ЭУ на душу населения, руб.	2 876,51	563,11	1 098,46	991,94	569,38	1 864,48	4134,97	5938,13

Примечание: ОФ — овощи и фрукты.

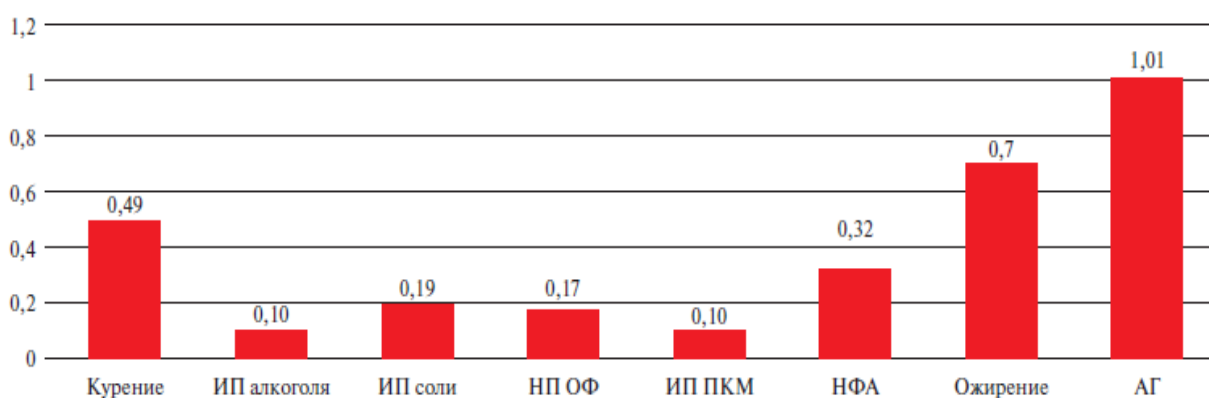


Рисунок 3 – ЭУ ФР в РФ в 2016 г. (% ВВП)

Примечание: ОФ – овощи и фрукты.

В структуре экономического ущерба каждого фактора риска преобладают не прямые потери над прямыми затратами. Наибольший ущерб от четырех основных ХНИЗ ассоциирован с АГ – 869, 9 млрд руб., что

эквивалентно 1,01 % ВВП. Прямые затраты на АГ составили 86,1 млрд руб., косвенные затраты – 783,8 млрд руб.

Следующими по размеру вклада в экономический ущерб от ХНИЗ оказались ущерб от ожирения – 605,8 млрд руб. (0,7% ВВП), курения >421,4 млрд руб. (0,49% ВВП) и НФА – 273,0 млрд руб. (0,32% ВВП).

Вклад нерационального питания, который представлен недостаточным потреблением свежих овощей и фруктов, избыточным потреблением соли и переработанным красным мясом, составил 0,17% ВВП (145,3 млрд руб.), 0,19% ВВП (160,9 млрд руб.) и 0,10% ВВП (83,4 млрд руб.), соответственно.

Из всех анализируемых ФР наименьший вклад в суммарные затраты в связи с ХНИЗ определил ущерб от ИП алкоголя – 82,5 млрд руб. (0,1% ВВП).

Оценка экономического ущерба факторов риска хронических неинфекционных заболеваний позволит выделить приоритеты мер, направленных на укрепление общественного здоровья и обосновать эффективность профилактических мер, направленных на уменьшение воздействия конкретного фактора риска с целью существенного снижения риска развития хронических неинфекционных заболеваний, а следовательно, и нагрузки на систему здравоохранения и экономику страны в целом (Концевая, А.В. Экономический ущерб факторов риска, обусловленный их вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 г. / А.В. Концевая, Д.К. Муканеева, А.О. Мырзаматова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 19(1). – С. 48-55).

Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Российской Федерации. Аргументы в пользу инвестирования.

Министерство здравоохранения и другие государственные органы уделяют приоритетное внимание решению проблемы НИЗ в рамках осуществления национальных проектов в области демографии и здравоохранения.

Многоучрежденческая многодисциплинарная команда, состоящая из представителей Министерства здравоохранения, ВОЗ (штаб-квартиры, Европейского регионального бюро и странового офиса ВОЗ в Российской Федерации), Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Программы развития Организации Объединенных Наций, Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины и «Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в период с 24 по 26 июня 2019 г. провела предварительный сбор и анализ данных в России для подготовки трехуровневого обоснования целесообразности инвестирования в меры профилактики и контроля НИЗ, который был дополнен анализом институционального контекста.

Структура экономического ущерба от НИЗ в Российской Федерации, 2018 г.



Общий ущерб, наносимый неинфекционными заболеваниями экономике Российской Федерации, составляет 4,04 триллиона рублей, что эквивалентно 3,9% ВВП за 2018 г. Государственные затраты (включая расходы на здравоохранение и пособия по инвалидности) составляют лишь 15,0% всех затрат, связанных с НИЗ; это лишь «верхушка айсберга» общего экономического ущерба, наносимого НИЗ.

Затраты, эффект от осуществления и возврат инвестиций, по пакетам вмешательств, за периоды 5 и 15 лет, млрд. руб.

Пакет вмешательств	Пять лет			Пятнадцать лет		
	Общие затраты	Общий выигрыш в производительности	Возврат инвестиций	Общие затраты	Общий выигрыш в производительности	Возврат инвестиций
Табак	19,20	328.44	8.22	110.85	1263.08	8.60
Алкоголь	26,54	117.78	3.21	208.75	883.67	3.15
Физическая активность	12,05	117.94	7.17	81.99	875.70	10.68
Соль	10,63	453.06	31.12	49.02	3387.20	51.41
Клинические вмешательства, направленные на лечение сердечно-сосудистых заболеваний и диабета	1 100,61	245.38	0.17	3810.57	1687.61	0.32
	1169,03	1262,6	4261,18	8097,26		

Меры, направленные на сокращение потребления соли, имеют самый высокий возврат инвестиций: на каждый 1 рубль, инвестированный в пакет мер по снижению потребления соли, ожидается получить 31,1 рубль в первые пять лет и 51,4 рубля за 15 лет. Пакет мер по повышению уровня физической активности также дает высокий возврат инвестиций как за 5-летний (7,2 рубля), так и за 15-летний период (10,7 рублей). Пакеты мер борьбы против табака и вредного употребления алкоголя имеют почти равный возврат инвестиций за оба периода и обеспечивают за 5-летний период 8,2 рубля для табака и 3,2 рубля для алкоголя.

Пакеты мер (направленные на сокращение потребления соли, борьбу против табака и повышение уровней физической активности) представляют собой четко выраженные наиболее экономически выгодные меры, предлагающие самый высокий возврат инвестиций за 15-летний период.

Обоснование целесообразности инвестирования в меры борьбы с неинфекционными заболеваниями призвано помочь лицам, формирующим политику, наметить последующие шаги, направленные на укрепление

законодательства и политики Российской Федерации в области здравоохранения, а также на обеспечение их соблюдения.

Список литературы

1. Sala-i-Martin X., Doppelhofer G., Miller R.I. Determinants of Long-Term Growth: A Bayesian Averaging of Classical Estimates (BACE) Approach // American Economic Review. – 2004. – Vol. 94. – № 4. – P. 813–835.
2. Cen S.T., Yan W.H. Economic Growth, People’s Livelihood Preferences of Local Governments and Residents’ Health // Front Public Health. Frontiers Media S.A. – 2022. – Vol. 10. – P. 844015.
3. Niu X.T., Yang Y.C., Wang Y.C. Does the Economic Growth Improve Public Health? A Cross-Regional Heterogeneous Study in China // Front Public Health. Frontiers Media SA. – 2021. – Vol. 9. – P. 704155.
4. Huang S. et al. Does Public Health Influence Economic Performance? Investigating the Role of Governance and Greener Energies for the Case of China // Front Public Health. Frontiers Media SA. – 2022. – Vol. 10. – P. 864736.
5. Ozyilmaz A. et al. The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth in EU Countries: Empirical Evidence Using Panel Fourier Toda-Yamamoto Causality Test and Regression Models // Int J Environ Res Public Health. IntJEnvironResPublicHealth. – 2022. – Vol. 19. – № 22.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

А.В. Коростелева

ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Указом Главы Республики Саха (Якутия) от 30 июля 2020 г. № 1355 «О требованиях к порядку создания, развития, ввода в эксплуатацию, эксплуатации и вывода из эксплуатации государственных информационных систем Республики Саха (Якутия) и дальнейшего хранения содержащейся в их базах данных информации» в целях повышения эффективности управления в сфере здравоохранения и оказания медицинской помощи на основе информационно-технологической поддержки Правительством Республики Саха (Якутия) утверждено Положение о государственной информационной системе Республики Саха (Якутия) «Региональная медицинская информационная система здравоохранения РС (Я)», которое определяет цель создания, назначение и структуру ГИС «РМИС» РС (Я).

ГИС РС (Я) представляет собой единую информационно-аналитическую систему, обеспечивающую сбор, хранение и анализ медицинских данных, в том числе персональных данных граждан Российской Федерации.

Основные цели создания ГИС «РМИС» РС (Я): формирование единого информационного пространства государственных учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия); обеспечение автоматизации процессов организации и оказания медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия); интеграция в качестве региональной прикладной системы с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения Российской Федерации; поддержка региональных сервисов для пациентов.

Функционирование ГИС РС (Я) осуществляется с использованием программно-аппаратного комплекса, размещенного в центре обработки данных Электронного правительства Республики Саха (Якутия), рабочих мест участников взаимодействия ГИС РС (Я).

ГИС РС (Я) содержит информацию, создаваемую и обрабатываемую при организации и оказании медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия), в том числе:

- сведения о состоянии здоровья пациентов;
- информацию о видах и объемах оказанной медицинской помощи;
- информацию о медицинских работниках государственных учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия);
- информацию о государственных учреждениях здравоохранения Республики Саха (Якутия).

В рамках внедрения ГИС в республике проведен ряд мероприятий: по автоматизации обработки информации медицинскими организациями, взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи пациентам; обеспечено взаимодействие с федеральными системами и сервисами, между различными структурами, участвующими в информационном обмене, формирование и ведение медицинской отчетности медицинскими организациями в единой системе.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

А.М. Кузнецова, С.С. Слепцова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Во всем мире отмечается рост охвата вакцинацией, возрос коллективный иммунитет среди населения, зарегистрированы новые эффективные в лечении COVID-19 противовирусные препараты. Тем не менее, несмотря на очевидные успехи, COVID-19 продолжает представлять угрозу. Отчасти это обусловлено тем, что вирус SARS-CoV-2 по сравнению с другими штаммами коронавирусной инфекции имеет большую массу и сложное строение внутренней части генома, вследствие чего не только быстро приспосабливается к новым условиям, но и долго сохраняет свои агрессивные свойства, вызывая развитие коморбидных патологий [1].

В самый активный период пандемии практически во всех странах наблюдалась высокая летальность больных COVID-19, и среди самых распространенных причин смерти выделены: резкое снижение насыщения крови кислородом (дыхательная недостаточность) – более половины случаев летального исхода, сочетание дыхательной недостаточности с коронарной (более трети случаев смерти). При этом чуть меньше половины случаев летального исхода связано с кардиальной коморбидностью при COVID-19. Например, китайские исследователи выявили у каждого четвертого умершего от инфекции COVID-19 наличие патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) [2].

Если обратиться к данным по Российской Федерации, показателен ретроспективный анализ клинико-демографических показателей: 1007 больных COVID-19, госпитализированных в начале 2020 г. в отделения реанимации и интенсивной терапии с диагнозом «острый респираторно-дистресс синдром» [3]. Было обнаружено ССЗ у 61,4 % больных, в том числе

АГ у 56,3 %, ИБС у 16,3 %, ожирение – у 26,1 %, СД 2-го типа – у 25 %. При этом больше всего ССЗ встречались у больных старше 60 лет (80 %) [3].

Подобные статистические данные по Республике Саха (Якутия) не отличаются от вышеприведенных. По оперативным данным сайта Стопкоронавирус.рф, по состоянию на 15 мая 2023 г. в Республике Саха (Якутия) зафиксировано 225633 подтвержденного случая заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19, 2149 случаев летального исхода [4].

Организационные подходы профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции в нашей республике, как и во всей стране, определяются в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России. Вместе с тем в нашей республике имеется своя специфика, обусловленная как природно-климатическими условиями, транспортной инфраструктурой, так и социально-демографическими особенностями.

16 марта 2020 г. приказом Минздрава РС (Я) № 01-07/342 «О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции на территории РС (Я)» утвержден временный алгоритм действий медицинского работника в отношении лиц с респираторными симптомами и подозрением на пневмонию, также схемы временного перепрофилирования стационаров при оказании медицинской помощи больным с внебольничными пневмониями, с подозрением на НКВ и схемы их маршрутизации [5].

Так же, как и организационные, при определении и выборе терапевтических подходов мы руководствовались Методическими рекомендациями Минздрава России. Индивидуальный подход к больному диктуется необходимостью разностороннего изучения клинического течения основного, сопутствующих и перенесенных заболеваний, а также их комплексной диагностики и рационального лечения [6]. В рамках дифференцированной терапии используются дифференциальные диагностики с применением УЗИ и компьютерных технологий, а также методы и препараты лечения, терапевтические меры, специально

предпринимаемые в зависимости от характера болезни, учитывающие патогенетические и иные механизмы развития заболевания.

При ведении пациентов с новой коронавирусной инфекцией необходимо проводить комплексную диагностику, включающую изучение не только клинического течения основного и сопутствующих заболеваний, но и перенесенных ими заболеваний – с целью рационального и эффективного лечения [7]. Также нужно провести комплексную интерпретацию клинической и лабораторных данных для оценки вероятности тромбоэмболии легочных артерий при COVID-19. С учетом того, что наличие коморбидных заболеваний приводит к увеличению числа койко-дней пациентов, их инвалидизации при положительном исходе, необходимо разработать типологизированные меры как организационного, так и терапевтического характера, по дальнейшей их реабилитации и предупреждения постковидного синдрома.

Список литературы

1. Ильиных, А. Р. Коронавирусная инфекция (COVID-19): история, меры борьбы и перспективы / А. Р. Ильиных, М. С. Чигринова // Молодой ученый. – 2020. – № 35 (325). – С. 25-27. – URL: <https://moluch.ru/archive/325/73401/> Дата обращения – 20.09.2022.
2. Wang D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA – <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585> (2020). Дата обращения – 20.09.2022.
3. Глыбочко, П.В. Клиническая характеристика больных тяжелой SARS-CoV-2 пневмонией, нуждавшихся в респираторной поддержке / П.В. Глыбочко, В.В. Фомин, С.Н. Авдеев и др. // Клиническая фармакология и терапия. – 2020. – № 29 (2). – С. 21–29. DOI: 10.32756/0869-5490-2020-2-2129.
4. <https://стопкоронавирус.рф/> – Дата обращения: 15.05.2023 г.
5. https://minzdrav.gov.ru/ministry/med_covid19

6. Слепцова, С.С. Опыт работы инфекционной службы Республики Саха (Якутия) в период пандемии новой коронавирусной инфекции / С.С. Слепцова, Е.А. Борисова, В.Е. Тарасова и др. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2020. – Т. 9. – № 3. – С. 30–35. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2020-9-3-30-35> (дата обращения 14.07.2022)

7. Старичкова, А. А. Кардиометаболические нарушения при инфекции SARS-CoV-2 и постковидном синдроме / А.А. Старичкова, О.В. Цыганкова, Л.Д. Хидирова и др. // Лечащий врач. – 2022. – № 3(25). – С. 49-58. DOI: 10.51793/OS.2022.25.3.008.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Е.Е. Маркова

ГАУ Республики Саха (Якутия) «Медицинский центр г. Якутска», Якутск, Россия

Цель: в настоящее время первичному звену здравоохранения уделяется особое внимание. Важным условием совершенствования первичной медико-санитарной помощи является организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ВКК и БМД). Целью ВКК и БМД является повышение качества, доступности и безопасности медицинской деятельности, обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема им надлежащего качества. Объектом ВКК и БМД является медицинская помощь и безопасность медицинской деятельности.

Задачи: контроль над качеством выполнения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, соблюдением безопасности при осуществлении медицинской деятельности, изучение удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи.

Основные мероприятия по организации и проведению ВКК и БМД в МО: разработка локальных нормативных документов, совершенствование системы внутреннего контроля; создание организационной и функциональной структуры ВК, порядок их взаимодействия; обучение персонала по вопросам ВКК и БМД, подготовка аудиторов из числа руководителей, специалистов МО для проведения плановых и целевых (внеплановых) внутренних аудитов; разработка и использование критериев оценки качества работы персонала при выполнении технологических процессов; разработка и внедрение стандартных операционных процедур, алгоритмов с целью необходимости рационального выбора и применения медицинских технологий; мониторинг обращений (жалоб) граждан по

вопросам качества и безопасности оказания медицинской помощи; изучение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи; использование методов мотивации стимулирования эффективного труда, повышение ответственности работников за выявляемые дефекты (нарушения); отчеты руководителей рабочих групп, структурных подразделений по выполнению мероприятий по ВКК и БМД; изучение морально-психологического климата в МО и ее структурных подразделений; обеспечение преемственности в работе между структурными подразделениями и соблюдение Порядка взаимодействия с другими вышестоящими организациями по вопросам внутреннего контроля.

Ожидаемые результаты: повышение качества и безопасности предоставляемых услуг; повышение результативности и эффективности деятельности МО при рациональном расходовании материальных, финансовых ресурсов, укрепление производственной дисциплины; увеличение заинтересованности персонала в создании благоприятной атмосферы в коллективе; повышение удовлетворенности населения в оказании медицинской помощи.

Вывод. Итогом нашей работы по организации и проведению, повышению эффективности внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является проведение в декабре 2022 г. внешнего аудита экспертами ФБГУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора и получение сертификата «Качество и безопасность медицинской деятельности».

Заключение. Проблема качества, безопасности и эффективности внутреннего контроля занимает приоритетное место среди существующих проблем в деятельности Российского здравоохранения.

АККРЕДИТАЦИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Л.И. Меньшикова, И.М. Сон

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия

В современных условиях развития отечественного здравоохранения важнейшей задачей является подготовка профессиональных, мотивированных специалистов, обеспеченных необходимым объемом теоретических знаний и умением использовать практические навыки для обеспечения качественной и безопасной медицинской помощью жителей нашей страны. Для решения поставленной задачи медицинские работники должны постоянно повышать уровень своей квалификации, обновлять свои теоретические знания и профессиональные навыки.

Правовые основы аккредитации медицинских специалистов в Российской Федерации заложены в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так, в соответствии со статьей 69 вышеназванного закона установлено, что «право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, и прошедшие аккредитацию специалиста».

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. включительно, и в течение переходного периода действует как система сертификации, так и аккредитации.

По специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» проводится первичная специализированная аккредитация специалистов в отношении лиц, завершивших освоение программ

ординатуры и программ профессиональной переподготовки. Основной задачей проводимой аккредитации является проверка сформированности компетенций в соответствии с ФГОС у выпускников ординатуры и готовности к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с профессиональным стандартом – у слушателей программ дополнительного профессионального образования.

Первичная специализированная аккредитация лиц по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» включает следующие два этапа: первый этап – тестирование; второй этап – практико-ориентированный этап – оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях и решение ситуационных задач.

На решение тестовых заданий отводится 60 минут, в настоящее время аккредитуемому предлагается ответить на 80 тестовых заданий.

На втором этапе предусмотрена оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях на двух станциях объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) и решение трех ситуационных задач. Станции ОСКЭ посвящены проверке навыков проведения сердечно-легочной реанимации и восстановлению проходимости дыхательных путей, умению оказать первую помощь пострадавшим. Ситуационные задачи сгруппированы в соответствии с тремя тематиками: общественное здоровье, организация здравоохранения, качество и безопасность медицинской деятельности.

Процедура первичной специализированной аккредитации для специалистов с высшим образованием, освоивших программы ординатуры или профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», имеет свои особенности. В частности, необходимо учитывать, что профессиональный стандарт специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья, утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 7 ноября 2017 г. № 768н, включает 6 уровней и 24 трудовых

функции. В связи с этим аккредитуемый должен владеть широким набором компетенций и иметь готовность работать на должностях врача-статистика, врача-методиста, заведующего организационно-методическим подразделением, заместителя главного врача, главного врача медицинской организации. При назначении на ту или иную должность учитываются и требования к стажу, закрепленные в профессиональном стандарте. При этом необходимо подчеркнуть, что аккредитация в настоящее время проводится по специальности, а не по занимаемой должности.

Периодическая аккредитация специалистов – организаторов здравоохранения имеет особенности только для руководителей медицинских организаций. Так, руководители федеральных медицинских организаций подписывают свой отчет у учредителя, а руководители медицинских организаций регионального уровня имеют возможность выбора: написать отчет у учредителя или направить в центральную аккредитационную комиссию несогласованный отчет о профессиональной деятельности.

Таким образом, аккредитация организаторов здравоохранения предъявляет высокие требования, как в части теоретической подготовки, так и в части владения практическими навыками. Такой уровень требований является вполне обоснованным, т.к. организаторы здравоохранения являются в большинстве своем специалистами, от которых зависит эффективность деятельности медицинских организаций, пути развития системы здравоохранения и, в конечном итоге, качество и доступность медицинской помощи.

СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

И.Н. Мороз

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Одним из стратегических направлений развития здравоохранения в различных странах является совершенствование системы подготовки медицинских и фармацевтических работников, профессиональный уровень, которых обеспечит качество и доступность медицинской помощи, эффективность используемых ресурсов. Всемирная Медицинская Ассамблея декларирует, что задачей медицинского и фармацевтического образования является подготовка врачей и провизоров, позволяющая им самостоятельно работать по специальности. Получение высшего медицинского и фармацевтического образования означает завершение программы обучения и получение студентом квалификации, дающей право выбора дальнейшей карьеры по медицинской и фармацевтической практике, организации здравоохранения, исследовательской работе в области клинических и фундаментальных дисциплин или преподавательской деятельности. Любое из выбранных направлений требует дальнейшей дополнительной подготовки.

В мировом образовательном пространстве особое внимание уделяется созданию системы, которая обеспечила бы переход от принципа образования «на всю жизнь» к принципу образования «через всю жизнь». Специфика такой подготовки врача состоит в том, чтобы, с одной стороны, обеспечить его стандартными знаниями и практическими навыками, а с другой – сформировать у него мотивацию на самостоятельное непрерывное накопление новых профессиональных знаний и навыков в течение всей профессиональной деятельности. Однако внедрение данной системы

сопряжено с определенными трудностями, обусловленными не только недостатком ресурсов (кадровых, информационных, финансовых), но и отсутствием мотивации у обучаемого к самостоятельному освоению образовательной программы.

В Республике Беларусь создана система медицинского и фармацевтического образования, которая включает следующие этапы: доуниверситетская (довузовская) профессиональная подготовка; высшее образование (специальное высшее и углубленное высшее – магистратура); научно-ориентированное образование (аспирантура (адъюнктура) и докторантура); дополнительное образование взрослых (образовательные программы повышения квалификации, переподготовки, стажировки и др.); самообразование. Кроме того, для профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников используются такие формы как интернатура и клиническая ординатура.

В настоящее время последиplomная подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием осуществляется в 5 учреждениях образования Республики Беларусь. С 2016 г. повышение квалификации врачей осуществляется в 15 профильных республиканских научно-практических центрах на базе созданных образовательных центров (РНПЦ онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, РНПЦ «Кардиология», РНПЦ «Мать и дитя» и др.). Обучение врачей в РНПЦ позволяет осваивать уникальные, высокотехнологичные и ресурсоемкие методы диагностики и лечения заболеваний.

В Белорусском государственном медицинском университете (далее – БГМУ) реализуются все этапы и формы профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников. Функционируют 8 факультетов (лечебный, стоматологический, педиатрический, медико-профилактический, медицинский факультет иностранных учащихся, фармацевтический, факультет профориентации и довузовской подготовки, факультет повышения квалификации и переподготовки кадров) и военно-

медицинский институт. В БГМУ осуществляется подготовка по 12 специальностям высшего образования, по образовательным программам научно-ориентированного образования по 42 специальностям в аспирантуре (адъюнктуре) и по 36 специальностям – в докторантуре; переподготовка на базе высшего образования и среднего специального образования; реализуются образовательные программы повышения квалификации по профилю «Здравоохранение». Осуществляется подготовка в интернатуре по 35 специальностям, в клинической ординатуре – по 37 специальностям.

Практикоориентированность обучения реализуется на 71 клинической базе учреждений здравоохранения, в университетской стоматологической клинике, в симуляционно-аттестационном центре (далее – САЦ) – единственном центре в Республике Беларусь, который в марте 2023 г. аккредитован общероссийской общественной организацией «Российское общество симуляционного обучения в медицине» с присвоением III (высшего) аккредитационного уровня.

Однако, существующая система медицинского и фармацевтического образования нуждается в совершенствовании, направления которого должны касаться модернизации образовательной среды, уровень которой должен соответствовать достижениям науки и передового практического опыта, системы допуска специалистов к профессиональной деятельности, повышения имиджа не только медицинских работников учреждений здравоохранения, но и преподавателей медицинских университетов.

**ТЕРРИТОРИЯ ТРЕЗВОСТИ:
ОПЫТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОЛЛЕКТИВНЫХ РЕШЕНИЙ
РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ
НАПИТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)**

А.М. Никитина

ГБУ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики»,
Якутск, Республика Саха (Якутия)

На территории Республики Саха (Якутия) с 2010 г. реализуется антиалкогольная политика, направленная на формирование трезвого, здорового образа жизни, укрепление здоровья населения, снижение уровня заболеваемости алкоголизмом, а также с 2015 г. действует правовая норма, предоставляющая право устанавливать полный запрет розничной продажи алкоголя на территориях отдельных населенных пунктов на основании законодательных инициатив представительных органов местного самоуправления. Законодательный запрет на розничную продажу алкоголя действует в 203 селах в 31 муниципальном районе Республики Саха (Якутия), это 34,5 % от всех сельских поселений (всего в республике 582 села (сельских населённых пункта)). В «трезвых селах» проживают 108 590 человек, это 33% сельского населения и 11% населения республики. При этом законы о запрете продажи алкоголя принимаются на основе голосования жителей поселения (70-85 % всех жителей). Принятие законов о запрете продажи алкогольной продукции на территории сельских поселений дал скачок ожидаемой продолжительности жизни мужчин в сельской местности.

В декабре 2019 г. ВЦИОМ провел телефонный опрос общественного мнения жителей Республики Саха (Якутия), выборка составила 1600 человек. Половозрастное распределение участников опроса приведено в табл. 1.

Таблица 1 – Половозрастное распределение выборки, % от респондентов (N=1600)

Мужчины	Женщины	18-24 года	25-34 года	35-44 года	45-59 лет	60 лет и старше
48	52	12	24	19	27	18

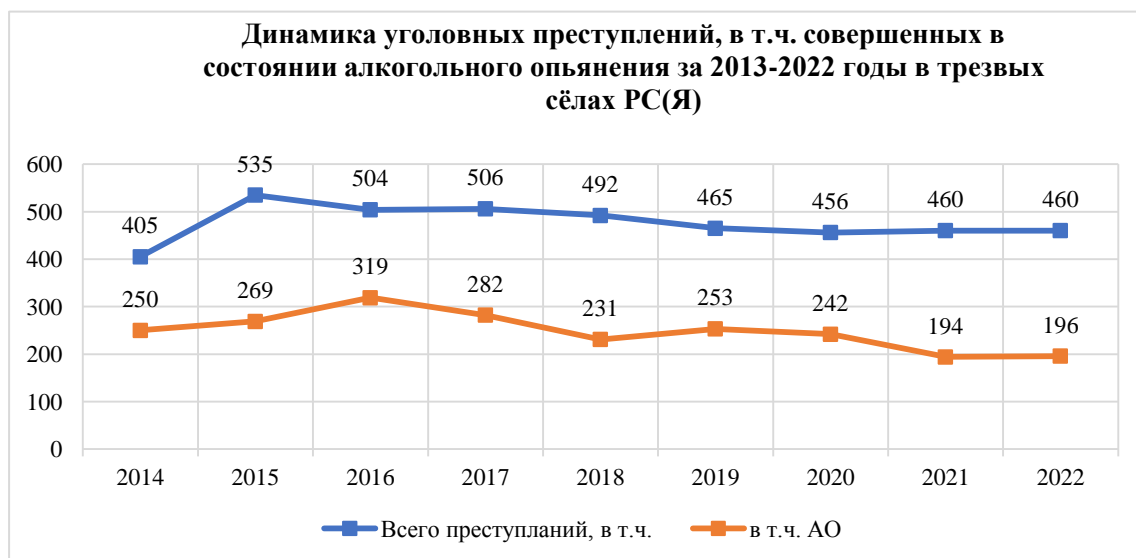
В анкете был блок вопросов, посвященных потреблению алкоголя и отношению населения Якутии к «территориям трезвости». Якутян спрашивали о частоте употребления алкоголя. Так, половина опрошенных (50%) указали, что они выпивают редко, по особым дням или праздникам, 13% – что выпивают раз в несколько недель. Еще 5% отметили, что имеют привычку регулярного потребления алкоголя – они выпивают раз в неделю или раз в несколько дней. Однако треть опрошенных (31%) указали, что совсем не употребляют алкоголь.

Непьющих мужчин в Якутии на 10 % меньше, чем непьющих женщин: не пьют 26% мужчин и 36% женщин. При этом более половины непьющих мужчин ранее употребляли алкоголь, но отказались от его употребления по той или иной причине. Самой непьющей группой населения оказалась молодежь в возрасте от 18 до 24-х лет – среди них не пьют 38%, при этом 32% опрошенных из этой группы людей отметили, что вообще никогда не пробовали алкоголь. В остальных группах уровень потребления алкоголя заметно выше: он резко возрастает в группе людей в возрасте 25–34 лет и постепенно снижается увеличением возраста. Среди пожилого населения количество непьющих составляет 35%, что обеспечивается, во многом, низкой продолжительностью жизни мужчин и возрастающими к старости проблемами со здоровьем. Значимые отличия в потреблении алкоголя выявлены и между жителями городов и сел. Так, сельские жители оказались наименее пьющими, по сравнению с жителями Якутска, других городов и поселков городского типа. Не употребляют алкоголь 38% сельских жителей, 30% жителей Якутска и только 25% тех, кто указали, что проживают в других поселениях. При этом если жители городов и поселков пьют больше всех, то жители столицы республики пьют чаще, чем все остальное население.

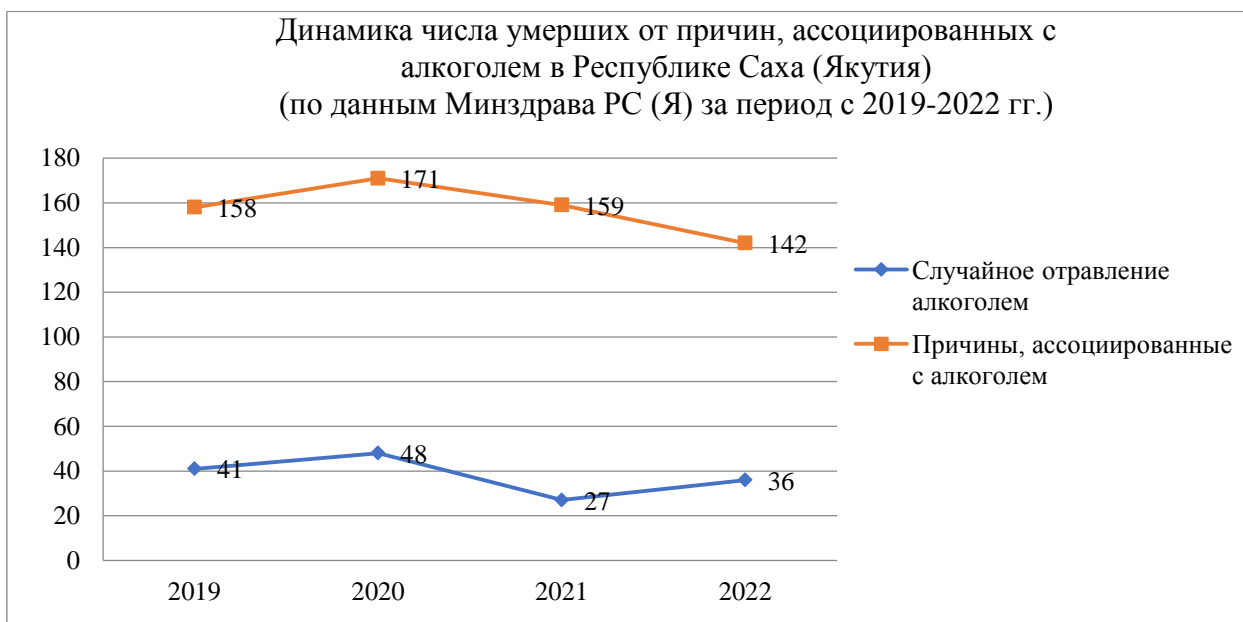
Согласно информации Министерства внутренних дел по Республике Саха (Якутия) по числу преступлений и ДТП, совершенных (в том числе в состоянии алкогольного опьянения) в 171 населенном пункте на территории Республики Саха (Якутия), в которых законодательно приняты акты о запрете реализации алкогольной продукции с 2015 г. наблюдается уменьшение количества случаев уголовных преступлений на 14,02% (с 535 до 460 случаев в 2022 г.), случаев уголовных преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения – с 2016 г. на 38,56 % (с 319 до 196 случаев в 2022 г.). При этом, если в 2016 г. уголовные преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, составляли 63,3% от всех случаев уголовных преступлений, то в 2022 г. – 42,6%.

Основная часть таких преступлений как убийства, покушения на убийства, умышленное причинение вреда здоровью человека и грабеж в рассматриваемых сёлах связана с алкогольным опьянением. В целом, после периода 2015-2018 гг. наметилась тенденция к уменьшению случаев этих видов преступлений.

Также, после периода 2015-2018 гг. наблюдается тенденция к уменьшению случаев уголовных преступлений, связанных с ДТП. При этом доля преступлений, совершенных в состоянии алкогольного (АО), снизилась с 54,55% в 2016 г. до 33,3% в 2022 г.



По данным Минздрава РС (Я) за период 2019-2022 гг. число умерших от случайного отравления алкоголем снизилось на 10,1 %, от причин, ассоциированных с алкоголем на 12,2 %. В динамике за анализируемые годы среди жителей республики отмечается сокращение показателей смертности от алкоголь-ассоциированных причин.



Народ и организации должны со всей ответственностью относиться к соблюдению закона при осуществлении реализации алкогольной продукции, чтобы не допускать совершения деяний, влекущих ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

Таким образом, необходимо продолжить следование приоритету ведения здорового образа жизни, а также по внесению новых законодательных инициатив, направленных на снижение уровня потребления алкогольной продукции в Республике Саха (Якутия).

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Т.А. Платонова

ООО «Сайберия», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Цель: рассказать о возможностях использования искусственного интеллекта и модели машинного обучения (нейросети) для повышения качества и эффективности медицинской помощи, рассмотреть перспективы расширения спектра методов искусственного интеллекта для поддержки различных решений.

На сегодняшний день искусственный интеллект ученые определяют как алгоритмы, способные самообучаться, чтобы применять эти знания для достижения поставленных человеком целей. Системы машинного обучения (основной подраздел ИИ) автоматизировали процессы во всех жизненно важных областях, включая банкинг, ретейл, медицину, безопасность, промышленность.

Системы ИИ работают, поглощая большие объемы помеченных обучающих данных, анализируя данные на предмет корреляций и закономерностей и используя эти закономерности для прогнозирования будущих состояний.

Целью нашей компании является упрощение работы врача-рентгенолога и врачей смежных специальностей с помощью технологий машинного обучения и компьютерного зрения, другими словами, при помощи искусственного интеллекта. Благодаря этому мы создаем инструменты для врачей, позволяющие производить количественный расчет параметров медицинских исследований, необходимых для постановки диагнозов.

В своей работе мы используем компьютерное зрение. Эта технология дает машине возможность видеть. Компьютерное зрение в медицине анализирует визуальную информацию медицинских изображений,

поступающих с различных медицинских аппаратов, в частности, с компьютерных томографов.

В медицине ИИ внедряется в разных направлениях, наши разработки касаются так называемых систем помощи принятия врачебных решений (СППВР). И на данный момент мы идем в двух направлениях – интеграции СППВР с МИС системами на уровне ПАКС-ов, для отправки результатов сервисов сразу вместе с исследованиями на рабочее место врачу-диагносту (Сайберия Лангс, Сайберия Хед), а также создание инструментов в нашей программе-просмотрщике медицинских изображений Сайберия Вьювер – подсчет объемов, сегментация и 3Д-визуализация области легких и головного мозга.

Продукция компании Сайберия легко интегрируется в медицинские организации. Например, клиницисты ЯГБ №3 имеют возможность просматривать исследования из протокола исследования из "РТ МИС" в веб-вьюере сайберия. Это реализовано благодаря интеграции Sciberia-PACS и РТ МИС (рентген лаборантом теперь не требуется заполнять плановых пациентов вручную, они сразу направляются в медицинское диагностическое оборудование, это позволяет минимизировать время на оформление исследования).

Дальнейшее развитие СППВР – в расширении функционала до комплексных сервисов, позволяющих проводить расширенный анализ исследований по каждой из областей.

**АНАЛИЗ ОБОСНОВАННЫХ ЖАЛОБ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
НА ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
ЗА ПЕРИОД 2020-2022 гг.**

Н.М. Постников, Ю.Н. Трифонова

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования РС (Я),
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Одна из основных задач Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) – обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав. Обеспечением и защитой прав застрахованных лиц и организацией контроля качества медицинской помощи населению в сфере обязательного медицинского страхования республики занимаются специально созданные структурные подразделения – отделы защиты прав застрахованных в страховых медицинских организациях и Территориальном фонде ОМС.

Сегодня на территории республики реально действует эффективная система обеспечения и защиты прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования: организована работа с обращениями граждан, осуществляется досудебная и судебная практика защиты прав граждан, проводятся постоянные контрольно-экспертные мероприятия, налажена система информирования населения о порядке обеспечения и защиты их прав в сфере обязательного медицинского страхования.

Принимая во внимание важность обеспечения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и с целью совершенствования организации защиты прав застрахованных лиц, с 2008 г. создан и действует

Координационный совет по организации защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Саха (Якутия). В состав Совета входят представители Министерства здравоохранения республики, Территориального фонда, Росздравнадзора, страхователей, страховщиков, Ассоциации врачей. На Координационном совете рассматриваются основные проблемы, которые влияют на доступность и качество медицинской помощи и принимаются решения по их устранению.

Так, одним из решений Координационного совета было внедрение в республике представителей страховых медицинских организаций. Цель их работы – обеспечить защиту прав застрахованных непосредственно при обращении в учреждение здравоохранения. На сегодняшний день представители СМО работают в 60 медицинских организациях республики. За период 2020-2022 гг. представителями СМО проведена работа по более 97 тысячам обращений граждан, в том числе предотвращены жалобы по организации работы МО.

С июня 2016 г. на базе ТФОМС Республики Саха (Якутия) создан Контакт-центр в сфере обязательного медицинского страхования с бесплатным для граждан федеральным номером 8-800-100-14-03. С 2017 г. Контакт-центр стал работать как «Единый контакт-центр в сфере здравоохранения Республики Саха (Якутия)», объединив контакт-центры страховых медицинских организаций, ТФОМС Республики Саха (Якутия) и Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия). Целью создания единого Call-центра стало обеспечение удобного и бесплатного канала для телефонных обращений граждан по принципу «одного звонка».

В период режима особых условий (пандемия COVID-19) ТФОМС Республики Саха (Якутия) и страховые медицинские организации Республики Саха (Якутия) активно подключились к работе системы здравоохранения по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции. В этот непростой период страховые представители не только решали вопросы застрахованных лиц по организации оказания медицинской

помощи, но и расширили свой функционал в части полной интеграции в работу «горячей» линии Республики Саха (Якутия) по вопросам распространения новой коронавирусной инфекции.

Начиная с 12 марта 2020 г. Единый контакт центра здравоохранения Республики Саха (Якутия) (далее – Контакт-центр) стал функционировать в круглосуточном режиме как «Горячая линия» республики по вопросам распространения новой коронавирусной инфекции. Все ночные «дежурства», выходные и праздничные дни, а также большую часть нагрузки в дневное время специалисты ТФОМС Республики Саха (Якутия) и страховые представители страховых медицинских организаций взяли на себя, по сути, став оперативным штабом по решению вопросов граждан, связанных с оказанием медицинской помощи при новой коронавирусной инфекции.

Всего за 2020 г. в Контакт-центр поступило более 62 тысяч обращений, что в 4 раза превышает показатели 2019 г. (в 2019 г. – более 15 тысяч обращений). Из общего количества обращений – около 60% обращений связаны с организацией оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Практически все вопросы по оказанию медицинской помощи, в том числе по новой коронавирусной инфекции, решались страховыми представителями в оперативном порядке. Было налажено взаимодействие со специалистами министерства здравоохранения, министерства труда и социального развития, министерства по делам молодежи и социальным коммуникациям Республики Саха (Якутия), волонтерами, психологами.

Большое внимание на территории республики уделяется вопросам защиты прав застрахованных. На сегодняшний день во всех страховых медицинских организациях и Фонде организован прием граждан всеми доступными способами (личный прием, электронная почта, виртуальная интернет-приемная, интернет рубрика «Задать вопрос», телефон «Горячей линии» и др.), консультации дают опытные врачи-эксперты и юристы.

Всего за период с 2020 по 2022 г. в службы защиты прав застрахованных в системе ОМС обратились более 215 тысяч застрахованных. Основная часть

обращений (более 99%) связана с необходимостью получить консультацию по вопросам обязательного медицинского страхования. За период с 2020 по 2022 г. рассмотрено более 900 жалоб. По всем поступившим жалобам проводится экспертиза оказанной медицинской помощи, по результатам которой дается заключение об обоснованности жалобы. В 2022 г. по сравнению с 2020 г. количество жалоб увеличилось на 51,7%, и составило 352 (2020 г. – 232, 2021 г. – 328).

Обоснованными в 2022 г. признано 216 жалоб, что составляет 61,4% от всех жалоб (2020 г. – 133 или 57,3%, 2021 г. – 179 или 54,6%).

Таблица 1 – Динамика причин обоснованных жалоб в 2022/2020 гг.

Показатели	2020	2021	2022	Прирост/ снижение обоснованных жалоб 2022 г. к 2020 г., %
Всего жалоб	232	328	352	+51,7%
Всего обоснованных жалоб, в т.ч.	133	179	216	+62,4%
– взимание денежных средств	19	16	16	-15,8%
– качество медицинской помощи	150	147	184	+22,7%
– организация работы МО	7	7	8	+14,3%
– отказ от медицинской помощи по программам ОМС, из них на территории страхования	1	5	4	+300%
– выбор СМО	2	0	3	+50%
Прочие причины	6	4	1	+83,3%

Структура причин обоснованных жалоб застрахованных лиц в 2022–2020 гг.:

– на оказание медицинской помощи (КМП) – 85% (2020 г. – 81%, 2021 г. – 82%);

– на организацию работы медицинской организации – 3,7% (2020 г. – 4%, 2021 г. – 4%);

– на взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную программами обязательного медицинского страхования – 7% (2020 г. – 10%, 2021 г. – 9%);

– на отказ в оказании медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования – 1,8% (2020 г. – 0,5%, 2021 г. – 3%);

– на нарушение прав на выбор (замену) страховой медицинской организации 1,4% (2020 г. – 1%, 2021 г. – 0%);

– другие причины обоснованных жалоб – 0,5% (2020 г. – 3,2%, 2021 г. – 2%).

Все обращения, поступившие в ТФОМС и СМО, рассмотрены в сроки, установленные Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Все обоснованные жалобы рассмотрены и удовлетворены в досудебном порядке, приняты необходимые меры: заявителям в рамках восстановления их нарушенных прав оказана необходимая медицинская помощь, они обеспечены полисами обязательного медицинского страхования, организовано проведение экспертиз качества медицинской помощи, застрахованные лица прикреплены к медицинским организациям на уровне первичного звена, гражданам, понесшим необоснованные затраты, возмещены денежные средства на общую сумму более 964 тыс. рублей.

ЗАДЕРЖКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Г.М. Пшенникова¹, С.М. Львова², Е.С. Филиппова³, А.Ю. Никитина⁴, Т.А. Максимова⁵

¹ ООО Реабилитационный центр «Радуга», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГАУ РС (Я) «Поликлиника №1», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

³ ГБУ РС (Я) «Якутская городская больница №2», Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

⁴ ГАУ РС (Я) «Якутская городская больница №3», Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

⁵ ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Речь – важнейшая составляющая психического развития ребенка, становление которой происходит в первые годы жизни [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире рождается около 78 млн детей с патологией центральной нервной системы, что проявляется в первые годы жизни задержкой психо-речевого-моторного развития, вплоть до слабоумия [3].

В настоящее время заметно увеличивается число детей, в анамнезе у которых имеется диагноз задержки речевого развития. Как правило, в структуру онтогенеза таких детей добавляется нарушение моторного, а иногда и психомоторного развития. Исторически термин «задержка» применяли для выделения особой группы детей при оценке их готовности к школьному обучению. Однако сегодня он все чаще употребляется для описания состояния высших психических функций у детей с различного рода органической, генетической и психологической патологиями развития [1].

Заболеваемость болезнями нервной системы занимает 6 место по основным группам болезней среди детей в РС (Я). По данным Росстат в РС (Я) ведущее место в распределении детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет являются болезни нервной системы и психические расстройства и расстройства поведения – 2479 и 1507 человек соответственно.

Распределение детей-инвалидов по болезням нервной системы и органов чувств, обусловившим возникновение инвалидности по Республике Саха (Якутия) от 0 до 17 лет (2001-2021 гг.) на 10 000 нас. растет и составила в 2021 г. – 119,2 на 10 000 нас., тогда как в 2001 г. – 63,5 на 10 000 нас. Согласно данным Министерства труда и социального развития РС (Я) (доклад «Инвалидность в РС (Я)») среди распределения впервые признанных инвалидами в возрасте от 0 до 17 лет по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека 25,2% составили нарушения языковых и речевых функций, 31,5% – нарушение психических функций.

Данное исследование проведено с целью подсчета количества детей, наблюдающихся с задержкой речевого развития у неврологов поликлинических отделений МО г. Якутска. Всего на диспансерном наблюдении у неврологов состоят 1569 детей в возрасте от 1 до 6 лет. При этом 901 человек составили дети в возрасте до 3 лет, 668 детей – от 4 до 6 лет. С задержкой психо-речевого развития наблюдаются 969 детей, из них 705 от 1 до 3 лет, 264 ребенка от 4 до 6 лет. Таким образом, частота задержки речевого развития у детей 1-6 лет в г. Якутске составила 50,2 на 1000 детского населения, задержки психо-речевого развития – 31 на 1000 детского населения. Однако, следует учитывать, что не все родители в возрасте до 3-4 лет обращаются к специалистам по поводу речевого развития ребенка, считая, что с возрастом догонит сверстников. Так же часть пациентов наблюдается по поводу задержки речи не у неврологов по месту прикрепления, а в негосударственных учреждениях. Так, при анкетировании 159 родителей детей дошкольного возраста: 76,7% ответили, что у ребенка нет задержки речевого развития, однако, 62,3% родителей считают, что речь ребенка развивается по возрасту, но 69,8% тех же родителей считают, что их ребенку нужна помощь логопеда.

Таким образом, необходимо улучшить раннюю диагностику речевых нарушений. Выявление ранних симптомов нарушения предречевого/речевого

развития у детей, перенесших перинатальные поражения ЦНС, находится в компетенции врачей педиатров, неврологов. Главная задача родителей вовремя обратиться к специалистам, чтобы отграничить темповую задержку речевого развития, которая связана с замедленным темпом созревания нервных клеток от тяжёлых расстройств речевого развития (моторная или сенсорная алалия), когда есть поражение речевых центров головного мозга. Ранняя диагностика и коррекция нарушений речи позволит снизить инвалидизацию детей с заболеваниями нервной системы.

Список литературы

1. Бобылова, М.Ю. Задержка развития речи у детей / М.Ю. Бобылова, Г.Е. Брауд, И.В. Винярская // Русский журнал детской неврологии. – 2017. – №1. – С. 56-62.
2. Заваденко, Н.Н. Нарушения развития и когнитивные дисфункции у детей с заболеваниями нервной системы / Н.Н. Заваденко, С.А. Немкова // Научно-практическое руководство. – Москва : МК, 2016.
3. Giurgea, C. The nootropic approach to the pharmacology of the integrative activity of the brain / C. Giurgea // Cond. Reflex. – 2003. – № 8 (2). – P. 108–115.

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

В.В. Саввина

ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Для достижения целевых показателей Госстратегии противодействия распространения ВИЧ-инфекции в РФ требуются определенные организационные мероприятия с учетом сложных климато-географических особенностей РС (Я). В условиях сурового климата, большой удаленности населенных пунктов друг от друга, отсутствия или ограничения наземного сообщения и, как следствие, крайне низкой транспортной доступности объектов социальной инфраструктуры, низкой плотности населения система организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в республике имеет свои особенности. Не во всех ЦРБ предусмотрены инфекционные койки, иммунологические лаборатории, для выполнения нормативов по экстренной и неотложной помощи необходимо использование санитарной авиации.

В обзоре представлены маршрутизация пациента с положительным анализом на ВИЧ, взаимодействие Центра СПИД с медицинскими организациями республики по диспансерному наблюдению серопозитивных пациентов. Диспансерное наблюдение направлено на реализацию прав граждан на повышение качества и продолжительности жизни, сохранение трудоспособности ВИЧ-инфицированных, сохранение здоровья и предупреждение несвоевременной диагностики у лиц, имевших риск заражения ВИЧ. Основной задачей диспансерного наблюдения является динамическое лабораторное и клиническое наблюдение за состоянием здоровья в целях профилактики заболевания, своевременного выявления инфекционного процесса, осуществления лечения, предупреждения и/или своевременного выявления осложнений, оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний, осуществления медицинской реабилитации лиц и психосоциальной поддержки пациентов, инфицированных ВИЧ.

МАКРОНУТРИЕНТНЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

М.С. Саввина

ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Грудное молоко является наиболее сбалансированным продуктом питания для детей раннего возраста, отработанного в ходе многовековой эволюции человека. Грудное вскармливание имеет большое значение для здоровья матери и ребенка. Многочисленными исследованиями убедительно доказано несомненное преимущество грудного вскармливания перед искусственным вскармливанием, так как включает в себя широкий спектр положительных эффектов – от снижения частоты онкологических заболеваний до модификации психотипа – регистрируемых как у матери, так и у ребенка в последующей жизни.

Цель работы: определить энергетическую ценность и макронутриентный состав грудного молока женщин и их связь с рационом кормящих женщин разных этнических групп, проживающих в Республике Саха (Якутия).

Задачи: определить энергетическую ценность, содержание белков, жиров и углеводов в грудном молоке и их обусловленность этнической принадлежностью женщины, ее режимом питания и климато-географическим регионом ее постоянного проживания. Оценить количество белков, жиров и углеводов в рационе кормящих женщин разных этнических групп, проживающих в крупных и некрупных населенных пунктах Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Дизайн исследования – кросс-секционный.

Исследуемые группы “мать-ребенок” были подобраны случайным образом по удовлетворению критериев включения, которыми являлись:

возраст матери от 18 до 45 лет, кормление грудью на момент исследования, известная этническая принадлежность, любое количество предшествующих беременностей, возможность заполнить карты меню на 3 дня, предшествующих дню исследования, отсутствие документированных заболеваний в день обследования и в течение 3-х предшествующих дней, а также подписание информированного согласия.

Результаты. На первом этапе линейного пошагового многофакторного регрессионного моделирования была произведена оценка динамики содержания макронутриентов в молоке матерей в зависимости от длительности периода лактации, возраста матери, длины тела и массы тела ребенка при рождении с учетом места проживания и этнической принадлежности. В исследуемых диапазонах значений удалось выявить лишь слабую связь длительности лактации с содержанием в молоке белков, жиров и углеводов. Связи с местом проживания и этнической принадлежностью выявлено не было. Концентрация макронутриентов в молоке мало зависела от длительности периода лактации во всех этнических группах.

Молоко женщин коренных этнических групп, проживающих в РС (Я), содержит меньше белков и больше жиров, чем молоко женщин-саха и русских, и меньше углеводов, чем молоко русских женщин. Количество макронутриентов в молоке женщин саха и русских одинаково.

Выводы

1. Содержание макронутриентов в грудном молоке в значительной мере определяется этнической принадлежностью и регионом проживания женщины. Молоко женщин коренных малочисленных народов Севера содержит больше жиров, меньше белков и углеводов по сравнению с молоком русских женщин и женщин саха, проживающих в схожих климато-географических условиях.

2. Содержание белков и жиров в грудном молоке женщин всех этнических групп, проживающих во всех исследованных регионах, несколько выше, а углеводов – ниже средних по популяции значений.

3. Макронутриентный состав рациона кормящих женщин, проживающих в Республике Саха (Якутия), соответствует действующим стандартам в части обеспечения углеводами, но не соответствует стандартам в части обеспечения женщин коренных групп белками.

4. Рацион питания женщин коренных этнических групп, проживающих в Якутске, не соответствует стандартам из-за малого содержания белков и недостаточной энергетической ценности.

Выявленные особенности макронутриентного состава грудного молока женщин, проживающих в северных регионах, являются основой для планирования дальнейших исследований.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Н.В. Саввина, С.М. Дмитриева, Н.М. Гоголев

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определил приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья и соответственно дальнейшее развитие превентивной медицины в нашей стране.

Цель исследования: обобщить опыт нашего учреждения по обучению медицинских и немедицинских кадров в рамках развития общественного здравоохранения и превентивной медицины.

Материалы и методы. С целью обобщения опыта подготовки магистрантов по направлению «Общественное здравоохранение», ординаторов по укрупненной группе специальностей «Клиническая медицина» и «Профилактическая медицина», слушателей программ дополнительного профессионального образования на кафедре организации здравоохранения и профилактической медицины Медицинского института СВФУ использовались методы педагогического эксперимента, аналитический, логический и монографический.

Результаты и их обсуждение. За 65-летний период педагогической, научной и медицинской деятельности Медицинский институт ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Минобрнауки России активно занимается подготовкой медицинских и немедицинских кадров в рамках развития общественного здравоохранения и профилактической медицины. Среди инновационных образовательных технологий, которые применяются в учебно-воспитательном процессе, с 2021 г. реализуется проект подготовки обучающихся «Медицина образа жизни». Целями являются формирование компетенций у обучающихся: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование

здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; осуществление профессиональной ориентации лиц, изъявивших желание продолжить обучение в магистратуре и ординатуре, в образовательных программах дополнительного профессионального образования и циклах непрерывного медицинского обучения по вопросам профилактической медицины; повышение эффективности работы врачей и др. До реализации проекта проведен анализ федеральных государственных образовательных стандартов, рабочих учебных планов, рабочих программ дисциплин специальностей с квалификацией – врач. Результаты показали, что при подготовке к профилактической деятельности студентов вузов в основном констатируется необходимость превенции заболеваний, но отсутствует конкретное наполнение этого процесса. Профессиональные компетенции специалистов в профилактической деятельности сформулированы недостаточно полно. В СВФУ разработаны ряд элективных курсов по профилактике заболеваний. Однако, необязательный характер, их отрывочность от основных дисциплин снижают эффективность обучения.

Программа подготовки обучающихся в рамках проекта «Медицина образа жизни», предусматривает широкое использование методов активного обучения, таких как: тренинги, кейс-стади, круглые столы, мастер-классы, разработка актуальных для медицины и общественного здравоохранения проектов и др. Данный подход позволяет формировать у специалистов профессионализм, инновационное мышление, современную мировоззренческую культуру и социальную ответственность.

Выводы. Опыт подготовки обучающихся в модуле «Медицина образа жизни» свидетельствует об эффективности данного инновационного образовательного проекта, что подтверждается результатами профессионально-ориентированной формы контроля и положительными отзывами заказчиков образовательных услуг. Мы помогаем создавать новую парадигму здравоохранения.

ПРОЯВЛЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТА С В ЯКУТИИ

В.К. Семенова, С.С. Слепцова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Гепатит С относится к наиболее важным социально значимым инфекционным болезням. Около 71 млн человек страдают хроническим гепатитом С. По данным ВОЗ, распространенность этой инфекции составляет от 62,5 на 100 тыс. населения в Восточном Средиземноморье до 6,4 на 100 тыс. населения в Американском регионе, в мире в среднем показатель составляет 23,7 на 100 тыс. населения. Заболеваемость и смертность, связанная с вирусным гепатитом С, имеют тенденцию к росту. Это связано с высокой частотой бессимптомного течения острого периода болезни и формированием хронических форм инфекции, длительным течением заболевания без клинических проявлений.

Заболеваемость острым гепатитом С в Российской Федерации снижается от 21,2 на 100 тыс. нас. в 2000 г. до 1,1 на 100 тыс. нас. в 2018 г. Заболеваемость ХГС увеличилась с 22,2 в 2000 г. до 40,9 на 100 тыс. нас. в 2009 г., затем отмечено постепенное снижение этого показателя до 32,7 на 100 тыс. нас. в 2018 г.

Цель исследования: оценить проявления эпидемического процесса гепатита С в Республике Саха (Якутия) для совершенствования системы диагностики и эпидемиологического надзора.

Материалы и методы: использованы материалы официальной статистики Управления Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия) и данные популяционного регистра «Хронические вирусные гепатиты в РС (Я)». Статистический расчет производился в программе SPSS 17

Результаты: активность эпидемического процесса острых вирусных гепатитов (ОВГ) в Республике Саха (Якутия), как и в целом в Российской

Федерации, неуклонно снижается. Среднегодовой показатель заболеваемости (СМП) за 2000-2019 гг. составляет 26,25 на 100 тыс. населения (стандартное отклонение = 30,66). Динамика заболеваемости острым гепатитом С (ОГС) в РС (Я) в период с 2000 по 2019 г. не превышала общероссийские показатели, за исключением 2016 и 2018 гг., когда республиканские показатели составили 2,0 и 1,3 на 100 тыс. нас. (РФ – 1,2 и 1,1 на 100 тыс. нас.). Наибольший показатель заболеваемости ОГС на территории республики зафиксирован в 2000 г. – 3,9 на 100 тыс. нас. Темп прироста составил $T_{пр} = -6,17\%$. Среднегодовой показатель заболеваемости (СМП) за 2000-2019 гг. составляет 1,7 (стандартное отклонение = 0,78).

По РФ за аналогичный период заболеваемость ОГС сократилась в 21 раз. С 2000 по 2003 г. наблюдался стремительный спад заболеваемости (СМП= $12,53 \pm 7,62$. $T_{пр} = -42,9\%$), далее отмечалось постепенное снижение (СМП= $2,44 \pm 1,43$ $T_{пр} = -15,06\%$).

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости острым гепатитом С в РС (Я), заболеваемость хроническим гепатитом С в целом за рассматриваемый период, напротив, имеет тенденцию к росту. Так, заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С с 2000 по 2019 гг. увеличилась в 2,4 раза (с 15,4 до 36,9 на 100 тыс. нас.). Темп прироста $T_{пр}$ составил 2,63%.

По данным популяционного электронного регистра «Хронические вирусные гепатиты в РС (Я)», на начало 2020 г. в республике на учете состояло 15725 человек, без учета вирусоносителей гепатита В (169 чел.), из них с хроническим гепатитом В – 7714, ХГС – 7258, ХГД – 1238, микст – 555, неуточненной этиологии – 2. Кроме того с циррозом печени – 485 пациентов, с первичным раком печени – 34 чел. В этиологической структуре хронических вирусных гепатитов доля ХГС составила 44%. По распределению различных вариантов генотипов HCV у больных

хроническим гепатитом преобладал 1b (63%), по стадиям фиброза F0 – 38%, F1 – 19%, F2 – 12%, F3 – 12%, F4 – 20%.

Одним из индикаторов распространения хронических вирусных гепатитов является выявление их среди детского населения.

Среди детей до 17 лет среднемноголетний показатель заболеваемости (СМП) за 2006-2019 гг. составляет 1,14 (стандартное отклонение = 0,78). Темп прироста составил – 9,44%. Среди детей до 14 лет среднемноголетний показатель заболеваемости (СМП) за 2000-2019 гг. составляет 1,44 (стандартное отклонение = 1,06). Темп прироста составил – 6,99% (убывание заболеваемости) с 2000 по 2019 г.

Заключение: динамика заболеваемости вирусными гепатитами показывает, что в Республике Саха (Якутия) в течение продолжительного периода сохраняется высокий уровень заболеваемости ХГС, характеризующийся неблагоприятными тенденциями развития эпидемического процесса. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам и их исходам в республике требует расширенного подхода к решению задач по улучшению диагностических, профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Д.Ф. Таут

ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва, Россия

В настоящее время действующий порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в амбулаторных учреждениях требует совершенствования. Управление качеством носит зачастую формальный характер и не имеет признаков системного подхода. Чрезвычайно актуальным является выбор единых подходов при оказании медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена. Необходимо также при выстраивании подходов учитывать особенности оказания амбулаторной медицинской помощи. Зачастую происходит копирование стационарных подходов.

Приоритетными направлениями являются: организация профилактической работы, лекарственная безопасность, организация помощи на основании клинических рекомендаций, основ доказательной медицины, а также организация деятельности участковой службы. Именно на этих направлениях необходимо делать акцент.

Управление качеством также подразумевает использование бережливых технологий, но необходимо понимание, что они являются только частью системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, а не должны быть изолированной целью.

Эффективная организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности амбулаторных учреждений должна определять потенциальные предотвратимые медицинские ошибки, основные риски медицинской деятельности и дать возможность для управления выявленными рисками. Данная направленность способна дать очевидные преимущества, так как легче заниматься профилактикой, нежели бороться с последствиями и создать систему эффективно функционирующей амбулаторной помощи.

ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН С ОГРАНИЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

О.В. Татарина, А.В. Павлова, А.С. Асекритова
ГАУ РС (Я) «Республиканская клиническая больница №3»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Медицинская помощь в дистанционном формате, вне стен медицинской организации, по месту проживания пациентов, становится новой реальностью для здравоохранения. Для Республики Саха (Якутия), характеризующейся большими территориями, низкой плотностью населения, высокой долей труднодоступных территорий, огромными расстояниями между населенными пунктами, технологии дистанционного сопровождения граждан, в т.ч. старших возрастов, с хроническими заболеваниями, с ограничением мобильности чрезвычайно актуальны.

ГАУ РС (Я) «Республиканская клиническая больница №3» является многопрофильным учреждением, в структуру которого входят три специализированных стационара, поликлиника, Центр предиктивной медицины и биоинформатики и пр. Территориальная удаленность и разбросанность подразделений, обслуживание прикрепленного населения по всему городу и пригородам способствуют внедрению беспленочных диагностических цифровых решений (функциональные методы исследования, лучевая диагностика), технологий дистанционного мониторинга за маломобильными пациентами, так называемый цифровой медицинский патронаж. Все это в конечном итоге должно изменить парадигму наблюдения и ведения маломобильных и паллиативных пациентов.

Внедренные беспленочные технологии в лучевой и функциональной диагностике позволяют при необходимости проводить исследования у

постели пациента с выездом на дом бригады из рентгенлаборанта, мединженера для проведения рентгенографии или медицинской сестры для выполнения функциональных исследований с последующей передачей цифрового изображения по мобильной связи на рабочее место врача (рентгенолог, функционалист) в поликлинике в течение нескольких минут.

Проект «Дистанционное мониторирование артериального давления и электрокардиограммы у амбулаторных пациентов» с использованием аппаратов Гемодин и Гемокард в 2022 г., выполняемый в 2023 г. проект «Дистанционный мониторинг РТ Доктис» направлены на формирование и апробацию методических, организационных и технологических условий для осуществления дистанционного взаимодействия медицинских работников с пожилыми пациентами и (или) их законными представителями, доработки платформы с целью улучшения коммуникации пациентов с врачами.

Внедряется дистанционный мониторинг здоровья маломобильных пациентов совместно с социальными работниками Минтруда. На 1 этапе в 2022 г. это был пилотный проект Российской ассоциации геронтологов и гериатров «Наставничество 2.0», который продолжен на платформе федеральной системы Минтруда в 2023 г. как проект «Медицинский патронаж» – развитие модели взаимодействия социальной службы и первичного звена здравоохранения в интересах лиц пожилого и старческого возраста, а также маломобильных граждан, для внедрения технологий организации системы долговременного ухода. Так, в проекте «Медицинский патронаж» за 5 месяцев у 22 маломобильных пожилых пациентов социальными работниками было проведено 7280 измерений жизненно важных показателей (пульс, АД, сахар крови и пр.) и у 84,2% пациентов достигнуты и удерживаются целевые уровни показателей.

Результаты внедрения дистанционных мониторингов демонстрируют повышение приверженности пациентов к лечению, выявление осложнений заболеваний, в том числе на ранней стадии (аритмии, гипертонические кризы и пр.), проведение превентивных мероприятий, своевременное реагирование

в критических ситуациях, что приводит к снижению обращений пациентов за медицинской помощью по неотложным и экстренным поводам. Надо отметить, что пациенты отметили появление уверенности в постоянном медицинском наблюдении, а социальные работники получили медицинскую поддержку в принятии решений в сложных ситуациях.

Высоко оценивается медицинским персоналом и пожилыми больными дистанционный непрерывный мониторинг гликемии в рамках оказания ВМП в условиях Гериатрического центра, который позволяет добиваться эффективного контроля и лечения сахарного диабета.

Сервис “Облачная поликлиника” в период пандемии позволял проводить врачебные онлайн-консультации хронических больных и людей из группы риска без посещения медицинской организации, и в настоящее время этот сервис используется для проведения консультаций врач-врач.

Таким образом, медицинское обслуживание маломобильных пациентов с любым вариантом дистанционного мониторинга кроме высокой медико-социальной эффективности, заключающейся в сохранении здоровья и жизни маломобильных пациентов, является экономически выгодным медицинским обслуживанием.

ЭКОПСИХОЛОГИЯ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

А. А. Тищенко, М.Т. Югай

ФГАОУ ВО НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия

В последние годы в мире быстро растет интерес ученых к областям, связанным с работой мозга – нейробиологии, нейрофизиологии, психологии. Это связано не только с резким увеличением частоты ментальных расстройств, но и со стремлением людей к достижению не только физического, но и ментального благополучия. Кроме этого, научные исследования показывают, что большое количество известных заболеваний имеют психосоматическую природу. В ответ на потребность в психологическом и ментальном благополучии началось формирование нового направления, получившего название *mental wellness*. Оно образовано комплексом практик, направленных не только на коррекцию психологических расстройств, но и на развитие осознанности, креативности, эмоционального интеллекта, глубокое понимание себя и других. Одним из направлений, направленных на достижение ментального благополучия, и имеющей высокий потенциал для развития именно в Республике Саха (Якутия) является экопсихология.

Экопсихология – это междисциплинарная наука, изучающая влияние природных, антропогенных, социальных факторов на психику человека и его внутреннее состояние и состояние общества в целом. Человек в экопсихологии рассматривается, как существо, сочетающее в себе биологическую, социальную, психическую и духовную природу. Каждая из этих частей имеет особенное значение и позволяет сохранять баланс. Основная мысль экопсихологии заключается в том, что восстановление контакта с природной средой и ее сохранение является необходимым условием для сохранения биологической природы человека и возвращением

утраченного баланса. Общим понятием для техник и практик экопсихологии является экотерапия.

Экотерапия – разновидность практической экологической психологии, которая занимается построением ресурсных для человека отношений с природной средой. Экотерапевтическая практика также касается аспектов межличностных отношений. По этой причине сессии экотерапии чаще всего групповые и строятся на вовлечении пациентов в различные формы взаимодействия с природной средой и выстраивании взаимоотношений с другими пациентами. Это позволяет максимизировать эффект лечения. Разнообразие методов и форм работы обеспечивает широкие возможности для участия людей разного возраста и состояния здоровья.

На данный момент экотерапия включает в себя следующие методы:

1) терапия погружением в природную среду. Терапия представляет собой проведение занятий в условиях дикой природы. Природный ландшафт выступает в роли метафорического инструмента, через который можно выразить глубокие эмоции и почувствовать связь с чем-то большим, чем «Я». В рамках программы подбираются подходящие физические и психические нагрузки для участников, чтобы максимально активировать их ресурсы и достичь трансформации восприятия и сознания. Такая терапия может привести к изменению системы ценностей, образа жизни и отношения к себе и окружающей среде;

2) садовая терапия (гарденотерапия). Поддержание чувства безопасности и создание условий для построения личного отношения пациента к природе – основная цель садовой терапии. Гарденотерапия может быть как активной, так и пассивной. К активной гарденотерапии относят выращивание растений, регулярный уход за ними. К пассивной – пребывание в садах и парках, любование ландшафтами и прогулки на природе. Взаимодействие с природой с помощью всех органов чувств;

3) терапевтический метод восстановления среды. Работа с природной средой – как дикой, так и культивируемой человеком – может осуществляться

в рамках терапевтических программ восстановления среды. Цель таких проектов заключается в поддержке природного разнообразия и достижении экологического баланса в окружающей среде. Терапевтическим эффектом данного метода является развитие эмпатии, создание ощущения взаимопомощи и развитие положительных коммуникаций;

4) психотерапия с участием животных (анималотерапия). Данный вид терапии предполагает взаимодействие с животными или их образами (рисунками, игрушками, видеоматериалами). Методика направлена на преодоление страхов, снятие напряжения, развитие эмпатии. Чаще всего используется в работе с детьми;

5) эко-арт-терапия. Методы экотерапии можно интегрировать с более традиционными методами психотерапии. Высокую эффективность показала интеграция методов экотерапии и арт-терапии. Важным аспектом эко-арт-терапии является применение природных материалов в творческих работах. Благодаря тактильному контакту с предметом снимается напряжение, высвобождаются эмоции, активизируется воображение. Но есть и другие варианты интеграций. Например, интеграция экотерапии и музыкотерапии в виде терапевтических прогулок с освоением звукового ландшафта. Также рисование пейзажей на свежем воздухе, использование фотографий природы для коллажей и другие способы интеграций.

Важно отметить, что методы экопсихологии могут быть особенно действенными в условиях Якутии с ее сильной и нетронутой природой.

**СТРАТЕГИЯ В ОБЛАСТИ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ
ОТРАСЛЕЙ ЭКОНОМИКИ, СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ
И ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА
(ЯКУТИЯ): О СТАТУСЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ОТРАСЛИ
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Н.Т. Федорова

Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), Якутск, Республика Саха
(Якутия), Россия

Цифровая трансформация здравоохранения – одна из приоритетных задач государства для повышения качества и доступности этой отрасли.

В Республике Саха (Якутия) по этому направлению предпринят целый ряд системных действий: создан Проектный офис по цифровой трансформации отраслей экономики, социальной сферы и государственного управления под председательством Главы Республики Саха (Якутия) А.С. Николаева, сформирована команда ведомственного проекта по цифровой трансформации здравоохранения. Указом Главы Республики Саха (Якутия) от 31 марта 2021 г. №1782 «О стратегических направлениях укрепления общественного здоровья и развития системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия)» определены приоритетные направления по укреплению системы здравоохранения, в том числе на основе развития цифрового здравоохранения. В августе 2022 г. Указом Главы РС (Я) № 2580 утверждена Стратегия цифровой трансформации, одна из задач которой – достижение «цифровой зрелости» в области здравоохранения.

Основные показатели здравоохранения Республики Саха (Якутия) в области цифровизации обеспечиваются исполнением мероприятий двух федеральных проектов.

1. «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)». Успешная реализация на основе 7 основных и 52 низкоуровневых

показателей обеспечит повышение эффективности функционирования отрасли на всех уровнях, создаст условия для использования гражданами электронных услуг и сервисов в сфере здравоохранения.

2. Второй федеральный проект – «Цифровая трансформация здравоохранения», связанный с достижением «цифровой зрелости» ключевых отраслей экономики и социальной сферы, в том числе здравоохранения. Обеспечивается исполнением 9 основных и 18 низкоуровневых показателей.

Количество объектов, участвующих в реализации показателей нацпроекта – 749, из них 532 ТВСП и 217 ФАП и ФП, где с момента обращения пациента в больницу, в его электронной карте фиксируются все сведения, связанные со здоровьем пациента. Основным инструментом является медицинская информационная система (МИС), которая должна обладать достаточным функционалом, чтобы восполнять рутинные потребности врачей, административного персонала, руководства, поэтому с 2019 г. начали перевод МО на платформенную систему ЕЦП РТМИС.

На сегодня 18 медицинских организаций города Якутска и Хангаласская ЦРБ имеют доступ к полноценным интегрированным электронным медицинским документам. В этом году идет переход на РТМИС 26 МО.

Для организации каналов связи используются различные технологии: ВОЛС, спутниковое соединение и другие типы подключения.

Из используемых технологий только ВОЛС в большинстве случаев обеспечивает высокую среднюю пропускную способность – в среднем 40 Мбит/с. Средняя стоимость такого соединения на 1 точку составляет 13 063 руб. в месяц.

В остальных случаях скорость соединения не позволяет обеспечить надежное использование цифровых технологий. Так, Арктическая зона РС (Я) имеет проблемы с каналами связи, т.к. отсутствуют волоконно-оптические линии связи. Наблюдается наличие «цифрового неравенства», как по пропускной способности каналов связи, так и по ценовой доступности. В районах Арктической зоны РС (Я) объекты подключены посредством спутниковых технологий, которые обеспечивают скорость соединения 2 Мбит/с при средней стоимости более 28 тыс. руб. в месяц на одну точку.

Переход от цифрового неравенства к цифровой трансформации предполагает не только подключение базовых станций ВОЛС на всей территории, где такое подключение возможно в силу географических и климатических условий, но и обеспечение стоимости услуг связи, не превышающем среднероссийский тариф, вне зависимости от используемых технологий доступа, с параметрами подключения (спутниковая связь, оптическая линия связи).

Сегодня нам необходимо повысить эффективность функционирования отрасли «здравоохранение» и создать условия для активного использования гражданами электронных услуг, сервисов в этой сфере. Для этого постоянно ведется работа по усовершенствованию существующих сервисов, как например, мобильное приложение телемедицинского сервиса «Облачная поликлиника». Для удобства граждан будут переведены на единую платформу сайта «Здоровая Якутия» скрининговые сервисы «Онкопоиск», «Женское здоровье», «Глаукома», «Ты не один».

В целях обеспечения достижения результатов регионального проекта ЕГИСЗ, одним из главных направлений является создание инфраструктуры, отвечающей всем требованиям информационной безопасности. Финансовое обеспечение создания информационных систем в сфере здравоохранения, в том числе, в части обеспечения их информационной безопасности, осуществляется за счет бюджетов как федерального, так и регионального уровня.

Факторами, сдерживающими комплексную цифровизацию здравоохранения в Республике Саха (Якутия), остаются:

- проблема кадрового обеспечения высококвалифицированными ИТ-специалистами в здравоохранении;
- дефицит финансирования на статью расходов по информатизации здравоохранения;
- низкое качество доступа к сети Интернет и высокие тарифы на услуги связи, в т.ч. на услуги спутниковой связи.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

А.Н. Хорунов

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Медицинская этика как составляющая медицины существует и развивается не одно тысячелетие. До настоящего времени сохранили свою значимость многие нормы и требования, которые предъявлялись к врачам в эпоху Гиппократов и в эпоху Возрождения.

Мораль (от лат. «*moralis*» – нравственный, соблюдающий обычаи) – одна из форм общественного сознания, представляющая собой совокупность норм и правил поведения, характерных для людей данного общества. Этика (от греч. «*ethos*» – нрав, обычай, характер) – это раздел философии, изучающий и разрабатывающий теорию морали, научное обоснование того или иного понимания добра и зла, долга, совести и чести, справедливости, смысла жизни и т.д. Медицинская этика (медицинская деонтология) – дисциплина раздела прикладной этики, изучающая медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентом.

Основные исторические этапы европейской медицинской этической мысли связаны с именами Гиппократов (460-370 г. до н.э.), Парацельса (1493-1541), Персиваля (1740-1804), деятельностью российских медиков – М.Я. Мудрова, Ф.П. Гааза, Н.И. Пирогова и др. Медицинская этика – разновидность профессиональной этики. Исторически первой формой медицинской этики является «модель Гиппократов». Этика Гиппократов – это система принципов, правил, требований и запретов, регулирующих практику врачевания, определяющих отношение врача к пациенту, врача к другим врачам, а также к своей профессии в целом. Важнейшими безусловными ценностями, на страже которых стоит врач, признаются жизнь и здоровье пациента, принципами его деятельности утверждается гуманизм, уважение к пациенту, непричинение ему вреда, уважение к учителям, милосердие.

Парацельс полагал, что *моральные качества* врача даются ему путем озарения, через интуицию и опыт, от Бога: «Из сердца растет врач, из Бога происходит он, и высшей степенью врачевания является любовь». «Умение излечивать делает врача, и дела создают мастера, а не университеты». «Врача создает только практика». Этический кодекс Персиваля расширяет предмет врачебной этики до этики медицинской, выделяет моральное содержание этикетных норм в отношении медицинского персонала. В эпоху Просвещения происходит переосмысление роли медицины в обществе – целью медицины теперь становится не только индивидуальное, но и общественное здоровье. Врачебная этика оформляется как система конкретных моральных обязанностей врача, регулирующих его профессиональную деятельность (утилитаризм). Пирогов Н.И.: «Врач должен извлекать максимум пользы из своих профессиональных ошибок, обогащая как себя, так и всю медицину в целом. Став профессиональной этической нормой врача, это может искупить «зло врачебных ошибок»». В 1940-е гг. возникает концепция медицинской деонтологии, сформулированная советским хирургом-онкологом профессором Н.П. Петровым, как учение о долге врача, как совокупность «должных» коллективных правил, соответствующих той или иной области медицинской практики. Она явилась толчком для многостороннего исследования проблем врачебной этики в различных областях медицинской деятельности. Медицинская этика за века существования накопила огромный объем требований к врачу, часто они дополняют друг друга. Но главное – ответственность врача и выбор метода лечения, которые максимально улучшают состояние пациента.

Биомедицинская этика – важнейшее направление современной прикладной этики, в русле которого исследуются философские, религиозные, этические проблемы современной медицины и биологии, возникающие при биомедицинских исследованиях на живых объектах, при клиническом применении новейших медицинских технологий (реанимации, искусственного оплодотворения, трансплантации органов и т.д.).

Литература

1. Хрусталеv, Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья : учебник / Ю. М. Хрусталеv. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 400 с.
2. Пыжова, О.В. Биоэтика в теории и на практике : учебное пособие для студентов медицинских университетов / О. В. Пыжова ; отв. ред. В. В. Харченко ; Курский государственный медицинский университет. – Курск : Изд-во КГМУ, 2020. – 240 с.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЗМЕРЕНИЕ КОРПОРАТИВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ МЕДИКОВ

К.Н. Царанов

Московский городской университет управления Правительства Москвы
имени Ю.М. Лужкова, Москва, Россия

Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты количественного измерения теоретического конструкта «Убежденность медиков в важности руководствоваться корпоративными ценностями при выборе стратегии своего поведения» с помощью инструментов оценки персональных базовых ценностей. Доказана возможность применения опросников Шварца (SVS-57, PVQ-40) для количественного измерения корпоративных ценностей у медицинских работников поликлиник, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы.

Ключевые слова: SVS-57, PVQ-40, опросник Шварца, ценностные ориентации, корпоративные ценности, врач, пациент.

Обоснование. Персональные базовые ценности – это убеждения людей, которые определяют поведение [1, 2, 3]. Корпоративные ценности – это разработанные руководителями эталонные убеждения, на основании которых сотрудники должны определять своё поведение во время работы.

Насколько сотрудники разделяют корпоративные ценности? Совпадают корпоративные ценности с персональными ценностями сотрудников? – ответы на эти вопросы нужны для прогнозирования поведения сотрудников и представляются актуальными руководителям.

Методика измерения персональных базовых ценностей создана Ш. Шварцем [4]. Однако, создание опросников для оценки корпоративных ценностей, затруднено из-за сложности формулирования вопросов без

подсказки респонденту социально-ожидаемых ответов. Для решения этой проблемы был сформулирован исследовательский вопрос: возможно ли опросниками, измеряющими персональные базовые ценности, измерить убежденность сотрудников следовать корпоративным ценностям?

Поиск ответа на исследовательский вопрос проводился на основе корпоративных ценностей разработанных руководителями поликлиник подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (ДЗМ). Набор корпоративных ценностей был визуализирован в виде теоретического конструкта (рис. 1).



Рисунок 1 – Схематичное изображение теоретического конструкта «Убежденность сотрудников поликлиник ДЗМ в важности руководствоваться корпоративными ценностями при выборе стратегии своего поведения»

Цель исследования: найти решение для количественного измерения теоретического конструкта «Убежденность сотрудников поликлиник ДЗМ в важности руководствоваться корпоративными ценностями при выборе стратегии своего поведения» с помощью опросников персональных базовых ценностей.

Дизайн исследования. На первом этапе был проведён поиск и анализ литературы по исследуемой теме, создана теоретическая база и сформулирована цель исследования. На основе созданной базы был

разработан опросник убеждённости сотрудников поликлиник в важности корпоративных ценностей и выбраны опросники SVS-57, PVQ-40 для измерения персональных базовых ценностей. Затем был проведён опрос сотрудников государственных медицинских организаций Москвы.

Условия проведения. Для проведения основной части исследования был выбран крупный многопрофильный московский стационар, где в очередную волну социально-психологического мониторинга был включён опросник убеждённости сотрудников поликлиник в важности корпоративных ценностей. Участие в опросе было добровольным, не анонимным, каждый респондент заполнил все три опросника (SVS-57, PVQ-40 и «Убеждённость в важности корпоративных ценностей») одновременно. Сбор данных проводился дистанционно посредством электронной платформы «Анкетолог». Исследователи не имели доступа к персональным данным респондентов.

Статистический анализ. При проведении исследования использовалась стратифицированная выборка: пол, возраст (поколения ВВ, Х, Y, Z). Суммарно было выделено 127 страт. Для ликвидации возможных смещений в ходе статистического анализа в выборка была выстроена с сохранением соотношения респондентов женщин и мужчин в выборке 5:1, что приближено к среднему соотношению по РФ с учётом высшего и среднего медицинского образования [5]. Важно отметить, что настоящее исследование не преследовало цели экстраполяции результатов на некоторую генеральную совокупность, а лишь обосновывает наличие связей между инструментами измерения ценностных ориентаций. Такой подход делает выборку намеренно нерепрезентативной в отношении возрастных подгрупп по поколениям, региона расположения медицинской организации и её специализации, тем не менее позволяет с большей долей уверенности делать выводы о связях между вопросами исследуемых опросников (поскольку объектом исследования являются сами инструменты, а не ценностные убеждения медицинских работников).

При определении размера выборки использованы рекомендации Comrey and Lee (1992) [6], в расчётах использованы данные 477 респондентов, что увеличило надёжность анализа.

Анализ данных проводился в программной среде RStudio 2023.03.1, язык программирования R. Конструктивная валидность была оценена при помощи исследовательского факторного анализа (EFA).

Перед проведением анализа при помощи меры адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина (совокупный КМО=0,951) и критерия сферичности Бартлетта ($\chi^2(8001) = 49820,51, p < 0.001$) были протестированы основные необходимые предположения для продуктивного использования EFA.

Основные результаты исследования. При проведении EFA использовался классический факторный анализ с последующим применением неортогонального метода вращения *oblimin*. Число факторов в итоговом решении детерминировалось исходя из конвенционального порога *eigenvalue* (>1) [7]. Получилось шесть факторов, которые описывают шесть скрытых переменных, однако *eigenvalue* продемонстрировал резкий убывающий тренд с 38,361 для первого фактора (объясняющего 30,2% вариации) до 8,423 для третьего фактора (описывающего 6,6% вариации) и 2,195 для шестого фактора (объясняющего 1,7% вариации) (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели EFA для исследуемого пула данных

	F1	F3	F4	F2	F5	F6
Конвенциональный порог <i>eigenvalue</i>	38.361	8.423	6.217	4.876	2.461	2.195
Доля объяснённой общей дисперсии	0.302	0.066	0.049	0.038	0.019	0.017
Кумулятивная доля объяснённой дисперсии	0.302	0.368	0.417	0.456	0.475	0.492

Полученные факторные нагрузки, характеризующие силу связи между доменами опросников Шварца и опросником, измеряющим корпоративные ценности, с латентной переменной (теоретическим конструктом

«Убежденность сотрудников поликлиник ДЗМ в важности руководствоваться корпоративными ценностями при выборе стратегии своего поведения») интерпретировались в соответствии со схемой, предложенной Comrey и Lee (1992) [6]: факторные нагрузки со значением более 0,71 – великолепные; от 0,63 до 0,70 – очень хорошие; от 0,55 до 0,62 – хорошие; от 0,45 до 0,54 – нормальные; от 0,32 до 0,44 – удовлетворительные, а порог важности переменных для дальнейшего анализа определялся факторной нагрузкой выше 0,30 [8] (табл. 2).

Таблица 2 – Факторная матрица*

Опросник	Домены опросников по фактору 1 (F1)	Факторн. нагрузки
SVS-57	СПОСОБНЫЙ	0,492609
	ОТВЕТСТВЕННЫЙ	0,503941
PVQ-40	... важно помогать окружающим...	0,455882
	...важно интересоваться многим...	0,523778
	...важно быть чутким к нуждам других...	0,501708
	...хочет, чтобы со всеми поступали справедливо...	0,513899
	...важно все время быть вежливым...	0,505169
Корп. ценностей	...старается, максимально точно и корректно формулировать вопросы...пациентам	0,818719
	...важно проявлять терпение... с пациентами	0,800574
	...важно объяснить пациенту...результат лечения – это совместные усилия...	0,800864
	...важно соблюдать принцип работы – "не навреди!"...	0,803266
	...важно взаимодействовать с пациентами в... вежливой манере	0,826218
	...важно создавать комфортную среду...	0,800762
	Ему важно внимательно выслушать пациента...	0,840948
	...важно быть заинтересованным в сохранении здоровья пациента...	0,811627

* – сокращенная версия таблицы, полная версия таблицы и другие дополнительные материалы доступны для скачивания на сайте: <http://v19.academy/complementary-materials/>

В первом факторе (F1), все домены опросника «Корпоративные ценности медиков» и некоторые домены, измеряющие персональные базовые ценности людей (домены с факторными нагрузками более 0,3) взаимосвязаны с единой латентной переменной – теоретическим конструктом

«Убежденность сотрудников поликлиник ДЗМ в важности руководствоваться корпоративными ценностями при выборе стратегии своего поведения» (табл. 2, рис. 2).

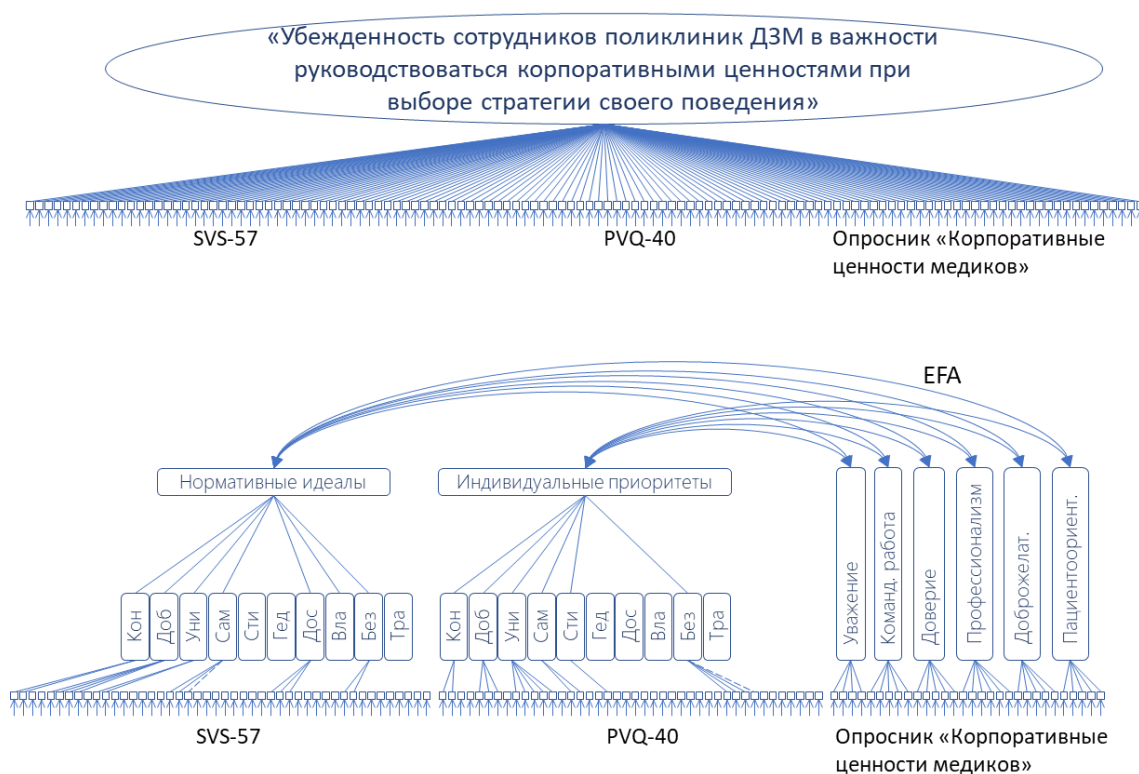


Рисунок 2 – Схематическое изображение взаимосвязей доменов исследуемых опросников с теоретическим конструктом

Заключение

Таким образом, количественное измерение теоретического конструкта корпоративных ценностей, созданных руководителями медицинских организаций и направленных на демонстрацию сотрудниками определённого поведения, возможно с помощью опросников Шварца. Однако, для определения соответствия каждого из доменов опросников SVS-57 и PVQ-40 с доменами опросника корпоративных ценностей метода EFA недостаточно. Например, для доказательства соответствия домена опросника PVQ-40 «...важно быть чутким к нуждам других...» домену опросника корпоративных ценностей «...важно соблюдать принцип работы – "не навреди!"...» требуется

применение дополнительных методов исследования, учитывающих результаты поискового факторного анализа.

Список литературы

1. Rokeach, M. The nature of human values. – New York : Free Press, 1973.
2. Williams, R. M., Jr. Values. In E. Sills (Ed.) // International encyclopedia of the social sciences. – New York : Macmillan, 1968.
3. Kluckhohn, C Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification / In T. Parsons & E. Shils (Eds.) // Toward a general theory of action. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1951. – PP. 388-433.
4. Schwartz, S. H. Universals in the structure and content of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. / In M.P. Zanna (Ed.) // Advances in Experimental Social Psychology. – Orlando, FL : Academic, 1992. – Vol. 25. – PP. 1-65.
5. Сайт ВОЗ, https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hlthres_137-of-physicians-by-sex-all-ages/visualizations/#id=34564 (дата обращения 6 июня 2023 г.).
6. Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). A first course in factor analysis (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
7. Preacher K. J., MacCallum RC. Repairing Tom Swift's Electric Factor Analysis Machine // Understanding Statistics. – 2003. – № 2(1). – PP. 13-43. doi:10.1207/S15328031US0201_02
8. Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). Multivariate data analysis (5th ed.). – Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И КОМОРБИДНОСТИ НА РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ COVID-19- АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Н.А. Чулакова^{1,2}, А.Ф. Потапов¹, К.В. Чулаков², А.А. Иванова¹

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГБУ Республики Саха (Якутия) «Якутская республиканская клиническая больница»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Высокая летальность при тяжелой COVID-19-ассоциированной пневмонии требует детального изучения факторов риска неблагоприятного течения заболевания.

Цель исследования: оценить влияние возраста и коморбидности на риск летального исхода у пациентов с тяжелой COVID-19-ассоциированной пневмонией.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное исследование «случай-контроль» на базе отделения общей реанимации, анестезиологии и интенсивной терапии (ОАРИТ) ГБУ РС (Я) «Якутская республиканская клиническая больница», одобрено локальным комитетом по биомедицинской этике Медицинского института СВФУ имени М.К. Аммосова (от 07.10.2020). В исследование включен 591 пациент, проходивший лечение с марта 2020 г. по декабрь 2022 г. Критерии включения: возраст старше 18 лет, поражение легких по данным компьютерной томографии (КТ) более 50%, согласие на участие в исследовании. Критерии исключения – возраст менее 18 лет, беременные, ранний послеродовый период, перевод в другие медицинские учреждения, злокачественные новообразования 4 стадии и/или его недавнее (менее 3 месяцев) специфическое лечение, отказ пациента от участия в исследовании. Всем пациентам проводилась диагностика и лечение согласно «Временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и

лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Конечная точка исследования – летальный исход от любых причин в стационаре.

Результаты. Общая летальность составила – 66,1%, медиана возраста (Me) – 67 лет с межквартильным интервалом IQR [59;74]. Мужчин было 48,6%, женщин – 51,4%, городских пациентов – 74,1%, пациенты с районов Республики Саха (Якутия) – 25,9%. Анализ выживаемости с помощью Каплана-Мейера показал, что медиана срока наступления летального исхода составила $9,0 \pm 0,4$ (95% доверительный интервал (ДИ): 8,3-9,7) койко-дней от поступления в ОАРИТ и $14,0 \pm 0,6$ койко-дней (95% ДИ: 12,8-15,1) с момента поступления в больницу. При исследовании сопутствующих заболеваний выявлено, что 93,6% пациентов имели хронические сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, аритмии, пороки врожденные и приобретенные, кардиомиопатии), в том числе артериальная гипертензия (АГ)/гипертоническая болезнь (ГБ) наблюдалась у 91,2% пациентов, хронические заболевания легких (хроническая обструктивная болезнь легких, буллезная эмфизема легких, идиопатический фиброз, бронхоэктатическая болезнь) у 41,6%, хроническая болезнь почек (в т.ч. трансплантированная почка) у 47,7%, сахарный диабет (СД) 2 типа 38,1%, хронические заболевания центральной нервной системы (постинсультная, посттравматическая энцефалопатия, деменция, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, эпилепсия) у 32,7%, хронические заболевания печени у 7,4%, онкологические заболевания у 7,3% и ревматологические заболевания у 1,9% пациентов. При изучении распределения коморбидности по возрастным группам (десятилетиям) было выявлено, что с возрастом наблюдается тенденция возрастания доли пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, СД 2 типа, хронической болезнью почек, хроническими заболеваниями ЦНС и онкологическими заболеваниями. Пациенты с летальным исходом были старше – Me 69,0 [54,0-68,0] против выживших – Me 61,5 [54,0-68,0] ($p < 0,001$). При возрастании возраста летальность увеличивалась с 30,2% у пациентов до 50 лет до 89,5% у

пациентов старше 80 лет ($p < 0,001$, сила связи V Крамера 0,344). Однофакторный ROC-анализ возраста показал площадь под кривой AUC 0,703 (95% ДИ 0,660-0,746; $p < 0,001$), порог отсечения 62,5 года с прогностической чувствительностью 72,4% и специфичностью 53,5%. Для пациентов старше 62,5 лет шанс развития летального исхода вырос в 3,0 раза (95% ДИ 2,1-4,3, $p < 0,001$, сила связи V Крамера 0,255). При проведении корреляционного анализа установлена прямая связь возраста с длительностью госпитализации, однако по шкале Чеддока теснота связи слабая, коэффициент Спирмена $\rho = 0,108$, $p = 0,009$. При сравнительном анализе коморбидности шансы наступления летального исхода увеличивались при наличии хронических сердечно-сосудистых заболеваний в 2,6 раза (95% ДИ 1,3-5,0, $p = 0,004$), хронической болезни почек в 1,7 раз (95% ДИ 1,2-2,4, $p = 0,002$). У остальных сопутствующих заболеваний не выявлено статистически значимой разницы в группах выжившие/умершие ($p > 0,05$). Многофакторный анализ регрессии Кокса для выявления комплексного влияния факторов на вероятность летального исхода (методом обратного Вальда с порогом включения и отсечения 0,05) показал скорректированные отношения шансов (adjustedoddsratio) для следующих факторов летального исхода – возраст 1,020 (95% ДИ 1,011-1,029), хроническая болезнь почек 1,304 (95% ДИ 1,065-1,596).

Заключение. Риск летального исхода у пациентов с тяжелой COVID-19-ассоциированной пневмонией возрастает с увеличением возраста и при наличии хронической болезни почек.

ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ИННОВАЦИОННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: ОПЫТ РЕГИОНА

М.А. Шаповалова, Н.Н. Дерябина

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, Россия

Аннотация. Цифровизация российского здравоохранения – непрерывный инновационный процесс, направленный на доступность и качество медицинских услуг для населения. Однако, акценты на персонализированную медицину должны включать не только потребителей, но и производителей медицинских услуг, учитывать многолетний опыт организаторов здравоохранения. Для слаженной работы системы цифрового здравоохранения крайне важным является распределение зон ответственности между медицинской организацией, органом управления здравоохранения территории и врачом. Разработка программ цифрового здравоохранения должна обеспечивать возможность самостоятельного функционирования ключевых звеньев цепи: органов управления здравоохранением, финансовых органов, медицинских организаций и пациентов.

Ключевые слова: цифровизация, цифровая трансформация, информатизация, медицина, здравоохранение, медицинские услуги, диспансеризация.

Результаты. Приоритетными направлениями инвестирования в цифровое здравоохранение России являются: сервисы для пациентов, медицинское страхование и телемедицина. Отстающими являются: цифровая диагностика и система поддержки принятия врачебных решений, что связано с низким уровнем технической оснащенности этих направлений, отсутствием соответствующего программного обеспечения, а также с ограниченностью доступа в интерактивные информационные системы. В информативном

аспекте в большинстве регионов полноценно функционируют лишь сервис по записи на прием к врачу, выписка листка временной нетрудоспособности и его оплата, оформление в электронном виде рецептов.

По данным Минздрава Астраханской области развитие медицинских информационных систем стало возможным благодаря региональному проекту ЕГИСЗ путем модернизации действующей системы РИМС («ПроМед») и продолжении работы по формированию электронных медицинских документов; приобретении оргтехники; средств информационной безопасности; создании удобных онлайн-сервисов в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг.

На реализацию данного проекта в 2023 г. запланировано 46,9 млн руб., в том числе 45,5 млн руб. – из федерального бюджета.

В 2022 г. в регионе начали оформлять юридически значимые электронные рецепты для льготных категорий граждан и осуществлять их учет в аптечных организациях. Запланирована организация дистанционного оформления рецептов для коммерческой продажи лекарственных препаратов.

Положительным моментом является увеличение количества телемедицинских консультаций. В здравоохранении региона продолжается работа по дальнейшему использованию электронных медицинских карт пациентов и электронных историй болезни, формируются электронные базы данных и системы автоматического учета информации.

В 2022 г. увеличилось количество врачей и среднего медицинского персонала, использующих государственную информационную систему в сфере здравоохранения региона в своей работе.

ДВИЖЕНИЕ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА» В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ

Т.Е. Шестакова

Исполнительный директор Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки»

Здоровье общества – важный фактор развития, без него невозможно создать будущее. Сегодня первоочередная национальная цель развития нашей страны – это сохранить население, его здоровье. Уже четвертый год реализуется федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» в рамках национального проекта «Демография». Сохранение населения, здоровье и благополучие людей – одна из главных национальных целей развития Российской Федерации на период до 2030 года.

В этом отношении актуальность проекта «Здоровые города» (его подходов, принципов, механизмов и инструментов) остается неизменной. Именно сохранение и укрепление общественного здоровья является целеполагающей в деятельности российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки».

Российское движение «Здоровые города» в настоящее время объединяет 145 муниципальных образований, разных по географии и численности – от городов федерального уровня, таких как Санкт-Петербург, Казань, Новосибирск, Хабаровск, до малых городов России, которые в целом представляют 31 субъект Российской Федерации из 7 федеральных округов с численностью населения более 20 миллионов человек.

С момента создания Ассоциация является аккредитованной российской национальной сетью проекта Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города» и служит площадкой для объединения усилий и ресурсов по созданию условий улучшения здоровья и качества жизни населения в российских городах, районах и поселках.

К приоритетным направлениям деятельности участников Ассоциации относятся: здоровое городское планирование, профилактика неинфекционных заболеваний, активное долголетие, здоровье детей и подростков, здоровье на рабочем месте, здоровое питание, охрана окружающей среды.

Движение «Здоровые города» дает возможность экспертной, методической, информационной поддержки муниципальных образований по приоритетным направлениям, укрепляет связи между городами, позволяет работать, используя инновационные подходы и лучшие практики, способствует укреплению здоровья населения за счет совершенствования управления городской средой.

Ассоциация ежегодно проводит оценку и распространение лучших муниципальных практик, организует конкурсы, обучающие тематические семинары и вебинары с участием экспертов российского и международного уровня, разрабатывает новые инициативы и проекты в области укрепления общественного здоровья.

На ближайшую перспективу для российского движения «Здоровые города» ключевыми являются следующие векторы развития: формирование комплексной системы управления общественным здоровьем на региональном и муниципальном уровнях; укрепление партнерства на российском уровне по здоровью на рабочем месте, здоровому городскому планированию; развитие международного сотрудничества по общественному здоровью со странами СНГ и Азии.

Формирование комплексной системы управления общественным здоровьем на региональном и муниципальном уровнях

Укрепление общественного здоровья – управление сложной системой, развитие которой требует комплексного подхода.

В Вологодской области выстроена система, которая находит свое отражение в Стратегии социально-экономического развития области и учитывает приоритетные направления федеральной политики в области

укрепления общественного здоровья. Апробируется подход реализации регионального стратегического проекта «Общественное здоровье – в центре внимания», который объединил органы исполнительной власти по всем сферам: медицина, экономика, социальная сфера, экология, культура, безопасность. Все муниципальные образования региона вовлечены в реализацию данного проекта.

Чтобы отследить развитие общественного здоровья на местах и определить направления, требующие наибольшего внимания, в регионе разработана матрица показателей, которая содержит в себе более 150 показателей. Показатели отражают развитие региона в различных отраслях, которые характеризуют аспекты, связанные с жизнью граждан.

Также тенденция повышения значимости укрепления общественного здоровья обуславливает необходимость выработки единых подходов к оценке системы общественного здоровья на региональном и муниципальном уровнях. Для этого в регионе разработан «Индекс здоровья и благополучия».

Укрепление партнерств на российском уровне по здоровью на рабочем месте, здоровому городскому планированию

Развитие движения «Здоровые города» невозможно без укрепления и расширения партнерств на российском уровне.

Укрепление здоровья на рабочем месте и здоровое городское планирование – приоритетные темы здоровых городов на ближайшую перспективу.

Активно развивается тесное сотрудничество в области укрепления здоровья работающего населения с Автономной некоммерческой организацией по содействию охране и укреплению здоровья работающего населения «Здоровье 360» и Российским союзом промышленников и предпринимателей. Проводятся совместные мероприятия по вопросам внедрения единого комплексного подхода к реализации региональных и муниципальных программ укрепления здоровья работающих.

Направление «Здоровое городское планирование» развивается при поддержке экспертов федерального уровня – представителей Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации, Фонда «Московский центр урбанистики «Город», благотворительного фонда «Город для всех». Планируется издание информационно-методических материалов и проведение вебинаров по данной тематике.

Здоровье на рабочем месте, здоровое городское планирование – одни из компонентов общественного здоровья, которое в Российской Федерации приобретает системный характер.

Развитие международного сотрудничества по общественному здоровью со странами СНГ и Азии

Развитие российского движения «Здоровые города» невозможно без укрепления и расширения партнерства на международном уровне. Двигаться вперед для достижения одной общей цели – «здоровье и благополучие» – нужно, учитывая международный опыт.

Здоровье – это одна из сфер, в которой страны могут и обязаны работать вместе, несмотря ни на какие идеологические и политические разногласия.

В настоящее время стоит задача наметить уверенные шаги по вопросу формирования межстрановой платформы по вопросам общественного здоровья, направленной на развитие международного сотрудничества со странами СНГ и Азии.

Развитию и продвижению этой темы была посвящена международная сессия «Здоровые города: перспективы развития сотрудничества по общественному здоровью в странах СНГ» в рамках Форума «Здоровое общество» (23 марта 2023 г., Санкт-Петербург), организованная совместно Ассоциацией, Фондом Росконгресс, при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Представительства ВОЗ в России.

Сотрудничество в данном направлении будет продолжено во взаимодействии и при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Федерации, Министерства иностранных дел Российской Федерации, Общественной палаты Российской Федерации, Россотрудничества, ВОЗ.

Совершенно очевидно, что для продвижения вперед всем городам необходимо обеспечить приоритетную позицию вопросов здоровья в общей повестке дня, а главное – никого не оставить без внимания. Необходимо объединять и использовать уже имеющиеся ресурсы и опыт, а также принимать новые, соответствующие современным реалиям, эффективные решения для достижения цели «Здоровье и благополучие населения».

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТИТА С В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

М.С. Алексеева, В.К. Семенова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

В 2016 г. на Всемирной ассамблее Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) была одобрена стратегия в отношении искоренения вирусного гепатита С (ВГС) как угрозы общественного здравоохранения к 2030 г. Гепатит С относится к наиболее важным социально-значимым инфекционным болезням. Во всем мире хроническим гепатитом С страдают примерно 58 миллионов человек, при этом ежегодно происходит около 1,5 миллиона новых случаев инфицирования. По имеющимся оценкам, хроническим гепатитом С страдают 3,2 миллиона детей и подростков. По оценкам ВОЗ, в 2019 г. от гепатита С умерли приблизительно 290 000 человек, главным образом в результате цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (первичного рака печени). Противовирусные препараты позволяют полностью излечивать гепатит С более чем в 95% случаев, однако уровень доступа к диагностике и лечению остается низким. На учете в региональных регистрах сейчас состоит 624 тысячи пациентов с диагностированным гепатитом С. Но общее количество людей с таким диагнозом в стране может составлять до двух миллионов.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения гепатита С в Республике Саха (Якутия) для разработки персонализированного подхода к их лечению и ведению.

Задачи:

1. Провести ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости гепатитом С в Республике Саха (Якутия);

2. Изучить клинические особенности течения гепатита С по материалам инфекционных отделений ЯРКБ и клиники СВФУ за 2021-2022 гг.

Материалы и методы: в работе использованы материалы официальной статистики Территориального управления Роспотребнадзора по РС (Я), инфекционных отделений ГБУ РС (Я) «ЯРКБ» и Клиники СВФУ им. М.К. Аммосова. «Регистр больных с хроническими вирусными гепатитами по РС (Я)»

Результаты: на протяжении последних 10 лет показатели заболеваемости хроническим гепатитом С в Республике Саха (Якутия) превышали общероссийские в 1,4-1,5 раза. В общей структуре хронических вирусных гепатитов на долю хронического вирусного гепатита С приходится 52,8% (2013 г. – 60,4%, 2014 г. – 58,2%, 2015 г. – 60,4%, 2016 г. – 57,3%, 2017 г. – 60,4%, 2018 г. – 58,8%, 2019 г. – 59,4%, 2020 г. – 56,5%). По данным электронного регистра «Хронические вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия)», на 01.01.2023 г. число больных хроническим гепатитом С (ХГС) составило 6889 человек, из них с циррозом печени 192 и первичным раком печени 26 человек. Заболеваемость и смертность, связанные с вирусным гепатитом С, имеют тенденцию к росту. Это связано с высокой частотой бессимптомного течения острого периода болезни и формированием хронических форм инфекции, длительным течением заболевания без клинических проявлений.

Всего проанализировано 101 история болезни пациентов с хронической HCV-инфекцией за период 2021-2022 гг. По гендерному признаку женщин было 71 (70,3%) и мужчин – 30 (29,7%). Средний возраст составил $56,6 \pm 12,1$ года. По этнической принадлежности преобладали лица коренной национальности – 69 (68,3%).

С циррозом печени (ЦП) составили 33 человек (32,7%), а также у 4 человек (4%) заболевание осложнилось развитием первичной гепатокарциномы. Средний возраст пациентов с ХГС без явлений цирроза

печени составил $55,9 \pm 12,6$ года, а при цирротической стадии – $58,1 \pm 11,0$ год. Стаж болезни с развитием ЦП более чем за 5 лет отмечался в 23 случаях, более 10 лет у 11 больных и более 20 лет у 4 человек. У пациентов с раком печени заболевание протекало более 10 лет. По степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью класс А составили 19 (57,6%) человек, класс В – 14 (42,4%). Генотипирование проводилось у 71 больного, при этом генотип 1в был обнаружен у 57 человек (80,3%), генотип 3а – 9 (12,7%), генотип 2 – 5 (7%). Противовирусная терапия была проведена у 40 пациентов (40%) с достижением УВО.

Заключение: таким образом, изучение многолетней динамики заболеваемости ВГ показывает, что в РС (Я) сохраняется стабильно высокий уровень заболеваемости ХГС с неблагоприятными тенденциями развития эпидемического процесса.

Анализ различных вариантов генотипов HCV позволил установить превалирование генотипа 1в, что может определять высокую частоту цирроза и рака печени.

Сложившаяся в республике ситуация по заболеваемости ВГ требует детального мониторинга и внедрения современных методов лечения, а также необходимо повысить качество проводимой санитарно-просветительской работы среди населения республики.

В целях стабилизации заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами приоритетными задачами являются:

- проведение качественного и своевременного эпидемиологического обследования очагов острых вирусных гепатитов и хронических вирусных гепатитов среди декретированного населения;
- проведение мероприятий по инфекционной безопасности медицинских манипуляций и донорства, направленных на предотвращение посттрансфузионных случаев заболеваний и заболеваний, связанных с

медицинскими вмешательствами, в том числе среди медицинских работников;

- внедрение полного объема и спектра диагностических исследований на парентеральные вирусные гепатиты, необходимых для определения тактики лечения и контроля его эффективности;

- ведение республиканского регистра больных хроническими вирусными гепатитами;

- активизация санитарно-просветительской работы среди населения республики о мерах по профилактике парентеральных вирусных гепатитов.

Список литературы

1. Global Hepatitis Report 2017. Geneva: World Health Organization, 2017. URL: <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>

2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» по Республике Саха (Якутия) за 2020 г. / Сост. М.Е. Игнатьева, О.А. Ушкарева. – Якутск, 2020. – 306 с.

3. Лекции по инфекционным болезням : руководство для врачей: в 2 т. / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Т. 2. – 544 с.

4. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1008 с.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ «МЯГКИХ НАВЫКОВ» У БУДУЩИХ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

А.С. Андреева, М.Н. Петрова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. При проведении опроса работодателей на вопрос: «Какие «мягкие навыки» у сотрудников наиболее важны при работе в сфере здравоохранения?» руководители выделили следующие навыки: навыки переговоров; коммуникативные навыки; критическое мышление; адаптивность; навыки самоорганизации; креативные навыки; умение работать с информацией; быстрая обучаемость; стрессоустойчивость; лидерские качества.

Выпускники бакалавриата сестринского дела могут работать по следующим видам профессиональной деятельности: клиническая практика; организационно-управленческая; педагогическая; исследовательская.

Среди руководящих должностей выделяет старших медсестер отделения и главных медсестер стационаров (или других медицинских организаций).

Одним из путей повышения познавательного интереса является вовлечение студентов в проектную деятельность [2]. Метод проектов – суть развивающего, личностно-ориентированного обучения, формирует у студентов способность самостоятельно мыслить, добывать и применять знания, тщательно обдумывать принимаемые решения, четко планировать свои действия [2]. В настоящее время метод проектов гармонично дополняет традиционную систему обучения [2].

«Мягкие навыки» – это личные качества, необходимые для достижения успеха в любой рабочей среде, включая уход за больными.

Развивать «мягкие навыки» необходимо с самого начала становления профессионала – со студенчества. Учебные программы для медсестер и

руководителей медицинских сестер призваны обучать, служить примером для подражания и направлять нынешних и будущих медсестер в совершенствовании «мягких навыков», которые приведут к развитию эмоционального интеллекта.

Цель: определить влияние научно-исследовательской и проектной работы студентов на развитие «мягких навыков», как коммуникативные и организаторские способности (КОС), у будущих бакалавров сестринского дела.

Материалы и методы исследования: n=53 (обучающиеся 1-4 курсов бакалавриата отделения «Сестринское дело»). Для исследования был использован метод анкетирования, в анкету вошли 40 вопросов, по которым выявили коммуникативные и организаторские способности респондентов. Опрос был проведен посредством интернет-анкетирования.

Подсчитывается количество совпадающих с ключом ответов по каждому разделу методики, затем вычисляются оценочные коэффициенты отдельно для коммуникативных и организаторских способностей по формуле [1]: $K = 0,05 * C$ (где K – величина оценочного коэффициента; C – количество совпадающих с ключом ответов).

Оценочные коэффициенты могут варьировать от 0 до 1.

Показатели, близкие к 1 говорят о высоком уровне коммуникативных и организаторских способностях, близкие к 0 – о низком уровне. Первичные показатели коммуникативных и организаторских способностей могут быть представлены в виде оценок, свидетельствующих о разных уровнях изучаемых способностей [1].

Таблица 1 – Коммуникативные умения

Показатель	Оценка	Уровень
0,10 – 0,45	1	I – низкий
0,46 – 0,55	2	II – ниже среднего
0,56 – 0,65	3	III – средний
0,66 – 0,75	4	IV – высокий
0,76 – 1	5	V – очень высокий

Таблица 2 – Ораторские (организаторские) умения

Показатель	Оценка	Уровень
0,20 – 0,55	1	I – низкий
0,56 – 0,65	2	II – ниже среднего
0,66 – 0,70	3	III – средний
0,71 – 0,80	4	IV – высокий
0,81 – 1	5	V – очень высокий

Объект исследования: студенты бакалавриата сестринского дела Медицинского института СВФУ.

Предмет исследования: сформированность одного из компонентов Soft Skills как коммуникативные и организаторские способности у будущих бакалавров сестринского дела.

Результаты исследования. 1 этап. Вводное анкетирование.

В анкетировании приняли участие студенты бакалавриата сестринского дела 1-4 курсов. В таблице отражены результаты коммуникативных и организаторских способностей в зависимости от года обучения.

Как видно, у студентов младших курсов (1 и 2) результаты по обоим критериям получились ниже среднего.

Общий средний результат по компонентам мягких навыков: коммуникативные – лишь 2,75, организаторские – 2,5 в сравнении с ожидаемым результатом 5.

Таблица 3 – Интерпретация данных

Оценка	Проявление коммуникативных и организаторских склонностей
1	Характеризуются низким уровнем проявления коммуникативных и организаторских способностей.
2	Коммуникативные и организаторские склонности присущи на уровне ниже среднего. Они не стремятся к общению, чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе; предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства: испытывают трудности в установлении контактов с людьми и при выступлении перед аудиторией; плохо ориентируются в незнакомой ситуации; не отстаивают свои мнения, тяжело переживают обиды; проявления инициативы в общественной деятельности крайне снижено, во многих делах они предпочитают избегать принятия самостоятельных решений.
3	Характерен средний уровень проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они стремятся контактам с людьми, не ограничивают круг своих знакомств, отстаивают свое мнение, планируют свою работу, однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью. Коммуникативные и организаторские склонности необходимо развивать и совершенствовать.
4	Относятся к группе с высоким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, постоянно стремятся расширить круг своих знакомых, занимаются общественной деятельностью, помогают близким. Проявляют инициативу в общении, с удовольствием принимают участие в организации общественных мероприятий, способны принять самостоятельное решение в трудной ситуации. Все это они делают не по принуждению, а согласно внутренним устремлениям.
5	Обладают очень высоким уровнем проявления коммуникативности и организаторских склонностей. Они испытывают потребность в коммуникативности и организации и активно стремятся к ней, быстро ориентируются в трудных ситуациях, непринужденно ведут себя в новом коллективе, инициативны, предпочитают в важном деле или в создавшейся сложной ситуации принимать самостоятельные решения, отстаивают свое мнение и добиваются, чтобы оно было принято товарищами, могут внести оживление в незнакомую компанию, любят организовывать разные игры, мероприятия. Настойчивы в деятельности, которая их привлекает. Они сами ищут такие дела, которые бы удовлетворяли их потребность в коммуникации и организаторской деятельности.

Таблица 4 – Результаты КОС

Курс	Коммуникативные способности	Результаты	Организаторские способности	Результаты
1	$10*0,05=0,5$	II – ниже среднего	$12*0,05=0,6$	II – ниже среднего
2	$11*0,05=0,55$	II – ниже среднего	$13*0,05=0,65$	II – ниже среднего
3	$13*0,05=0,65$	III – средний	$14*0,05=0,7$	III – средний
4	$16*0,05=0,75$	IV – высокий	$14*0,05=0,7$	III – средний

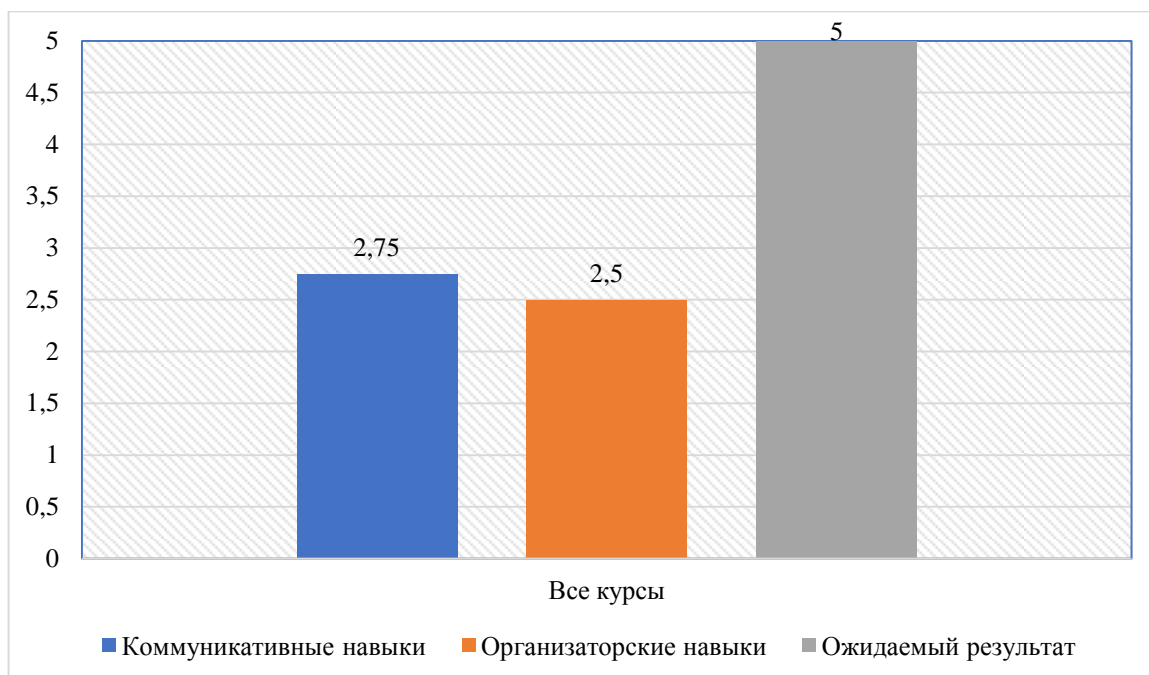


Рисунок 1 – Результат сформированности КОС по всем курсам

2 этап. Распределение на практику с индивидуальным заданием.

Следующим этапом стало распределение студентов на практику – $\frac{1}{2}$ студентов из группы проходили практику классически, а другая половина – одновременно с классическим прохождением производственной практики проводили исследовательскую работу (собирали материалы для исследования, беседовали с пациентами и т.п.), кроме 4 курса – будущих выпускников, они все проходили преддипломную практику.

Прием практик проводился следующим методом:

1) контрольные группы – классическая сдача производственной практики (дневник, отчет, характеристика и практические навыки на фантоме);

2) исследуемые группы – классические методы контроля + сдача производственной практики в виде проектной/научно-исследовательской работы.

Распределение тем исследований. Студенты 1 курса в силу неопытности в проведении исследовательской работы разделились по 2 человека на тему. Некоторые студенты 2 и 3 курсов продолжили исследование по своей ранее выбранной теме. Выпускники – 4 курсы – проводили исследование по своей выпускной квалификационной работе.

Промежуточные результаты 2 этапа анкетирования: было проведено исследование среди исследовательской группы $n=26$. Результаты коммуникативных и организаторских способностей в зависимости от года обучения представлены в таблице.

Таблица 5 – Результаты исследования 2 этапа

Курс	Коммуникативные способности	Результаты	Организаторские способности	Результаты
1	$12*0,05=0,6$	III – средний	$14*0,05=0,7$	III – средний
2	$14*0,05=0,7$	IV – высокий	$14*0,05=0,7$	III – средний
3	$15*0,05=0,75$	IV – высокий	$15*0,05=0,75$	IV – высокий
4	$18*0,05=0,9$	V – очень высокий	$18*0,05=0,9$	V – очень высокий

В сравнении результатов 1 и 2 этапов видно, что уровень развития компонентов «мягких навыков» вырос. Если у студентов на 1 этапе результаты были в основном «ниже среднего» и «средний», то после проведения исследования оценки возросли. Учащиеся 1 и 2 курсов по обоим критериям оценивания находились на 2 уровне – «ниже среднего». У студентов 3 курса по обоим критериям и у студентов 4 курса организаторские способности находятся на 3 уровне – «средний». И только коммуникативные способности у 4 курса на высоком уровне.

После проведения исследования видно, что у студентов 1 года обучения оба критерия КОС и у студентов 2 года обучения организаторские способности повысились до среднего уровня, а коммуникативные

способности повысились до 4 уровня – «высокий». На высоком уровне КОС находятся студенты 3 курса, студенты 4 курса достигли уровня 5 – «очень высокий».

Сравнивая общие результаты КОС по всем курсам видно, что средний показатель коммуникативных способностей с уровня 2,75 – «ниже среднего» возрос до уровня 4 – «высокий», также вырос показатель организаторских навыков с 2,5 – «ниже среднего» до значения 3,75 – между показателями «средний» и «высокий».

Заключение. После проведения исследования на формирование компонентов «мягких навыков» как коммуникативные, так и организаторские способности посредством интегрирования научно-исследовательской работы студента/проекта в учебный процесс, а непосредственно в учебную и производственную практику, результаты промежуточного анкетирования повысились на уровень, а следующие показатели, как «коммуникативные способности» у студентов 2 курса и «организаторские способности» у 4 курса повысились на 2 уровня.

Список литературы

1. В.В. Синявский, В.А. Федорошин (КОС) «Коммуникативные и организаторские склонности» опросник URL: <https://nsportal.ru/shkola/sotsialnaya-pedagogika/library/2015/04/19/metodiki-dlya-diagnostiki-kommunikativnyh>
2. International Journal of Experimental Education. – 2015. – № 4 – P. 194-196 URL: <https://expeducation.ru/en/article/view?id=6924>
3. Костюк, Н. В. Педагогика профессионального образования : учебное пособие / Н. В. Костюк. – Кемерово : Кемеровский государственный институт культуры (КемГИК), 2016. – 136 с. : табл. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=472630> (дата обращения: 08.02.2023). – Библиогр.: с. 114-115 – ISBN 978-5-8154-0349-9. – Текст: электронный.

СРАВНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Я.Ю. Ахтариев, С.С. Чиликанова, М.В. Аленицкая

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ, Владивосток, Приморский край, Россия

Актуальность. Здоровье женщин репродуктивного возраста рассматривается, как правило, в контексте обсуждения проблематики воспроизводства населения, репродуктивного поведения, рождаемости и здоровья новорожденных. Здоровье женщин является основой формирования здоровья новых поколений населения. Минимизация заболеваемости женщин болезнями, снижающими репродуктивный потенциал, а также мотивация их к ведению здорового образа жизни – актуальные задачи в сфере укрепления демографического потенциала страны.

В данной работе мы не будем останавливаться на подробном рассмотрении репродуктивного здоровья обучающихся в вузах и колледжах, а больше сосредоточимся на рассмотрении общего состояния здоровья и поведенческих факторов изучаемой группы, которое в конечном итоге также влияет и на репродуктивное здоровье.

Целью исследования является оценка состояния репродуктивного здоровья студенток ДВ вузов, которая позволит определить основные концептуальные подходы к профилактике.

Задачами исследования являются:

- 1) исследовать медико-социальный статус студенток, обучающихся в вузах ДВ;
- 2) провести анализ анкетирования и дать характеристику состояния репродуктивного здоровья студенток на основе изучения показателей;
- 3) предложить комплекс профилактических мер с целью повышения качества здоровья.

Материалы и методы. В исследовании были применены методы социологического опроса и статистической обработки полученных данных.

Респондентами стали студенты высших учебных заведений и колледжей Дальнего Востока. В опросе приняли участие 159 обучающихся вузов Дальнего Востока: ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, ВГУЭС, колледжи.

Возрастные группы	Количество респондентов	Удельный вес, %
15-20	139	87,4
21-25	20	12,6
Всего	159	100,0

Предметом исследования явились ответы студенток вузов и колледжей, основанные на личном опыте. Опрос проводился анонимно на платформе «Google-форма».

Результаты. По результатам нашего опроса было выявлено и составлено процентное и наглядное соотношение физиологических проявлений и психоэмоционального состояния студенток вузов и колледжей к посещениям врачей, по которым можно предложить меры профилактики. По результатам опроса нельзя определить влияние вредных привычек на длительность менструального цикла, поскольку большинство респондентов отмечали у себя отсутствие вредных привычек. Среди опрошенных 40% считают, что учеба в вузе повлияло на стабильность менструального цикла. Большинство опрошенных отмечают болевой синдром, при том у половины боль выражена очень сильно в группе старшего возраста. Так же в опросе студентки указывали на изменение психоэмоционального состояния. Несмотря на все вышесказанное, больше половины ответивших не посещают врача.

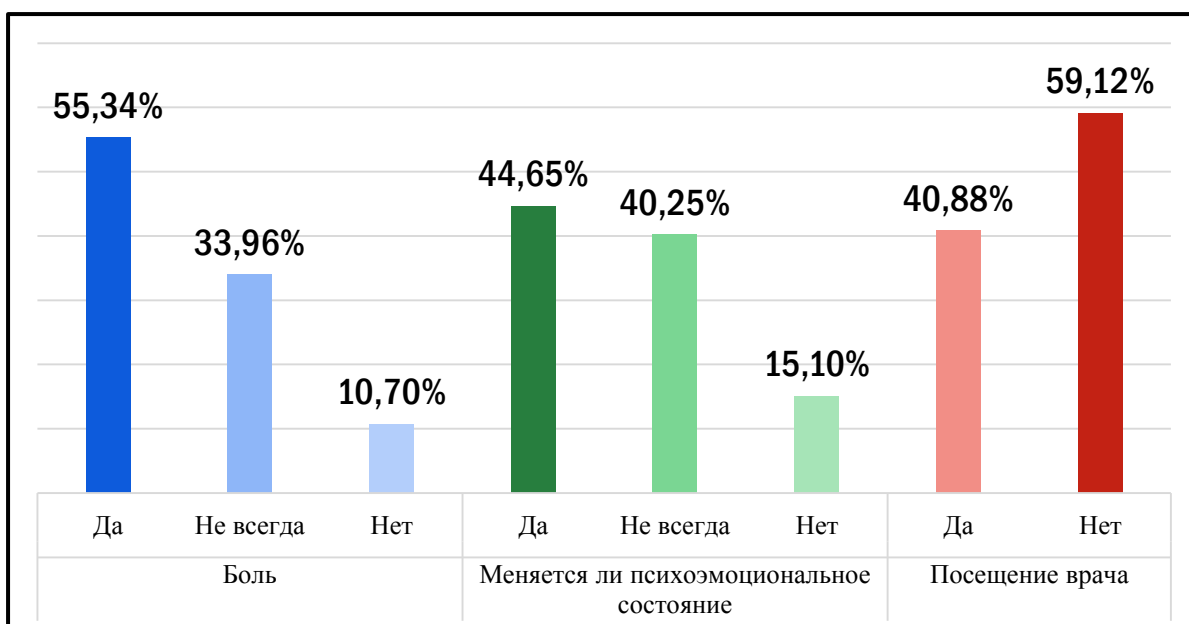


Рисунок 1 – Доля по физиологическим проявлениям и психоэмоциональному состоянию респондентов вузов ДВ в 2022 г., %

Большая часть студенток ошибочно полагает, что посещать врача нужно только тогда, когда нарушается цикл.



Рисунок 2 – Удельный вес причин отказа посещать врача среди респондентов вузов ДВ в 2022 г., %

Заключение. Проведённое исследование позволяет говорить о том, что в настоящее время среди студенток вузов и колледжей Приморского края (ДВ)

основную угрозу представляет безответственное отношение к своему репродуктивному здоровью. Распространенность нарушений здоровья в виде миалгии поступательно возрастала от более молодых к более старшим возрастным группам обучающихся. Среди поведенческих факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье женщин, следует отметить снижение их физической активности с возрастом и слабую приверженность соблюдению режима питания во всех возрастных группах респондентов. В то же время правильная организация профилактической работы со студентками в медицинских организациях может способствовать значительному улучшению показателей их репродуктивного здоровья. Также можно предложить развигать тематические программы комплексного обследования репродуктивного здоровья обучающихся вузов и колледжей.

Список литературы

1. Алекешева, Л.Ж. Репродуктивное здоровье молодых женщин и девушек-подростков / Л.Ж. Алекешева, М.Б. Байдальдаева, А.А. Белходжаев и др. // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 1. – С. 23-26.
2. Елгина, С.И. Репродуктивное здоровье женщин и особенности пищевого поведения / С.И. Елгина, И.С. Захаров, Е.В. Рудаева // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2019. – № 4(3). – С. 48–53.
3. Нацун, Л.Н. Здоровье женщины репродуктивного возраста / Л.Н. Нацун // Социальные, культурные исследования и безопасность. – 2020. – № 3. – С. 167-181.
4. Турбина, Ю.О. Социально-гигиеническая характеристика женщин репродуктивного возраста и ее роль в развитии гинекологической патологии / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2019. – № 25(2). – С. 89–91.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ В СИСТЕМЕ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПРАВОВАЯ СТОРОНА ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ)

А.В. Барадиева

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Правовая сторона врачебной этики. Все чаще в медицинской практике поднимаются вопросы о соблюдении врачом морально-этических норм. И даже если претензии беспочвенны, сам инцидент не всегда проходит без последствий. Защищать себя в подобных ситуациях врач может и должен! Но для этого необходимо знать закон.

Медицинская этика и закон. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинский работник обязан соблюдать моральные и этические нормы и относиться к пациенту уважительно и гуманно. Кроме того, закон требует от врача «руководствоваться принципами медицинской этики и деонтологии». А на практике?

Нормы медицинской этики применяются в ст. 71 в двух категориях дел: иск медицинского работника к работодателю, например, в случае спорного увольнения; иск пациента о возмещении вреда, причиненного некачественным оказанием медицинской помощи.

Загляните в профессиональный стандарт медицинской организации: почти наверняка в качестве профессиональной характеристики указана «необходимость соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами».

Что будет врачу за нарушение этических норм? Администрации медицинских учреждений предоставлен широкий выбор механизмов воздействия. Врачу могут вынести замечание, сделать выговор, лишить

премии или надбавки и даже уволить. Что именно ждет врача, решает работодатель. Но при этом он обязан учитывать: тяжесть проступка; обстоятельства, при которых он был совершен; предшествующее поведение работника и его отношение к труду.

Причины, по которым возможно увольнение, можно разделить на две группы: за неоднократное неисполнение трудовых обязанностей без уважительных причин. Обратите внимание на ключевые слова: «неоднократное» и «уважительных»; за однократное грубое нарушение обязанностей, например, разглашение врачебной тайны.

Важно понимать, что суды применяют нормы права и нормы профессиональной медицинской этики как взаимосвязанные и обеспечивающие комплексное согласованное нормативное регулирование профессиональной медицинской деятельности. Поэтому аргументы вида «я не знал, что в мои обязанности входит соблюдать нормы медицинской этики», также «разве они формально закреплены в законе?» не сработают. Приказы о привлечении медработников к дисциплинарной ответственности и судебные решения по делам об оспаривании этих приказов содержат ссылки на:

- Трудовой кодекс РФ;
- Закон № 323;
- Кодекс профессиональной этики врача РФ и локальные этические кодексы;
- локальные нормативные акты (правила внутреннего трудового распорядка, должностные инструкции).

В каких случаях пациент может требовать компенсацию морального ущерба?

Даже если врач действительно нарушил морально-этические нормы, это не является основанием для возмещения морального ущерба.

В соответствии со ст. 151 ГК РФ компенсация морального вреда возможна, если пациенту причинены физические или нравственные

страдания действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в иных случаях, прямо установленных законом. То есть пациент может требовать компенсацию лишь при наличии состава «преступления»:

- противоправного деяния, повлекшего причинение вреда пациенту;
- вины (умысла или неосторожности) медицинского работника.

Выводы. Как защититься? Жалобы, обвинения в неэтичном и недостойном поведении – то, с чем сегодня может столкнуться каждый российский медик. Лучшая защита в данном случае – превентивная: будьте внимательны в общении с пациентами; изучите требования к сотрудникам медицинской организации, в которой вы работаете, и свои должностные обязанности; ознакомьтесь со статьями ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которые касаются вас и вашей профессиональной деятельности, в частности, главой 9, посвященной медицинским работникам и организациям.

Даже минимально подготовившись к возможным неприятным ситуациям, вы почувствуете себя намного свободнее и сможете выполнять свою работу без лишних волнений и переживаний.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП): ОПЫТ РАБОТЫ ГАУ РС (Я) «РБ№1-НЦМ имени М.Е.НИКОЛАЕВА»

Н.П. Барашкова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность проблемы: высококвалифицированная и безопасная медицинская помощь – приоритетная задача современного здравоохранения. Одним из критериев качества медицинских услуг является эпидемиологическая безопасность пациентов и персонала и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Обеспечение эпидемиологической безопасности, как составляющей качества и безопасности медицинской деятельности, требует внедрения в повседневную практику новых методов профилактики, лечения и диагностики ИСМП. Широкое распространение ИСМП в медицинской организации различного профиля наносит значительный ущерб здоровью населения, экономике и демографической ситуации во всем мире, что определяет актуальность их профилактики на современном этапе.

Риск развития ИСМП определяется количеством и инвазивностью проводимых лечебно-диагностических манипуляций, степенью эпидемиологической безопасности медицинских технологий и больничной среды, свойствами возбудителей и особенностями течения хронических заболеваний пациентов, уровнем подготовки и квалификацией медицинского персонала. Интенсивное развитие и широкое применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения обуславливает появление новых рисков, определяет необходимость непрерывного совершенствования технологий, методов и средств профилактики и лечения ИСМП.

Цель исследования: обеспечение эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи населению и снижение социально-экономического ущерба от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) на основе совершенствования технологий и методов профилактики, диагностики и лечения, создания системы риск-менеджмента инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Материалы и методы исследования. При организации системы междисциплинарного подхода прежде всего необходимо определить заинтересованных специалистов. В ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева» коллегиально взаимодействуют заместитель генерального директора по лечебной работе, эпидемиологическая служба, отдел клинической фармакологии, бактериологическая лаборатория. Первичным связующим звеном для своевременного выявления ИСМП являются лечащие врачи, заместители директоров структурных подразделений.

Для обеспечения эпидемиологической безопасности проводятся: разработка локальных нормативных документов, стандартных операционных процедур (СОП); обеспечение и внедрение в повседневную практику; контроль исполнения; разбор каждого инфекционного случая; проведение заседаний комиссии по профилактике ИСМП; разработка и внедрение корректирующих мероприятий.

В совокупности данные мероприятия приводят к снижению случаев ИСМП.

Для утверждения порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации, а также в целях соблюдения управления рисками инфекционных заболеваний в стационаре и полноты, своевременности учета и регистрации ИСМП, издан внутренний Приказ «О порядке выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

(ИСМП)», в содержании которого прописаны стандарты определения случая ИСМП по ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева». Эффективное осуществление эпидемиологического мониторинга и комплекса мероприятий по контролю любого заболевания во многом обеспечивается наличием точных критериев определения наличия этого заболевания у человека. Разработаны стандартные операционные процедуры (СОП) по эпидемиологической безопасности, от знания и выполнения которых сотрудниками, зависит уровень риска развития ИСМП.

В отношении пациентов с инфекцией любой локализации, вызванной резистентными штаммами микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью, практикуется цветовая индикация выявленных у пациента возбудителей с примером размещения цветовой маркировки согласно представленной классификации.

Контроль соблюдения обязательных требований санитарного законодательства должен быть внедрен в каждой медицинской организации.

- Систематические плановые и внеплановые обходы врачей – эпидемиологов по отделениям.

- Ежеквартальный внутренний аудит по Эпидемиологической безопасности с участием врачей клинических фармакологов, врачей-бактериологов.

- Контроль знаний и навыков у сотрудников по рабочим СОПам, согласно разработанным чек-листам.

- Выявление нарушений методом прямого наблюдения, проведение совещаний по результатам контроля, разработка корректирующих мероприятий.

Заключение: организация междисциплинарного подхода влияет на уровень выявления и регистрации ИСМП, качество лабораторной диагностики, эпидемиологической диагностики и рациональной антибиотикотерапии.

Таким образом, внедрение междисциплинарного подхода позволило повысить уровень выявляемости ИСМП и расширить перечень регистрируемых нозологических форм ИСМП. Вместе с тем врачам рекомендуется продолжить выявлять случаи ИСМП, используя разработанные стандарты определения случая ИСМП.

С целью устранения нарушений необходимо совершенствовать знания и практические навыки медицинского персонала в области профилактики ИСМП и эффективность контроля выполнения обязательных требований.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИМ ГРУППАМ

В.В. Бобрович, Н.Ф.Шильникова

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Забайкальский край, Россия

Финансовое обеспечение медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, определяется несколькими составляющими. К ним можно отнести значения согласованных объемов медицинской помощи, тарифы на оказание медицинской помощи, результаты КОСКУ, фактически оказанные объемы медицинской помощи. При оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара оплата осуществляется за законченный случай лечения, включенного в соответствующую клиничко-статистическую группу (КСГ). Такой подход к оплате специализированной медицинской помощи используется в развитых странах на протяжении более двадцати лет и имеет доказанную экономическую эффективность [1].

Российская модель КСГ в 2023 г. имеет более четырехсот групп заболеваний. Экономическими параметрами, определяющими конечную стоимость законченного случая, являются базовая ставка и применяемые к ней коэффициенты: относительной затратоемкости, территориальной дифференциации, уровня стационара, сложности лечения пациента и коэффициент специфики.

Целью данного исследования является изучение влияния значений коэффициента относительной затратоемкости на стоимость законченного случая лечения, включенного в соответствующую КСГ.

Материалами исследования явились данные ТФОМС о принятых к оплате реестрах за 2016-2019 гг. от центральных районных больниц (1-2 уровень оказания медицинской помощи) Забайкальского края. Выкопировка и обработка данных осуществлялась с апреля по май 2023 г. В ходе исследования разработана методика анализа оплаты законченных случаев лечения на основе групп заболеваний.

Ранжирование принятых к оплате случаев лечения за оказанную специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара осуществлялось по годам с учетом значений коэффициента относительной затроемкости – первая группа значений коэффициента от 0 по 0,99 включительно, вторая от 1,0 по 1,99, третья от 2,0 по 2,99, четвертая от 3,0 по 3,99, пятая от 4,0 по 4,99, шестая от 5,0 и более. Наибольшая доля законченных случаев от 73,2 до 80% в разные годы приходится на первую группу. Доля случаев во второй группе составила от 17,6 до 22,7%. В остальных группах доля случаев незначительна и составляет от 0,15 до 2,1 % в разных группах. На следующем этапе в каждой группе определены средневзвешенные значения коэффициента относительной затроемкости. Наиболее показательным является 2016 год, где разброс значений коэффициента составил от 0,701 до 6,084 в разных группах. Для каждой группы определено значение показателя, увеличивающего или уменьшающего стоимость базовой ставки. С целью представления результатов исследования наиболее информативно, осуществлена группировка экономических показателей в группах со второй по шестую. Это позволило установить, что 80,03% законченных случаев лечения снижают базовую ставку на 29,1%, 19,97% законченных случаев увеличивают базовую ставку на 49,9%. Уравновесив повышающие и понижающие значения, получены данные о том, что интегральное снижение стоимости законченных случаев по отношению к базовой ставке составляет 13,3%. Экономическая модель сформирована следующим образом:

$$PFO = BC * \sum ЗС группы 1 * СВКЗ группы 1 + BC * \sum ЗС остальных групп * СВКЗ остальных групп$$

где, PFO – размер финансового обеспечения,

$\sum ЗС$ – количество законченных случаев в соответствующей группе,

СВКЗ – средневзвешенный коэффициент соответствующей группы.

Выполненная работа позволяет сделать вывод о том, что при планировании финансового обеспечения медицинской организации (территории субъекта) целесообразно формировать прогнозную экономическую модель с учетом сложившейся практики оплаты специализированной медицинской помощи.

Список литературы

1. Busse R., Schreyogg J., Smith P. Hospital case payments system in Europe // Health Care ManagShi. – 2006. – Vol. 9. – № 3. – P. 211–213.
2. Письмо Минздрава России № 11-9/10/2-7938, ФФОМС N 8089/21-и от 24.12.2015 (ред. от 25.04.2016) "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования"
3. Гехт, И.А. О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 16-21.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО РЕГИОНА РОССИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

С.А. Богачевская^{1,2}, С.Н. Киселев², Н.А. Капитоненко²

¹ ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, г. Хабаровск, Россия

² ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава
России, Хабаровск, Россия.

Анализ динамики заболеваемости и ее причин наряду с другими вопросами, по мнению главного внештатного специалиста кардиолога Минздрава России по Центральному, Уральскому, Сибирскому и Дальневосточному федеральным округам С.А. Бойцова, должен проводиться в рамках формирования комплексных Региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ темпов роста заболеваемости БСК, ИБС и ЦВБ в России и ДФО в пятилетний период до развития пандемии коронавирусной инфекции и включая период пандемии. Представлены вероятные причины и механизмы влияния пандемии на статистические показатели других групп заболеваемости.

Результаты и обсуждение. В доковидный 2019 г. отмечались максимальные показатели как общей, так и первичной заболеваемости БСК по стране, а непосредственно в период пандемии заболеваемость снизилась (с 2019 г. к 2020 г. общая заболеваемость снизилась на 6,6%, первичная – сразу на 15,9%). В ДФО отмечался рост общей заболеваемости БСК на 7,2% с 2017 по 2021 г., однако рост в период 2015-2019 гг. был более интенсивным – 13,9%. Рост первичной заболеваемости БСК в ДФО с 2015 по 2019 г. составил 19,2% против снижения на 4,8% за период 2017-2021 гг. (табл. 1).

**Таблица 1 – Заболеваемость болезнями системы кровообращения
в Дальневосточном регионе России**

Годы	Фактические данные							Прирост, %	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015 - 2019	2017 - 2021
Общая ДФО	23078,6	23341,7	24127,9	25974,8	26817,2	25211,6	25989,2	13,9	7,2
Первичная ДФО	2698,7	2813,3	2872,9	3158,7	3338,8	2733,9	2741,2	19,2	-4,8

Прирост заболеваемости БСК в 2020 и 2021 гг. оказался существенно снижен в ДФО в сравнении с более ранним периодом, что сопоставимо с динамикой по РФ в целом. По первичной заболеваемости прирост показал отрицательный темп в ДФО на 93%, в РФ – на 98%; по общей заболеваемости – тот же отрицательный темп в ДФО на 22%, в РФ – на 33%. Предполагается влияние коронавирусной инфекции на эпидемиологическую обстановку по БСК в сторону снижения темпа роста показателей заболеваемости.

При анализе динамики отдельных видов патологии сердечно-сосудистой системы (ишемических болезней и цереброваскулярных заболеваний) прослеживается схожая динамика. В динамике с 2017 по 2021 г. общая заболеваемость цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) в ДФО снизилась на 1,8% в сравнении с периодом 2015–2019 гг., когда общая заболеваемость ЦВБ к 2019 г. выросла на 13,0% (табл. 2). При ишемических болезнях сердца (ИБС) с 2017 по 2021 г. общая заболеваемость по ДФО снизилась на 1,4%, тогда как в допандемийный период за 2015-2019 гг. выросла на 14,6%.

Таблица 2 – Заболеваемость ИБС и ЦВБ в Дальневосточном регионе России

Годы	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
общая ИБС	4882,4	5085,7	5408,1	5573,2	5719,2	5402,7	5334,3
общая ЦВБ	4552,1	4651,1	4745,7	5133,3	5142,8	4645,5	4661,0
первичная ИБС	707,8	709,4	789,0	773,8	801,7	665,6	663,2
первичная ЦВБ	722,7	810,2	837,8	823,1	825,8	711,5	726,2

Показатели первичной заболеваемости в 2021 г. по ДФО в целом были ниже общероссийских на 17,8% в разделе ИБС и на 18,1% в разделе ЦВБ. К «доковидному» 2019 г. первичная заболеваемость ЦВБ за 5 лет в ДФО у взрослых выросла на 12,5%. Рост заболеваемости за 5 лет к 2019 г. наблюдался и в группе ИБС – на 11,7%. В ДФО к 2021 г. первичная заболеваемость ЦВБ за 5 лет среди взрослых снизилась на 15,4%, а заболеваемость ИБС – на 19,0%.

Заключение. В годы пика пандемии COVID-19 зафиксировано резкое снижение темпов роста заболеваемости БСК и ее видами в ДФО и в целом по стране в сравнении с допандемийным периодом на фоне зафиксированного Росстатом роста смертности от БСК (на 11,6% в 2020 г.). Данный факт можно связать с перераспределением материально-технических и кадровых ресурсов здравоохранения на диагностику и лечение COVID-19, нежели с улучшением эпидемиологической обстановки по БСК (в том числе по ЦВБ и ИБС), несмотря на предпринимаемые меры по ее улучшению в рамках реализации Региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Важную роль в данном процессе сыграли перепрофилирование кардиологической койки в инфекционную (ограничения на экстренную госпитализацию, уменьшение количества плановых вмешательств), влияние механизмов ослабления учета заболеваемости БСК (тенденция к интерпретации поражения сердечно-сосудистой системы не в качестве самостоятельного заболевания, а в рамках осложнений инфекционного процесса, с одной стороны, и повышенная смертность (в частности, COVID-19 ассоциированная) именно группы пациентов с БСК как группы повышенного риска фатальных осложнений, с другой)), а также последствия всеобщей изоляции (снижения посещений амбулаторного звена и эффективности мер по диспансеризации), особенно сказавшиеся на группах населения с факторами риска по БСК.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КАЧЕСТВОМ ВОДЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ СИСТЕМ ВОДОСНАБЖЕНИЯ

В.Д. Богданова, М.В. Аленицкая

ФГАОУ ВО «Дальневосточный Федеральный университет», Школа медицины,
Владивосток, Приморский край, Россия

Оценка качества воды с использованием методологии оценки риска используется при проведении санитарно-гигиенического мониторинга (СГМ) объектов хозяйственно-питьевого водоснабжения. Как в организации СГМ для обеспечения населения качественной питьевой водой из систем централизованного водоснабжения, так и в порядке анализа риска, произошли значительные изменения, которые представляется актуальным объединить в единый алгоритм гигиенической оценки воды централизованных систем водоснабжения.

Цель данного исследования: оптимизация оценки риска, обусловленного качеством воды централизованных систем водоснабжения на основе данных социально-гигиенического мониторинга.

Материалы и методы. Для выполнения целей исследования использованы нормативные документы по оценке риска для здоровья населения, связанного с хроническим воздействием санитарно-химических показателей питьевой воды. К ним отнесены отечественные документы Р 2.1.10.1920–04 и МР 2.1. 4.0032–11. Учтены периодически обновляющиеся референтные значения «Объединенной информационной системы о риске» (The Integrated Risk Information System, далее – IRIS), опирающиеся на токсикологические профили химических соединений, разработанные Агентством по охране окружающей среды (US EPA).

Алгоритм включает в себя три вида риска, которые приведены в указанных документах и возможны при анализе санитарно-химических показателей: канцерогенный, неканцерогенный и органолептический. Их основу составляют химические вещества, для которых могут быть

определены концентрации, и сопутствующие комбинации канцерогенных и неканцерогенных рисков, а также органолептических и неканцерогенных рисков.

Результаты. Для оценки объектов питьевого водоснабжения по санитарно-токсикологическим показателям до вычисления показателей риска предложено исходить из их характеристик и нижнего предела определения методов анализа испытаний, а усреднение показателей производить на основе медианы и перцентилей, если не обосновано соответствие нормальному распределению показателей в точках воздействия.

Для оценки риска предложено дополнить пищевой путь поступления химических соединений накожной экспозицией без учета ингаляционного пути поступления, характерного для горячей воды, так как при организации социально-гигиенического мониторинга воды централизованных систем водоснабжения базисно рассматриваются показатели воды холодного водоснабжения.

Для вычисления коэффициентов канцерогенного и неканцерогенного рисков предложено воспользоваться данными о критических органах и системах, референтными значениями и факторами канцерогенного потенциала IRIS, обновляющимися регулярно по данным эпидемиологических и экспериментальных исследований, дополнительно рекомендуется указывать, как их значение соотносится со значением из Руководства.

Предложено отображение пространственного распространения рисков в геоинформационной системе для представления приоритетных загрязнителей питьевой воды, определения критических систем и органов и гигиенического районирования территорий по уровню риска.

Выводы. Представленный порядок позволяет оптимизировать оценку риска, обусловленного качеством питьевой воды централизованных систем водоснабжения на основе данных социально-гигиенического мониторинга. Кроме того, в нем обобщен установленный в нормативной документации неоднозначный порядок оценки рисков.

ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

И.А. Борисов, С.П. Винокурова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Национальные цели 2030: обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации; повышение ожидаемой продолжительности жизни лет; снижение бедности в 2 раза (по сравнению с 2017 годом); увеличение количества граждан, занимающихся физической культурой и спортом.

Национальная цель – сохранение населения, здоровье и благополучие людей.

Основные факты о неинфекционных заболеваниях по данным ВОЗ: каждый год от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире; каждый год от НИЗ умирают 17 миллионов в возрасте до 70 лет; 86% этих преждевременных случаев смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем дохода; в странах с низким и средним уровнем дохода происходит 77% всех случаев смерти от НИЗ.

В структуре смертности от НИЗ наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания, от которых каждый год умирают 17,9 миллиона человек, и за которыми следуют раковые заболевания (9,3 миллиона случаев), хронические респираторные заболевания (4,1 миллиона случаев) и диабет (2,0 миллиона случаев, включая обусловленные диабетом заболевания почек).

Эти четыре группы заболеваний вызывают 80% всех случаев преждевременной смерти от НИЗ.

Риск смерти от НИЗ повышают такие факторы, как употребление табака, низкий уровень физической активности, злоупотребление алкоголем и нездоровое питание.

Основные направления борьбы с НИЗ включают выявление, скрининг и лечение НИЗ, а также оказание паллиативной помощи.

По статистике, больше всего неинфекционные заболевания (далее НИЗ) выявляются в странах с невысоким уровнем жизни населения – на них приходится более 3/4 всех летальных исходов по этой причине (более 30 миллионов случаев). Профилактика неинфекционных заболеваний является самым эффективным методом предотвращения серьезных заболеваний. Поэтому профилактика неинфекционных заболеваний сегодня является одним из приоритетных направлений совместной деятельности Правительства, общества и различных медицинских и социальных организаций.

Для более своевременного выявления и лечения НИЗ такие базовые мероприятия могут с высокой эффективностью проводиться учреждениями первичной медико-санитарной помощи.

Эффективность работы первичного звена. Текущее состояние. Низкий темп проведения профилактических мероприятий. Выполнение годового плана профилактических мероприятий за январь-апрель 2022 г. составило 17,3%.

Исполнение плана ДОГВН и ПМО на 25.10.22 г. План ДОГВН на 2022 г. по РС (Я) составляет – 247 374 человек (план подведомственных МО МЗ РС (Я) составляет 234 057), общее число граждан, прошедших 1 этап ДОГВН по данным подведомственных медицинских организаций, составило 152 799 (65,31% от годового плана); план по ПМО – 56 091 человек (план подведомственных МО МЗ РС (Я) составляет 54 594), общее число граждан, прошедших ПМО по итогам 9 месяцев составило 40 749 (70,6% от годового плана); план по углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию на 2022 г. по Республике Саха (Якутия) составляет 70 282 человек (план подведомственных МО МЗ РС (Я) составляет 66 990 человек), общее число граждан, прошедших 1 этап УД по данным подведомственных медицинских организаций, составило 49 744 (74,26% от годового плана).

Усиление контроля за соблюдением этапности и полноты диспансеризации. По результатам проведенных контрольно-экспертных мероприятий по случаям профилактических осмотров и диспансеризации (1 этап) взрослого населения выявлены основные нарушения, которые связаны с отсутствием исследования кала на скрытую кровь, не проведением маммографии, цитологического исследования мазка шейки матки, иных медицинских услуг (ЭКГ, ОАК, ОАМ, определения уровня холестерина и глюкозы в крови и др.), отсутствием определения ПСА в крови. В динамике, в сравнении с аналогичным периодом 2020 и 2021 гг. имеется уменьшение количества выявленных нарушений.

Таблица 1 – Первоочередные меры по повышению диспансеризации и профосмотров

Первоочередные меры	Реализация
Проведение активной инфокоммуникационной кампании для населения о необходимости и важности прохождения диспансеризации и профилактических осмотров	Изготовление видеороликов, печатной продукции, размещение и демонстрация в СМИ, рассылка в социальных сетях
Проактивное приглашение на диспансеризацию посредством колл-центров, 122, смс-оповещений	Разработать скрипты и раздать в колл-центры медорганизаций для обзвона
Расширение цифровых возможностей для пациентов	Запись на диспансеризацию посредством онлайн-сервисов (госуслуги, ТМК-сервиса «Облачная поликлиника, приложение)
Активизация работы Передвижных мобильных комплексов	Выезд в труднодоступные наслега
Выезд мультидисциплинарных бригад в отдаленные наслега	Выезды кардио-, онкодесантов в районы с высокими показателями смертности по нозологиям
Совместные проекты с организациями	Для стимулирования населения к прохождению диспансеризации и профосмотров разработан и запущен проект с Минздравом, Минспортом, ТФОМС и Алмазэргиэнбанком. При прохождении диспансеризации и профосмотров дается 25% скидка на посещение бассейнов «Чолбон» и «Самородок», при наличии карты жителя Якутии от АЭБ
Проведение обучающих программ для медперсонала	Обучение медперсонала в очно-заочном формате, методом тестирований

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИК Г. ЯКУТСКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

А.А. Борисова, Т.В. Протопопова, М.И. Ядрихинская
ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. В связи с осложнением ситуации по коронавирусной инфекции 11 марта 2020 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была объявлена пандемия коронавирусной инфекции в мире. Перед амбулаторно-поликлиническим звеном остро встал вопрос организации работы в новых реалиях [1, 2].

Цель: обобщение данных опыта работы поликлиник г. Якутска в период пандемии COVID-19 для непрерывного оказания медицинской помощи населению г. Якутска.

Материалы и методы. Проведен сбор данных об организации работы поликлиник г. Якутска в период пандемии COVID-19 на основании разработанной внутренней документации и принятых мер в учреждениях за период с 2020 по 2022 г. включительно.

Результаты и обсуждение. Пандемия COVID-19 внесла огромные изменения в работу поликлиник г. Якутска. Это способствовало выработке **новых в оказании** первичной медико-санитарной помощи населению. В связи с угрозой распространения в Республике Саха (Якутия) новой коронавирусной инфекции 17 марта 2020 г. был издан Указ Главы РС (Я) №1055 «О введении режима повышенной готовности на территории Республики Саха (Якутия) и мерах по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции (2029-n CoV)», изданы приказы МЗ РС (Я), согласно которым работа медицинских организаций республики была переведена на новый режим работы в условиях повышенной готовности.

Для исключения пересечения потоков здоровых и пациентов с признаками ОРВИ, в поликлинике организованы отдельные входы для детей

и взрослых с признаками ОРВИ, отдельные специализированные кабинеты неотложной помощи. Работа кабинетов неотложной помощи организована в 2 смены. У всех входов в здание поликлиники проводилась бесконтактная термометрия. Во всех подразделениях поликлиники проводилась ежедневная термометрия сотрудников. В целях охраны здоровья сотрудников специалисты старше 65 лет освобождены от основной работы согласно Постановлению Правительства РФ.

Временно отменены плановые приемы пациентов на профилактические осмотры. Не проводилась диспансеризация взрослого и детского населения, направления на плановую консультацию в другие медицинские учреждения, плановая госпитализация. По постановлению Главного санитарного врача отложена вакцинация детей и взрослых по Национальному календарю.

В условиях сложной эпидемиологической обстановки в целях сохранения здоровья граждан работа поликлиники переведена на новый режим с приоритетным обслуживанием на дому, организацией дистанционной выписки лекарственных препаратов, бесконтактной доставкой лекарственных препаратов льготной категории граждан и лицам старше 65 лет на дом, в несколько раз увеличилась нагрузка на колл-центр и горячую линию поликлиники.

С конца января 2020 г. поликлиники г. Якутска проводили большую работу по медицинскому наблюдению граждан, прибывших из-за пределов Российской Федерации и из других регионов Российской Федерации, ежедневное наблюдение за контактными лицами с больными с коронавирусной инфекцией. С 15.07.2020 г. вступило в силу постановление Главного санитарного врача Российской Федерации от 07.07.2020 г. №18 «О внесении изменений в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.07.2020 г. № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-19»». Согласно документу, теперь всем приезжающим в страну необходимо иметь с собой результат теста на коронавирус или сделать его в течение трех дней, отменили изоляцию.

С 6 февраля вступает в силу постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2022 г. №4, которым внесены изменения в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.05.2022 г. №15. Согласно постановлению от 04.02.2022 г. №4 лица, контактировавшие с больными новой коронавирусной инфекцией, не должны находиться в изоляции.

Медицинскими работниками поликлиник проводилась дифференциальная диагностика, лабораторное обследование лиц с признаками ОРВИ и пневмонией. Своевременное выявление пациентов с новой коронавирусной инфекцией и направление в специализированное отделение.

Для проведения противоэпидемических мероприятий были организованы отдельные бригады. Ежедневно бригады в составе врача и медицинской сестры, соблюдая все санитарные нормы и правила, используя одноразовые противоэпидемические костюмы и другие средства индивидуальной защиты, выезжают на адреса по предписаниям Управления Роспотребнадзора по РС (Я).

Летом 2020 г. при поликлиниках г. Якутска открылись временные стационары для больных новой коронавирусной инфекцией. Многие стационары были открыты на базе общежитий ФГАОУ ВО «СВФУ им. М.К. Аммосова».

В начале пандемии COVID-19 все ПЦР-исследования проводились в лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)». Потом ПЦР-исследования начали проводить ГБУ РС (Я) «ЯРКБ», СПИД-Центр. Из-за большого количества больных было решено открыть на базах поликлиник свои ПЦР лаборатории, что позволило сократить срок ожидания результатов исследований. Согласно п. 3.2 СП 3.1.3597-20 "Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)", срок выполнения лабораторного исследования на COVID-19 не должен превышать 24 часов с момента поступления биологического материала в лабораторию до получения его

результата лицом, в отношении которого проведено соответствующее исследование.

23 сентября 2020 г. впервые в Республике Саха (Якутия) была проведена вакцинация против НКВИ. Первыми привили медицинских работников. Далее с декабря 2020 г. началась массовая вакцинация населения против НКВИ.

Специалистами поликлиник ежедневно проводится массовая информационно-разъяснительная работа среди населения о мерах профилактики, о необходимости обращения за медицинской помощью при наличии признаков ОРВИ, о необходимости соблюдения режима самоизоляции. Это беседы с пациентами, выступления на радио и по телевизору, различные буклеты, статьи.

Заключение. Медицинскими работниками и всеми сотрудниками поликлиник города Якутска проведена огромная работа по противодействию новой коронавирусной инфекции. Поликлиники оказались, первыми кто встретил COVID-19. Предпринятые меры не позволили более широкому распространению COVID-19 и смогли оказать медицинскую помощь населению г. Якутска в период пандемии COVID-19.

Список литературы

1. Уроки пандемии: опыт работы городской поликлиники по борьбе с новой коронавирусной инфекцией (экономико-социологический анализ на примере ГБУЗ "Городская поликлиника № 3" г. Улан-Удэ) / Н. А. Хамаева, Е. Ю. Башкуева // Московский экономический журнал. – 2021. – № 11. – С. 472-481.

2. Анализ работы поликлиники в условиях пандемии COVID-19 / П.П. Бессонов, Н. Г. Бессонова, А. Н. Эверстова и др. // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 10. – С. 28-34.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ЗА 2019-2021 гг.

А.А. Борисова¹, Н.В. Саввина¹, А.М. Ксенофонтов²

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГБУ РС (Я) «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Аннотация. В данной статье проанализированы и обобщены статистические данные по общей заболеваемости болезнями органов дыхания жителей районов Крайнего Севера за 2019–2021 гг. Был проведен сравнительный анализ показателей между данными регионами. По результатам анализа наблюдается постепенный рост заболеваемости БОД в 2021 г.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, болезни органов дыхания, Крайний Север, Арктика, север.

Введение. Болезни органов дыхания (БОД) представляют собой наиболее широко распространённую группу заболеваний и являются значимой медико-социальной проблемой как для системы здравоохранения Российской Федерации, так и всего мира [1, с. 560]. Респираторные болезни занимают лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости регионов Арктической зоны РФ [2, с. 217]. Высокую заболеваемость БОД среди районов Крайнего Севера (РКС) обуславливают, в первую очередь, климатогеографические факторы, такие как экстремально низкие температуры, резко континентальный климат. В ходе исследования, которое проводилось в Китае, было выявлено, что экстремально низкая температура негативно влияет на течение респираторных заболеваний [3, с. 49286].

Цель. Проанализировать динамику заболеваемости по классу болезни органов дыхания населения районов Крайнего Севера РФ в период с 2019 по 2021 г.

Материалы и методы. Для изучения данной темы были использованы материалы официальной статистики Федеральной службы государственной статистики (Росстата) по субъектам, включенным в перечень районов Крайнего Севера (Постановление Правительства РФ от 16 ноября 2021 г. № 1946). Статистический анализ проводился за период с 2019 по 2021 г.

Результаты и обсуждение. Был проведен статистический анализ по данным официальной статистики (Росстата). Было установлено, что в 2019 г. показатель заболеваемости БОД с впервые в жизни установленным диагнозом в РФ составил 356,2 на 1 тыс. нас., в 2020 г. – 370,6 на 1 тыс. нас., в 2021 г. данный показатель составил 407,1 на 1 тыс. Наблюдается повышение уровня данного показателя.

При анализе аналогичного показателя по субъектам РФ, входящих в перечень районов Крайнего Севера, обращает на себя внимание то, что за данный период почти во всех РКС этот показатель превышает общероссийский уровень, за исключением Республики Тыва, Камчатского края, Магаданской и Сахалинской областей (рис. 1).

Самые высокие показатели были выявлены в Ненецком, Чукотском и Ямало-Ненецком автономном округах. Также наблюдается рост показателя в 2021 г. по сравнению с 2020 г. в Ненецком автономном округе на 24,3%, а в Ямало-Ненецком автономном округе на 65,5% (табл. 1).

Заключение. В результате проведенного анализа было выявлено, что показатели заболеваемости болезнями органов дыхания среди районов Крайнего Севера в период с 2019 г. по 2021 г. выше аналогичных показателей по РФ и имеют тенденции к увеличению. Первые 3 ранговых места занимают Ямало-Ненецкий, Ненецкий и Чукотский автономный округа. В 2020 г. почти во всех исследуемых субъектах наблюдалось снижение данного показателя, что, возможно связано с карантинными мероприятиями во время пандемии COVID-19.

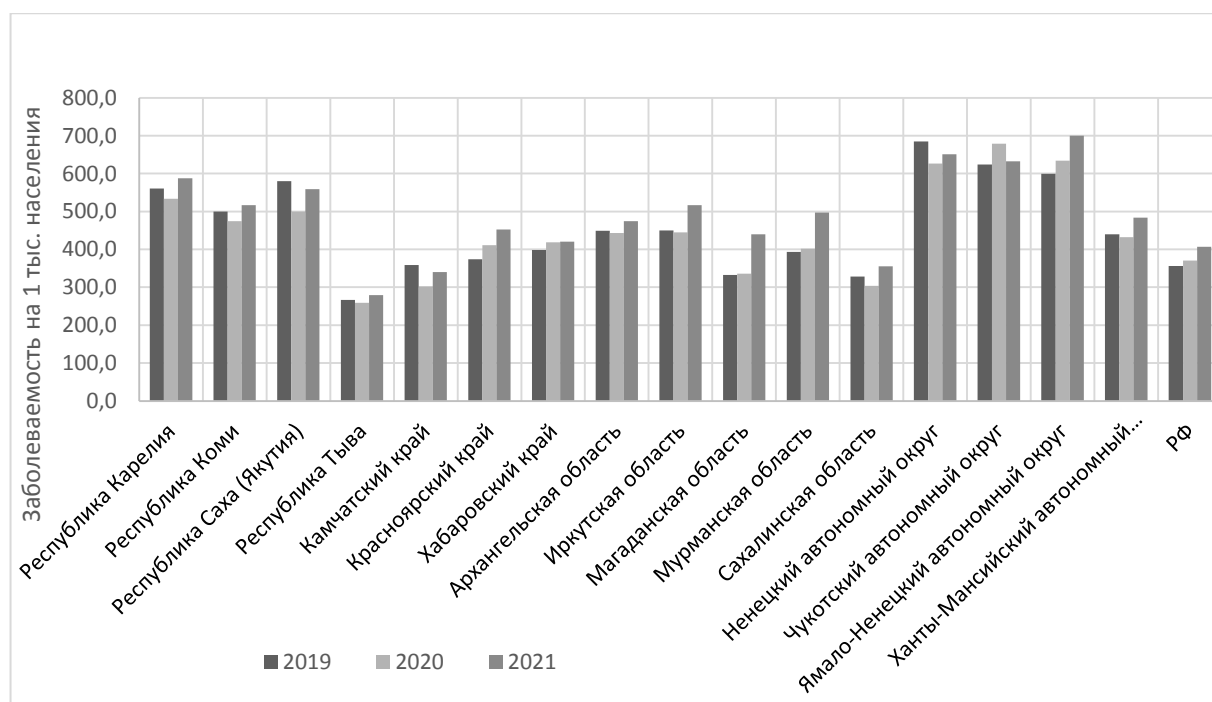


Рисунок 1 – Уровень заболеваемости населения болезнями органов дыхания Российской Федерации и районов Крайнего Севера за 2019-2021 гг. (показатели на 1 тыс. нас.)

Таблица 1 – Заболеваемость населения болезнями органов дыхания Российской Федерации и районов Крайнего Севера за 2019-2021 гг. (на 1 тыс. нас.)

Территория	Годы		
	2019	2020	2021
Республика Карелия	560,5	533,8	587,4
Республика Коми	500,2	474,5	516,6
Республика Саха (Якутия)	579,8	500,1	559,0
Республика Тыва	266,8	259,4	279,0
Камчатский край	358,9	302,5	339,9
Красноярский край	373,7	411,1	452,9
Хабаровский край	398,7	419,1	420,7
Архангельская область	449,4	443,3	474,7
Иркутская область	449,8	444,5	516,9
Магаданская область	332,4	336,2	439,6
Мурманская область	393,4	402,1	496,9
Сахалинская область	328,3	303,6	355,0
Ненецкий автономный округ	685,2	626,5	650,8
Чукотский автономный округ	624,3	678,7	632,6
Ямало-Ненецкий автономный округ	599,1	634,2	699,7
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	439,6	431,8	484,1
РФ	356,2	370,6	407,1

Список литературы

1. Быстрицкая, Е.В. Заболеваемость, инвалидность и смертность от болезней органов дыхания в Российской Федерации (2015–2019) / Е.В. Быстрицкая, Т.Н. Беличенко // Пульмонология. – 2021. – №31 (5). – С. 551–561.
2. Малинина, Е.С. Оценка состояния здоровья населения арктических регионов. / Е.С. Малинина // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – № 2(31). – С. 215–218.
3. Feng, F. Effects of extreme temperature on respiratory diseases in Lanzhou, a temperate climate city of China. / Feng, F., Ma, Y., Zhang, Y. et al. // Environ Sci Pollut Res. – 2021. – №28. – С.49278–49288.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ НА ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ

М.М. Васильева, Х.В. Атласова, Н.А. Григорьева, М.В. Колосова
ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровый образ жизни (ЗОЖ) представляет собой оптимальное качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека, направленным на сохранение и укрепление здоровья, в условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей среды. Оно складывается из питания, физической подготовки, морального настроения и отказа от вредных привычек.

В настоящее время распространенность избыточного веса и ожирения в мире достигает высоких показателей, при этом женщины в возрасте наступления менопаузы все чаще страдают избыточной массой тела.

Цель исследования: изучить влияние просветительской работы на изменение образа жизни женщин, путем проведения им занятий, лекций и бесед о правильном питании и здоровому образу жизни.

Материалы и методы: проведено анкетирование на знания основ ЗОЖ у 30 женщин в возрасте 44-62 лет, а также анализ их лабораторных данных до и после просветительской работы.

Результаты и выводы: в ходе исследования выявлено, что 70% женщин замужем, 93,3% имеют детей. Среднее количество детей в семье – два. У большинства (73,3%) женщин высшее, у 26,7% женщин среднее специальное образование. 26 женщин работают и большую часть времени проводят в сидячем положении, 4 женщины не работают. 76,6% не занимались физическими упражнениями. Вредные привычки (курение) присутствуют у 9 женщин (30%), 23 (76,6%) женщины иногда употребляют алкоголь. У 24

женщин наблюдается менопауза. Отношение к здоровому питанию 53,3% оценили, как «не осознанное».

В ходе исследования сравнили вес респондентов и индекс массы тела (ИМТ) на начальном этапе и в конце исследования. После проведенных лекций, бесед и занятий о правильном питании, здоровом образе жизни, 11 женщин пересмотрели свое отношение к питанию и к физической активности. К концу исследования выявлено, что 18 женщин стали заниматься спортом, что больше на 11 человек, чем в начале исследования. Стоит отметить, что семейное положение и уровень образования не влиял на физическую активность. За 1 год 15 женщин (50%) снизили массу тела от 1 до 8 кг.

Лабораторные показатели дают количественную объективную оценку состоянию здоровья респондентов. Во время исследования были изучены следующие показатели: глюкоза, холестерин, железо, ферритин, витамин Д, гомоцистеин. В ходе исследования анализы сдавались дважды: первый анализ в ноябре 2021 г. на начальном этапе исследования, второй анализ в апреле 2023 г. на завершающем этапе. Результаты лабораторных данных до и после исследования отличались незначительно. При анализе установлено, что у 4 женщин в 2021 г. имело место дефицит железа. Две женщины из четырех принимали препараты железа в парентеральном виде (в/в), отмечен значительный рост уровня железа в крови по сравнению с двумя, которые принимали в таблетированной форме. Установлено, что у женщин, которые принимали витамин Д в виде капель, повысился уровень витамина Д значительно (на десятки единиц). В то же время женщины, которые употребляли витамин Д в виде капсул, несущественно увеличили уровень витамина Д (на единицы). Таким образом можно сделать вывод, что витамин Д в форме капель более эффективно устраняет дефицит.

В целом, просветительская работа положительно повлияла на образ жизни: испытуемые женщины пересмотрели свое отношение к питанию и к физической активности, 50% женщин снизили массу тела, а также выявили и устранили дефицитные состояния.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Л. Волова¹, К.В. Шельгин¹, Л.И. Меньшикова²

¹ ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России,
Архангельск, Россия

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Дети-сироты и лица, оставшиеся без попечения родителей, относятся к группе риска в силу легкости возникновения у них психических расстройств непсихотического уровня, обусловленных сочетанием «органических», дизонтогенетических, депривационных и других факторов и определяющих развитие дезадаптационных состояний.

Цель исследования: выявить уровень распространённости психических расстройств среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Архангельской области, оценить зависимость выявления психических расстройств среди детей-сирот от возраста.

Материалы и методы. Для анализа использованы данные из отчётных форм №030-Д/с/о-13, 030-ПО/о-17 «Сведения о диспансеризации несовершеннолетних» и согласно приказам Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 г. № 216н «О диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 10.08.2017 г. №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

Достоверность различий рассчитывалась при помощи хи-квадрат при уровне значимости 0,05.

Результаты. На основании данных, представленных в указанных статистических формах, были рассчитаны показатели патологической поражённости (число заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах на 1000 осмотренных лиц). Сравнивали усреднённые показатели за три года (2018-2020 гг.) в возрастных группах 0-14, 15-17, 0-17 лет по патологической поражённости психическими расстройствами среди детей-сирот, находящихся в стационарных учреждениях, находящихся в семьях (опека, удочерение, усыновление, попечительство, патронирование, т.е. в замещающих семьях) и детей не дети-сироты (находящихся в нуклеарных семьях). Первичное описание выборок представлено в таблице 1. В связи с тем, что в отчётных формах, посвящённых профилактическим осмотрам в целом детей (не сирот и не без попечения), отсутствует деление на возрастные группы 0-14 и 15-17 лет, сравнение с этой группой детей производилось в целом, по группе 0-17 лет. Единица счёта: «Выявлено впервые заболеваний, состояний» (первичная патологическая поражённость).

На первом этапе изучено возможное отличие частоты встречаемости выявления психических расстройств между группами, удовлетворяющими двум критериям: возраст 0-17 лет, сирота/не сирота. Определяли наличие связи между статусом сироты и выявлением психического расстройства. Связь между этими переменными была значимой $\chi^2(1, N=181528)=677,6676$, $p=0,00001$). Таким образом, в группе детей в возрасте 0-17 лет частота выявления психических расстройств выше среди детей-сирот и без попечения родителей, чем в группе детей 0-17 лет, проживающих в нуклеарных семьях.

Таблица 1 – Численный состав выборок, дети-сироты, Архангельская область, человек

Год	Число подлежащее осмотру			Число осмотренных, число (%)		
	Дети-сироты в стационарных учреждениях	Дети-сироты в замещающих семьях	Дети в нуклеарных семьях	Дети-сироты в стационарных учреждениях	Дети-сироты в замещающих семьях	Дети в нуклеарных семьях
2018	1623	3087	207714	1612 (99,3)	3076 (99,6)	185342 (89,2)
2019	1332	2937	203913	1391 (104,4)	2927(99,7)	198820 (97,5)
2020	1168	2592	147785	1155 (98,9)	2476 (95,5)	147785 (100,0)
Среднее	1374	2872	186471	1386 (100,9)	2826 (98,3)	177316 (95,6)

Оценили зависимость выявления психических расстройств среди детей-сирот от нахождения в стационаре или в приёмных семьях. Установлена значимая зависимость $\chi^2(1, N = 4212) = 16,1209, p = 0,000059$. Установлено, что среди детей-сирот и детей без попечения частота выявления психических расстройств выше, чем среди детей, проживающих в замещающих семьях.

Оценили зависимость выявления психических расстройств среди детей-сирот от возраста. Установлена значимая зависимость $\chi^2(1, N = 7107) = 9,7922, p = 0,001752$, то есть частота выявления психических расстройств среди детей-сирот зависит от возраста. В возрастной группе 0-14 лет первичная поражённость выше.

Выводы. Учитывая частоту выявления психических расстройств среди детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, остаются актуальными вопросы комплексного медико-социального сопровождения данной категории несовершеннолетних и совершенствования системы профилактики психического неблагополучия на межведомственной основе.

НЕДОУЧЁТ И ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Л. Волова¹, К.В. Шельгин,¹ Л.И. Меньшикова²

¹ ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

Введение. Проблема психического здоровья детей является одной из самых актуальных на сегодняшний день. Значительный рост инвалидизации детей по причине психических расстройств в последнее десятилетие существенно ограничивает их жизнедеятельность и способствует развитию социальной дезадаптации, что приводит в будущем к трудностям в овладении навыками самообслуживания, общения, обучения и приобретения определенных профессиональных навыков, существенному ухудшению качества их жизни с тяжелыми социально-экономическими последствиями как для семьи, так и для общества.

Цель исследования: выявить элиминационные резервы недоучёта уровня инвалидности по психической патологии в детско-подростковой популяционной группе в Архангельской области.

Материалы и методы. Использовались стандартизованные по возрасту показатели первичной и общей инвалидности, рассчитанные на основе официальных статистических данных, представленных в форме №19 «Статистическое наблюдение. Сведения о детях-инвалидах» за период 2010-2020 гг. по Архангельской области (АО) без учёта Ненецкого автономного округа и Российской Федерации (РФ), раздел «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99 по МКБ – 10). Применялись методы эконометрического и статистического анализа: модель авторегрессии и

проинтегрированного скользящего среднего с передаточной функцией (АРПСС, ARIMA), построение кросс-корреляционной функции (ККФ), для приведения рядов к стационарному виду (элиминация тренда), использовалось получение остатков моделей АРПСС; отсутствие стационарности остатков моделей контролировалось по значениям частной автокорреляционной функции (ЧАКФ).

Результаты. Согласно мнению экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ, в странах Восточной Европы и России число детей-инвалидов должно быть не менее 3% от всего детского населения. Долю в 3% можно принять как первое допущение при нашем расчёте. Второе допущение состоит в том, что долевая структура инвалидности из-за заболеваний, её определяющих, отражается в целом правильно официальными статистическими источниками. Приняв за основу эти два допущения, произвели расчёт должного (расчётного) уровня инвалидности по психическим расстройствам для каждого года наблюдения. Исходно, расчётный уровень инвалидности вследствие психических расстройств в момент времени i можно представить в виде суммы учтённого и неучтённого уровней инвалидности: $M_i = d_i + d_{i \text{ неучт}}$. Исчислен расчётный уровень инвалидности из-за психических расстройств в абсолютных значениях. Полученные показатели стандартизованы прямым методом на 10000 населения. Временные серии нормированы, то есть, приведены к единой размерности с её диапазоном от 0 до 1, приведены к единому ряду (интегрированы) путем взятия их средних значений, таким образом, получен единый интегрированный ряд по каждой группе показателей, используемых в качестве входных рядов (демографических, социально-экономических, ресурсов здравоохранения). Далее ряды приведены к стационарному виду «выбеливанием», то есть по каждому ряду построена модель авторегрессии проинтегрированного скользящего среднего (ARIMA, АРПСС) и получены её остатки. Отсутствие стационарности остатков моделей контролировалось по значениям частной автокорреляционной функции (ЧАКФ). Построена

кросскорреляционная функция (ККФ) остатков входных и выходных рядов. Уровень показателей расчётной общей инвалидности был выше в среднем на 55,9% уровня учтённой инвалидности. Уровень недоучёта общей инвалидности в группе 0-14 лет ($Me = 40,14$, $Std.dev = 1,62$, $Размах = 4,72$) была выше, чем в группе 15-17 лет ($Me = 19,35$, $Std.dev = 4,13$, $Размах = 12,81$). При анализе взаимосвязей между уровнями входных и выходных показателей, при использовании учтённого уровня инвалидности, не выявлено значимых связей ни с используемыми индикаторами, ни с уровнем первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами. Анализ взаимосвязей между входными рядами и выходными в условиях расчётного и неучтённого уровней инвалидности выявил ряд значимых связей.

Выводы. Таким образом, в Архангельской области, по-видимому, существует недоучёт детской инвалидности, вызванной психическими расстройствами и расстройствами поведения. Зафиксированные официальной статистикой уровни детской инвалидности вследствие психических расстройств не имеют значимой связи с показателями, отражающими демографическую, социально-экономическую ситуацию и ресурсы и деятельность здравоохранения. В тоже время, выявлены значимые связи расчётного и неучтённого уровней инвалидности с индикаторами социально-экономического положения, ресурсов здравоохранения, общей заболеваемостью психическими расстройствами. Методы оценки недоучёта детской инвалидности по психическим расстройствам могут быть использованы в целях повышения информационной значимости эпидемиологического мониторинга в области охраны здоровья детей.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ КЛИНИКИ СВФУ

О.М. Гаврильева, М.Н. Петрова, В.Г. Аммосов

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Бережливая поликлиника – концепция управления амбулаторно-поликлинической организацией, основанная на постоянном стремлении к устранению всех видов потерь, предполагающая вовлечение в процесс оптимизации каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя медицинских услуг (пациента).

Применение технологий бережливого производства в медицинских организациях позволяет не только увеличить пропускную способность учреждения, сократить время ожидания, увеличить производительность труда, но и обеспечивает значительный экономический эффект.

Реформирование первичной медико-санитарной помощи важно начинать с совершенствования деятельности регистратуры медицинской организации, так как от эффективности этого структурного подразделения во многом зависит слаженность работы других подразделений и служб поликлиники.

Эффективность работы регистратуры отражается на ключевых показателях деятельности поликлиники, включая доступность первичной медико-санитарной помощи; степень удовлетворенности населения первичной медико-санитарной помощью; имидж и рейтинг медицинской организации (МО) в целом.

В условиях внедрения новых инициатив Минздрава России возникает необходимость углубленного анализа получаемых в медицинских учреждениях результатов, потребность тиражирования положительного опыта внедрения бережливых технологий в первичное звено

здравоохранения, устранения препятствий и дальнейшего совершенствования проекта.

Цель: выявить наиболее проблемные аспекты в организации работы регистратуры Клиники СВФУ, обосновать организационные мероприятия по повышению эффективности этого структурного подразделения и внедрить их в деятельность МО.

Методы и материалы. Проведены хронометражные исследования, анкетирование пациентов, визуализация и картирование процесса, фотофиксация интересующего материала. Методы: анкетирование, хронометраж, картирование процесса, аналитический, сравнительного анализа, статистический.

Гипотеза. Организация рабочего места и оздоровление сотрудников регистратуры Клиники СВФУ будет способствовать повышению доступности и качества медицинской помощи населению г. Якутска.

Внедрение технологии бережливого производства на основе процессного подхода позволит существенно повысить качество и доступность медицинской помощи прикрепленному населению. Дизайн исследования отображён на рисунке 1.



Рисунок 1 – Дизайн исследования

Результаты:

- 1) уменьшение времени на обращение пациента в регистратуру с 19,5 до 6 мин;
- 2) уменьшение времени записи пациента на прием по телефону с 3,4 до 1,8 мин;
- 3) уменьшение времени на поиск амбулаторной карты пациента регистратором с 3 до 1 мин.

Список литературы

1. Реализация проекта "бережливая поликлиника" в ГАУЗ ПК ГДКП № 6 / Д. В. Михайленко, А. А. Крестьянинов, Л. А. Мелехина, Е. Ю. Сухорукова // Актуальные вопросы педиатрии : материалы научно-практической краевой конференции с международным участием, посвященной 95-летию Городской детской клинической больницы № 3, Пермь, 14 апреля 2018 года. – Пермь : Пермский национальный исследовательский политехнический университет, 2018. – С. 128-133. – EDN XPQSXZ.
2. Роль навигации при внедрении бережливого производства в медицинские организации Российской Федерации / А. А. Курмангулов, Ю. С. Решетникова, Н. С. Брынза, В. Л. Калинина // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2021. – Т. 9. – № 2. – С. 280-288. – DOI 10.23888/HMJ202192280-288. – EDN RFVLV
3. Саввина Н.В. Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения / Н.В. Саввина, Л.Ф. Тимофеев, Л.Н. Афанасьева и др. – Якутск, 2021.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПОДИНАМИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СВФУ

А.Е. Горохова, М.Ф. Жульярова, К.В. Кононова, И. И. Смирнова, Ю.А. Соловьева
ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

В настоящее время остро стоит проблема малоподвижности среди молодежи во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 60% взрослых и 75% молодых людей подвержены гиподинамии. Гиподинамия является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата, ожирения и связанных с ним заболеваний [1-3].

Цель: изучить проблему гиподинамии среди студентов Медицинского института.

Материалы и методы исследования: анкетирование проводилось по опроснику IPAQ [4]. Было опрошено 157 студентов 1-го курса Медицинского института СВФУ, из них 110 – женщины, 47 – мужчины.

Результаты исследования: среди всех опрошенных гиподинамию (IPAQ) выявили у 80 человек (51%), среди женщин гиподинамия выявлялась существенно чаще (54%ж : 43%м). Среди опрошенных женщин дефицит массы тела выявлялся у 31 человека (28%), избыток массы тела у 17 (16%), ожирение 1 степени у 4 (3%), женщин с нормальным индексом массы тела было 58 (53%). Среди мужчин дефицит массы тела выявлялся у 5 человек (11%), избыток массы тела у 7 (15%), нормальный индекс массы тела у 35 (74%). Гиподинамия не была выявлена у студентов, посещающих спортивные секции, такие как бадминтон, баскетбол, бальные танцы, бокс, волейбол, легкая атлетика; среди студентов, посещающих основную группу занятий физической культурой, было выявлено 44 студента с гиподинамией (53,6%).

Таким образом, студенты МИ женского пола больше подвержены гиподинамии и, соответственно, ожирению. Посещение занятий по

физической культуре оказалось малоэффективным в профилактике гиподинамии по сравнению со спортивными секциями, что, по-видимому, связано с мотивацией студентов, посещаемостью, а также новым форматом занятий (часть занятий проходила через платформу Zoom).

Мы предлагаем проводить следующие мероприятия по предотвращению гиподинамии у студентов Медицинского института СВФУ: проведение всех занятий по физической культуре оффлайн, обеспечение студентов помещениями для занятий физкультурой, проведение соревнований среди всех курсов МИ на выявление самой спортивной группы с призовым фондом; проведение встреч с выдающимися спортсменами Якутии; ежемесячный подсчет физической активности студентов с помощью приложений, фиксирующих количество шагов.

Список литературы

1. Гришан, М.А. Физиологические последствия гиподинамии для организма человека / М.А. Гришан // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – № 12. – С. 112-115.
2. Рубизова, А.А. Гиподинамия – болезнь цивилизации / А.А. Рубизова, Д.Р. Жданова, М.О. Джейранова // БМИК. – 2017. – №7(6). – С. 1031-1032.
3. Соловьева, Н.В. Гиподинамия в студенческой среде / Н.В. Соловьева, Е.С. Мартынова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2022. – № 10(1). – С. 203-207.
4. Lee, P.H., Macfarlane, D.J., Lam, T. et al. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 8, 115 (2011). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-115>

КЛЕЩЕВОЙ ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) В ПЕРИОД с 2011 по 2022 гг.

Н.А. Григорьев, Т.Д. Семенова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Клещевой энцефалит – природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся преимущественным поражением центральной нервной системы. Тяжесть заболевания, которое в ряде случаев приводит к инвалидизации и летальным исходам, обуславливает его высокую эпидемиологическую значимость и является причиной неослабевающего внимания к его профилактике среди населения эндемичных территорий. В Республике Саха (Якутия) на сегодняшний день к эндемичным территориям Российской Федерации относятся Алданский, Нерюнгринский, Ленский и Олекминский районы. Но случаи укусов регистрируются не только в приграничных районах Южной Якутии, но и на территории заречных, центральных, западных районов, включая ГО «г. Якутск». Провели анализ многолетней динамики регистрации укусов иксодовых клещей на территории Республики Саха (Якутия) в период с 2011 по 2022 г. В ходе исследования наблюдается расширение перечня административных территорий, где были зарегистрированы случаи укусов иксодовых клещей. Показано, что наибольшее число пострадавших лиц ежегодно регистрируется в южных районах республики – Алданском, Нерюнгринском, Олекминском, Ленском, Хангаласском районах, в г. Якутске и его пригородах.

Цель исследования: анализ обращаемости населения по поводу укусов клещей, состояние инфицированности клещей, снятых с людей на территории Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Выполнен сравнительный анализ статистических отчетов обращаемости населения по поводу нападений

клещей, заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в Республике Саха (Якутия) в период с 2011 по 2022 год.

Результаты исследования. За период с 2011 по 2022 г. в 21 районе и г. Якутске всего зарегистрирован 3151 случай укусов клещей людей. В 2015-2016 гг. укусы клещей зарегистрированы в 18 территориях республики, в 2013 и 2012 гг. – в 14 территориях республики, в 2017 г. – в 19 районах и г. Якутске, в 2018 г. – в 14 районах и г. Якутске, в 2019 г. – в 17 районах и г. Якутске, в 2020 г. – в 14 районах и г. Якутске, в 2021 г. – в 17 районах и г. Якутске, в 2022 г. – в 15 районах и г. Якутске (рис. 1). Наибольшее число обращений ежегодно регистрируется в южных районах республики – Алданском, Нерюнгринском, Олекминском, Ленском, Хангаласском районах, г. Якутске и его пригородах, на которые приходилось 82,6% всех нападений клещей.



Рисунок 1 – Количество укусов клещей за 2011-2022 гг.

За период 2011-2022 гг. инфицированные вирусом клещевого энцефалита клещи выявлены в г. Якутске и 17 районах (Алданский, Амгинский, Вилуйский, Кобяйский, Намский, Нюрбинский, Нерюнгринский, Сунтарский, Ленский, Чурапчинский, Олекминский, Мирнинский, Мегино – Кангаласский, Хангаласский, Усть-Алданский, Таттинский, Усть-Майский) (табл. 1).

Таблица 1 – **Обнаружения антигена вируса клещевого энцефалита в клещах, удаленных после присасывания к человеку на территории Республики Саха (Якутия) за период с 2011-2022 гг.**

Год	Исследовано клещей	Обнаружен антиген ВКЭ
		Абс.
2011	83	0
2012	104	0
2013	105	6
2014	183	19
2015	215	8
2016	265	27
2017	268	7
2018	199	0
2019	205	22
2020	236	4
2021	306	4
2022	429	2
Всего	2598	99

За 2011-2022 гг. на территории республики зарегистрировано 3 случая клещевого вирусного энцефалита. В 2018 г. клещевой вирусный энцефалит диагностирован у двух человек в Олекминском районе из с. Токко. У одного из них диагностирована микст-инфекция (клещевой энцефалит + клещевой боррелиоз). В 2022 г. зарегистрирован 1 случай в Нерюнгринском районе. В последнем случае, исходя из анамнеза, укус клещом произошел 15.06.2022 г. в Олекминском районе, в лесном массиве близ с. Торго. Во всех случаях пострадавшие не были вакцинированы против клещевого вирусного энцефалита.

Вывод. Таким образом, за последние годы отмечается рост случаев укусов клещей с увеличением числа административных территорий республики, где отмечались случаи присасывания клещей – от 105 укусов в 2011 году до 565 укусов в 2022 году, так же обнаружение антигена вируса клещевого энцефалита в клещах после удаления с людей – от 0 в 2011 году до 2 в 2022 году.

Список литературы

1. Драгомерецкая, А.Г., Оценка состояния естественного популяционного иммунитета к вирусу клещевого энцефалита у населения Республики Саха (Якутия) / А.Г. Драгомерецкая, М.Е. Игнатенко, О.Е. Троценко и др., 2019 г.
2. Государственный доклад "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Саха (Якутия) в 2022 году" от 03.03.23.
3. Никифоров, О.И. Новые данные по распространению и динамике численности иксодовых клещей на территории Якутия и имеющиеся предпосылки проявления клещевого энцефалита / О.И. Никифоров, В.Ф. Чекрнявский, Л.Л. Данилов и др., 2015 г.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Н.Н. Григорьев¹, В.В. Егоров²

¹ Клиника «Дельта», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Витамин D в настоящее время является одной из самых исследуемых тем не только в России, но и во всем мире. Активная форма витамина D влияет на весь организм человека, особенно для трудоспособного населения. Дефицит витамина D в России, с климатогеографическими и сезонными особенностями, является актуальной проблемой, так как низкие уровни витамина D сильно коррелируют со сниженным уровнем кальция, что в свою очередь, приводит к негативным последствиям и снижению работоспособности [2].

Цель исследования: провести анализ актуальной научной литературы для определения обеспеченности витамином D трудоспособного населения России.

Материалы и методы: проведен поиск и анализ отечественных работ по изучаемой проблематике, с использованием баз данных eLibrary.ru, CyberLeninka. Главными критериями отбора публикаций являлись: участники исследования должны проживать на территории Российской Федерации; участниками являются население трудоспособного возраста; участники исследования должны соответствовать понятию «условно-здоровый»; участники исследования не принимали медикаментозные препараты с содержанием витамина D. Найдено 11 работ, соответствующих критериям, опубликованных в передовых и высокорейтинговых журналах с 2016 по 2023 г., которые четко отвечали цели нашего исследования.

Для оценки статуса витамина D у участников, исследователи определяли уровень 25(OH)D в сыворотке крови надежным методом относительно

международных стандартов (DEQAS, NIST) [2]. В ходе анализа исследований содержание витамина D в крови у обследованных лиц из России можем наблюдать во всех исследованных группах (рис. 1). Особенно низкие уровни дефицита витамина D зафиксированы на Крайнем Севере, так как климатогеографические и сезонные колебания мешают выработке витамина D за счет УФ лучей. Географическое расположение не позволяет образовывать достаточное количество витамина D кожей [2, 4, 5]. Также питание современного общества показывает неудовлетворительную картину с содержанием витамина D, так как сбалансированное и адекватное питание является одним из важных факторов оптимального уровня витамина D в крови. Как утверждают авторы, оптимальное значение витамина D имели коренные народы, нежели жители, привыкшие к современному образу жизни. Связывают это с тем, что у коренного народа Севера, ведущего кочевой образ жизни, продукты питания богаты витамином D по сравнению с продуктами «урбанизированного» общества [5].

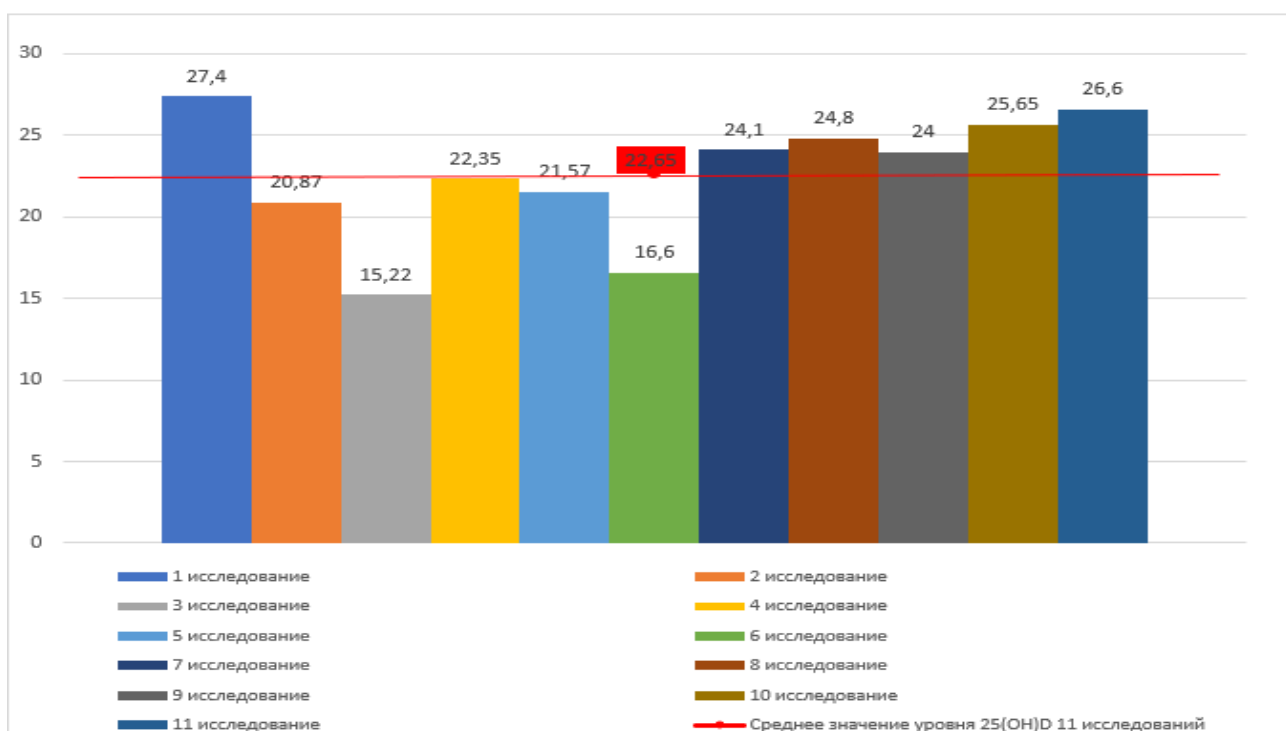


Рисунок 1 – Среднее значение уровня 25(OH)D в сыворотке крови исследованных участников

Благоприятный статус витамина D можем наблюдать у населения трудоспособного возраста столичных городов (Москва, С.-Петербург). Авторы связывают это с экономическим благополучием региона, так как увеличивается широкий выбор профилактических препаратов, содержащих витамин D, также богатый выбор продуктов питания с данным витамином [1, 2, 3, 4].

Результаты и их обсуждение: общее количество исследованных участников составляет – 46980. Среднее значение уровня 25(ОН)D в сыворотке крови 11 исследований составляет – 22,65 нг/мл (рис. 1). Данное среднее значение по данным Российской ассоциации эндокринологов 2016 г., является «недостаточным». У 2 исследований среднее значение витамина D определяется как «дефицитный».

По половому признаку дефицит витамина D, как утверждают авторы, не распространяется. Концентрация уровня 25(ОН)D в сыворотке крови по большей степени зависит от возраста, места проживания и особенностей питания, также от сезонных колебаний. В исследовании, проведенном в 105 городах России, оптимальное значение уровня витамина D наблюдалось у 98,2% участников, возраст которых составляет от 21 до 45 лет, что доказывает факт влияния возраста на уровень витамина D. Поэтому к каждому трудоспособному жителю нужно подходить индивидуально, исходя от возраста, образа жизни, питания и в некоторых возрастных группах – от пола. [2, 3].

Заключение. Данный анализ подтверждает факт низкого уровня витамина D у трудоспособного населения Российской Федерации. «Дефицитное» состояние витамина D – распространенное явление и требует незамедлительного решения этой проблемы. Как утверждают авторы, необходимо провести профилактические и диагностические мероприятия для коррекции низких уровней витамина D.

Список литературы

1. Суплотова, Л.А. Дефицит витамина D в России: первые результаты регистрового неинтервенционного исследования частоты дефицита и недостаточности витамина D в различных географических регионах страны / Л.А. Суплотова, В.А. Авдеева, Е.А. Пигарова и др. // Проблемы эндокринологии. – 2021. – Т. 67, №2. – С. 84-92.
2. Пигарова, Е.А. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике, лечению и профилактике дефицита витамина D у взрослых / Е.А. Пигарова, Л.Я. Рожинская, Ж.Е. Беля и др. // Проблемы эндокринологии. – 2016. – №4. – С. 60-84.
3. Желтикова, Т.М. Гендерные и возрастные особенности статуса витамина D (25(OH)D) в России / Т.М. Желтикова, Д.Г. Денисов, М.А. Мокроносова // РМЖ. – 2019. – №12. – С. 51–56.
4. Вильмс, Е.А. Обеспеченность взрослого населения Западной Сибири витамином D: данные популяционного исследования / Е.А. Вильмс, Е.В. Добровольская, Д.В. Турчанинов и др. // Вопросы питания. – 2019. – Т. 88, № 4. – С. 75–82.
5. Корчин, В.И. Особенности содержания жирорастворимых витаминов у коренного и пришлого населения Крайнего Севера / В.И. Корчин, Л.Н. Бикбулатова, Т.Я. Корчина // Медицинская науки и образование Урала. – 2021. – Т. 22, №3. – С. 13-16.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Н.А. Григорьева

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Одним из показателей состояния здоровья детского населения является распределение их по группам здоровья.

Проведен анализ результатов профилактических медицинских осмотров детского населения от 0 до 17 лет в Республике Саха (Якутия) на основании данных официальной статистики за период 2015- 2022 гг. с использованием отчетной формы № 030-ПО/о-12.

Цель исследования: проанализировать группы здоровья детей Республики Саха (Якутия) по результатам профилактических медицинских осмотров в 2015–2022 гг.

Всего в 2015 г. было осмотрено 135684 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет, охват составил 52,2% от среднегодовой численности детского населения, в 2016 г. – 77334 ребенка (охват – 29,5%), в 2017 г. – 90198 (34,2%), 2018 г. – 101503 (38,4%), 2019 г. – 120968 (45,7%), в 2020 г. – 58196 (21,9%), в 2021 г. – 107602 (40,6%), в 2022 г. – 130749 – (49,4%).

Охват профилактическим осмотром в 2015 г. составлял 522,6, а в 2021 г. составил 406,4 на 1000 детского населения. В пандемийный 2020 г. охват составил 219,9 на 1000 детского населения. В 2022 г. охват составил 494,5 на 1000 детского населения.

Таблица 1 – Распределение детей по группам здоровья (данные профилактических медицинских осмотров в Республике Саха (Якутия), 2015-2022 г. (%))

Группы здоровья	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I	91501	67,4	48897	63,2	55946	62,0	50667	49,9	62293	51,4	35738	52,0	43325	40,2	42410	32,43
II	39755	29,2	25708	33,2	29343	32,5	45817	45,1	52439	43,3	28704	41,7	57732	53,6	79737	60,9
III	3805	2,8	2283	2,9	4485	4,9	4244	4,1	5298	4,3	3890	5,6	5946	5,5	7225	5,5
IV	218	0,1	137	0,1	57	0,06	100	0,09	95	0,07	55	0,08	250	0,2	222	0,16
V	405	0,2	339	0,4	367	0,4	675	0,6	843	0,6	335	0,4	349	0,3	1155	0,8
Всего осмотрено	135684		77364		90198		101503		120968		68722		107602		130749	

Распределение по группам здоровья в целом характеризует состояние здоровья детского населения. Проведенный анализ свидетельствует о сокращении абсолютно здоровых детей (I группа) с 67,4% до 32,43%, доля детей с функциональными нарушениями (II группа) увеличился с 29,2 до 60,9%, увеличение почти в 2 раза числа детей с III-й группой здоровья (с 2,8% до 5,5%), то есть с хронической патологией (табл. 1).

Заключение. В Республике Саха (Якутия) в 2015–2022 гг. удельный вес детей с первой группой здоровья составлял от 67,4% в 2015 г. до 32,43% в 2022 г., наибольшее количество детей отнесено к второй группе здоровья (максимально 60,9% в 2022 г., минимально 29,2% в 2015 г.), в 2 раза (с 2,8% до 5,5%) увеличилась доля детей с хронической патологией (III группа).

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ИФА: РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА НАСЕЛЕНИЯ

Т.Т. Гуляев

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия
ООЭН ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РС (Я)», Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. Мониторинг серологических исследований новой коронавирусной инфекции является важным инструментом для понимания динамики распространения болезни, наглядной оценки эффективности мер по ее предотвращению и предложений по специфической терапии [1, с. 609]. Всего с 2020 по 2021 г. на территории РС (Я) мониторинг серологических исследований проводился в 54 лабораториях: 29 на базе республиканских центральных районных больниц, 25 в государственных и частных лабораториях ГО «город Якутск». В процессе мониторинга сформировался массив данных с результатами, имеющими потенциал для анализа серопейзажа территории в целях профилактики и прогноза пандемий респираторных заболеваний [1, с. 613].

Цель: дать оценку результатам мониторинга серологических исследований населения на COVID-19 в РС (Я) путем определения антител методом иммуноферментного анализа.

Задачи.

1. Описать динамику определения антител к новой коронавирусной инфекции методом ИФА (иммуноферментный анализ) за период 2020-2021 гг.
2. Выявить и проанализировать закономерности показателей в связи с пиками пандемии и активной вакцинацией.

Материалы и методы. Согласно отчетной форме, категории обследуемых лиц представлены популяцией жителей и гостей РС (Я), и

состоит из 3 возрастных групп: 0-17 лет (включительно), 18-64 лет (включительно), 65 лет и старше.

Каждая возрастная группа разделена на 4 категории, в зависимости от анамнеза: здоровые лица, не имеющие признаков респираторного заболевания на момент обследования; лица, бывшие в контакте с больными COVID-19 и не имеющие симптомов; лица, переболевшие COVID-19 в средней и тяжелой форме (наличие пневмонии в анамнезе); лица, переболевшие в легкой форме.

В проведенной работе проанализированы суммарные данные исследований, без оценки анамнеза и сравнения возрастных групп. Материал исследований – венозная кровь. Определяемые показатели – антитела (Ig) классов M, G, A к различным компонентам коронавируса SARS-CoV-2, в том числе к спайковому S-белку методом иммуноферментного анализа (ИФА) [2, с. 21].

За 8 месяцев 2020 г. лабораториями выполнено 255302 исследований, за 12 месяцев 2021 г. – 366296. В установленной форме, отчетная единица – исследование. Данные по заболеваемости населения COVID-19 учтены согласно форме № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях».

На ранних этапах пандемия COVID-19 стала вызовом для лечебно-профилактических учреждений при ее диагностике, чем определила острую необходимость проведения тестирования населения на наличие антител, как дополнительный метод верификации COVID-19. Также учитывались результаты мониторинга для подтверждения неverified ПЦР (полимеразная цепная реакция) методом случаев заболевания. А именно, обнаружение: IgM в разгар заболевания и по завершении; IgG после клинического выздоровления; выявление антител во время и после субклинического течения заболевания у людей, не болевших, но имевших неизбежные контакты с больными COVID-19 [3, с.15]. Был поставлен вопрос об исследовании поствакцинального иммунитета: его качестве и

длительности; сроках формирования; кратности ревакцинации. При введении ограничительных мер на территории РС (Я), результаты положительных тестов на наличие антител для непривитых граждан, вне зависимости от причин, стали альтернативой для их преодоления карантинных мероприятий.

Результаты. На территории РС (Я) мониторинг серологических исследований был начат в мае 2020 г. и приобрел массовый характер к середине лета 2020 г. (рис. 1–2). При анализе ежемесячной динамики выявления антител и положительных результатов на COVID-19 методом ПЦР, с июля 2020 г. отмечается превалирование доли исследований, с выявлением антител различных фракций над количеством положительных результатов методом ПЦР. К декабрю 2020 г. количество положительных исследований на антитела было в 4,2 раза выше уровня положительных результатов методом ПЦР. В большинстве случаев предполагаемые причины в разнице положительных исследований обусловлены наличием: больных COVID-19 с субклинической формой течения; в том числе, в виде носительства инфекции; ложноотрицательных результатов ПЦР тестирования; самолечением некоторых категорий граждан без обращения за медицинской помощью и др.

Также наблюдается повышение доли положительных результатов на антитела от общего количества обследованных с 6 до 44%, вне зависимости от количества проведенных исследований (рис. 2), объясняемое кумулятивным эффектом, при высокой заболеваемости населения и достаточно долгим сохранением антител у большинства переболевших до 8 месяцев [2, с. 23-24], [3, с. 19].

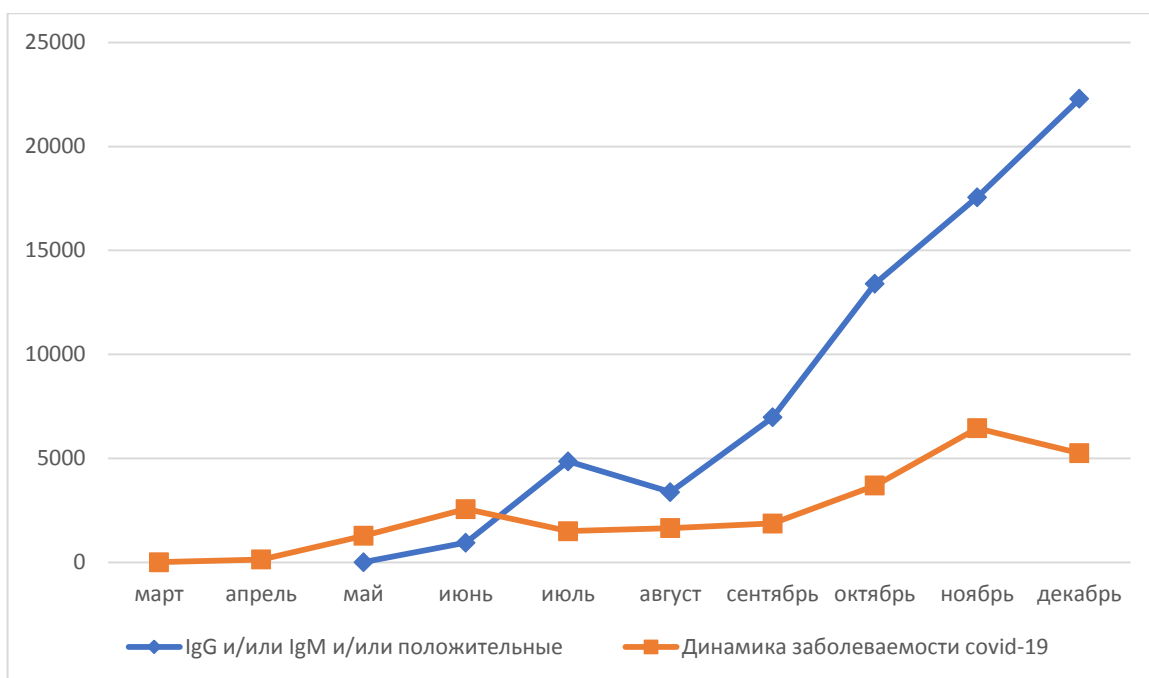


Рисунок 1 – Выявление Ig и положительных результатов ПЦР-исследований по РС (Я) за 2020 г.

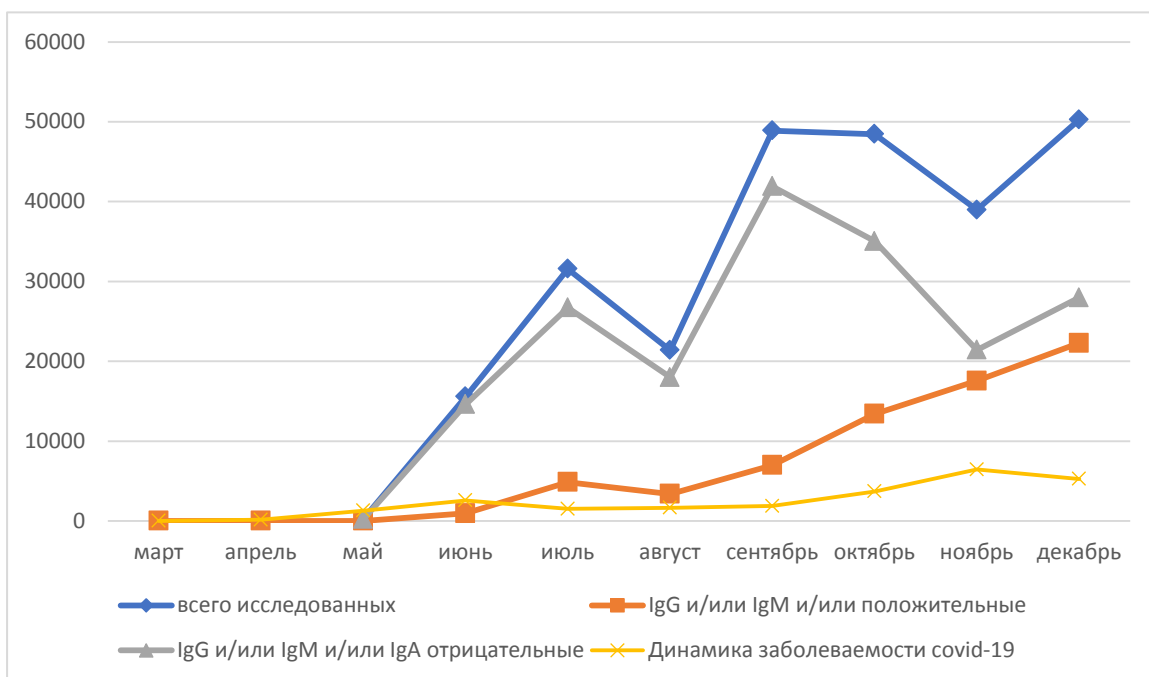


Рисунок 2 – Помесячная динамика проведенных исследований и выявленных результатов по РС (Я) за 2020 г.

При оценке исследований на различные фракции иммуноглобулинов с 06.2020 г. по 11.2020 г. наблюдается увеличение доли выявленных IgG+IgM результатов, что подтверждается ростом заболеваемости за этот же период

(рис. 3). Также показательна высокая доля исследований с выявлением IgG, свидетельствующая о формировании гуморального иммунитета после перенесенного заболевания.

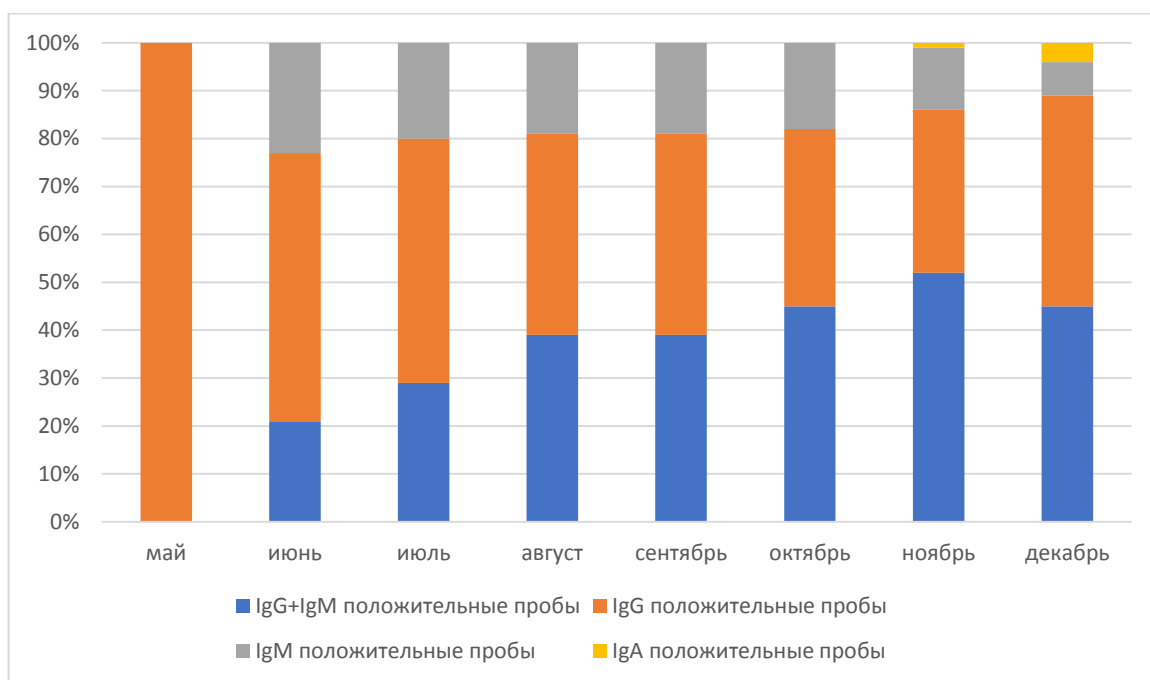


Рисунок 3 – Соотношение фракций иммуноглобулинов в положительных пробах по месяцам РС (Я) за 2020 г.

Вакцинация против COVID-19 на территории РС (Я) началась в начале декабря 2020 г. и приобрела массовый характер к середине января 2021 г. При анализе трендов по заболеваемости COVID-19, в зависимости от вакцинации, отмечается прямая зависимость между снижением темпов иммунизации (рис. 4) в сентябре-октябре 2021 г. с последующим ростом заболеваемости в 2,9 раза в октябре-ноябре 2021 г. В то же время на рост заболеваемости оказало существенное влияние появление нового штамма COVID-19, характеризующегося повышенной контагиозностью [5, с. 7]. При корреляции по срокам подъема заболеваемости и иммунизации, можно сделать вывод о нестойкости естественного иммунитета и его невысокой эффективности, которая значительно возрастает после вакцинации за счет наличия клеточного и гуморального иммунитета к различным типам вирусных белков, что проявилось снижением заболеваемости в марте-апреле 2021 г. Однако,

мутация вируса и появление новых штаммов с повышенной контагиозностью ускорило естественную иммунизацию населения (через заболеваемость и контакты) и искусственную (вакцинопрофилактикой) [4, с. 25].

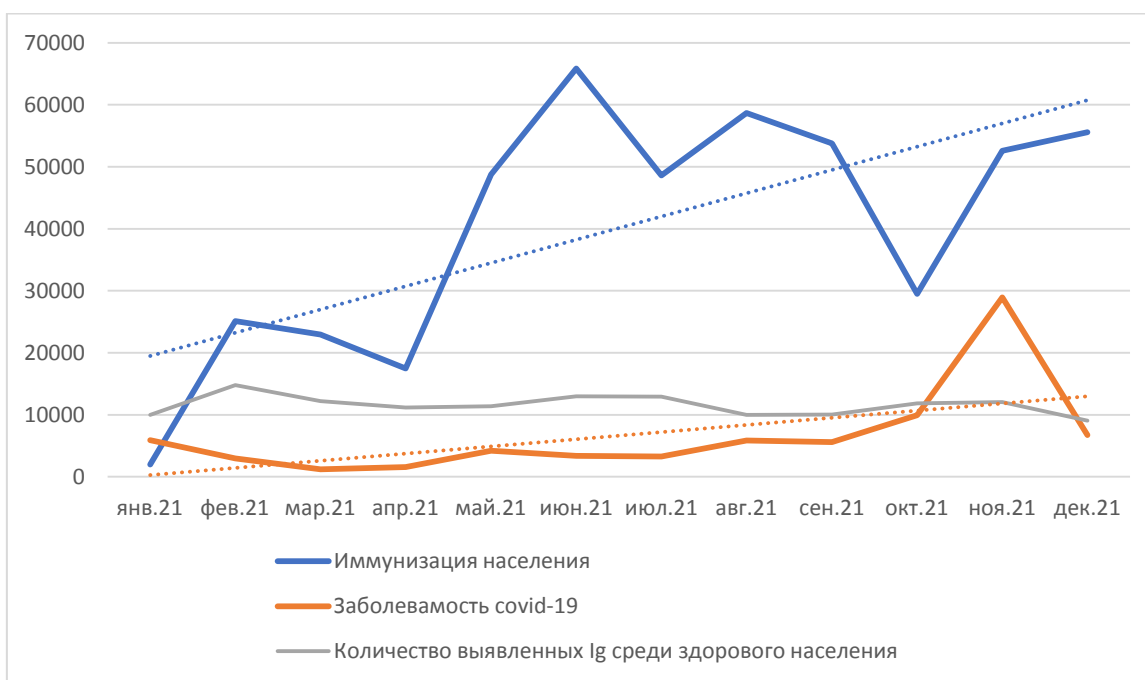


Рисунок 4 – Динамика вакцинации взрослого населения за 2021 г.

Выводы. Таким образом, динамика показателей серологических исследований в Республике Саха (Якутия) соответствует течению пандемии и введению иммунизации. На основании полученных результатов можно говорить о формировании популяционного иммунитета у населения, что является необходимым условием для завершения пандемии COVID-19.

Список литературы

1. Попова, А.Ю. Методология оценки популяционного иммунитета к вирусу SARS-CoV-2 в условиях пандемии COVID-19 / А.Ю. Попова, А.А. Тотолян // Инфекция и иммунитет. – 2021. – Т. 11, № 4. – С. 609–616.
2. Платонова, Т. А. Особенности формирования гуморального иммунитета у лиц с различными клиническими проявлениями COVID-19 /

Т.А. Платонова, А.А. Голубкова, Е.А. Карбовничая и др. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2021. – № 20(1). – С. 20–25.

3. Юнусова, М. А. Длительность сохранения IgG антител к новой коронавирусной инфекции COVID-19 / М.А. Юнусова, Е.С. Луценко, Н.Н. Цапкова // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2022. – № 21(5). – С. 14-20.

4. Карпова, Л. С. Особенности эпидемического процесса COVID-19 в каждую из пяти волн заболеваемости в России / Л.С. Карпова, А.Б. Комиссаров, К.А. Столяров и др. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2023. – № 22(2). – С. 23-36.

5. Карпова, Л.С. Сравнение первых трех волн пандемии covid-19 в России (2020-2021 гг.) / Л.С. Карпова, К.А. Столяров, Н.М. Поповцева и др. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2022. – № 21(2). – С. 4-16.

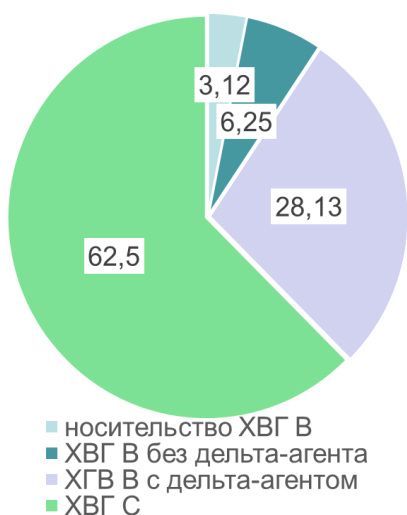
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Т.Г. Данилова, А.С. Гольдерова, С.С. Слепцова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

В 2020 г. в Российской Федерации противовирусную терапию хронического гепатита С получали менее 10% детей. Существует острая необходимость в проведении клинических исследований в отношении поиска высокоэффективных лекарственных препаратов и разработки долгосрочной государственной программы лечения вирусных гепатитов с учетом региональных особенностей. Республика Саха (Якутия) (РС (Я)) считается неблагоприятной территорией Российской Федерации в отношении уровня заболеваемости вирусными гепатитами среди населения в целом и детской популяции – в частности, что определяется региональными климато-географическими особенностями Крайнего Севера, характеризующимися распространенностью иммунодефицитных состояний и неблагоприятной экологической обстановкой и требует персонализированного подхода в ведении пациентов. Данную проблему усугубляют наличие латентного периода течения хронического гепатита С, а также недостаточный охват скрининга, вследствие географической труднодоступности отдельных территорий проживания в республике. У детей хронические гепатиты протекают с невыраженными клиническими проявлениями, что затрудняет своевременное выявление заболевания и приводит к более выраженным последствиям инфицирования. Отмечается тенденция к более тяжелому течению заболевания у детей коренной национальности (Дмитриева Т.Г., 2015). Одной из проблем общественного здравоохранения в терапии вирусных гепатитов детей на современном этапе является выделение штаммов, которые необходимо учитывать при выборе методов лечения в каждом конкретном случае, при этом риски от предстоящей терапии должны быть тщательно взвешены и сопоставлены с возможными преимуществами.

Кроме того, актуальным является ведение таких групп пациентов длительное время, с регулярным контролем их состояния узкими специалистами. Таким образом, современные тенденции оказания специализированной медицинской помощи при вирусных гепатитах В, С, D в детской популяции должны быть основаны на комплексном подходе, подразумевающем контроль течения заболевания и применение высокоэффективных и безопасных для здоровья ребенка медицинских препаратов. Профилактика вертикальной передачи вирусного гепатита В вследствие материнской вирусемии наряду с мерами по пассивной и активной иммунопрофилактике гепатита В при рождении являются ключевыми стратегиями в глобальной элиминации инфекции (Veronese P. et al., 2021).



По данным регистра «Хронические вирусные гепатиты РС (Я)» на настоящий момент количество детей и подростков, состоящих на учете с хроническими вирусными гепатитами, до 17 лет составляет 32 чел., из них носительство вируса гепатита В – 1, с хроническим гепатитом В – 11 (без дельта-агента 9, с дельта-агентом – 2), с хроническим гепатитом С – 20 человек.

Следует отметить, что у 2 детей в возрасте 1-2 лет выявлен хронический гепатит: у 1 ребенка – хронический гепатит В с дельта-агентом и у 1 ребенка – острый вирусный гепатит С. В возрасте от 3 до 6 лет выявлены: носительство вируса гепатита В – у 4 детей; хронический гепатит без дельта-агента – у 2 детей, с дельта агентом – у 1 ребенка; хронический гепатит С – у 1 ребенка. В возрастной группе детей до 14 лет выявлены: хронический гепатит В – у 9 детей (без дельта-агента – 7, с дельта-агентом – у 2 детей), хронический гепатит С – у 14 детей, острый вирусный гепатит у 1 ребенка.

Проведенный за короткий период (с января 2022 г. по май 2023 г.) лабораторный скрининг детей и подростков, находившихся на лечении в

стационарном отделении «Детской инфекционной клинической больницы», указывает на достаточно высокий процент инфицирования детей гепатитами, особенно гепатитом С. Из проведенных 3442 лабораторных ИФА-анализов обследованных детей всего выявлено 41 гепатит (1,19%), среди которых преобладали гепатиты С (95,1%). Полученные нами результаты указывают на необходимость проведения полного скрининга детской популяции республики, а также дальнейшее совершенствование организации диагностики, лечения и проведения профилактических мероприятий, сопровождения и контроля инфицированных гепатитом детей.

Таким образом, данные регистра и проведенный лабораторный скрининг подтверждают, что существует необходимость совершенствования оказания медицинской помощи больным вирусными гепатитами детям и подросткам, в частности усиления мероприятий по скрининговому обследованию на маркеры вирусных гепатитов с охватом всех районов республики, разработке высокоэффективных методов диагностики, повышения контроля качества проведения вакцинации, а также проведения мероприятий профилактики заражения детей вертикальным и горизонтальным путем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

А.М. Домотова¹, В.В. Саввина²

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГБУ РС (Я) «Центр СПИД», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. Проблема распространения ВИЧ-инфекции продолжает оставаться крайне актуальной. Заболевание постоянно прогрессирует. В настоящее время ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общую популяцию.

Цель: сделать анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Саха (Якутия).

Задачи: 1) оценить актуальность проблемы распространения ВИЧ-инфекции; 2) сделать анализ и оценку эпидемиологических данных по данным форм федерального государственного статистического наблюдения и данных специальных исследований.

Методы исследования: текущий и ретроспективный эпидемиологический анализ.

В работе использовались формы федерального государственного статистического наблюдения: форма отчета № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»; форма отчета № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»; форма отчета «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ»; база данных ВИЧ-инфицированных по Республике Саха (Якутия); карта эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции.

Результаты:

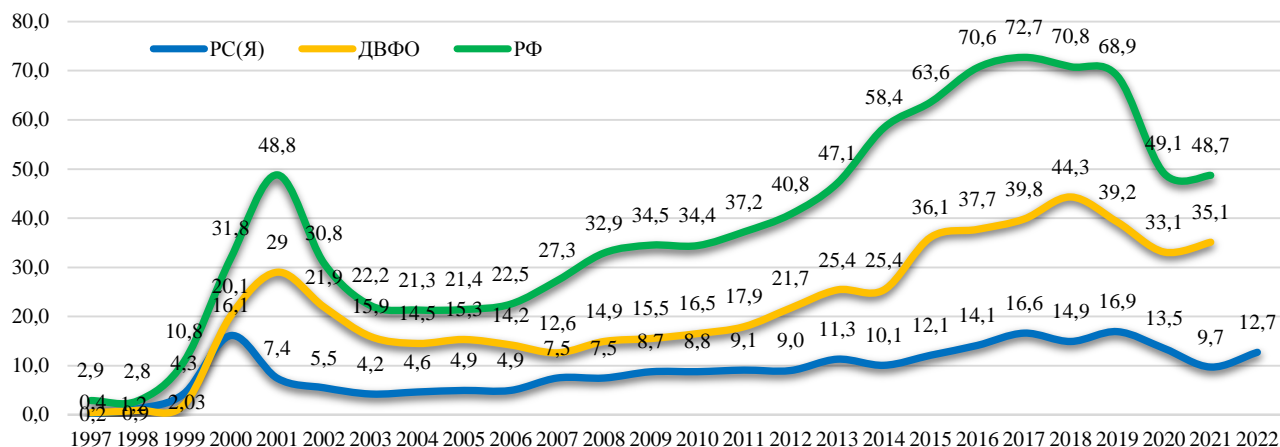


Рисунок 1 – Многолетняя динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РС (Я), ДФО и РФ (на 100 т.н.)

Показатель заболеваемости в 2022 г. составил 12,7 случаев на 100 тыс. населения, что выше на 30,9% уровня 2021 г. (9,7) и меньше на 5,9 % 2020 г. (13,5).

Заболеваемость населения республики ВИЧ-инфекцией за 20-летний период неравномерна. Наибольший прирост заболеваемости зафиксирован в 2000 г. (227,5%), наименьший в 2001 г. (-53,4%).

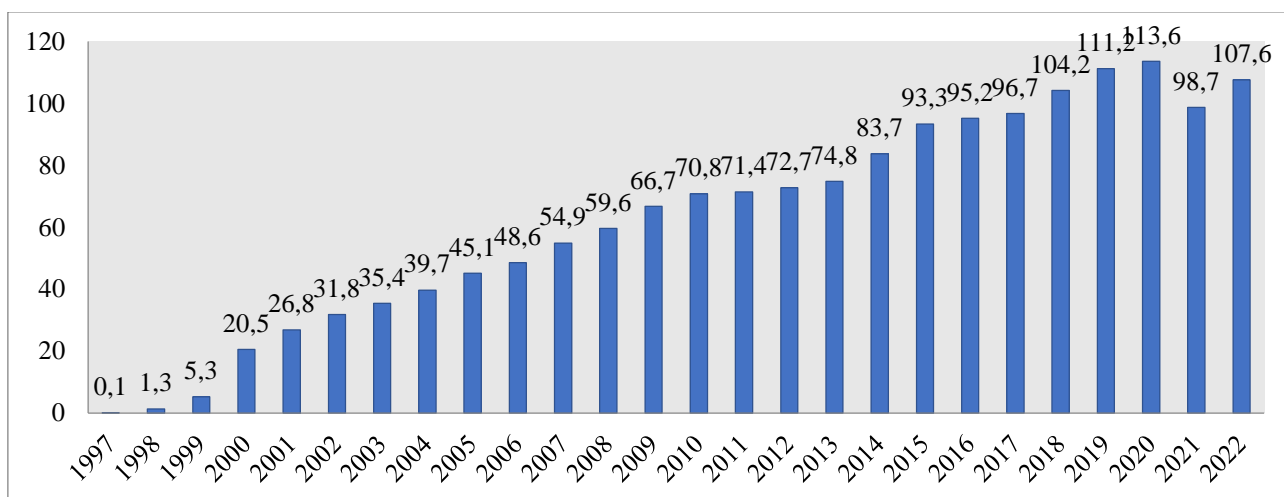


Рисунок 2 – Пораженность ВИЧ-инфекцией населения Республики Саха (Якутия), с 1996 по 2022 г.

Показатель пораженности населения в 2022 г. составил 107,6 на 100 тыс. населения, что выше на 9,0 % показателя 2021 г. (98,7).

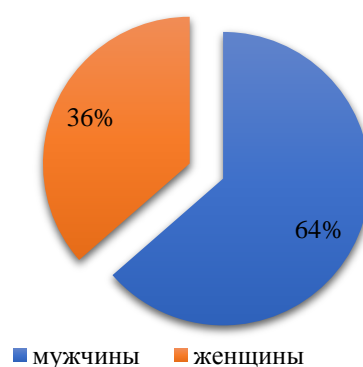


Рисунок 3 – Соотношение доли (%) мужчин и женщин в структуре ВИЧ-инфицированных граждан РФ за все годы наблюдения

За все годы наблюдения в общей структуре ВИЧ-инфицированных граждан РФ преобладают мужчины – 64%, удельный вес женщин – 36%.

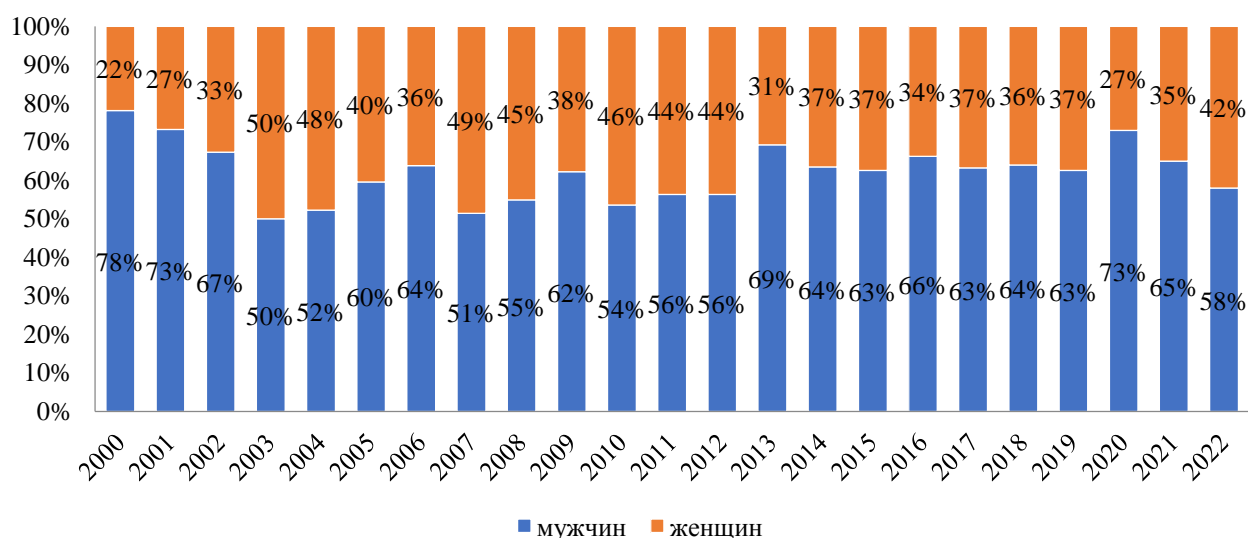


Рисунок 4 – Соотношение доли мужчин и женщин в структуре ВИЧ-инфицированных граждан РФ, с 2000 по 2022 г.

За многолетний период наблюдения доля ВИЧ-позитивных мужчин остается преобладающей (2022 г. – 58%). В то же время не снижается доля вовлечения в эпидемический процесс женщин.

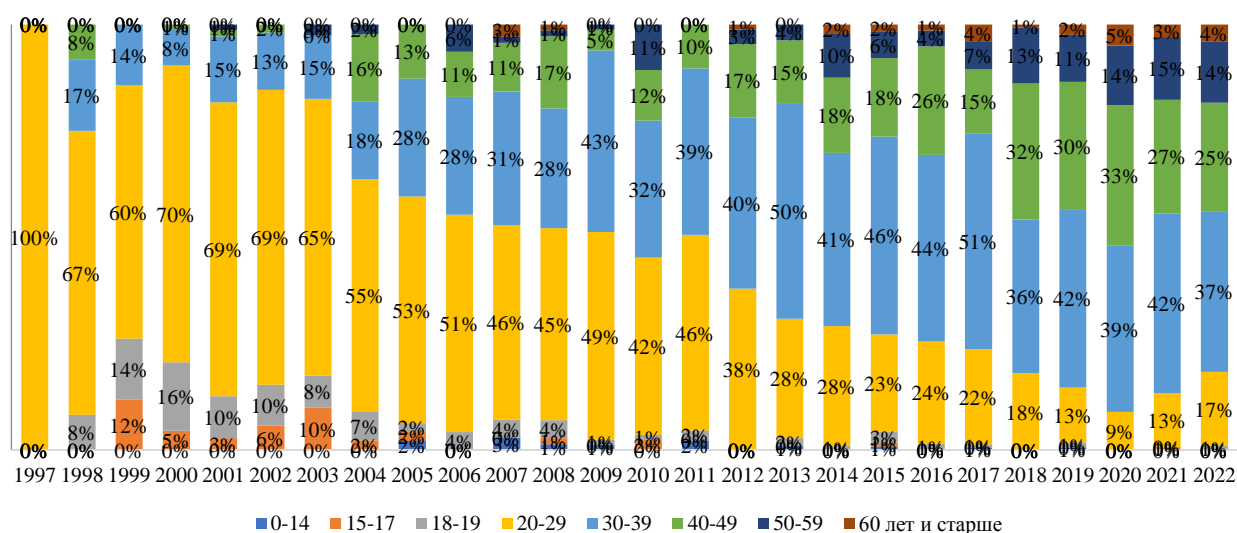


Рисунок 5 – Распределение ВИЧ-инфицированных граждан РФ по возрасту и годам в Республике Саха (Якутия) на момент выявления

Если в предыдущие годы основная заболеваемость ВИЧ-инфекцией регистрировалась среди молодых лиц (15-29 лет), то особенностью современного периода является смещение заражения в старшие возрастные группы (30 лет и старше), как среди женщин, так и среди мужчин.

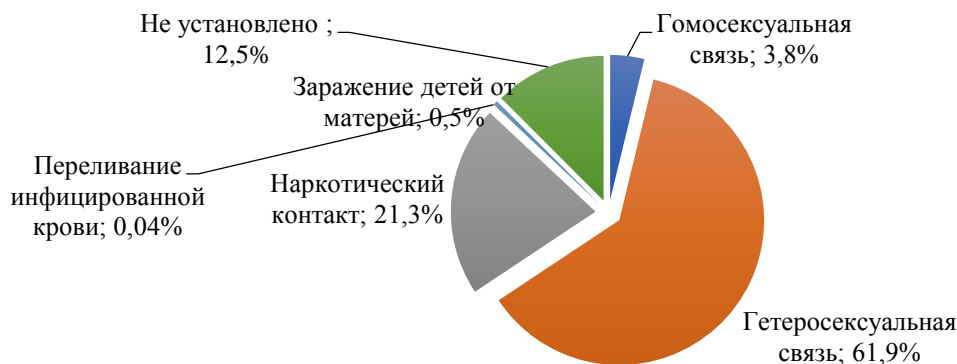


Рисунок 6 – Соотношение доли (%) ВИЧ-инфицированных граждан РФ по путям заражения

В Республике Саха (Якутия) среди ВИЧ-инфицированных граждан РФ за все годы наблюдения преобладает половой (гетеросексуальный + гомосексуальный) – 65,7% и наркотический пути передачи – 21,3%.

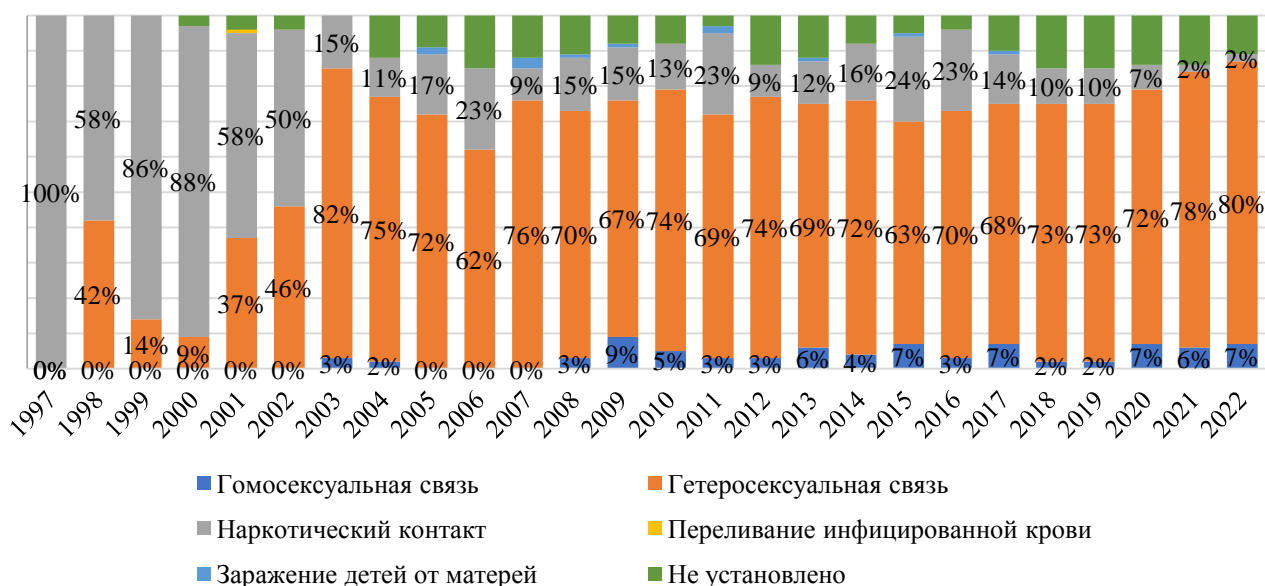


Рисунок 7 – Распределение ВИЧ – инфицированных граждан РФ по путям заражения на момент выявления в Республике Саха (Якутия)

С 2003 г. увеличивается роль полового пути передачи ВИЧ-инфекции и в 2022 г. среди ВИЧ-позитивных лиц с установленными факторами заражения: 80% инфицировались при гетеросексуальных контактах, 7% – при гомосексуальных контактах, 2% – при употреблении наркотиков нестерильным инструментарием.

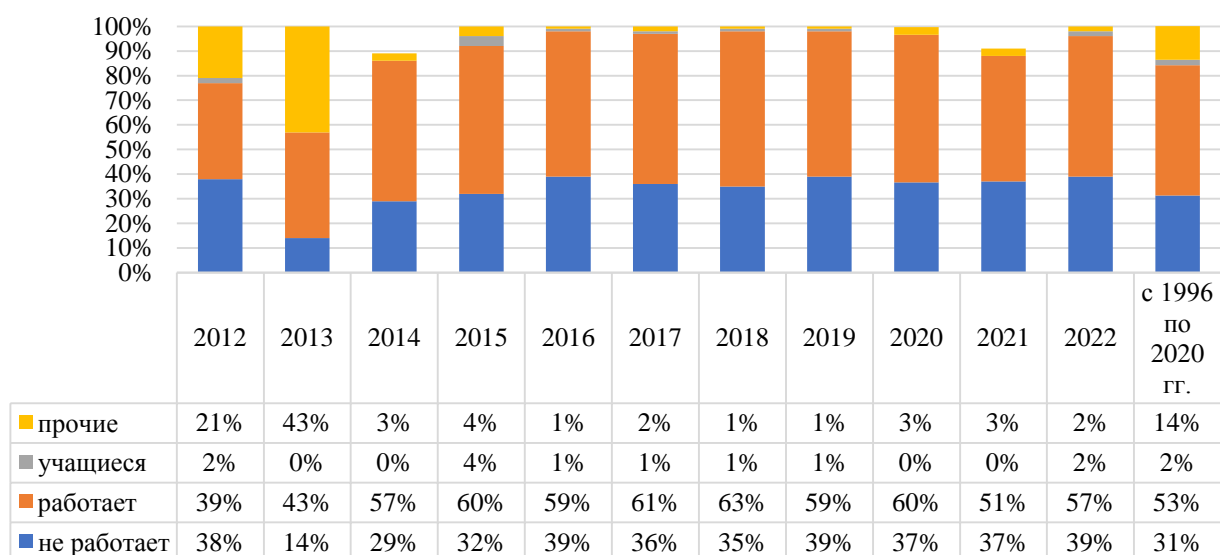


Рисунок 8 – Соотношение доли (%) ВИЧ-инфицированных граждан РФ по социальному статусу на момент выявления

За все время наблюдения доля работающих составила 53%, неработающих 31%, учащихся ССУЗ/ВУЗ 2%, прочих (пенсионеры, инвалиды и т.д.) 14%. В 2022 г. доля ВИЧ-инфицированных составила не работающих – 39%, работающих – 57%.

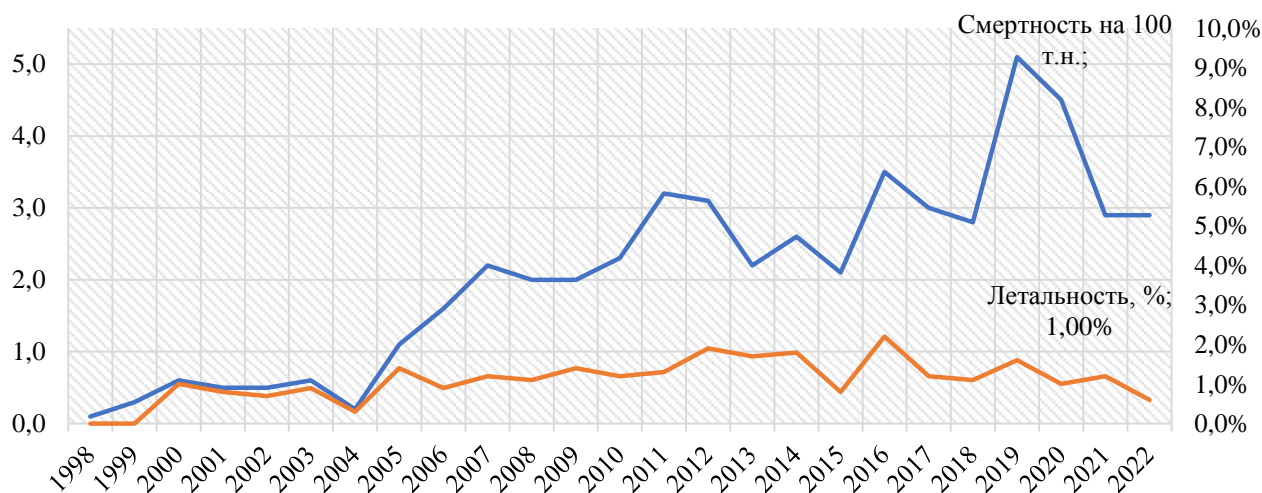


Рисунок 9 – Динамика показателей летальности в связи с ВИЧ-инфекцией и смертности (все случаи смерти среди инфицированных ВИЧ) в РС (Я)

Показатель смертности (все случаи смерти среди инфицированных ВИЧ) в 2022 г. составил – 2,9 случаев на 100 т.н., летальности от причин связанных с ВИЧ – 0,6% (снижение на 50 % по сравнению с 2021г. (1,2)).

Заключение

1. ВИЧ-инфекция в Республике Саха (Якутия) продолжает нарастать, о чем свидетельствует увеличение кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных. Соответственно продолжает расти и пораженность населения.

2. Если в предыдущие годы основная заболеваемость ВИЧ-инфекцией регистрировалась среди молодых лиц (15-29 лет), то особенностью современного периода является смещение заражения в старшие возрастные группы (30 лет и старше), как среди женщин, так и среди мужчин.

3. Преобладание полового пути инфицирования перед парентеральным путем. В то же время не снижается роль наркотического пути.

4. Постепенное нарастание вовлечения женщин в эпидемию через половой путь инфицирования.

5. Выход эпидемии из закрытых групп населения (ПИН, РКС, MSM) в общую популяцию населения республики.

Список литературы

1. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

2. Методические указания У 3.1.3342-16 Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией.

3. Белоусова, А.К. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии / А.К. Белоусова, В.Н. Дунайцева. – Москва : Феникс, 2020. – 364 с.

4. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция / В.В. Покровский, В.В. Беляева, В.Н. Зимина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с.

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ГАУ РС (Я) «ПОЛИКЛИНИКА №1» г. ЯКУТСКА

А.А. Донская¹, Т.В. Соловьева², М.И. Гагилова², Л.А. Малышева¹

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГАУ РС (Я) «Поликлиника №1», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Охрана здоровья населения составляет одну из основ конституционного строя России. Право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции Российской Федерации (статья 41). Оздоровление населения и профилактика хронических неинфекционных заболеваний, имеющих большое медико-социальное значение, считаются одними из основных задач службы здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь – важнейший сектор системы здравоохранения, от состояния которого зависят ее эффективность и качество, а также решение многих медико-социальных проблем на уровне семьи. Развитие этой службы является одним из главных элементов стратегической программы реструктуризации здравоохранения. Основные функции первичной медико-санитарной помощи: доступность; наблюдение за здоровьем человека и общества; наблюдение пациента в течение всей жизни; координация усилий всех служб в отрасли.

В конце 2007 года для улучшения доступности медицинской помощи жителям 17 квартала открыт филиал поликлиники по ул. С. Данилова 30/1. Здание приспособленное, 1979 г. постройки, площадью 2464 кв. м. В филиале работают отделение врачей общей практики на 10 участков, 6 педиатрических участка, эндоскопический кабинет, клиничко-диагностическая лаборатория, ПЦР-лаборатория, Респираторно-восстановительный центр, Центр амбулаторной хирургии, также Центр амбулаторной онкологической помощи с 5 койками дневного стационара для проведения химиотерапии и

симптоматического лечения больных со злокачественными новообразованиями.

С сентября 2013 г. в с. Пригородное после ремонта возобновлена работа участка общеврачебной практики в здании администрации села. С сентября 2020 г. открыто отделение профилактики детской службы по адресу: ул. Островского, д. 2. С октября 2020 г. открыто детское отделение восстановительного лечения и отделение медицинской помощи обучающимся по адресу: ул. Ломоносова, д. 102, общей площадью 1112,8 кв. м., общей балансовой стоимостью 20 878 999,57 рублей. В 2021 г. после ремонта введено в эксплуатацию административное здание по адресу Вилюйский переулок, 20.

Общее количество населения увеличилось с 96181 чел. в 2020 г. до 98292 чел. в 2022 г., соответственно, взрослое население – с 69079 чел. до 70186 чел., детское – с 23255 чел. до 24141 чел. и подростки – с 3847 чел. до 3965 чел.

Всего работающих в поликлинике 608 чел. в 2022 г., в т. ч. 211 врачей, 291 среднего медицинского персонала, 41 медицинских регистраторов, 10 младшего медперсонала и 55 прочего персонала.

Укомплектованность врачами составила 88% в 2022 г. (91,7% в 2021 г., 87,75% в 2020 г.), средним медперсоналом – 88% в 2022 г. (соответственно, 98,41%, 101,07%). Сертификаты имеют 100% врачей и среднего медперсонала. Квалификационные категории имеют 54 врача (26% в 2022 г.): высшую – 36, первую – 15, вторую – 3, также 89 чел. среднего медперсонала (31%) имеют квалификационные категории: высшую – 56, первую – 25, вторую – 3.

Показатель функции врачебной должности (ФВД) увеличился с 63,0% в 2020 г. до 108,4% в 2022 г., что обусловлено с возобновлением планового амбулаторного приема в условиях сохраняющейся пандемии новой коронавирусной инфекции (НКВИ) COVID-19. Активность по вызовам к взрослому населению уменьшилась с 45,6% в 2020 г. до 28,2% в 2022 г. и

детскому населению с 21,6% до 10,5% соответственно, в связи со стабилизацией эпидемиологической обстановки по НКВИ COVID-19 и снижением количества стационаров на дому. Уровень профилактических осмотров повысился с 26,6% в 2020 г. до 79,5% в 2022 г. вследствие снятия карантинных мер.

Показатель рождаемости на 1000 населения увеличился от 8,5‰ в 2020 г. до 10,6‰ в 2022 г. Показатель общей смертности на 1000 населения повысился от 1,39‰ в 2020 г. до 3,5‰ в 2022 г., что связано с продолжающейся пандемией НКВИ COVID-19 и ее отдаленными последствиями. Показатель естественного прироста населения увеличился с 5,5‰ в 2021 г. до 7,1‰ в 2022 г.

Показатель общей заболеваемости на 1000 населения уменьшился от 235,0‰ в 2020 г. до 175,6‰ в 2022 г. в связи со стабилизацией НКВИ COVID-19. Структура заболеваемости за три года не изменилась, как и прежде на 1 месте – болезни системы кровообращения (31,9%), на 2 – болезни ЖКТ (24,8%) и на 3 – болезни органов дыхания (18,1%).

Количество состоящих на диспансерном учете увеличилось с 304 чел. в 2020 г. до 423 чел. в 2022 г., что обусловлено с возобновлением плановой амбулаторной помощи населению. Отмечается снижение количества детей, состоящих на диспансерном учете с 582 в 2020 г. до 531 в 2022 г. в связи с пандемией НКВИ COVID-19 и введением карантинных мер.

Показатель первичной инвалидизации на 10000 населения увеличился с 0,8 в 2020 г. до 12,4 в 2022 г. в связи с возобновлением планового амбулаторного приема, очного освидетельствования на инвалидность в конце 2022 г. и наличием последствий перенесённого НКВИ COVID-19.

Заключение. Отмечается интенсификация деятельности поликлиники №1 г. Якутска в 2022 г. по сравнению с 2020-2021 г.г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЯТИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

А.А. Донская¹, А.А. Стрекаловская¹, С.П. Винокурова¹, Е.Х. Шайхалиева²

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² Многопрофильный медицинский центр «Доктор плюс»,

Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Артериальные гипертензии (АГ) в патологии человека имеют существенное значение, что связано с их участием в механизмах развития сердечно-сосудистых осложнений, часто приводящих к снижению работоспособности населения и к ранней инвалидизации. По данным ряда авторов, 39,2% мужчин и 41,1% женщин в нашей стране имеют повышенный уровень АД, при этом знают о наличии у них заболевания 37,1% и 58,0% соответственно, лечатся лишь 21,6% и 45,7%, а лечатся эффективно только 5,7% и 17,5%. Поскольку наблюдаются процессы старения населения, широкая распространенность сидячего образа жизни и увеличения массы тела, распространенность АГ будет продолжать расти во всем мире. Установлено, что к 2030 г. число больных АГ увеличится на 15-20%, достигнув почти 1,5 млрд.

Цель исследования: изучить особенности течения артериальной гипертензии у мужчин в условиях поликлиники.

Материал и методы исследования. На базе ГАУ РС (Я) «Поликлиника №1» г. Якутска за период 2015-2019 гг. проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с АГ среди мужчин. Пациенты были разделены на две возрастные группы – молодого/среднего возраста (до 60 лет) и пожилого/старческого возраста (60 и старше). По данным амбулаторных карт проанализированы жалобы пациентов, ассоциированные состояния, гемодинамические, лабораторные показатели и гипотензивная терапия в динамике.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы жалобы пациентов, сопутствующие состояния, гемодинамические и лабораторные показатели, проводимая гипотензивная терапия в динамике. Частота и характер жалоб позволяют определять поражение органов-мишеней и осложнения. По основным жалобам и их частоте существенной динамики не было выявлено ($p>0,05$). Из сопутствующих состояний у исследованных пациентов преобладали системный атеросклероз и ИБС, однако, в динамике их частота статистически значимо не изменилась ($p>0,05$). Анализ гемодинамических и лабораторных показателей у мужчин в обеих возрастных группах в течение пяти лет показал статистически значимые результаты. У мужчин первой возрастной группы в течение первых трех лет медиана ЧСС увеличилась с 70 (66,0; 72,0) до 75 (68,0; 81,0), а в следующие 2 года уменьшилась до 68 (64,0; 78,0), динамика была статистически значимой ($p=0,048$). В группе лиц пожилого/старческого возраста в течение пяти лет существенной динамики в ЧСС не найдено ($p>0,05$). У мужчин второй возрастной группы медиана среднего гемодинамического давления (СГД) в течение первых трех лет уменьшилась от 100,0 (87,0; 106,0) до 86,85 (83,0; 97,0), а в последующие два года – увеличилась до 93,7 (90,0; 100,0), динамика СГД была статистически высокозначимой ($p=0,009$). У мужчин первой возрастной группы выявлена высокозначимая корреляция ДАД с уровнем креатинина ($r_{sp}=0,7$; $p=0,006$), а также заметная связь частоты пульса с уровнем креатинина и мочевины ($r_{sp}=0,8$; $p=0,02$ и $r_{sp}=0,9$; $p=0,01$ соответственно). Взаимосвязь показателей гемодинамики и функции почек у мужчин первой возрастной группы (от 18 до 60 лет) возможно говорит о преобладании у них АГ почечного генеза. Кроме того, найдена значимая связь уровня гемоглобина с показателями общего белка ($r=0,9$, $p=0,005$), СГД ($r=0,9$, $p=0,02$) и содержанием мочевины сыворотки крови ($r=-0,97$, $p=0,005$). Данные связи подтверждают вероятность почечного генеза АГ. Имеются статистически значимые корреляции с повышением уровня глюкозы в крови ($r_{sp}=-0,8$; $p=0,003$), содержания триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови с электролитами: с натрием – ($r_{sp}=0,9$;

$p=0,03$) и калием – ($r_{sp}=0,97$; $p=0,005$), что может свидетельствовать о наличии почечной недостаточности на фоне сахарного диабета. Во второй возрастной группе (60 лет и старше) имеется высокозначимая отрицательная корреляция уровня гемоглобина с содержанием ТГ ($r_{sp}=-0,9$; $p=0,002$), что, очевидно, обусловлено сопутствующей патологией наиболее частой в этом возрасте: избыточная масса тела, гипотиреоз, сахарный диабет и хроническая болезнь почек. Другие корреляционные связи: уровень альбумина с пульсовым артериальным давлением ($r=-0,7$, $p=0,003$), ЧСС ($r=-0,8$, $p=0,008$) и ХС ЛПВП ($r=0,9$, $p=0,04$) определяют взаимосвязь гемодинамических показателей с состоянием метаболизма в группе лиц пожилого/старческого возраста.

Заключение. Положительная динамика ЧСС у мужчин молодого/среднего возраста, может быть обусловлена изменениями в схемах лечения с включением наиболее эффективных и современных препаратов. Взаимосвязь показателей гемодинамики, уровня гемоглобина и СГД с функцией почек говорит о преобладании АГ почечного генеза. Кроме того, корреляции показателей концентрационной функции почек с уровнем глюкозы, содержанием ТГ и натрием свидетельствуют в пользу почечной недостаточности на фоне сахарного диабета.

В пожилом/старческом возрасте увеличение показателя СГД в последние два года наблюдения настораживают в плане утяжеления состояния в последующем. Отрицательная корреляция уровня гемоглобина с содержанием ТГ, очевидно, обусловлена сопутствующей патологией наиболее частой в этом возрасте: избыточная масса тела, гипотиреоз, сахарный диабет и хроническая болезнь почек, что позволяет предполагать преобладание вторичной АГ нейроэндокринного генеза. Тесная взаимосвязь гемодинамических показателей с состоянием метаболизма должны учитываться в рекомендациях по рациональному питанию и выбору лекарственных препаратов в этой группе.

РОЛЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СИСТЕМЕ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Д.А. Донской^{1, 2}, С.Х. Шамаева^{1, 2}, В.Н. Маркова¹, Х.В. Атласова^{1, 2}

¹ ГБУ РС (Я) «Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Цель. Анализ результатов микробиологического мониторинга микрофлоры объектов внешней среды многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Исследование проводилось в структурных подразделениях ГБУ РС (Я) «РБ№2 – ЦЭМП». Всего с 2020 по 2022 г. было проведено 35290 санитарно-бактериологических исследований. Большую часть, 23680 (67,1%) проб, составили смывы с объектов внешней среды на бактерии группы кишечной палочки и золотистый стафилококк, исследование на стерильность изделий медицинского назначения – 6462 (18,3%) проб и 5148 (14,6%) проб на обсемененность воздуха. Выделение и идентификация микроорганизмов проводилась классическими микробиологическими методами и на анализаторе «Vitek2Compact» («BioMerieux»). Обработка статистических данных проведена с помощью онлайн-платформы AMRcloud.

Результаты. За анализируемый период, по результатам исследования на стерильность изделий медицинского назначения и на обсемененность воздуха положительных проб не было. Результаты микробиологического исследования показали, что от общего количества (23680) проведенных исследований смывов с объектов внешней среды положительных проб было 247 (1,04%).

Спектр микроорганизмов, выделенных из объектов внешней среды, выглядел следующим образом. Среди выделенных микроорганизмов

отмечается доминирование грамотрицательных бактерий 208 (84,2%), на долю грамположительных микроорганизмов приходилось 15,8%. На первое место выступают представители из группы неферментирующих грамотрицательных бактерий *Acinetobacterbaumannii* – 107 (43,3%), *Ps. aeruginosa* – 5 (2%), из представителей *Enterobacterales Kl. pneumoniae* – 70 (28,3%), *E. coli* – 14 (5,6%), *Enterobacterspp.* – 1 (0,4%). Из грамположительных кокков наиболее часто высевались *S.aureus* 38 (15,3%) и *Enterococcuspp.* – 12 (4,8%).

В динамике по годам отмечается уменьшение числа положительных проб от 147 в 2020 г. до 47 в 2022 г. В микробной структуре также наблюдается изменение встречаемости *Acinetobacterbaumannii* 63 (42,8%) изолятов в 2020 г., 18 (33,9%) в 2021 г. и 26 (55,3%) изолятов в 2022 г. Такая же тенденция наблюдается у *Kl. pneumoniae*, итак, в 2020 г. было выделено 49 штаммов (33,3%), в 2021 г. – 10 (18,8%), в 2022 г. – 11 (23,4%). Частота встречаемости *S.aureus* по годам так же сильно варьирует – 14 (9,5%) в 2020 г., 21 (39,6%) в 2021 г., 3 (6,3%) в 2022 г. Практически стабильно высевается *E. coli* – 7 (4,7%) в 2020 г., 4 (7,5%) в 2021 г., 3 (6,3%) в 2022 г. За анализируемый период единично встречается *Ps. aeruginosa* – 1 (0,6%) в 2020 г. и 4 (8,5%) в 2022 г.

Выводы. Анализ результатов микробиологического мониторинга выявил изменение микробного спектра, выделенных с объектов внешней среды в динамике по годам. Считаем необходимым отметить, что знание особенностей колонизации предметов внутрибольничной среды дает возможность предотвратить на доэпидемическом этапе инфекцию, связанную с оказанием медицинской помощи. В связи с этим, микробиологический мониторинг должен быть неотъемлемой частью инфекционного контроля и повседневной практикой в условиях многопрофильного стационара.

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2012-2021 гг.)

В.А. Дударева

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Чита, Забайкальский край, Россия

Аннотация. Совершенствование организации оказания медицинской помощи беременным женщинам и детскому населению является приоритетной задачей системы здравоохранения в условиях неблагоприятной демографической обстановки и снижения уровня здоровья детей. Эффективность медицинской помощи детскому населению на региональном уровне продолжает оставаться на недостаточно высоком уровне, что способствует сохранению смертности новорожденных, в том числе недоношенных. В статье представлен анализ динамики изменения перинатальных исходов за 2012-2021 гг. в Забайкальском крае. По результатам исследования установлена положительная тенденция изменения показателей, однако, по ряду из них целевые значения не достигнуты, что требует принятия организационно-управленческих решений в системе охраны материнства и детства.

Ключевые слова: перинатальные исходы, преждевременные роды.

Введение. Сохранение здоровья и качества жизни недоношенных детей является приоритетным направлением развития системы здравоохранения в Российской Федерации [1]. Реализуемый на территории страны Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» в рамках исполнения Национального проекта «Здравоохранение», прежде всего направлен на совершенствование системы оказания медицинской помощи детям, в том

числе рожденным преждевременно, с целью сохранения максимально возможного уровня здоровья.

ВОЗ отмечает, что проблема преждевременных родов в настоящее время повсеместно распространена как в экономически развитых государствах (9% от общего числа родов), так и в странах с низким уровнем экономического развития (12% от общего числа родов) [2]. Согласно данным международного мониторинга, за последние 20 лет в мире отмечено увеличение частоты наступления преждевременных родов. Так, по результатам оценки, ежегодно около 15 миллионов детей рождаются преждевременно, при этом осложнения, возникающие в результате родов, являются основной причиной смерти детей в возрасте до пяти лет [3]. По данным Cousens S. и соавт., Blencowe H. и соавт., Liu L. и соавт., из всего числа преждевременных родов – 84% приходится на период 32-36,9 недель гестации, 10,6% – на период 28-31,9 недель гестации, 5,4% – на период 22-27,9 недель гестации. Стоит отметить, что дети, рожденные на 22-27,9 неделях гестации – это глубоко недоношенные дети, которые имеют более высокие риски тяжелой дезадаптации и наступления в последующем инвалидизации.

В Российской Федерации особую актуальность проблема преждевременных родов приобрела после перехода государства на новые критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ, и законодательно закрепленные в приказе Министерства здравоохранения и социального развития России от 27 декабря 2011 г. №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» [4]. За период с 2012 по 2020 г. частота преждевременных родов в Российской Федерации изменялась неравномерно и к 2020 г. достигла 6,0% (темп роста к 2012 г. +33,3%, в 2012 г. – 4,3%). Шансы на выживаемость недоношенных детей возрастают с пролонгированием срока гестации (табл. 1): наименьшая выживаемость наблюдается у детей, рожденных на сроке гестации 22–27,9 недель с массой тела менее 1500 г (ОНМТ) и 1000 г (ЭНМТ) [5].

Таблица 1 – Жизнеспособность недоношенных детей, (%)

Жизнеспособность плода в зависимости от срока гестации	в 22 нед.	23 нед.	24 нед.	25 нед.	26 нед.	27 нед.	30 нед.	34 нед.
Шанс выживаемости, %	0-10	10-35	40-70	50-80	80-90	>90	>95 %	>98

Для Забайкальского края, как и для Российской Федерации, проблема преждевременных родов и перинатальных исходов также является актуальной, что определяет необходимость изучения данного вопроса.

Цель исследования: анализ динамики изменения показателей перинатальных исходов на территории Забайкальского края за период с 2012 по 2021 г.

Материалы и методы. Исследование проведено с применением санитарно-статистического и аналитического методов с использованием материалов ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Забайкальского края, на основе форм федерального статистического наблюдения: формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»; формы №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», формы №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за период 2012–2021 гг. С целью выравнивания показателей динамического ряда применялся метод расчета скользящей средней.

Результаты. При анализе динамики перинатальных исходов за изучаемый период на уровне субъекта Российской Федерации (Забайкальского края) установлено, что частота преждевременных родов в регионе изменяется волнообразно – в период с 2012 г. по 2018 г. отмечено увеличение на 91,3%, к 2021 г. – снижение на 19,3% (табл. 2), в сравнении с общероссийским показателем выше на 20,3% (в РФ в 2017 г. 5,9% от общего числа родов). Полученные результаты свидетельствуют о проблемах

доступности, нарушениях преемственности и этапности оказания медицинской помощи женскому населению.

Таблица 2 – Динамика изменения частоты преждевременных родов, (%)

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Частота преждевременных родов (22-37 нед.), %	4,6	5,3	5,3	7,5	7,3	7,8	8,8	8,7	7,3	7,1
Скользкая средняя	-	5,1	6,0	6,7	7,6	7,9	8,4	8,3	7,7	-

Наибольший удельный вес недоношенных детей за исследуемый период регистрируется в районах Забайкальского края (от 65% до 85%), что актуализирует вопрос соблюдения маршрутизации беременных женщин.

Заболеваемость новорожденных среди недоношенных детей за изучаемый период также имела неравномерный характер изменения: с 2012 по 2015 г. зарегистрировано сокращение показателя на 63,3%, к 2021 г. – рост на 37,2% (табл. 3), в сравнении с аналогичным показателем по РФ выше на 6,4% (в РФ в 2017 г. 93,6 на 1000 родившихся живыми). Рост показателя заболеваемости недоношенных новорожденных в последние годы обусловлен своевременной диагностикой заболеваний и патологических состояний, как в рамках пренатальных скринингов, так и после рождения ребенка.

Таблица 3 – Динамика изменения показателя заболеваемости новорожденных среди недоношенных детей (на 1000 родившихся живыми)

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Заболеваемость новорожденных среди недоношенных детей, на 1000 родившихся живыми	198,6	87,9	78,3	72,9	74,2	93,8	89,9	78,8	71,1	100,0
Скользкая средняя	-	121,6	79,7	75,1	80,3	85,9	87,7	79,9	83,3	-

Смертность новорожденных среди недоношенных детей также имеет волнообразный характер изменения: в период с 2012 г. по 2016 г. отмечено сокращение на 91,3% (с 21,9‰ в 2012 г. до 1,9‰ в 2016 г.), к 2020 г. показатель увеличился на 231% (в 2020 г. – 6,3‰) (табл. 4), в сравнении с общероссийским показателем ниже на 44,2% (в РФ в 2017 г. – 11,3‰). Резкий подъем смертности недоношенных новорожденных в 2020-2021 гг. в большинстве случаев связан с тяжелым течением заболеваний у детей в следствие осложненного течения новой коронавирусной инфекции у матери.

Таблица 4 – Динамика изменения показателя смертности новорожденных среди недоношенных детей (на 1000 родившихся живыми)

Показатель	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Смертность новорожденных среди недоношенных детей, на 1000 родившихся живыми	21,9	2,5	2,3	1,9	2,2	1,8	2,8	2,4	3,4	6,3
Скользкая средняя	-	8,9	2,2	2,1	1,9	2,3	2,3	2,9	4,0	-

Анализируя смертность недоношенных новорожденных необходимо отметить, что данный показатель зависит также и от массы тела при рождении ребенка. За исследуемый период установлено, что смертность недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ – 500-999 г.) увеличилась на 138,0%, смертность недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ – 1000-1499 г.) сократилась на 65,6%, смертность недоношенных новорожденных с массой тела 1500-1999 г. увеличилась на 88,8%, смертность недоношенных новорожденных с массой тела 2000-2499 г. уменьшилась на 20,0% (табл. 5). Полученные данные свидетельствуют о том, что дети, рожденные с ЭНМТ составляют группу высокого риска по смертности, заболеваемости и формированию инвалидности.

Таблица 5 – Смертность недоношенных новорожденных в зависимости от массы тела при рождении в акушерских стационарах (на 100 родившихся соответствующей массы тела)

Масса тела	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
500-999 г.	21,3	52,8	27,9	21,7	34,5	29,8	22,0	32,3	35,7	50,7
Скользкая средняя	-	34,0	38,4	28,0	28,6	28,8	28,0	30,0	39,6	-
1000-1499 г.	6,4	7,1	10,9	5,3	4,8	2,2	5,9	7,3	3,3	2,2
Скользкая средняя	-	8,1	7,8	7,0	4,1	4,3	15,4	16,5	4,3	-
1500-1999 г.	1,8	1,8	1,45	1,3	0	1,3	1,4	0,8	0,4	3,4
Скользкая средняя	-	1,7	1,5	0,9	0,8	0,9	1,2	0,9	1,5	-
2000-2499 г.	0,5	0,5	2,21	0,6	0,6	0	0,3	0,1	0,2	0,4
Скользкая средняя	-	1,1	1,1	1,1	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2	-

Структура фето-инфантильных потерь за изучаемый период не претерпела значительных изменений и представлена: 1 место – мертворожденные дети; 2 место – умершие в постнеонатальный период; 3 место – умершие в ранний неонатальный период; 4 место – умершие в поздний неонатальный период. Среди всех потерь жизнеспособных детей в регионе преобладает мертворожденность. Высокие значения данного критерия указывают на недостаточную эффективность антенатальной профилактики и качество медицинской помощи детям в антенатальном и интранатальном периодах в учреждениях I и II уровня системы охраны здоровья матери и ребенка.

Детальный анализ младенческой смертности в регионе за исследуемый период иллюстрирует нестабильную динамику изменения показателя, максимальное значение которого приходится на 2013 г. – 8,6‰ (темп прироста +16,2%), к 2021 г. показатель достиг значения – 7,5‰. В структуре младенческой смертности за изучаемый период преобладает смертность недоношенных и глубоко недоношенных детей – 61,8%, относительно детей, родившихся в срок – 38,2%. Основные причины младенческой смертности представлены: 1 место – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, 2 место – врожденные аномалии (пороки) развития,

3 место – болезни органов дыхания, 4 место – травмы, отравления, несчастные случаи и последствия внешних причин. Важно отметить, что наибольший удельный вес приходится на долю детей первого года жизни, которые погибают в учреждениях службы охраны материнства и детства (78,4%), среди которых в медицинских организациях I уровня (ЦРБ) – 13%, II и III уровня (краевые родильные дома, перинатальные центры) – 87%, что обусловлено, как правило, тяжестью патологии детей.

Достигнутые значения показателей, характеризующих перинатальные исходы за десятилетний период на территории Забайкальского края, прежде всего обусловлены изменением подходов к оказанию медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным в регионе, в частности внедрением современных методов неонатальной реанимации и высоких технологий выхаживания недоношенных детей. Дальнейшее совершенствование вопросов организации оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям, в том числе недоношенным, позволит повысить эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

Заключение. Таким образом, высокая значимость показателей, характеризующих перинатальные исходы, обуславливает необходимость совершенствования организации оказания медицинской помощи беременным и новорожденным путем повышения преемственности и развития междисциплинарного и межведомственного сопровождения данной категории пациентов. Проблемы в системе выхаживания недоношенных детей снижают эффективность проводимых мероприятий и негативно отражаются на показателях здоровья.

Список литературы

1. Османов, И.М. Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи недоношенным детям в московском здравоохранении / И.М. Османов, А.К. Миронова, А.Л. Заплатников //

Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – № 65(1). – С. 5–10.
DOI: 10.21508/1027–4065–2020–65–1–5–10.

2. Cousens S., Blencowe H., Stanton C., Chou D., Ahmed S., Steinhardt L. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *The Lancet*. – 2011. – № 377(9774). – P. 1319–1330. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62310-0.

3. Суханова, Л.П. Исходы и перинатальные потери при новых критериях рождения / Л.П. Суханова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. URL: <http://vestnik.mednet.ru> .

4. Stoll B.J., Hansen N.I., Bell E.F., Shankaran S., Laptook A.R., Walsh M.C. et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network // *Pediatrics*. – 2010. – № 126. – P. 443–456. DOI: 10.1542/peds.2009-2959.

5. Валиулина, А.Я. Проблемы и перспективы успешного выхаживания и реабилитации детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела / А.Я. Валиулина, Э.Н. Ахмадеева, Н.Н. Кривкина // *Вестник современной клинической медицины*. – 2013. – № 8(1). – С. 34–41.

СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Ю.В. Евстафьева¹, О.В. Ходакова²

¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита, Забайкальский край, Россия

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Согласно Указу Президента Российской Федерации № 474 от 21.07.2020 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [1], одной из национальных целей является сохранение населения, здоровье и благополучие людей. Для реализации поставленной цели ключевой задачей выступает повышение ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) до 78 лет к 2030 г. Среди заболеваний, которые вносят наибольший вклад в потерянные годы жизни, и не позволяют достичь целевого показателя ОПЖ, на первом месте стоят болезни системы кровообращения (далее – БСК) [2]. Так, в 2021 г. их вклад составлял 5,35 лет.

Цель работы: анализ показателей смертности от болезней системы кровообращения в Забайкальском крае.

Материал и методы. В исследовании дан анализ показателей смертности от БСК на территории Забайкальского края за период с 2012 по 2021 г. Исследование проводилось путем выкопировки данных из официальной документации Федеральной службы государственной статистики, Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю, Министерства здравоохранения Забайкальского края.

Результаты. В структуре общей смертности, как мужского, так и женского населения Забайкальского края, лидирующей причиной на всем

протяжении анализируемого периода являлись БСК (39,2% в 2021 г.). По причине БСК в 2021 г. умерло 38,1% мужчин и 40,4% женщин.

Показатель смертности населения Забайкальского края от БСК в 2021 г. составил 517,9 на 100 тыс. населения, что ниже показателя по Дальневосточному федеральному округу на 13,7%, по РФ – на 19,1%. В динамике за период с 2011 по 2021 г. показатель имеет неоднозначную тенденцию в изменении. Так, с 2011 по 2017 г. темп убыли показателя составил 25,3%, с 2017 по 2021 г. показатель увеличился на 9,4%.

Показатели смертности от БСК в мужской популяции варьировали в пределах 503,8-646,5, в женской – 446,3-621,9 случаев на 100 тыс. человек. При анализе показателей смертности от БСК с 2016 г. регистрируется увеличение показателя на 33,5% среди женщин, на 25% – мужского населения. При сравнительной оценке уровня смертности от БСК по полу на протяжении анализируемого периода показатель среди мужчин оставался выше показателя среди женщин (от 2,2% в 2013 г. до 15,9% в 2019 г.). Наиболее значимое превышение уровня смертности в мужской популяции отмечено в возрасте 35-39 лет (на 71,9%), 55-59 лет (на 71%), что требует повышенного внимания со стороны первичного звена системы здравоохранения к данному населению и изменению образа жизни мужского населения.

В структуре смертности населения края от БСК на протяжении анализируемого периода лидировали ишемические болезни сердца (далее – ИБС), в 2021 г. доля данного заболевания составила 49%, где инфаркт миокарда занимал 8,8%, что свидетельствует о необходимости усиления профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения с целью предотвращения осложнений у лиц с хроническими БСК.

Заключение. Современная парадигма системы здравоохранения – это предотвращение смертности населения в возрасте до 70 лет. Основная цель – снижение уровня смертности населения от БСК, что позволит повысить ОПЖ. Показатели смертности от БСК в регионе имеют тенденцию к

увеличению с 2017 г. При этом уровень смертности мужского населения от БСК превышает показатели среди женщин. Основной причиной смерти населения являются ИБС, где хронические БСК занимают лидирующие позиции, что определяет роль диспансерного наблюдения как вторичного уровня профилактики.

Список литературы

1. Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 №474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». Ссылка активна на 21.03.2023. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74304210/>
2. Будаев Б.С. Анализ показателей заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения / Б.С. Будаев, И.С. Кицул, И.Ю. Тармаева и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29(4). – С. 865-870. Ссылка активна на 24.03.2023. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-4-865-870>

ИЗМЕНЕНИЯ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ У СПОРТСМЕНОВ

А.Н. Егорова, А.С. Гольдерова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Каждая тренировка является целенаправленным испытанием функциональных возможностей организма. Особое место в реализации адаптивных механизмов к физической нагрузке отводится системе эритроцитов, так как именно эритроциты обеспечивают транспорт кислорода и питательных веществ работающим мышцам, а также отток продуктов обмена из них. На основании результатов биохимического контроля проводится определение, во-первых, интенсивности тренировочных нагрузок, выполняемых спортсменами на различных этапах подготовки, их адекватности функциональному состоянию и достаточности для роста адаптационного резерва организма. Во-вторых, по результатам биохимических обследований спортсменов устанавливается развитие аэробных и анаэробных возможностей их организма, переносимость тренировочных и соревновательных нагрузок, степень реализации индивидуальных биоэнергетических возможностей организма в различных условиях подготовки, скорость процессов восстановления, состояние кислород-транспортных функций крови, диагностика и прогнозирование предпатологических состояний и перенапряжений функциональных систем и органов.

Цель исследования – оценить биохимические и гематологические анализы у спортсменов-боксеров. Объектом исследования явились биохимические показатели сыворотки крови и общего анализа крови 36 спортсменов-боксеров сборных команд РС (Я) в возрасте от 18 до 26 лет. Биохимические показатели (глюкоза, общий белок, альбумин, АСТ, АЛТ, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, триглицериды, коэффициент

атерогенности, мочевины, мочевая кислота, креатинин, ЛДГ, гамма-глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза) были проведены на биохимическом анализаторе «Labio200» фирмы «Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronics» (Китай) с использованием реактивов «Analyticon» (Германия), гематологические показатели крови (эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула, гематологические индексы, СОЭ) на гематологическом анализаторе Horiba ABX Micros 60 (Франция).

Статистическая обработка проведена при помощи прикладных программ SPSS 19.0. Для выявления связи между изучаемыми показателями применяли метод корреляционного анализа данных с вычислением коэффициентов и ранговой корреляции Спирмена и Пирсона. За пороговый уровень значимости принимали величину $p < 0,05$.

Результаты исследования. При анализе данных биохимических параметров крови всех спортсменов выявлено превышение среднего арифметического значения выше верхней границы референсных значений по концентрации глюкозы, щелочной фосфатазы ($238,2 \pm 61,03$ Ед/л), креатинкиназы ($212,8 \pm 119,7$ Ед/л) и лактатдегидрогеназы ($355,5 \pm 50,2$ Ед/л). Занятия спортом увеличивают активность щелочной фосфатазы с тенденцией стабилизации ее активности в группах с высоким уровнем мастерства, а также активность креатинфосфокиназ. У спортсменов активность КК и ЛДГ значительно превосходит таковую у обычных людей. Данный факт отражает адаптацию организма спортсмена к физическим нагрузкам высокой интенсивности. Если у нетренированного человека при повреждении скелетной мускулатуры уровни КК и ЛДГ растут на порядок, то у спортсменов они зачастую остаются неизменными. Гиперферментемию можно рассматривать в качестве «функционально оптимальной» (адаптивной) реакции в ответ на изменение условий жизнедеятельности организма [1]. В зависимости от направленности тренировочных нагрузок выход фермента в кровь из клетки может быть обусловлен различными причинами, главными из которых являются механические повреждения

мышц, индуцированные физической нагрузкой, и метаболический стресс, обусловленный образованием свободных радикалов в процессе тренировки. Существенное повышение активности ферментов на фоне отдыха после физической нагрузки выступает как маркер перетренированности [2].

Выявлена положительная корреляционная связь между содержанием гемоглобина и значением массы тела ($r=0,522$; $p=0,006$), отрицательная корреляционная связь между возрастом и АЛТ ($r=-0,510$; $p=0,002$).

Сравнительный анализ в возрастных группах (1 группа – от 18 до 22 лет; 2 группа – от 23 до 26 лет) показал, что у спортсменов 1 возрастной группы значимо повышено содержание АЛТ ($21,76 \pm 2,3$), гемоглобина ($144,24 \pm 1,84$), гематокрита ($43,49 \pm 0,49$), МСНС ($331,05 \pm 0,90$), и снижен уровень СОЭ ($3,80 \pm 0,65$) по сравнению со 2 возрастной группой (АЛТ ($14,00 \pm 1,54$), гемоглобин ($131,93 \pm 3,77$), гематокрит ($40,42 \pm 0,96$), МСНС ($325,43 \pm 2,41$), СОЭ ($5,85 \pm 1,04$), соответственно, $p=0,01$; $p=0,004$; $p=0,04$; $p=0,044$).

Таким образом, полученные результаты указывают, что у юношей-спортсменов, занимающихся боксом, отмечается повышение значения основных ферментов, связанных с метаболизмом скелетных мышц по физической нагрузке. Также нами выявлены значимые различия в зависимости от массы тела и возраста в содержании ферментов и показателей «красной крови».

Список литературы

1. Ермолаева, Е.Н. Индикаторы повреждения при физических нагрузках различной интенсивности / Е.Н. Ермолаева, Л.В. Кривохижина // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1, Ч. 9. – С. 1815-1821.
2. Раджабкадиев, Р.М. Биохимические маркеры адаптации высококвалифицированных спортсменов к различным физическим нагрузкам / Р.М. Раджабкадиев // Наука и спорт: современные тенденции. – 2019. – Т. 7, №2. – С. 81–91.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D (VDR FokI) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯКУТСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

М.В. Егорова^{1,2}, Л.И. Мордовская^{1,2}

¹ ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» им. Е.Н. Андреева, Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

² ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. Туберкулез, вызываемый микобактерией туберкулеза (МБТ), по сей день является самой распространенной инфекцией во всем мире. Проникнув в организм, МБТ либо сохраняется в латентном состоянии, либо инфекция прогрессирует, вызывая активный туберкулез. В восприимчивости к МБТ одним из важных факторов является генетический фон хозяина. Молекулярно-генетические исследования показали, что ген рецептора витамина D (VDR) является одним из детерминантов иммунной защиты [А.И. Козлов, 2016, А.А. Рудко, 2008], а его полиморфизм ассоциирован с риском развития различных заболеваний, в том числе и туберкулеза. Поэтому полиморфизмы гена VDR активно исследуют для поиска ассоциации с развитием туберкулеза легких в различных популяциях [С.В. Беляева, 2019].

Цель: изучить *FokI*-полиморфизм гена рецептора витамина D у больных туберкулезом якутской этнической группы.

Материалы и методы: образцы ДНК 104 пациентов (случаи), находившихся на стационарном лечении с диагностированным туберкулезом за период с 2018 по 2022 г. в ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» им. Е.Н. Андреева и 141 человек с исключенным диагнозом туберкулеза (контроли). Все участники исследования были лицами якутской национальности.

Выделение геномной ДНК из крови проводилось при помощи наборов «К-сорб» научно-производственной компании СИНТОЛ. Генотипирование ДНК проводилось на амплификаторе CFX96TM Real-Time PCR (Biorad). Для

определения полиморфизма гена использовали набор *FokI* гена VDR (rs10735810) НПК СИНТОЛ (г. Москва).

Статистический анализ проводился с использованием пакета IBM SPSS Statistics 22). Соотношение частот генотипов проверялось на соответствие закону Харди-Вайнберга. Сравнение распределения частот генотипов полиморфизма *FokI* гена рецептора витамина D в группах «случаев» и «контролей» проводили с помощью критерия χ^2 Пирсона. Критическое значение уровня статистической значимости различий (p) принималось равным 5%.

Результаты: всего в исследовании участвовало 245 человек. Из них 143 мужчины и 102 женщины. Средний возраст случаев составил 40,9 лет, контролей 33,4 года.

Таблица 1 – Сравнительный анализ распределения генотипов гена VDR между группами случаев и контролей. *FokI* (rs10735810)

		Контроли	Случаи	Всего	
FokI	AA	n	67	63	130
		% в FokI	51,5%	48,5%	100,0%
	AG	n	64	35	99
		% в FokI	64,6%	35,4%	100,0%
	GG	n	10	6	16
		% в FokI	62,5%	37,5%	100,0%
Итого		n	141	104	245
		% в FokI	57,6%	42,4%	100,0%
Каждая подстрочная буква обозначает набор Здоровые-больные категорий, для которых пропорции столбцов значимо не различаются между собой на уровне 0,05.					
	Значение	ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)		
Хи-квадрат Пирсона	4,124 ^a	2	,127		
Отношение правдоподобия	4,145	2	,126		
Кол-во валидных наблюдений	245				
a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 6,79.					

Генотип А/А встречается в основной группе с частотой 51,5%, контрольной – 48,5%. Генотип G/G в основной группе встречается с частотой 62,5%, контрольной – 37,5%. Гетерозиготный генотип А/G в основной группе составил 64,6%, в контрольной группе 35,4%. Достоверные различия не были обнаружены ($\chi^2 = 0,127$) (табл. 1).

Выводы. При проведении сравнительного анализа распределения генотипа *FokI* гена VDR между группами «контролей» и «случаев» достоверные различия не были обнаружены.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

С.А. Иванова¹, В.О. Андреева¹, А.М. Пальшина¹, С.В. Ноговицына², А.Н. Семенова³

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² Республиканский кардио-сосудистый центр ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1
– Национальный центр медицины им. М.Е. Николаева»,
Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

³ ГАУ РС (Я) «Якутская городская больница №3», Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Распространенность ФП в общей популяции составляет 1–2%, при этом частота встречаемости увеличивается с возрастом – от <0,5% в возрасте 40–50 лет до 5–15% в возрасте 80 лет [1].

Накопленные на сегодняшний день сведения дают основания полагать, что ФП является значимым независимым фактором риска развития когнитивных нарушений и деменции [2]. Исследования последних лет показывают, что существующие при ФП когнитивные нарушения (дефицит памяти и внимания, нарушение исполнительных функций) ухудшают качество жизни и могут спрогнозировать смертность у пожилых пациентов. Также когнитивные нарушения при ФП вызывают у пациентов социальную дезадаптацию, снижение комплаентности к лечению и тем самым к увеличению числа повторных госпитализаций [3].

Цель исследования – изучить частоту развития нарушений когнитивных функций у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Когортное исследование проводилось на базе Республиканского кардио-сосудистого центра (РКСЦ) ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева в отделении Хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции и ГАУ РС (Я) «ЯГБ №3» в терапевтическом отделении №2.

Критерием включения в исследование являлись: пациенты с документированной ФП (пароксизмальная, персистирующая); информированное согласие пациентов.

Всего в соответствии с критериями включения обследованы 64 пациента, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в РКСЦ, ГАУ РС (Я) «ЯГБ №3» с 10.04.2023 г. по 07.06.2023 г.

Основным методом сбора данных выступил опрос. Когнитивный статус пациентов оценивался посредством краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС) Mini-mental State Examination – MMSE [4]. КШОПС включает вопросы, направленные на определение нарушений функций памяти, внимания, восприятия, ориентировки в месте, во времени и в пространстве, способности к счету и письму. Максимальное количество баллов 30, что будет соответствовать наиболее высоким когнитивным способностям. Результаты теста трактуют следующим образом: 28-30 баллов – норма; 24-27 баллов – предметные когнитивные нарушения; 20-23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; менее 10 баллов – деменция тяжелой степени выраженности.

Также в опросник нами были включены вопросы по возрасту, полу, анамнезу ФП, лабораторно-подтвержденному COVID-19, вакцинированию от COVID-19.

Для анализа статистических данных применялась программа Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 64 пациента с ФП со средним возрастом $63,1 \pm 10,6$ лет: из них 31 (48,44%) женщина и 33 (51,56%) мужчины. По классификации возрастных категорий ВОЗ 2022: пациенты молодого возраста – 4 (6,25%), средний возраст у 17 (26,56%), пожилой возраст у 34 (53,12%), старческий возраст среди 9 (14,06%) пациентов [5].

Полученные результаты опроса свидетельствуют, что когнитивные нарушения отсутствуют у 34 (53,12%), были выявлены у 30 (46,88%) пациентов. Выявлены преддементные когнитивные нарушения у 24 (37,5%), деменция легкой степени выраженности у 4 (6,25%), деменция умеренной степени выраженности у 2 (3,13%). Средний уровень баллов по шкале MMSE среди пациентов составил $27,4 \pm 2,9$.

Наблюдается тенденция, что у значительной части пациентов с ФП отсутствуют когнитивные нарушения, однако преддементные нарушения выявлены у 37,5% пациентов, что также не позволяет полностью опровергнуть факт влияния ФП на возникновение когнитивной дисфункции. В пользу последнего также свидетельствует наличие деменции у 9,38% пациентов (легкой и умеренной степени выраженности).

По данным мета-анализов [6] и по результатам нашего исследования нарушениям когнитивных функций наиболее часто подвержены пациенты пожилого и среднего возраста. В этой структуре доля лиц старческого и молодого возраста была низкой. Однако у большей части пациентов пожилого возраста отсутствовали когнитивные нарушения.

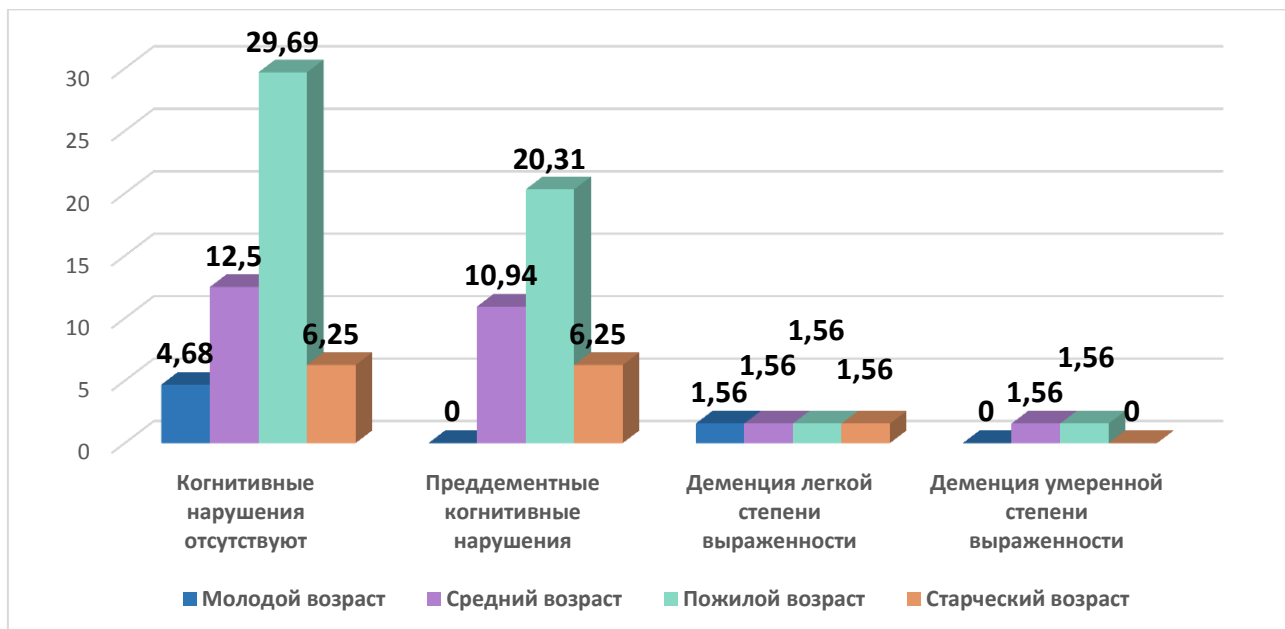


Рисунок 1 – Зависимость развития когнитивных нарушений от возраста при ФП, %

Зарегистрировано, что когнитивные нарушения чаще встречаются среди пациентов мужского пола с преобладанием деменции легкой и умеренной степени выраженности. В то же время среди женщин преобладают пациенты без когнитивных дисфункций.

Деменция легкой степени выраженности наблюдается чаще у пациентов с пароксизмальной ФП, тогда как деменция умеренной степени выражена почти одинаково при обеих формах ФП. Также можно утверждать, что преддементные когнитивные нарушения развиваются преимущественно при персистирующей ФП. А когнитивные нарушения отсутствуют у пациентов с обеими формами ФП одинаково.

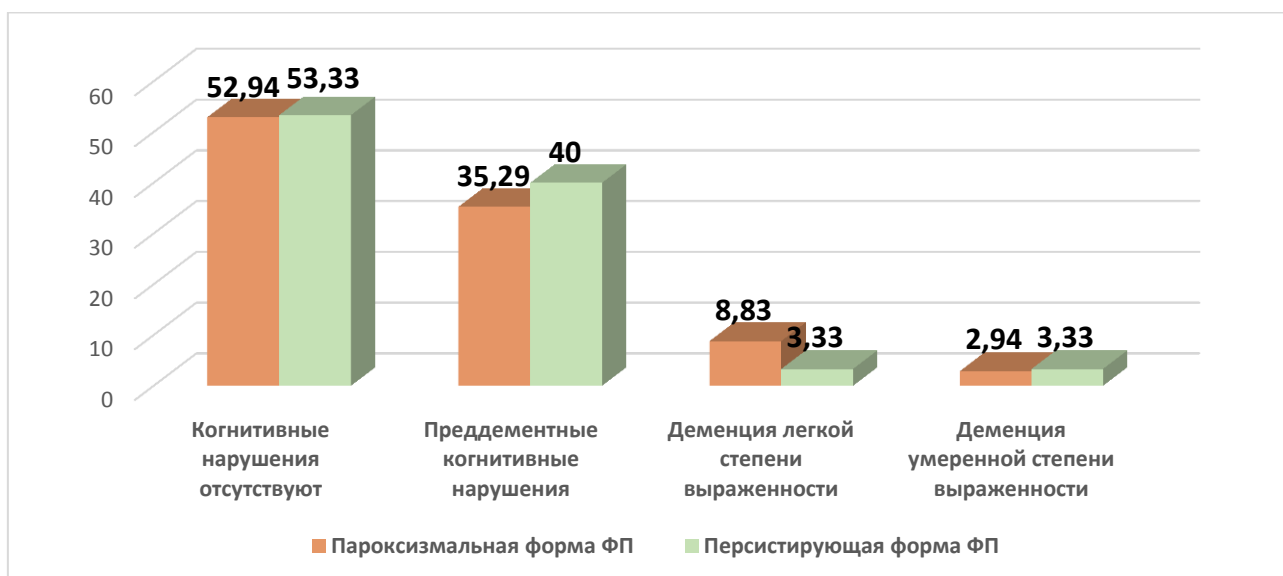


Рисунок 2 – Зависимость развития когнитивных нарушений от форм ФП, %

Выявлена закономерность, что деменция умеренной степени выраженности наиболее часто встречается у лиц с длительностью течения ФП более 10 лет, а деменция легкой степени почти в равной степени наиболее характерна у пациентов с длительностью ФП от 1 до 5 лет также от 6 до 10 лет. Преддементные нарушения наблюдаются практически одинаково у пациентов с ФП длительностью от 6 до 10 лет и более 10 лет соответственно. Среди пациентов с ФП длительностью от 1 до 5 лет практически отсутствуют когнитивные нарушения.

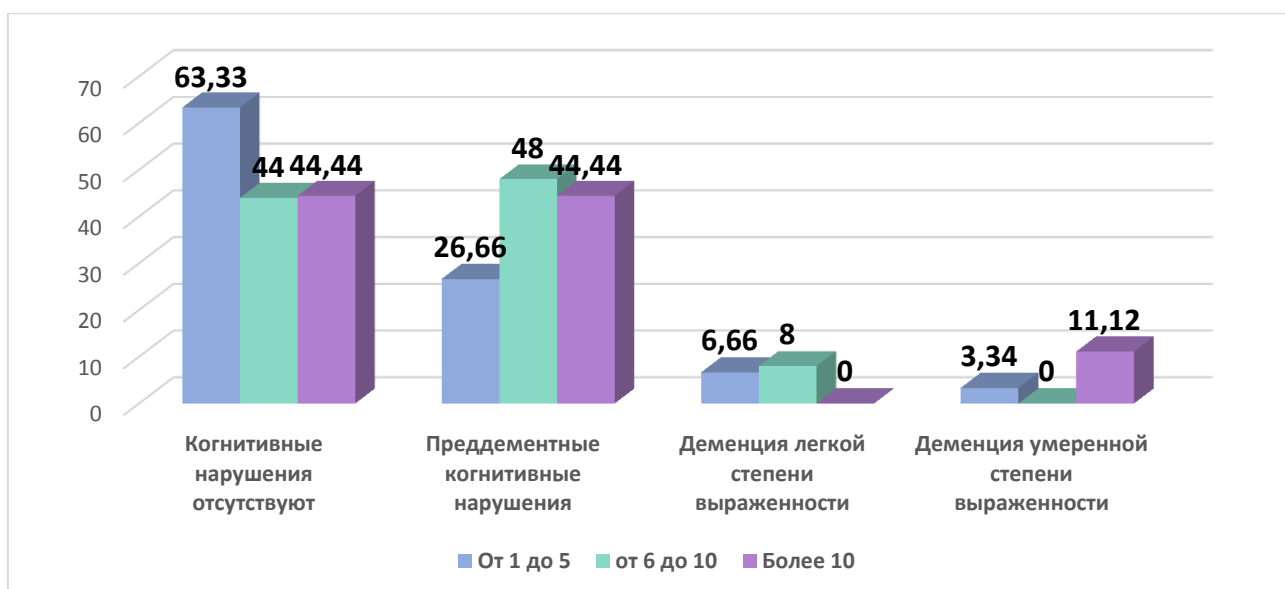


Рисунок 3 – Зависимость развития когнитивных нарушений от длительности течения ФП, %

Корреляционный анализ по изучению влияния COVID-19 выявил, что у большинства пациентов с ФП, переболевших лабораторно подтвержденным COVID-19, наблюдается слабая положительная связь ($r=0,31$) с когнитивными нарушениями по сравнению с пациентами, не болевшими COVID-19. Можно предположить, что COVID-19 не является фактором риска развития когнитивных нарушений у пациентов с ФП.

У большинства пациентов с ФП, получивших вакцинацию от COVID-19, отсутствуют когнитивные нарушения, но при этом разница с выявлением когнитивного дефицита была незначительной. Аналогичная ситуация наблюдалась среди пациентов, не получивших вакцину от COVID-19. Корреляционный анализ влияния вакцинации от COVID-19 продемонстрировал наличие слабой отрицательной связи ($r= -0,18$)

Заключение. В последние десятилетия имеет место тенденция к увеличению распространенности и заболеваемости ФП, вероятно, она сохранится и в ближайшем будущем [2]. Это связано, в первую очередь, с увеличением доли пациентов пожилого и старческого возрастов.

В изученной выборке пациентов пожилого возраста с ФП, особенно мужчин, наблюдается более высокая подверженность к развитию когнитивных нарушений. Также прослеживается тенденция, что при пароксизмальной форме и длительности течения ФП более 10 лет, вероятность развития когнитивных нарушений выше. Проведенный анализ влияния COVID-19 на развитие нарушений когнитивных функций у пациентов с ФП продемонстрировал, что присутствует слабая позитивная связь между лабораторно-подтвержденным COVID-19 и развитием когнитивных нарушений. Изучение влияния вакцинации от COVID-19 на когнитивные расстройства у пациентов ФП выявило, что существует слабая обратная связь между развитием когнитивных нарушений при ФП. Пациенты, получившие вакцину, в среднем проходили опрос MMSE на меньшее количество баллов, чем пациенты, не получавшие вакцину.

Но однозначных данных о влиянии данных факторов на снижение когнитивных функций при ФП в современной литературе не представлено, что указывает на актуальность дальнейших исследований в этой области.

Следует оценивать риски пациентов с ФП независимо от формы и длительности течения ФП к развитию когнитивных нарушений. В плановое обследование пациентов с ФП в рамках диспансерных осмотров рекомендуется включить дополнительно скрининговую шкалу оценки когнитивных расстройств MMSE.

На этапе амбулаторной реабилитации пациентам с ФП применение разных программ и методик когнитивного тренинга для тренировки памяти и внимания позволит снизить вероятность развития когнитивных нарушений.

Список литературы

1. Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых (2020). Клинические рекомендации. Электронный ресурс: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/382_1

2. Митяева, Е.В. Когнитивные нарушения у больных с фибрилляцией предсердий / Е.В. Митяева, П.Р. Камчатнов // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2020. – №9. – С. 578-583.

3. Митяева, Е. В. Диагностика когнитивных нарушений и определение качества жизни у пациентов, страдающих фибрилляцией предсердий / Е.В. Митяева // Современные методы взаимодействия и способы сотрудничества специалистов помогающих профессий : материалы VII Международной научно-практической конференции, Орел, 07 мая 2021 г. – Орел : Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева. – 2021. – С. 120-122.

4. Кутлубаев, М.А. Выявление когнитивного дефицита в практике терапевта: обзор скрининговых шкал / М.А. Кутлубаев // Терапевтический архив. – 2014. – №11. – С.135-138.

5. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 09.06.2023)

6. Остроумова, О.Д. Фибрилляция предсердий и когнитивные нарушения: распространенность и патогенетические механизмы взаимосвязи (часть 1) / О.Д. Остроумова, А.И. Кочетков, Т. М. Остроумова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – №3. – С. 105-110.

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ HDV-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ): КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Н.А. Илларионова, С.С. Слепцова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Республика Саха (Якутия) является эндемичным регионом по хроническому гепатиту D, где показатели выявления антител к дельта вирусу у лиц с HBsAg составляют 35% [3]. Актуальность проблемы HDV-инфекции определяется также ее агрессивным и быстро прогрессирующим течением. До 2019 года противовирусное лечение гепатита D имело низкую эффективность, однако внедрение нового подхода в терапии этого заболевания открыло перспективы для полного излечения гепатита D.

Цель: представить клинический пример лечения хронической HDV-инфекции инновационным противовирусным препаратом.

Материалы и методы: ретроспективный и проспективный анализ истории болезни пациентки с хронической формой дельта-гепатита, получающей противовирусную терапию (ПВТ) «Булевертидом».

Результаты. Представлен клинический пример пациентки Л., 52 г., страдающей хронической формой HDV-инфекции в стадии цирроза печени, получающей терапию инновационным противовирусным препаратом «Булевертид». Цирроз сформировался в исходе хронической HDV-инфекции в течение четырех лет, несмотря на то, что пациентка Л. не имела вредных привычек и хронических заболеваний. Л. отмечала постепенное ухудшение состояния, проявляющееся нарастанием слабости, утомляемости, тяжести в правом подреберье, по данным вирусологического исследования выявлялась высокая вирусная нагрузка до 5 200 000 копий/мл от 10 июня 2022 г., по данным эластометрии – фиброза 2-3 степени.

ПВТ «Булевиртидом» в комбинации с пегилированным интерфероном в стандартных дозировках начата с 10 июня 2022 года. С первых недель терапии пациентка субъективно отмечала улучшение общего самочувствия, снижение слабости, диспепсических проявлений. Нежелательных явлений на фоне лечения не выявлено.

В течение всего периода лечения отмечается волнообразное изменение уровня печеночных трансаминаз (до 3 норм), что является следствием применения пегилированного интерферона. Также на фоне ПВТ нарастала вторичная тромбоцитопения до $80,3 \times 10^9/\text{л}$ на 22-й неделе, что также обусловлено действием интерферона.

Вирусологический ответ на ПВТ отмечается с 14-й недели, а с 29-й недели HDV-RNA не определяется, что свидетельствует о высокой противовирусной активности «Булевиртида». Отмечается также улучшение гистологических показателей по данным эластометрии печени, степень фиброза на фоне лечения уменьшена с 2-3 до 0-1 степени, на 2,9 КРа. За весь период ПВТ не зарегистрировано нежелательных реакций, вызванных применением препарата «Булевиртид».

Выводы. Таким образом, в представленном клиническом примере, препарат «Булевиртид» продемонстрировал высокую эффективность и безопасность. Учитывая тот факт, что РС (Я) является эндемичным регионом по HDV-инфекции, необходимо широкое внедрение данного препарата в лечение пациентов с хроническим вирусным гепатитом В с дельта-агентом, что в перспективе приведет к снижению осложнений основного заболевания и смертности, а также улучшению эпидемиологической обстановки в Республике.

Список литературы

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 1104 с. – Серия «Национальные руководства».
2. Клинические рекомендации «Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых», 2021 год. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/673_1
3. Парентеральные вирусные гепатиты и их исходы в Республике Саха (Якутия) / С.С. Слепцова. – Москва, 2017. – 208 с.
4. Богомолов П.О. Эффективность и безопасность булевиртида в лечении хронического гепатита D – результаты рандомизированных контролируемых исследований / П.О. Богомолов, В.Т. Ивашкин, А.О. Буеверов и др. // Инфекционные болезни. – 2020. – № 18(4). – С. 153–162.
DOI: 10.20953/1729-9225-2020-4-153-16/
<http://hepatera.ru/upload/iblock/fb5/Эффективность%20и%20безопасность%20булевиртида%20в%20лечении%20хронического%20гепатита%20D%20-20результаты%20рандомизированных%20контролируемых%20исследований.pdf>
5. Система мониторинга больных вирусными гепатитами «Регистр больных вирусными гепатитами» <https://hepreg.ru/statistics/report.html?type=ACTIVE&fetchReport=true&reportDate=01.01.2023&district=&kladrCode=&viewerType=&viewer=&medicalType=&medical=>
6. Urban S, Neumann-Haefelin C, Lampertico P Hepatitis D virus in 2021: virology, immunology and new treatment approaches for a difficult-to-treat disease Gut 2021;70:1782-1794. [Hepatitis D virus in 2021: virology, immunology and new treatment approaches for a difficult-to-treat disease | Gut \(bmj.com\)](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gut.2021.047111)

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Т.В. Ионова, А.С. Гольдерова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

К ведущим факторам риска развития туберкулеза у детей традиционно относят эпидемические, медико-биологические, а также социальные. Эпидемический фактор риска – контакт с больным туберкулезом – является основным фактором развития заболевания у детей, заболеваемость которых почти в 35 раз выше по сравнению с детьми из здорового окружения. Сопутствующая патология (медицинский фактор риска) определяет высокую вероятность заболевания туберкулезом у инфицированных МБТ детей за счет снижения неспецифических факторов защиты организма. Высокая значимость влияния социальных факторов на заболеваемость туберкулезом у детей и подростков подчеркивается многими современными авторами, так как именно они могут способствовать заражению и значимо влиять на течение заболевания. Дополнительные исследования необходимы, чтобы выяснить, какие факторы способствуют реализации рисков инфицирования.

Цель исследования – дать характеристику социального статуса тубинфицированных детей, проходивших санаторно-оздоровительное лечение.

За период с 2017 по 2019 г. на санаторно-оздоровительном лечении в ГБУ РС (Я) «Республиканский детский туберкулезный санаторий им. Т.П. Дмитриевой» находилось всего 2145 детей в возрасте от 0 до 14 лет. Анализ данных историй болезни выявил, что среди детей городские (г. Якутск) составили 1346 (63%) детей, сельские – 799 (37%), а девочки немного преобладают (52%) над мальчиками (48%). Распределение по возрастным периодам показало, что самой многочисленной группой среди проходивших оздоровительное лечение являются дети в возрасте от 4 до 7

лет и они составили почти половину, т.е. 48%, дети от 0 до 3 лет составили 25%, от 8 до 14 лет – 27%. По национальной принадлежности среди детей преобладали якуты и они составили 65%, русские – 23%, прочие – 12%. Социальный статус родителей указал, что 41% являются безработными, 35% – служащими, 24% относятся к рабочим. По уровню образования большинство родителей имеют среднее специальное образование – 35%, высшее образование – 25%, среднее общее и незаконченное среднее образование составило 20%.

При выписке детей из детского туберкулезного санатория проведено анкетирование 134 родителей. Анкета включала сведения о социальном статусе родителей и вопросы об удовлетворенности материально-техническим оснащением, лечебно-оздоровительными мероприятиями, ассортиментом питания, организацией учебно-воспитательной деятельности в учреждении. Согласно данным анкет уровень удовлетворенности родителей материально-техническим оснащением учреждения (наличие специализированных помещений, оборудования, игровых комнат, спортплощадок, тренажерных залов) составило: с высокой степенью – 88%, средней степенью – 12%, низкой степенью – 0; удовлетворенность оказанием лечебно-оздоровительных мероприятий – высокая степень – 83%, средняя степень – 17%, низкая степень – 0; удовлетворенность ассортиментом питания – высокая степень – 88%, средняя степень – 12%, низкая степень – 0; удовлетворенность организацией учебно-воспитательской деятельности – высокая степень – 96%, средняя степень – 4%, низкая степень – 0. Оценки по уровню удовлетворенности родителей носят субъективный характер, по ним можно судить только об индивидуальном эмоциональном восприятии учреждения родителями, но косвенно они отражают качество предоставляемых медицинских услуг.

Таким образом, результаты нашего исследования указывают на то, что группе риска по тубинфицированности: ребенок, проживающий в городе в возрасте от 4 до 7 лет, якутской национальности из безработных,

асоциальных и малообеспеченных семей. Степень удовлетворенности родителей организацией работы санатория достаточно высокая.

Актуальная диагностика социальной дезадаптации семьи позволяет выработать индивидуальный подход к каждому ребенку, и также своевременно начать мероприятия по профилактике и раннему выявлению туберкулеза. Наиболее доступными и достаточно действенными являются информационные формы работы с семьей. Использование этих форм работы должно занимать надлежащее место, ведь недостаточная информированность семьи относительно санитарно-гигиенических норм, особенно в сочетании с материальными проблемами, часто существенно ограничивает возможности семьи в осуществлении здоровьесохранительной деятельности, реабилитации ребенка. Социально-медицинская поддержка детей должна осуществляться в позитивном ключе. Важно, чтобы взаимодействие с детьми и семьей носило не запугивающий характер, а наоборот, имело своей целью формирование ответственного отношения взрослых и детей к своему здоровью и к здоровью окружающих.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.Н. Киселев¹, Л.И. Каспрук², А.А. Лебедев³

¹ ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет
Минздрава РФ», Хабаровск, Россия

² ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава РФ,
Оренбург, Россия;

³ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Актуальность. Одной из проблем, обусловленных демографическими процессами, является быстрое старение человечества. Особенно ярко это выражено в развитых странах. Пожилые люди по сравнению с другими группами населения в большей степени нуждаются в медицинском и социальном обеспечении. Они чаще болеют и потребляют больше бюджетных средств. В начале прошлого столетия был предложен термин «гериатрия». Это определяло основные особенности физиологических и патологических процессов, происходящих в организме у лиц пожилого возраста. Определена актуальность соответствующих специфических подходов к ведению таких пациентов [2, 3, 4]. При этом увеличение продолжительности жизни считается одним из великих достижений XX века.

Не сформирован межведомственный единый информационный банк данных, который бы содержал комплексную информацию о пожилых и престарелых пациентах. Отсутствует и единая информационная база данных об объеме и структуре популяции пожилых, а также виды и объемы адресной медико-социальной помощи, предоставляемой лицам пожилого и старческого возраста. Отсутствует «банк» репрезентативных данных по лицам высокого медико-социального риска. Это относится к одиноким пожилым и престарелым людям, лишенным поддержки родственников и не способным, в силу своего нездоровья, самостоятельно посетить врача или

обратиться в социальную службу. Из общего числа пожилых лиц, что составляет более 30 млн чел., свыше 1 млн – это «надомные пациенты», лишенные возможности самостоятельно посещать врачей.

Ощущая неполный объем помощи, потребляемой лицами старших возрастных групп, профильные службы социальной защиты и здравоохранения идут по пути развития новых форм структур организации медико-социальной помощи пожилым и престарелым. Такой подход корреспондируется с Оттавской Хартией Здоровья, которая гласит, что «...самыми фундаментальными ресурсами для здоровья народа является мир, кров (жилище), образование, здоровая пища, гарантированный доход, стабильная экосистема, восстанавливаемые ресурсы, социальная справедливость и равенство».

Минздрав России еще в 1999 г. обязался организовывать в поликлиниках медико-социальные отделения с включением в них социальных работников (приказ МЗ РФ №279 от 28.07.1999 г.). К сожалению, системного исполнения данный нормативный документ Минздрава так и не получил. В свою очередь, Минтруд России ввел в штат ЦСО отделения дневного пребывания (постановление МТ РФ № 32 от 22.07.1999 г.). Однако в социально-медицинских отделениях ЦСО, где работают медицинские сестры, нет врачей, а руководство осуществляют работники, не имеющие базового медицинского образования. При этом тенденции развития самостоятельных дополняющих структур в обеих заинтересованных службах помощи пожилым и престарелым, вместо повышения эффективности совместной работы, в конечном итоге, стали способствовать нарастанию ведомственной автономности и разобщенности.

Также важнейшим аспектом в межведомственной организации медико-социальной помощи пожилым и престарелым, является оценка их состояния здоровья, проводимая с учетом показателей заболеваемости и физической активности лиц этих возрастных групп. Изучение заболеваемости пожилых свидетельствует: первое ранговое место по частоте занимают болезни

системы кровообращения (БСК) – 36% всех заболеваний; второе место – патология нервной системы и органов чувств (13,2%); третье место приходится на болезни органов дыхания (11,6%).

Данная структура заболеваемости пожилых и престарелых не отличается от структуры заболеваемости населения по стране в целом, в которой лидируют БСК, второе место занимают новообразования, третье – внешние причины, и на четвертом месте – паразитарные болезни, включая туберкулез. Анализ заболеваемости в зависимости от возраста свидетельствует, что максимум заболеваемости приходится на возраст 75 лет, после чего в старших возрастах отмечается её снижение. Это обусловлено с падением обращаемости престарелых за медицинской помощью.

Важная роль в патогенезе нарушений здоровья лиц пожилого и старческого возраста отводится такой характеристике, как мобильность, то есть способность передвигаться. Именно она является главным параметром, определяющим социальную независимость индивидуума, а также обеспечивает свободу выбора работы, места проживания, отдыха и социальных контактов, что, в конечном итоге, представляет условия для реализации духовного потенциала и самовыражения личности.

Проводимый рядом исследователей анализ мобильности пожилых и престарелых пациентов свидетельствует, что снижение их подвижности напрямую связано с наличием ряда хронических и, как правило, полиморбидных заболеваний. Основными причинами иммобилизации пожилых и престарелых являются: заболевания локомоторных органов – остеоартриты, остеохондрозы, ревматические артриты и пр. – 35% случаев; неврологические нарушения – дисциркуляторная энцефалопатия, острые нарушения мозгового кровообращения – 25% случаев; нарушение зрения – 11% случаев; кардиологическая патология – 9%.

В исследуемый период времени принята следующая классификация пожилых и престарелых по степени активности: I – работающие пожилые люди; II – свободно передвигающиеся по улице: работающие пожилые;

передвигаются без ограничений; совершают ежедневные прогулки; совершают случайные прогулки; III – ограниченные двором; IV – ограниченные жилищем: а) ограниченные пределами квартиры: передвигаются свободно по квартире; передвигаются с приспособлениями; б) ограничены пределами комнаты; V – «узники комнаты»; VI – лежащие больные.

Вышеуказанная классификация позволяет выявить ранние признаки нарушений подвижности пожилых людей. Так, в группе II «Свободно передвигающиеся по улице» снижение подвижности отмечается по мере увеличения доли лиц старших возрастов. При этом отмечается общая закономерность: по мере снижения мобильности возрастает полиморбидность и доля более тяжелых нозологических форм патологии, что, в свою очередь, приводит к увеличению длительности ограничения подвижности, а также способствует нарастанию зависимости от посторонней помощи.

Наличие хронической и полиморбидной патологии у пожилых и престарелых пациентов неизбежно приводит к гиподинамическим состояниям, снижающим мобильность этих лиц. Каждый этап снижения мобильности в результате заболевания ведет к росту гипокинезии. Это приводит к опасным нарушениям гомеостаза важнейших систем и структур организма, в дальнейшем отражается на ухудшении состояния здоровья пожилых пациентов, усиливает их иммобилизацию. Порочный круг болезни замыкается, что приводит пожилых пациентов к еще большей зависимости и беспомощности. Кроме того, нарушения гомеостаза стимулируют развитие остеопороза, что повышает вероятность бытовых травм, часто заканчивающихся переломами костей после падений. Такие травмы приводят к полной иммобилизации, которая, замыкая порочный круг, усиливает нарушение обмена веществ и гипоксию, а также вызывает новую цепь патологических процессов, что при неадекватном лечении приводит к летальному исходу.

Достоверность оценки мобильности пожилых людей как одна из важнейших компонент медико-социальной экспертизы напрямую связана с использованием Винчестерской шкалы гериатрического риска. Дело в том, что функциональный статус пожилых пациентов показывает степень независимости больного в активности дневной жизни (ADL). Он позволяет врачу и социальному работнику определить количественный показатель способности пожилого человека к самостоятельному существованию. В свою очередь, на основании этого показателя, формируется индивидуальный «функциональный портрет» пожилого пациента, что позволяет дифференцировать виды и объемы медико-социальной помощи в зависимости от его состояния здоровья и функционального статуса (степени мобильности).

Выявление функциональных проблем – один из важнейших факторов оценки состояния здоровья пожилых людей, обратившихся в службы здравоохранения и социальной защиты. Определение параметров функциональности возможностей пожилых пациентов в зависимости от шкалы мобильности свидетельствует, что по мере снижения возможности передвигаться из-за болезни неизбежно понижаются способности и к самообслуживанию. В результате этого лица пожилого возраста, первоначально относящиеся к группе II – «Свободно передвигающиеся по улице», начинают перемещаться вначале в группу III – «Ограниченные двором», затем в группу IV – «Ограниченные жилищем», и наконец, достигают статуса V и VI групп – «Узники комнаты» и «Лежачие больные».

Ухудшение состояния здоровья пожилых людей без соответствующих лечебных мероприятий приводит к снижению их мобильности и функционального статуса, что подтверждается достоверной корреляционной зависимостью ($p < 0,05$).

Данная закономерность известна под названием «лестница старения». Болезнь любого человека без её оптимального лечения, необходимой профилактики и реабилитационных мероприятий, как правило «скатывает»

его на низшую ступень мобильности «лестницы старения». Задачей врача в этой ситуации становится осуществление комплекса мероприятий, позволяющих пациентам подняться на более высокую ступень «лестницы», а при невозможности этого, стараться не допустить прогрессирования заболевания, купировать его и стабилизировать состояние здоровья пациента.

Анализируя роль и значение медицинских организаций и врачей, работающих с пожилыми и престарелыми пациентами, необходимо констатировать наличие некоторых важных аспектов, напрямую влияющих на доступность, безопасность и качество медицинского обслуживания. Отмечаются следующие аспекты: недостаточное внимание к пожилым и престарелым пациентам; отсутствие целостного наблюдения и лечения хронической полиморбидной патологии; в амбулаторно-поликлинических учреждениях отсутствуют дневные стационары, доступные непосредственно для пожилых пациентов; большие очереди на консультации к узким специалистам и госпитализацию в стационары; отсутствие мотивации у врачей и сестринского медицинского персонала в обслуживании пожилых и престарелых пациентов, что приводит к снижению обращаемости за медицинской помощью.

Возможности государства и общества в стимуляции медико-социальной помощи лицам пожилого возраста за счет увеличения финансирования, создания новых структур и штатов в исследуемый период времени ограничены. В результате, учитывая необходимость коренного улучшения оказания медико-социальной помощи пожилому и престарелому населению, идет поиск способов и методов решения этой проблемы инновационными организационными подходами. Одним из таких подходов предполагается разработка механизма координации и взаимодействия медицинской и социальной служб в оказании помощи пожилым и престарелым. Рассматриваются две модели такого взаимодействия: интегрированная и функциональная. Интегрированная модель – когда обе службы объединятся в одну общую структуру. Функциональная модель – такая, при которой

медицинские и социальные службы взаимодействуют в работе, сохраняя свою структурную и административную самостоятельность.

Модель функционального межведомственного взаимодействия рассматривается как наиболее перспективная и привлекательная. Основная причина заключается в том, что она не требует создания новых штатных структур и дополнительного финансирования.

Эффективность организации медико-социальной помощи пожилым и престарелым в исследуемый период напрямую связана с углубленным межведомственным взаимодействием служб социальной защиты и здравоохранения в рамках совместно формируемых планов и программ по улучшению качества жизни и соблюдению государственных гарантий по охране здоровья и социальной защите этих групп населения. Рассматривая вопрос доступности и качества социальных услуг в исследуемый период, необходимо отметить, что доступность и качество социальных услуг, оказываемых пожилым престарелым в учреждениях социальной защиты, зависит от основных аспектов социальной доктрины: во-первых, от интенсивного развития двухуровневой системы управления и, во-вторых, от дальнейшей передачи полномочий по социальному обслуживанию на региональный уровень. Предполагалось, что соблюдение этих аспектов позволит обеспечить следующие положительные результаты: укрепление государственной системы социального обслуживания, обеспечивающей базовый уровень предоставляемых социальных услуг; повышение гарантий доступности (перераспределение обслуживаемых территорий между учреждениями социального обслуживания) и качества социальных услуг (введение для регионов стандартов, норм, порядков и правил); повышение гарантий стабильности бюджетного финансирования учреждений социального обслуживания, ранее находившихся в муниципальных образованиях с различным уровнем бюджетной обеспеченности; объективная оценка состояния материально-технической базы учреждений социального обслуживания с последующей модернизацией; упорядочение штатной

численности работников учреждений социального обслуживания в зависимости от зоны обслуживания, численности обслуживаемых лиц.

При этом повышение потенциала системы социального обслуживания позволяет внедрять в практику инновационные социальные технологии. Социальные технологии имеют неограниченные возможности применения и могут быть специально ориентированы на экономное расходование ресурсов. Они приобретают особую значимость в условиях нарастающей взаимозависимости, динамизма и обновления процессов в сфере социального обслуживания.

Внедрение инноваций на основе социально-ориентированных подходов, эффективных технологий методов и форм, а также дальнейшего совершенствования инфраструктуры способствует повышению доступности и качества социальных услуг. Развитие и внедрение в практическую деятельность социальных учреждений инновационных социальных технологий предполагает создание новой системы показателей в области социального обслуживания.

Новая система показателей должна учитывать эффективность и экономичность функционирования сети учреждений социального обслуживания. Начиная с 2008 г., наблюдается увеличение численности пожилых людей. В результате этого отмечается существенное увеличение очередности на домашнее обслуживание, особенно медико-социальное и стационарное. Констатируется нарастание диспропорций в развитии системы социального обслуживания по регионам. Обращает на себя внимание невосполнимый отток кадров, занятых оказанием социальных услуг. Увеличивается число кризисных ситуаций в семьях, не справляющихся с функцией ухода за престарелыми родственниками. Снижается качество жизни определенной части престарелых граждан вследствие снижения доступности и качества социальных услуг. Появляются негативистские настроения среди представителей молодых возрастных групп населения, инвалидов, как потенциальных получателей социальных услуг. Значительно

активизируются структуры, использующие в корыстных целях трудную жизненную ситуацию престарелых одиноких и маломобильных граждан.

В связи с вышесказанным, государственная стратегия развития социальной защиты лиц пожилого и престарелого возраста должна быть направлена на предупреждение различных социальных рисков у пожилых и престарелых на основе увеличения доступности, безопасности и качества социальных услуг, на создание и развитие системы социальной безопасности лиц пожилого и старческого возраста на основе масштабного инновационного внедрения социальных услуг, а также на соблюдение прав пожилых и престарелых людей на охрану здоровья и социальную защиту на принципах государственной первичной профилактики, закрепленных в Оттавской Хартии здоровья, утвержденной ВОЗ в 1986 г.

При этом государственная политика в сфере социальной защиты пожилых и престарелых на ближайшую перспективу должна обеспечивать социальную поддержку в кризисных ситуациях, гарантированное оказание разовых социальных услуг срочного характера, эффективную социальную помощь (гарантированное оказание регулярных социальных услуг в определенные периоды жизненного цикла), создание стабильных механизмов надежной социальной защиты для лиц пожилого и старческого возраста (гарантированное оказание длительных или непрерывных социальных услуг комплексного характера).

Таким образом, обеспечение населения доступными, безопасными и качественными гарантированными социальными услугами – это путь к продлению автономной, мобильной, независимой жизни и социальной интеграции, сохранению и эффективному использованию человеческих ресурсов, реализации прав человека в социальной сфере. Это процесс, не ограниченный во времени, он будет существовать до тех пор, пока существует цивилизованное человеческое общество и социальное государство.

Список литературы

1. Артемьева, Г.Б. Постарение населения и некоторые вопросы организации первичной медицинской помощи в системе ОМС / Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт // Главврач. – 2013. – №1. – С. 21-26.
2. Бобровская, О.Н. Проблемы и перспективы развития государственных программ, направленных на поддержание экономической активности граждан старшего возраста / О.Н. Бобровская // Успехи геронтологии. – 2018. – Т. 31, № 6. – С. 816–824.
3. Гаврилов, Л. А. Является ли старение болезнью? Точка зрения биодемографов / Л.А. Гаврилов, Н.С. Гаврилова // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 6. – С. 841–842.
4. Москалев, А. А. Является ли старение болезнью? Точка зрения генетика / А.А. Москалев // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 6. – С. 843–844.
5. Мякотных, В. С. Является ли старение болезнью? Точка зрения врача-гериатра / В.С. Мякотных // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – № 6. – С. 848–850.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОТРУДНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНСПЕКЦИИ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ

Н.К. Коковина^{1, 2}, Р.В. Губко²

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Саха (Якутия)», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. Инспектор дорожно-патрульной службы ГИБДД, исполняет свои профессиональные обязанности, как и любой сотрудник ОВД, будучи погруженным в особую специфическую среду, создающую напряженные, а порой и экстремальные условия [7], и непрерывно контактируя с ее вредными и опасными факторами: загрязнение воздуха автомагистралей и виброакустического воздействия (шума), влияние экстремальных климатических условий, хронический стресс [1, 2, 3, 4, 5, 6]. По данным Мингалеева Э.Б., Леновой Ю.Б, Рассадина А.А., риск у инспекторов ДПС ГИБДД, превышает допустимые значения, и оцениваются как вредные третьей степени, что соответствует категории профессионального риска – высокий (непереносимый) [4]. Анализ распространенности хронической патологии (Черникова Е.Ф.) показал, что по классам: «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (БКМС), «болезни органов пищеварения» (БОП) и «болезни нервной системы» (БНС) заболеваемость автоинспекторов оказалась в 3–4 раза выше среднестатистических значений для трудоспособного населения. Последнее может указывать на наличие связи перечисленной патологии с профессиональной деятельностью. Начиная трудовую деятельность в статусе «абсолютно здоров» (1-я группа предназначения), к концу первого и второго года службы большая доля инспекторов «зарабатывает» ту или иную патологию [8].

Цель: провести сравнительную оценку уровня и структуры общей заболеваемости сотрудников ГИБДД с выделением ведущих нозологических форм заболеваний.

Материалы и методы исследования. Проведен простой сравнительный анализ данных заболеваемости сотрудников государственной инспекции безопасности дорожного движения по материалам статистической отчетности госпиталя за 2017-2021 гг. Методом описательной статистики исследовано 103 амбулаторных карты и 126 историй болезни пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Результаты. При проведении сравнительного анализа общей заболеваемости среди сотрудников ОВД, были отмечены наиболее высокие показатели по основным формам нозологии. У сотрудников ГИБДД наблюдается некоторое превышение доли заболеваний эндокринной системы, болезней уха и сосцевидного отростка среди сотрудников ОВД. Заболевания же органов дыхания среди сотрудников ГИБДД превышают суммарную заболеваемость всеми остальными нозологиями (таблица 1). В эпидемические периоды на их долю приходится 10–50% временной нетрудоспособности. Однако, до начала пандемии 2020 года, показатели болезней органов дыхания занимали также лидирующие позиции. Доля острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей среди болезней органов дыхания составляет 83,6%.

Показатели заболеваний органов пищеварения имеют тенденцию к росту. На сегодняшний день 1 место среди сотрудников УГИБДД занимают заболевания полости рта (кариес, пародонтозы, гингивиты) – 58%, на втором месте – неинфекционные заболевания кишечника (14%), на третьем – гастриты и дуодениты (9,3%). При этом, основная доля заболеваний органов пищеварения приходится на лиц от 30 до 40 лет – 62,8%, старше 40 лет – 31,4%. Среди заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани первое место занимают дорсалгии и деформирующие дорсопатии – 75%, артрозы, артриты и другие поражения суставов составляют – 13,3%.

Также одними из значимых причин повышенной заболеваемости являются травмы, что связано со спецификой несения службы сотрудников ГИБДД. Так, травмы головы составляют 11%, травмы голени и коленей – 17%, голеностопного сустава и стопы – 26%. Имеют место быть травмы живота, раны грудной клетки.

Таблица 1 – Структура общей заболеваемости сотрудников органов внутренних дел за период 2017-2021 гг. (%)

Наименование болезней		2017	2018	2019	2020	2021
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	Всего ОВД	2,8	2,98	2,6	1,2	2,4
	ГИБДД	2,52	3,07	5,2	1,3	3,7
Болезни нервной системы	Всего ОВД	2,7	2,9	2,7	2,4	2,9
	ГИБДД	2,52	2,7	2,17	2	3,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	Всего ОВД	3,3	3,3	4,1	2,9	3,7
	ГИБДД	2,9	4,4	5,9	4	4,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	Всего ОВД	2,2	1,76	1,8	1,33	1,7
	ГИБДД	4,7	1,02	2,44	2,55	3,7
Болезни органов дыхания	Всего ОВД	40,8	29,3	30,3	42,04	38,7
	ГИБДД	42,6	39	35	62	51
Болезни органов пищеварения	Всего ОВД	18,1	15,04	14,8	6,86	7,8
	ГИБДД	10,4	13,6	13	4	9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Всего ОВД	15,4	10,4	11,9	8,41	8,2
	ГИБДД	11,04	11,3	11,5	7,1	8,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Всего ОВД	12,2	10,7	7,3	5,42	4,6
	ГИБДД	7,25	7,51	10,5	4,5	6

Выводы. Таким образом, оценка общей заболеваемости сотрудников ГИБДД продемонстрировала средние показатели, такие как заболевания

органов дыхания, эндокринной системы, болезней уха и сосцевидного отростка в сравнении с общей заболеваемостью сотрудников правоохранительных органов. Первое место среди заболеваний по группам (%) занимают дорсалгии и деформирующие дорсопатии – 75%, далее – заболевания полости рта – 58%; по формам (%) первое место занимают острые респираторно-вирусные инфекции – 83,6%, что несомненно связано с условиями несения службы сотрудников ГИБДД. Основная доля заболеваний органов пищеварения приходится на лиц от 30 до 40 лет.

Последующей задачей является изучение самооценки состояния здоровья, отношения к факторам, влияющим на здоровье; медицинскую активность и распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди сотрудников ГИБДД с применением метода анкетирования, а также разработка и внедрение организационно-технических и лечебно-профилактических мероприятий с целью оценки динамики заболеваемости и снижения влияния вредных факторов на здоровье сотрудников ГИБДД.

С целью своевременного выявления заболеваний и лечения необходимо развивать первичное амбулаторное звено в ведомственных поликлиниках, ежегодно проводить анализ заболеваемости сотрудников ГИБДД, учитывая особенности профессиональных факторов риска.

Список литературы

1. Бабаханов, И.С. Структура неврологических симптомов и их связь с факторами риска развития инсульта / И.С. Бабаханов // Медицинские новости. – 2021. – №6. – С. 71-73.
2. Коннова, Л.А. Природные и антропогенные факторы среды обитания и здоровье населения в арктической зоне российской федерации / Л.А. Коннова, Ю.В. Львова // Научно-аналитический журнал «Вестник

Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России». – 2019. – С. 119-124.

3. Кулиничев, А.Н. Факторы, способствующие физической работоспособности сотрудников органов внутренних дел / А.Н. Кулиничев, В.Е. Дыбов // Проблемы правоохранительной деятельности. – 2018. – № 3. – С. 36-39.

4. Мингалеев, Э.Б. Особенности профессиональной деятельности сотрудников ДПС ГИБДД / Э.Б. Мингалеев, Ю.Б. Ленева, А.А. Рассадин // Педагогические науки. – 2018. – №14. – С. 314.

5. Минеев, Ю. В. Факторы, влияющие на психологическое состояние в экстремальных ситуациях / Ю.В. Минеев // Научный дайджест Восточно-Сибирского института МВД России. – 2020. – № 4(7). – С. 162–168.

6. Труфанов, Н. И. К вопросу о профилактике стрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел / Н.И. Труфанов // Прикладная юридическая психология. – 2022. – № 2. – С. 54-60.

7. Фомичев, Д.С. Проблемы обеспечения личной профессиональной безопасности инспекторов дорожно-патрульной службы ГИБДД / Д.С. Фомичев, Е.А. Коновалов, Н.В. Касаткина и др. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 7(109). – С. 155-156.

8. Черникова, Е.Ф. Профессиональный риск и ранние признаки дезадаптации у молодых сотрудников ДПС, работающих в сменном графике / Е.Ф. Черникова // Медицина труда и пром. экол. – 2020. – № 60(11). – С. 884–887. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-11-884-887>

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

С.Н. Кондаков¹, Е.С. Павлова^{1,2}, Н.Г. Павлов¹

¹ Государственное бюджетное учреждение Республики Саха (Якутия)
«Научно-практический центр «Фтизиатрия» им. Е.Н. Андреева», Якутск,
Республика Саха (Якутия), Россия

² ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Туберкулез – распространенное социально зависимое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (МБТ). Социально-экономические факторы играют значительную роль в развитии и утяжелении туберкулезного процесса. Основное место в лечении туберкулеза занимает длительная этиотропная терапия, направленная на уничтожение или подавление микобактериальной популяции в организме больного.

Клиническое излечение – это исчезновение всех признаков активного туберкулезного процесса в результате проведенного основного курса комплексного противотуберкулезного лечения со стойким заживлением туберкулезного поражения, подтвержденным лабораторными и клинко-рентгенологическими методами с учетом дифференцированных сроков наблюдения. В процессе эффективной химиотерапии излечение от туберкулеза характеризуется исчезновением клинических признаков болезни.

ГБУ РС (Я) «Научно-практический центр «Фтизиатрия» имени Е.Н. Андреева» (далее НПЦ «Фтизиатрия») является головным учреждением противотуберкулезной службы РС (Я), оказывающим специализированную медицинскую помощь больным туберкулезом населению республики. В НПЦ «Фтизиатрия» функционируют 3 диспансера: Республиканский противотуберкулезный диспансер; Якутское городское противотуберкулезное диспансерное отделение (ЯГПДО) с дневным стационаром на 25 коек с

кабинетами противотуберкулезной помощи больным ВИЧ и медико-социальной помощи больным туберкулезом; детское противотуберкулезное диспансерное отделение. Развернут стационар на 460 круглосуточных коек, включая 85 коек для детей и подростков.

Цель работы: организация системы мероприятий для улучшения показателей клинического излечения туберкулеза органов дыхания (ТОД) в г. Якутске на примере ЯГПДО.

Для достижения поставленной цели будут решены следующие задачи: анализ показателей распространенности туберкулеза и клинического излечения больных ТОД в г. Якутске и РС (Я) за 2018-2022 гг. и выявление факторов, влияющих на недостаточный уровень клинического излечения ТОД; разработка и внедрение системы мероприятий для повышения эффективности результатов лечения больных ТОД.

Одним их основных показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию в целом, является распространенность туберкулеза среди населения – общее число больных активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебном учреждении на конец отчетного года в расчёте на 100 тыс. населения.

Как видно на рис. 1 показатель распространенности туберкулеза (форма №33) в РС (Я) за период 2018-2022 гг. снизился на 43,1% – со 129,1 до 55,6 на 100 тыс. населения. Но при этом превышает аналогичный показатель РФ – 40,3 на 100 тыс. нас. и ниже показателя ДФО – 70,6 на 100 тыс. нас. С 2021 г. темп снижения снизился и составил 7,3%. В г. Якутске за последние 5 лет распространенность туберкулеза снизилась на 23,0% – с 201,4 до 86,8 на 100 тыс. нас.

Среднегодовой темп снижения за исследуемый период составил 5,7%. При этом следует отметить, что распространенность туберкулеза в г. Якутске в 2018 г. превышала аналогичный республиканский показатель в 1,6 раза, в 2022 г. продолжает превышать в 1,5 раза [1].

Обеспечение более высоких темпов снижения контингентов больных туберкулезом может быть достигнуто правильным планированием уровня показателя клинического излечения [2].

Клиническое излечение контингентов больных ТОД в РС (Я), как видно из рис. 2, в 2022 г. повысилось по сравнению с 2018 г. на 6,9%. По районам этот показатель в указанный период превышал республиканский на 3,1-7,4% 2022 г. В г. Якутске клиническое излечение больных ТОД по сравнению с 2018г. повысилось на 6,9%, но остается ниже республиканского показателя на 3,1-7,1% и на 6,2-14,5% ниже аналогичного в районах РС (Я).

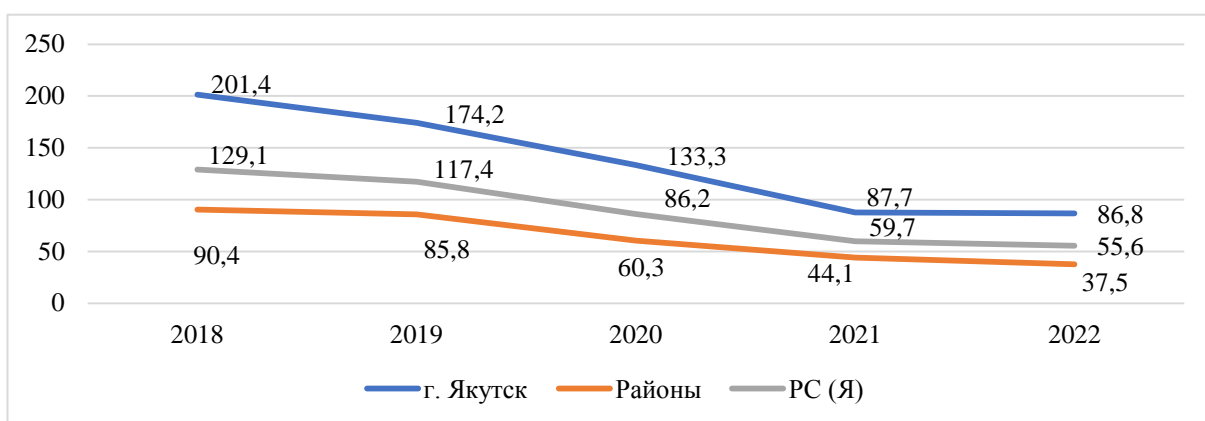


Рисунок 1 – Распространенность туберкулеза в РС (Я) в 2018-2022 гг.
(ф. №33, на 100 тыс.)

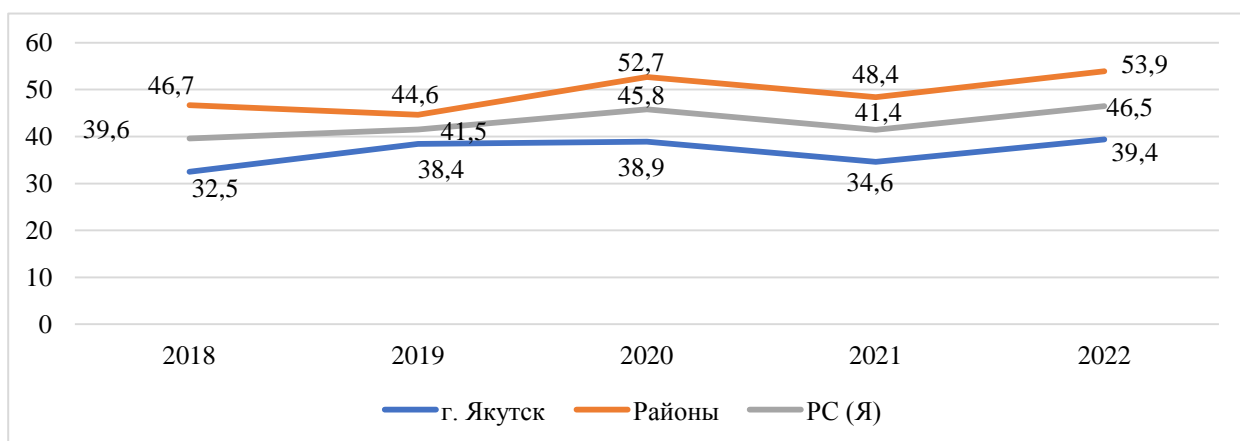


Рисунок 2 – Клиническое излечение контингентов больных ТОД в РС (Я)
(ф. №33, на 100 тыс., %)

Увеличение показателя клинического излечения контингента больных ТОД является актуальной и значимой целью для снижения распространенности туберкулеза в г. Якутске. При планировании перевода больных из I и II групп учета в III группу необходимо предусмотреть, чтобы показатель клинического излечения превышал удельный вес впервые выявленных больных ТОД среди всех контингентов больных ТОД не менее чем на 6-8%. По РС (Я) он должен составлять примерно 45%. В этом случае будет обеспечено снижение контингентов больных туберкулезом на 8-9% в год, что является показателем положительной динамики эпидемической ситуации туберкулеза в регионе.

При проведении анализа показателей распространенности туберкулеза и клинического излечения больных ТОД за 2018-2022 гг. установлено, что в г. Якутске распространенность туберкулеза в 2018 г. превышала аналогичный республиканский показатель в 1,6 раза, в 2022 г. – в 1,5 раза. Показатель клинического излечения больных ТОД в исследуемый период остается ниже республиканского показателя на 7,1%.

Как известно, обеспечение более высоких темпов снижения контингентов больных туберкулезом может быть достигнуто правильным планированием уровня показателя клинического излечения.

Это возможно в случае организация пунктов контролируемого лечения (ПКЛ) больных туберкулезом в медицинских организациях г. Якутска для приближения места амбулаторного лечения к месту проживания больного. Кроме того, актуальным является организация стационара на дому в тех случаях, когда невозможны другие формы лечения больного туберкулезом (круглосуточный стационар, дневной стационар, амбулаторное лечение) для пациентов, отказавшихся от госпитализации в круглосуточный стационар или неоднократно выписанных из него за злостные нарушения лечебного режима и нуждающихся в медицинской помощи.

Нами проведен SWOT-анализ процесса оказания амбулаторно-поликлинической помощи больным туберкулезом в ЯГПДО. Выявлены

следующие сильные стороны: квалифицированный, мотивированный и обученный персонал (сертификация 100% врачей и СМП); высокий процент госпитализации впервые выявленных больных ТОД (96,7-98,7%); достаточное обеспечение противотуберкулезными препаратами (ПТП) и неспецифическими лекарственными препаратами; внедрение и соблюдение стандартов химиотерапии больных ТОД. Отмечены слабые стороны процесса: трудности в обеспечении непосредственного контроля медицинского персонала за приемом противотуберкулезных препаратов [3]; высокий процент больных ТОД, досрочно прервавших лечение (рис. 3).

В настоящее время в ГО «Жатай» и пригородах организованы ПКЛ по месту фактического проживания пациентов (Приказ МЗ РС (Я) от 18.05.2015 №01-07/1191), прикрепленные к участковым врачам-фтизиатрам ЯГПДО. В самом МО «Город Якутск» для больных не соблюдаются требования контролируемой химиотерапии, по городу не организованы ПКЛ за исключением пациентов, проживающих в непосредственной близости к ЯГПДО. Многие пациенты не имеют финансовых возможностей ежедневно приезжать для контролируемого приема ПТП в течение длительного времени (4-12 месяцев).

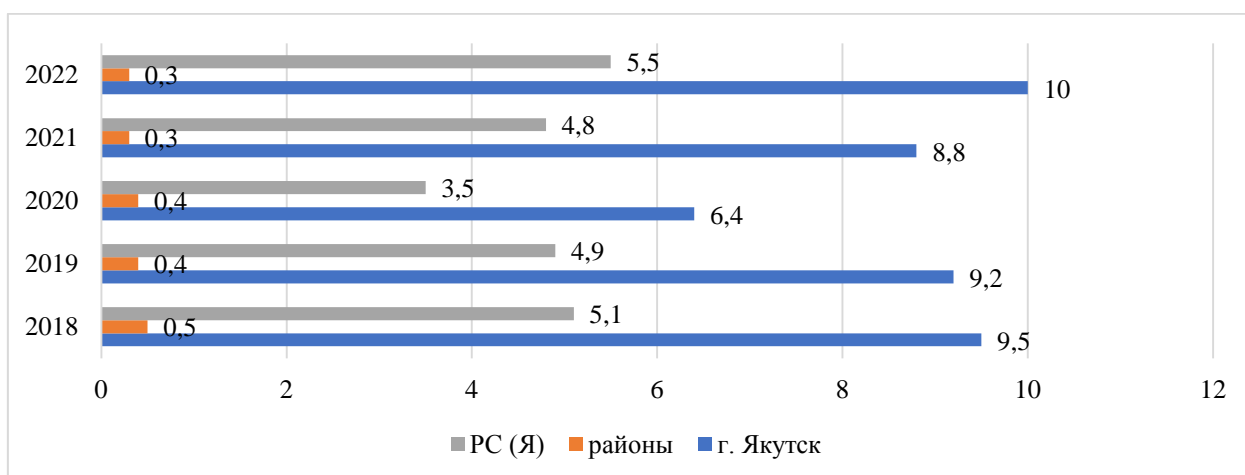


Рисунок 3 – Доля больных ТОД, досрочно прервавших химиотерапию в 2018-2022 гг. (%)

Исходя из вышеизложенного, сформулирована стратегическая цель ЯГПДО – повысить частоту клинического излечения больных туберкулезом органов дыхания в г. Якутске в 2023 году не ниже, чем 45,0%.

Для выполнения цели ЯГПДО составлен стратегический план действий отделения на 2023 год с учетом слабых сторон процесса оказания амбулаторно-поликлинической помощи больным туберкулезом в г. Якутске, сформированы задачи, определены мероприятия для их решения, ресурсное обеспечение, указаны критерии достижения, установлены сроки реализации плана и обозначены ответственные по каждой задаче:

1) снизить процент отрывов от лечения больных ТОД до 5% – организация Школы пациента, меры социальной поддержки, психологическое консультирование – охват 100%; обучение врачей-фтизиатров по материалам Международного обучающего семинара для руководителей ТБ программ «Опыт последнего десятилетия: сложные пациенты, эффективные подходы, новые лекарственные препараты»;

2) организовать контролируемое лечение больных ТОД на амбулаторном этапе химиотерапии путем организации ПКЛ в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи, выделения штата (0,5 ставки) в пределах штатного расписания ЯГПДО – охват 100%;

3) организовать стационар на дому – разработка Положения о стационаре на дому, должностных инструкций, выделения штата (0,5 ставки) в пределах штатного расписания ЯГПДО – охват 100% нуждающихся.

4) активизировать поиск больных туберкулезом, оторвавшихся от диспансерного наблюдения путем заключения соглашения между УВД г. Якутска, УССП РС (Я) и НПЦ «Фтизиатрия» по поиску и приводу больных туберкулезом, злостно уклоняющихся от обследования, госпитализации и лечения;

5) контролировать выполнение индикаторов клинического излечения контингентов больных ТОД – самоанализ деятельности, достижения в 2023 г. поквартально индикативных показателей клинического

излечения контингентов ТОД: I квартал – 11,0%, II квартал – 22,5%, III квартал – 34,0%, IV квартал – 45,0%.

Выводы

1. Показатель клинического излечения больных ТОД в г. Якутске в период с 2018 по 2022гг. остается ниже республиканского показателя на 7,1%, что уменьшает темпы снижения распространенности туберкулеза в г. Якутске и республике в целом.

2. Основными факторами, способствующими снижению частоты клинического излечения больных ТОД в г. Якутске, являются несоблюдение принципа контролируемого проведения лечения на амбулаторном этапе и высокий процент отрывов от химиотерапии и диспансерного наблюдения больных ТОД.

Практические рекомендации по совершенствованию деятельности ЯГПДО НПЦ «Фтизиатрия»:

1. Организовать пункты контролируемого лечения больных туберкулезом в медицинских организациях ПМСП г. Якутска для приближения места амбулаторного лечения к месту проживания пациента.

2. Организовать стационар на дому для пациентов, отказавшихся от госпитализации в круглосуточный стационар или неоднократно выписанных из него за злостные нарушения лечебного режима и нуждающихся в медицинской помощи.

3. Обеспечить психологическую и социальную помощь всем нуждающимся больным туберкулезом для повышения приверженности к лечению и снижения процента отрывов от химиотерапии и диспансерного наблюдения.

4. Заключить соглашение между Управлением полиции г. Якутска, Управлением судебных приставов и ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» по поиску и приводу больных туберкулезом, злостно уклоняющихся от обследования, госпитализации и лечения.

5. Установить контроль выполнения индикаторов клинического излечения контингентов, больных ТОД.

Список литературы

1. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Республике Саха (Якутия): сборник статистических показателей. – Якутск, 2022. – 55 с.

2. Сон, И.М. Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений : пособие для врачей / И.М. Сон, Е.И. Скачкова, С.А. Леонов, П.П. Сельцовский и др. – Москва : ЦНИИОИЗ, – 2009. – 56 с.

3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. – Москва ; Тверь : ООО «Издательство «Триада», 2014. – 56 с.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Н.И. Корякина, Л.Ф. Тимофеев

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. В современном мире состояние здоровья студентов – одной из представительных групп молодежи страны – является актуальной проблемой общества.

Приоритетным условием развития любого общества является здоровье населения, а для любого государства особенно важен его генофонд, который несет в себе интеллектуальный, кадровый и, конечно, оборонный потенциал. Образовательный процесс – один из ключевых звеньев цепочки подъема уровня жизни, политической и экономической устойчивости, социальных аспектов. Наряду с этим нельзя отодвигать на задний план негативные тенденции общества, которые ведут к неизбежным последствиям: потере здоровья и ограничению возможностей ведения здорового образа жизни. Актуальной проблемой среди учащейся молодежи в возрасте 17-25 лет является проблема влияния учебного процесса на самочувствие студентов [1].

Цель данной работы: изучить влияние учебного процесса на состояние здоровья студентов высших учебных заведений.

Для достижения данной цели, мы ставим перед собой следующие **задачи**: провести литературный обзор по теме влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов; определение проблемы влияния учебного процесса на самочувствие студентов высших учебных заведений.

Результаты и обсуждение. Обучение в университете – сложный и достаточно длительный процесс, который характеризуется рядом особенностей и предъявляет высокие требования к пластичности психики и физиологическим функциям молодых людей. При поступлении в высшее учебное заведение у студентов происходит нарушение жизненного

стереотипа. Начальный период обучения играет существенную роль для адаптационно-компенсаторных механизмов. От него во многом зависит дальнейшее самочувствие студента.

Учебно-профессиональная деятельность как ведущая в студенческом возрасте характеризуется высоким уровнем стрессовых нагрузок. В силу различных факторов отдельные элементы или сама учебная ситуация в целом становятся значимыми для студентов, что и может являться общей предпосылкой для возникновения стресса. На первом году обучения существенной причиной стресса могут стать кардинальные перемены в жизни студента. Данный этап вузовского периода отличается большими трудностями, так как студент входит в новый тип взаимоотношений, приобретает новый статус и ему необходимо адаптироваться к новой среде, новым порядкам и незнакомым людям [5].

Влияние образовательной среды на здоровье студентов можно выразить через процесс адаптации. Под адаптированностью понимают уровень приспособления человека к различным требованиям среды (как социальным, так и физическим) без ощущения внутреннего дискомфорта и без конфликта со средой.

Многие молодые люди, поступившие в вуз, попав в новые условия обучения, испытывают большие психологические и физические перегрузки, которые постепенно могут отразиться на их самочувствии [2].

Как известно, снижение уровня здоровья студентов случается в тех случаях, когда они не соблюдают принципы здорового образа жизни. За период обучения, под воздействием факторов, указанных ранее, происходит ослабление состояния здоровья, большинство студентов находится в предболезненных состояниях [3].

Среди студентов наблюдается рост заболеваемости остеохондрозом, что не удивительно. Основной причиной появления и прогрессирования заболеваний опорно-двигательной системы является малоподвижный образ жизни, вызывающий мышечную гипотонию. Даже незначительные

отклонения от нормы еще в школьном возрасте со стороны костно-мышечной системы в сочетании с неблагоприятными условиями могут приводить к появлению патологических типов осанки, предрасполагающих в дальнейшем к развитию и прогрессированию сколиоза и дорсопатии. Другим предрасполагающим фактором, в основном среди юношей, является недоступность по цене таких благоприятных видов спорта как плавание, которое дает равномерную нагрузку на все группы мышц. Особого внимания заслуживает статистика распределения числа заболевших на разных курсах. Статистика показывает, что самое большое число обратившихся за помощью приходится на I и II курсы: резко возросшая учебная нагрузка, неблагоприятное воздействие социально-гигиенических факторов среды, стремительное изменение привычного ритма жизни и круга общения, смена места проживания, качество питания вызывают сильный стресс и оказывают выраженное негативное влияние на физическое и психологическое здоровье студентов.

Помимо этого, на состояние здоровья иногородних студентов, проживающих в общежитии, могут влиять некоторые бытовые неудобства. Наиболее важным и часто встречающимся фактором, оказывающим неблагоприятное влияние на здоровье учащихся, также является несбалансированная высококалорийная пища и нарушение режима питания. Учащиеся питаются в среднем 2 раза в сутки, а около трети принимают горячую пищу лишь раз в сутки. При этом качественный состав еды большинства студентов не удовлетворяет потребность организма в витаминах и микроэлементах, особенно остро данный дисбаланс наблюдается среди иногородних студентов, в большей степени питающихся фастфудом. Систематическое неправильное питание прежде всего провоцирует заболевания желудочно-кишечного тракта, а также приводит к нарушению обменных процессов и работы всего организма.

Уже на первых курсах учебу с работой совмещают более 30% юношей и 15% девушек. Это приводит к значительному нарушению режима дня, острой

нехватке сна и постоянной усталости, ухудшению жизненных функций организма, что значительно ослабляет иммунную систему человека. По данным исследования, проведенного среди студентов различных вузов нашей страны, отмечен сильный рост негативных тенденций в гигиеническом поведении студентов. Количество студентов, курящих, употребляющих алкоголь или наркотики, очень увеличилось [4].

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что общее состояние здоровья студентов продолжает вызывать опасение. Причинами тому служит множество взаимосвязанных негативных факторов, многие из которых связаны в первую очередь со стремительно меняющимся ритмом жизни в мегаполисах и городах. Для снижения темпов ухудшения данной ситуации, а в дальнейшем и решения проблемы, следует внимательнее изучить способы оздоровления студентов, в том числе путем систематического посещения профилакториев и формирования культуры здорового образа жизни. Поэтому следует изучать проблемы физического воспитания как одного из самых доступных основных методов оздоровления.

В качестве методов по сохранению здоровья студенческой молодёжи можно рекомендовать более качественную просветительскую деятельность как в процессе учебной деятельности по предметам «Физическая культура и спорт» и «Здоровьесберегающие технологии», так и во внеучебное за счет проведения мероприятий качественной диспансеризации, обеспечения учебных аудиторий согласно всем гигиеническим требованиям, улучшения качества и доступности студенческого питания как в учебных заведениях, так и в общежитиях.

Список литературы:

1. Шагина, И.Р. Влияние учебного процесса на здоровье студентов / И.Р. Шагина // Астраханский медицинский журнал [Электронный ресурс].

Астрахань, 2010. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-uchebnogo-protssessa-na-zdorovie-studentov>

2. Полкова, К.А. Образовательная среда как фактор, влияющий на здоровье студентов / К.А. Полкова // Материалы X Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL:<https://scienceforum.ru/2018/article/2018008071>"

><https://scienceforum.ru/2018/article/2018008071> (дата обращения: 06.03.2023).

3. Меерманова, И.Б. Состояние здоровья студентов, обучающихся в высших учебных заведениях / И.Б. Меерманова, Ш.С. Койгельдинова, С.А. Ибраев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 2-2. – С. 193-197; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11244> (дата обращения: 06.03.2023).

4. Осетрина, Д. А. Причины ухудшения состояния здоровья студентов / Д. А. Осетрина, В. В. Семёнова. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2017. – № 13 (147). – С. 649-651. – URL: <https://moluch.ru/archive/147/41309/> (дата обращения: 06.03.2023).

5. Киселева, Е. В. Стресс у студентов в процессе учебно-профессиональной подготовки: причины и последствия / Е. В. Киселева, С. П. Акутина. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2017. – № 6 (140). – С. 417-419. – URL: <https://moluch.ru/archive/140/39480/> / (дата обращения: 06.03.2023).

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ПО ИТОГАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ФКУ «ГБ МСЭ ПО РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)»
МИНТРУДА РОССИИ ЗА 2020-2022 гг.**

Л.И. Лазарева, А.И. Гоголева, А.А. Баишева, М.М. Погодаева
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Саха (Якутия)»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Якутск, Республика
Саха (Якутия), Россия

Общая численность населения республики на 01 января 2022 г. составляет 992115 человек, общий прирост за год составил 10144 человек (+1,03).

Численность населения Республики Саха (Якутия) ежегодно увеличивается. Республика является одним из немногих регионов в Российской Федерации, где сохраняется естественный прирост населения (+10144). Уменьшение наблюдается среди детей до 18 лет, темп убыли к 2021 г. составил – 0,2%. Наибольший темп прироста к 2021 г. наблюдается среди населения пенсионного возраста – 2,0%.

Согласно данным Росстата, за 2021 г. население России сократилось на 613 439 человек и составило на 1 января 2022 г. 145 557 576 человек.

По данным Федерального реестра инвалидов за 2022 г. общая численность инвалидов, проживающих в республике, в сравнении с предыдущим годом уменьшилась на 2430 человек, темп убыли составил - 4,2%.

В течение анализируемого периода наблюдается снижение процента инвалидизации среди взрослого населения с 7,5% за 2020 г. до 7,0% за 2022 г. В динамике за 2020–2022 гг. удельный вес инвалидизации среди детского населения сохраняется на уровне 2,5%.

Следует отметить, что сравнительный анализ показателей инвалидности, начиная с 1 марта 2020 г. по 1 июля 2022 г., имеет отличительные особенности, так как в связи с распространением коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации 9 апреля 2020 г. был введен Временный порядок признания лица инвалидом. Карантинные мероприятия определили некоторые ограничения при направлении граждан на медико-социальную экспертизу для проведения первичного освидетельствования, были отменены все очные освидетельствования, а также выездные заседания и освидетельствования на дому.

Среди общего числа лиц, освидетельствованных для установления инвалидности впервые, инвалидами признаны в 2020 г. 3054 человека, в 2021 г. – 3253 человека и в 2022 г. – 3967 человек. В целом за 3 года их число увеличилось на 913 человек (+29,9%). Рост абсолютного числа впервые признанных инвалидами среди взрослого населения отмечается по всем возрастным группам.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в динамике за 2020–2022 гг. вырос от 36,1 до 42,2 на 10 тыс. взрослого населения республики (+16,9%). Среди населения пенсионного возраста за анализируемый период уровень увеличился от 76,6 до 88,8 (+15,9%), среди населения трудоспособного возраста – от 22,7 до 26,3 на 10 тыс. соответствующего взрослого населения (+15,9%).

Наиболее часто при первичном освидетельствовании взрослого населения устанавливалась инвалидность III группы. Абсолютное число инвалидов III группы за период 2020 – 2022 гг. увеличилось от 1063 до 1253 человек, в то же время их доля незначительно уменьшилась от 41,6% до 40,8%.

Инвалидов I группы меньше всего, но их число стабильно увеличивалось от 634 до 819, также увеличивалась их доля с 24,8% до 26,7.

Доля инвалидов II группы на протяжении анализируемого периода уменьшилась с 33,6% до 32,6%, в то же время абсолютное число инвалидов увеличилось с 857 до 1000 человек.

В 2022 г. ранговая структура первичной инвалидности взрослого населения по классам и основным подклассам болезней выглядит следующим образом:

1-е ранговое место, как и в предыдущие годы, занимают злокачественные новообразования с уровнем – 11,8 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в динамике за 2020-2022 гг. повысился от 11 до 11,8 соответственно;

2-е ранговое место по-прежнему занимают болезни системы кровообращения – 9,3 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения также оставался высоким, но в динамике за 2020-2022 гг. снизился от 9,7 до 9,3 на 10,0 тыс. взрослого населения соответственно;

На 3-м ранговом месте, как и в 2020-2021 гг., болезни костно-мышечной системы с уровнем 3,8 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы ежегодно увеличивался (в 2020 г. – 2,4 на 10,0 тыс. взрослого населения, в 2021 г. – 2,5 на 10,0 тыс. взрослого населения);

На 4-м ранговом месте болезни нервной системы с уровнем 2,9 на 10 тыс. взрослого населения, занимавшие в 2020-2021 гг. 5 ранговое место. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней нервной систем стабильно увеличивался (в 2020 г. – 1,8 на 10,0 тыс. взрослого населения, в 2021 г. – 2,1 на 10,0 тыс. взрослого населения);

На 5-м ранговом месте психические расстройства и расстройства поведения с уровнем 2,4 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности по данной нозологической группе в 2020–2022 гг. также

ежегодно увеличивался (в 2020 г. – 1,9 на 10,0 тыс. взрослого населения, в 2021 г. – 2,1 на 10,0 тыс. взрослого населения).

В 2022 г. по сравнению с 2020 г. отмечается рост уровня первичной инвалидности взрослого населения по всем нозологическим группам болезней, кроме болезни системы кровообращения (-4,1%), туберкулеза (-25%) и профессиональных болезней (-55,6%). Наибольший прирост уровня первичной инвалидности определяется в следующих нозологических классах болезней: прочие болезни (+97,5%), болезни уха и сосцевидного отростка (+75,0), болезни органов дыхания (+75,0), болезни глаза и придаточного аппарата (+69,2), болезни органов пищеварения (+62,5).

В сравнении с 2021 г. отмечается рост уровня первичной инвалидности по всем нозологическим группам болезней, кроме туберкулеза (-33,3%). Наибольший прирост уровня первичной инвалидности определяется в следующих нозологических классах болезней: болезни органов пищеварения (+116,7%), органов дыхания (+75%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (+52%), болезни эндокринной системы (+50%) и прочие болезни (+50%).

В течение трех анализируемых лет в Республике Саха (Якутия) отмечается существенное увеличение общего числа освидетельствований детского населения с 3970 за 2020 г. до 6372 за 2022 г. (+60,5%). По отношению к 2021 г. количество освидетельствований увеличилось на 4,7%.

Общее число детей, впервые признанных инвалидами, ежегодно увеличивалось: в 2020 г. – 500, в 2021 г. – 715 и в 2022 г. – 895 человек. Темп роста абсолютного числа составил +79% к показателю 2020 г. и +25,2% – к показателю 2021 г.

Уровень первичной инвалидности у детей увеличился от 18,9 на 10 тыс. детского населения за 2020 г. до 33,9 на 10 тыс. детского населения за отчетный период. В сравнении с 2020 г. темп прироста составил – 79,4%, в сравнении с 2021 г. отмечается прирост на 25,6%.

В 2022 г. наибольшее число детей впервые признано инвалидами в возрастной группе от 4 до 7 лет (40,8%). В этой возрастной группе наблюдается прирост на 135,5% в сравнении с 2020 г., в сравнении с 2021 г. прирост составил 42,6%. Меньше всего среди впервые признанных инвалидами было детей в возрасте от 15 до 18 лет (6,8%). В 2020–2022 гг. отмечается снижение удельного веса детей в возрастных группах от 0 до 3 лет, от 15 до 18 лет.

С учетом гендерного состава во всех возрастных категориях в 2022 г., как и в предыдущих двух годах, преобладают мальчики. Абсолютное число мальчиков в 2020-2021 гг. увеличилось от 308 до 462 (+50%), в 2021-2022 гг. – от 462 до 571.

Число девочек изменялось аналогично – за период 2020-2021 гг. увеличилось от 192 до 253 (+31,8%), за период 2021-2022 г. – от 253 до 324 (+28,1%).

Первичная инвалидность у детей на протяжении ряда лет формируется преимущественно тремя классами болезней: заболевания нервной системы (2020 – 5,6; 2021 – 8,5; 2022 – 14,4), психические расстройства и расстройства поведения (2020 – 4,0; 2021 – 7,6; 2022 – 7,8), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (2020 – 3,0; 2021 – 3,3; 2022– 2,8).

В сравнении с 2021 г. наибольший прирост уровня первичной инвалидности у детей отмечается по следующим классам болезней: болезни мочеполовой системы (+200,6%), органов дыхания (+150,5%), нервной системы (+70,4%), новообразования (+64,6%). Снижение уровня инвалидности наблюдается по следующим классам болезней: отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (-49,9%), врожденные аномалии (-14,8%), болезни системы кровообращения (-10,9%), болезни эндокринной системы (-6,7%).

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ У ЮНОШЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Е.Г. Ларичева

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая
поликлиника №2», г. Сургут, ХМАО-Югра, Россия

Введение. В результате произошедших в Российской Федерации в последние десятилетия политических, социально-экономических и культурных преобразований произошло изменение стандарта репродуктивного поведения юношей подросткового возраста на более рискованный. Низкий уровень информированности в вопросах профилактики нарушений репродуктивного здоровья у российских юношей определяет низкий уровень их гигиенической, контрацептивной и репродуктивной культуры. Для реализации репродуктивного потенциала необходимо скорейшее внедрение в образовательные программы модулей по половому воспитанию, формированию здорового образа жизни и подготовке к семейной жизни юношей подросткового возраста.

Цель исследования – разработка и оценка результативности медико-организационной межведомственной межпрофессиональной модели по формированию здоровьесберегающего поведения юношей в области репродуктивной сферы.

Материалы и методы. В работе использованы следующие методы исследования: социологический, статистический, экспертных оценок, сравнительного анализа. Минимальный объём выборочной совокупности определяли рекомендованным В.И. Паниотто (2003 г.) для социологических исследований методом – 215 человек при общей численности юношей 9-х классов всех 8-ми прикрепленных к БУ 468 человек (на 01.09.2017 г.) и наиболее «жестком» соотношении процента ответов (50% в случаях

бинарного их распределения). При большем числе включённых в исследование юношей – 225 человек доверительный интервал составил 4,71% (уровень значимости 0,0471), что свидетельствует о репрезентативности выборочной совокупности.

Результаты. Установлены удельный вес сексуально активных в когорте юношей 15-17 лет (17,3%) и высокая распространённость рискованных форм полового поведения: ранний половой дебют, промискуитет – 35,9%, отказ от использования контрацептивов – 20,5%. Особенности социального статуса семей юношей, их образа жизни, школьной успеваемости в когортах сексуально активных и не имевших сексуального опыта подростков не выявлено ($p > 0,05$). Установлен низкий уровень мотивации на здоровьесбережение в области репродуктивной сферы современных юношей как среди сексуально активных, так и не имевших сексуального опыта ($p > 0,05$). Уровень знаний юношей подросткового возраста по вопросам репродуктивного здоровья является низким (в среднем 57,8%) и не зависит от особенностей полового поведения, образа жизни юношей, успеваемости в школе и социального статуса их семей. Установленные на основе согласованного мнения юношей ($W=0,477$, $X^2=47,7$, $p<0,01$) реально используемые ими основные информационные источники не позволяют получить объективные сведения о репродуктивном здоровье и сформировать мотивированное на его сохранение половое поведение. Согласованное мнение родителей юношей ($W=0,667$, $X^2=66,7$, $p<0,01$) определяет необходимость совершенствования санитарно-просветительской работы, направленной на формирование мотивации на здоровьесберегающее поведение в области репродуктивного здоровья. Наличие связи между уровнем информированности о репродуктивном здоровье юношей и ранжированным уровнем их мотивации на здоровьесберегающее поведение в этой сфере ($r = 0,68$; $p = 0,00$); отсутствие таковой между ранжированными уровнями социального статуса с мотивацией на здоровьесберегающее половое поведение и уровнем знаний ($r=-0,03$ и $p=0,82$; $r=0,08$ и $p=0,38$;

соответственно), свидетельствуют о недостаточной роли семьи в половом воспитании юношей и необходимости совершенствования работы по повышению информированности в области репродуктивного здоровья. Разработанная социально-гигиеническая модель информационно-мотивационной технологии формирования у юношей здоровьесбережения в репродуктивной сфере включает организационную часть с учётом межведомственного межпрофессионального взаимодействия (детская поликлиника – средняя общеобразовательная школа) и реализацию инновационной образовательной программы в рамках деятельности Школы репродуктивного здоровья для юношей на базе территориально прикрепленных к детской поликлинике общеобразовательных учреждений. В результате реализации Модели отмечался статистически значимый рост уровня информированности юношей в вопросах репродуктивного здоровья и мотивации на его сохранение ($p < 0,01$), а также формирование здоровьесберегающего поведения в сфере репродуктивного здоровья – снижение возраста полового дебюта, увеличение приверженности к использованию контрацептивов и снижение количества половых партнёров ($p < 0,01$).

Вывод. Реализация социально-гигиенической Модели является одним из методов управления здоровьесбережением в репродуктивной сфере у юношей.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ГЕПАТИТА В СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ

А.П. Мартынова, В.В. Герасимова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Выявление гепатита В среди доноров крови является критически важной задачей, которая позволяет убедиться, что кровь безопасна для трансфузии и не представляет угрозы для здоровья пациента. Поэтому предотвращение распространения гепатита В через донорскую кровь может существенно снизить нагрузку на систему здравоохранения и уменьшить социально-экономические последствия этой инфекции.

Целью работы является изучение выявляемости вирусного гепатита В среди доноров крови по данным ГБУ РС (Я) «Станция переливания крови» за период с 2016 по 2022 г.

Материалом исследования стал контингент доноров «Станции переливания крови» за 2016–2022 гг., данные о котором получены из отчетов Службы крови. В «Станции переливания крови» для обследования донорской крови применяют самые современные передовые методы лабораторной диагностики, определенные законодательством исследования образцов крови на серологические маркеры возбудителей трансфузионно-трансмиссивных инфекций, в том числе вирусного гепатита В, проводят методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) на анализаторах Architect 2000 («Abbott», США) и методом ПЦР – автомат Rotor-GeneQ.

Таблица 1 – Иммуноферментный анализ

Гепатит В	Количество исследованных	Количество обследованных	Положительный результат	Доноры	Амбулаторно
2016 год	13477	13253	88	21	67
2017 год	16915	16454	34	20	14
2018 год	15630	12652	20	14	6
2019 год	16394	13338	16	13	3

2020 год	1422		4		
2021 год	15079	12669	19	15	4
2022 год	8484	8024	8	8	3

Таблица 1: на основании проведенного анализа заболеваемости вирусного гепатита В за период 2016-2022 гг. имеет тенденцию к снижению. По сравнению с 2016 г. в 2022 г. число положительных результатов уменьшилась в 4,7 раза (в том числе доноры 1,07 раз, амбулаторно 29,25 раз). Самый низкий показатель был в 2020 г. в период пандемии Covid-19.

Так же сделали сравнение между донорами крови по нескольким аспектам. Взяли три контингента возраста, молодой, средний и старше 50 лет, сделали сравнение между мужчинами и женщинами, где мужчины среднего возраста чаще болеют гепатитом В. Это сопровождается тем, что мужчины среднего возраста могут иметь больше возможностей для контакта с инфекцией гепатита В. Например, они могут быть более активными сексуально и иметь больше сексуальных партнеров, что также может увеличить риск передачи инфекции. Повышенная вероятность профессиональной экспозиции: в зависимости от профессии, мужчины среднего возраста могут подвергаться повышенному риску контакта с инфекцией гепатита В. По месту жительства, где основной контингент доноров приходится по г. Якутску. Сделали сравнение по группам крови для выявления насколько много раз люди сдают кровь, и какая группа крови преобладает в республике. Исходя из этого можно сделать вывод, что на территории Республики Саха (Якутия) преобладают II и III группы крови, так же выявили, что реципиенты чаще нуждаются в этих группах. Частота сдаваемости крови в 2017 г. была высокой, а в период 2019-2021 гг. была минимальной, так как был период пандемии Covid-19, что минимизировало сдачу крови доноров. По методу исследования, метод ИФА эффективнее метода ПЦР, т.к. обычно используется в качестве первичного скринингового теста, в то время как ПЦР применяется для подтверждения и детекции

вирусной ДНК. ИФА имеет высокую чувствительность при обнаружении антител к вирусу гепатита В в крови. Он способен обнаружить антитела, которые образуются в ответ на инфекцию, уже на ранних стадиях заболевания. Это позволяет быстро и эффективно выявить наличие гепатита В у донора.

Борьба с вирусными гепатитами дает положительные результаты и благодаря программе по всеобщей иммунизации населения мы можем говорить о значительных успехах, отразившихся в цифрах статистики: за 7 лет (2016-2021) показатель заболеваемости гепатитом В с каждым годом снижается. Но в результате анализа данных отчетов «Станции переливания крови», мы можем утверждать, что проблема гепатита В остается актуальной и требует прогрессивных мер, таких как иммунологические, диагностические и лечебные. Для этого необходима не только качественная работа специалистов, но и четко отлаженная связь между медицинскими учреждениями.

Список литературы

1. Данные из отчетов «Станции переливания крови» 2016-2022 гг.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Саха (Якутия)» 2016-2022 гг.»
3. Постановление Правительства РФ от 26 января 2010 г. № 29 «Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии».
4. Медицинская вирусология : учебное пособие / И.И. Генералов, Н.В. Железняк, В.К. Окулич и др.; под ред. И.И. Генералова. – Витебск : ВГМУ, 2017.

5. Аликеева, Г.К. Инфекционные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Аликеева Г. К. и др.; Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
6. Клинические рекомендации «Острый гепатит В у взрослых». Разраб. : Национальное научное общество инфекционистов. – 2021.
7. Кареткина, Г.Н. Вирусные гепатиты [Электронный ресурс] / Г.Н. Кареткина, Н.Д. Ющук, С.Л. Максимов и др. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. Ющук, Н.Д. Инфекционные болезни: национальное руководство – 2-е изд., переработанное и доп / Н.Д. Ющук. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
9. Кишкун, А.А. Клиническая лабораторная диагностика / А.А. Кишкун. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА РАННЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ

Н.В. Матвеева

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Аннотация. Проблема репродуктивного здоровья подростков в виду недостаточной изученности и чрезвычайной важности определена ВОЗ в специальную программу научных работ развития и научных экспериментов в воспроизводстве человека, как приоритетное направление исследований. В связи с неуклонным ростом распространенности подростковой беременности в большинстве стран мира за последние десятилетия наблюдается увеличение рождаемости у женщин в возрасте от 14 до 18 лет. Беременность в период становления репродуктивной функции отличается опасностью неблагоприятного исхода, как для матери, так и для плода. Роды, хотя и являются нормальной, естественной функцией организма женщины, в то же время служат тяжелым испытанием для нее, её организма и психики.

Ключевые слова: беременность, ранняя беременность, подросток, молодежь, профилактика.

Молодежь является репродуктивным, интеллектуальным, экономическим, социальным, политическим и культурным резервом общества [1]. В условиях социальной напряженности и расслоения общества, резкого падения жизненного уровня населения и других последствий переживаемого кризисного периода в стране данная группа населения становится одной из наиболее социально уязвимых.

Подростковая беременность подразумевает беременность несовершеннолетней девочки-подростка (обычно, 14-18 лет) [2]. Проблема подростковой беременности проистекает из-за несоответствия возраста половой и социальной зрелости. Возраст и критерии социальной зрелости неодинаковы в разных странах мира и культурах [3].

Ранняя беременность у подростков является глобальной проблемой, которая касается стран с высоким, средним и низким уровнем дохода [4].

Однако во всем мире вероятность подростковой беременности выше в маргинализованных группах населения и нередко обусловлена нищетой, отсутствием образования и возможностями трудоустройства.

Целью исследования является изучение направления работы по половому воспитанию подростков и профилактики ранней беременности.

Половое воспитание – это система медико-педагогических мер по воспитанию у родителей, детей, подростков и молодёжи правильного отношения к вопросам пола [5].

В связи с неуклонным ростом распространенности подростковой беременности в большинстве стран мира за последние десятилетия наблюдается увеличение рождаемости у женщин в возрасте от 14 до 18 лет. Беременность в период становления репродуктивной функции отличается опасностью неблагоприятного исхода, как для матери, так и для плода.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), беременность, ее прерывание и роды в подростковом возрасте являются одними из основных причин материнской и детской смертности в мире. Вероятность мертворождения и смертности новорожденных у матерей подросткового возраста в 1,5 раза выше, чем у женщин 20–29 лет.

Основные причины подростковой беременности [6]: неправильное половое воспитание; семейные проблемы; гипертрофированный интерес к сексу – мнение о том, что случайные связи представляют нормальную, общепринятую и даже желанную форму отношений между людьми; недостаток информации о мерах предохранения от нежелательной беременности; алкоголь и наркотики.

Подростковый возраст в психологической литературе определяется как период полового и психологического созревания. Наше исследование было направлено на выявление об осведомленности подростков и их родителей о половом воспитании. Общее число респондентов составило 331 человек, в том числе 161 ребенок и 170 родителей.

Анализ ответов опрошенных подростков позволяет отметить, что интерес детей к лекциям по половому воспитанию достигает своего пика в 9 классе. Далее интерес идет на спад. То же можно сказать и об уровне

осведомленности детей о половом воспитании, начиная с 8 класса, 100% учеников осведомлены.

При этом надо отметить, что большинство детей получают информацию от сверстников и Интернет-ресурсов. Но в большей степени, дети предпочитают общаться на темы полового воспитания со сверстниками, с интернет-друзьями или со школьным психологом. Возникает ощущение, что родители пытаются передать ответственность за воспитание своих детей образовательному учреждению. Можно предположить, что родители не участвуют при половом воспитании детей или начинают ознакомление слишком поздно. Мы считаем, что только родители способны привить понятия ценности брака, отношений и моральные качества.

Анализ ответов родителей, как и ожидалось, обнаружил, что примерно 20% родителей и вовсе не занимаются половым воспитанием своих детей. Однако с каждым годом, проведение ознакомительных бесед внутри семьи становится больше. Максимальный показатель приходится на 11 класс. Минимальный показатель на 7 класс. Большинство родителей ответили, что не нуждаются в помощи, но в каждом классе больше 25% родителей не отказались бы от помощи психолога и медицинского работника.

В ответах и подростков, и родителей не прослеживается, что ведется систематическое половое воспитание в школах. Часто упоминаются в ответах испытуемых педагоги, психологи и медицинские работники. Родители предлагают проведение общих лекций/бесед с приглашенными гостями.

Как показывают данные статистики, количество родов уменьшается с каждым годом, но цифра все еще большая. Чаще всего рожают и прерывают беременность, девушки-подростки в возрасте 15–17 лет. По данным статистики ЯРМИАЦ максимальное количество родов было в 2019 г. В 2015 г. в Республике Саха (Якутия) каждый 73 новорожденный родился у подростка. В 2016 г. – каждая 80 роженица является подростком. В 2017 г. – каждая 96 роженица является подростком. В 2018 г. – каждая 96 роженица является подростком. В 2019 г. – каждая 102 роженица является подростком. Если просмотреть статистику, то цифры пугают. Поэтому важно работать с

детьми заранее, чтобы предупреждать и выявлять такие случаи на ранней стадии.

Профилактика ранней беременности подростков будет эффективной если: вести систематическое и комплексное половое воспитание у подростков в возрасте 14-18 лет с участием педагогов, родителей и медицинских работников; при этом необходимо повышение грамотности половых отношений на основе соблюдения этичности и доверительности.

Равномерное участие родителей, школы и медицинских работников при знакомстве с системой полового воспитания поспособствует уменьшению количества случаев ранней беременности у подростков.

Список литературы

1. Социальная педагогика : курс лекций / Под общей ред. М.А. Галагузовой. – Москва : Гуманит. изд. ВЛАДОС, 2009. – 416 с.
2. Туманова, Н.Н. Подростковая беременность как фактор риска формирования девиантного материнства / Н.Н. Туманова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2009. – №1. – С. 87–91.
3. Аверин, В.А. Психология детей и подростков / В.А. Аверин. – Санкт-Петербург, 1994. – 178 с.
4. Социально-медицинские аспекты ювенильной беременности / С.П. Синчихин, В.Ф. Коколина, О.Б. Мамиев, М.Е. Синчихина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – №5. – С. 14-22.
5. Можейко, Л.Ф. Медицинские и социальные аспекты подростковой беременности / Л.Ф. Можейко, Е.Г. Карпова // Медицинский журнал. – 2011.
6. Петрище, И.П. О половом воспитании детей и подростков / И.П. Петрище. – Минск : Народная Асвета, 2007. – 159 с.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

А.А. Николаева

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в силу широкого распространения, негативных последствий для здоровья пациентов, персонала и экономики государства представляют собой мультидисциплинарную проблему, актуальность которой не снимается на протяжении десятилетий и сохранится в будущем.

Проблема ИСМП – одна из самых значимых и трудноразрешимых в современной медицине. Нельзя представить стационар, даже оснащенный суперсовременной техникой, в котором бы не возникало случаев внутрибольничного инфицирования. В настоящее время произошли значительные изменения условий оказания медицинской помощи и применяемых медицинских технологий, которые характеризуются: интенсификацией хирургических методов лечения; снижением длительности пребывания пациента в стационаре, внедрением стационарзамещающих технологий; снижением агрессии в результате широкого внедрения малоинвазивных медицинских технологий; ростом имплантируемых материалов и устройств, трансплантаций органов и тканей; широким распространением технологий выхаживания детей с низкой и экстремально низкой массой тела; технической насыщенностью лечебно-диагностического процесса; ростом антимикробной защиты медицинских технологий; замещением принципа максимальной изоляции пациента открытостью клиник для посетителей.

Эти изменения оказали выраженное влияние на эпидемический процесс ИСМП, проявившееся: снижением интенсивности проявлений

эпидемического процесса с одновременным ростом удельного веса тяжелых форм инфекций с утратой функции или целостности органа; сохраняющейся высокой частотой поствентиляционных инфекций дыхательных путей без позитивных тенденций; снижением частоты экзогенного инфицирования и ростом инфекций, вызванных формированием госпитального клона возбудителя ИСМП; ростом частоты внутриутробного инфицирования новорожденных детей; ростом частоты вирусных инфекций с фекально-оральным механизмом передачи.

Особенно уязвимые группы пациентов: новорожденные дети, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивным медицинским манипуляциям, трансплантации органов и т.п. В этих группах показатели заболеваемости ИСМП значительно выше.

Цель: совершенствование эпидемиологического надзора по заболеваемости внутрибольничными инфекциями, улучшение диагностики, профилактики и предупреждения случаев вспышечной заболеваемости

Основные задачи:

- совершенствование знаний об основах законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- приобретение и совершенствование знаний по вопросам эпидемиологии инфекций, связанных с оказанием медико-санитарной помощи (ИСМП):
- условия и причины, способствующие распространению ИСМП, профилактики.

Заболеваемость внутрибольничными инфекциями в лечебно-профилактических организациях Республики Саха (Якутия).

В Республике Саха (Якутия) в 2022 г. зарегистрировано 53 случая инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП). Показатель заболеваемости составил 1,47 на 1 000 пациентов (в 2021 г. – 373 случаев, показатель – 0,47, в 2020 г. – 496 случаев, показатель – 2,6).

Таблица 1 – Показатели ИСМП на 1000 выписанных пациентов в стационарах Республики Саха (Якутия)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ГСИ новорожденных	0,67	0,9	0,8	0,9	0,7	0,4	1,92
ГСИ родильниц	0,3	0,3	0,3	0,06	0,09	0,3	0,08
Внутриутробные инфекции	0	0,6	0,9	0,5	2,2	0,9	1,0
Послеоперационные инфекции	0,1	0,1	0,05	0,13	0,2	0	0,02
Постинъекционные инфекции	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0	0
Инфекции нижних дыхательных путей	0,004	0,01	0,004	0,01	0,07	0,96	0
Инфекции мочевыводящих путей	0,004	0	0	0,01	0,09	0	0
ОКИ	0,04	0	0,01	0,01	0	0,01	-
Др. инфекционные заболевания	0,1	0	0,04	2,08	0,2	1,5	-

В 2021 г. было зарегистрировано 336 случаев коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе в акушерских стационарах – 4 случая, хирургических – 37, детских – 1, инфекционных – 2, учреждениях стационарного социального обслуживания – 137, амбулаторно-поликлинических учреждениях – 5, прочих стационарах – 150 случаев.

В 2021 г. зарегистрирована вспышечная заболеваемость гнойно-септическими инфекциями новорожденных с числом заболевших 17 человек.

Основными нарушениями санитарно-технического состояния медицинских организаций являются: износ зданий; неполный набор лечебных и вспомогательных помещений; несоответствие площадей основных производственных помещений санитарным требованиям; отсутствие вентиляционных систем; при наличии систем вентиляции отсутствует ежегодная ревизия с дезинфекцией, отсутствуют фильтры тонкой очистки; неудовлетворительное состояние систем водоснабжения и канализации ЛПУ, расположенных в сельской местности; несоответствие санитарным требованиям внутренней отделки помещений; износ твердого инвентаря и медицинского оборудования.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи, и для дальнейшего совершенствования работы эпидемиологической и микробиологической служб в учреждениях здравоохранения совместно с Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия) издан приказ №37-д от 22.02.2011 г. и №01-8/4-113 от 24.02.2011 г. «О внедрении программы «WHONET» в лечебно-профилактических учреждениях Республики Саха (Якутия)» для проведения микробиологического мониторинга и эпидемиологического анализа антибиотикорезистентности микроорганизмов. Но на сегодняшний день данная программа внедрена только в ГУ «РБ №1-НЦМ», МУ «ЯГКБ», ЦРБ Алданского района.

Выводы. Таким образом, при возникновении внутрибольничной инфекции и последующему их распространению в лечебно-профилактических организациях республики способствуют следующие факторы: неудовлетворительное материально-техническое состояние объектов здравоохранения республики; отсутствие вентиляционных систем; при наличии систем вентиляции отсутствие ежегодной ревизии с дезинфекцией; отсутствие установок конечной утилизации медицинских отходов; несоблюдение требований санитарного законодательства к противозидемическому режиму; неадекватное разграничение «чистой» и «грязной» территорий в связи с ограниченностью помещений; несоблюдение необходимых изоляционно-ограничительных мер; теснота размещения коек; приготовление дезинфицирующих средств без соблюдения соответствующих требований; несоблюдение правил стерилизации инструментов и оборудования; несвоевременное отстранение от работы медицинского персонала с признаками инфекционного заболевания или носительства; отсутствие понимания проблемы внутрибольничных инфекций со стороны администрации и клиницистов лечебно-профилактических учреждений; отсутствие единого подхода по микробиологическому мониторингу в лечебно-профилактических учреждениях; недостаточная информационная политика со стороны органов исполнительной власти в сфере здравоохранения

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Л.С. Павлова, У.Д. Антипина

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Введение. Среди проблем, которые есть в России нам интересно изучить ВИЧ, тот про которого или не хотят говорить, или стесняются. Многие люди думают, что это их не касается, что ВИЧ передается только половым путем и инъекционным видом наркотиков, хотя это и так, но есть еще и другие способы передачи ВИЧ-инфекции (в стоматологии, тату-салоне, маникюрном салоне, во время перманентного макияжа и т.д.)

С 1987 г. в России живет более 1 млн человек с ВИЧ, в Республике Саха (Якутии) с 1996 г. 2881 человек проживают с положительным статусом ВИЧ-инфекции. И это только те люди, которые состоят на диспансерном учете, не включая тех, кто еще не знает о своей болезни.

Материалы и методы. Для изучения выявляемости ВИЧ-инфекции на территории РС (Я) проведен анализ данных государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемического благополучия населения в Республике Саха (Якутия) за 2017–2022 гг.

Для выявления ВИЧ инфекции использовался метод ИХА. При проведении иммунохроматографического анализа (ИХА) использовали тест-системы ИммуноХром-антиВИЧ-1/2-Экспресс для выявления антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ-1/2) в сыворотке (плазме) или цельной крови.

Результаты. ВИЧ-инфекция распространена в следующих территориях Республики Саха (Якутия): в Алданском, Мирнинском, Нерюнгринском, Оймяконском, Ленском, Жиганском, Усть-Майском районах, г. Якутске и пгт. Жатай (рис. 1).

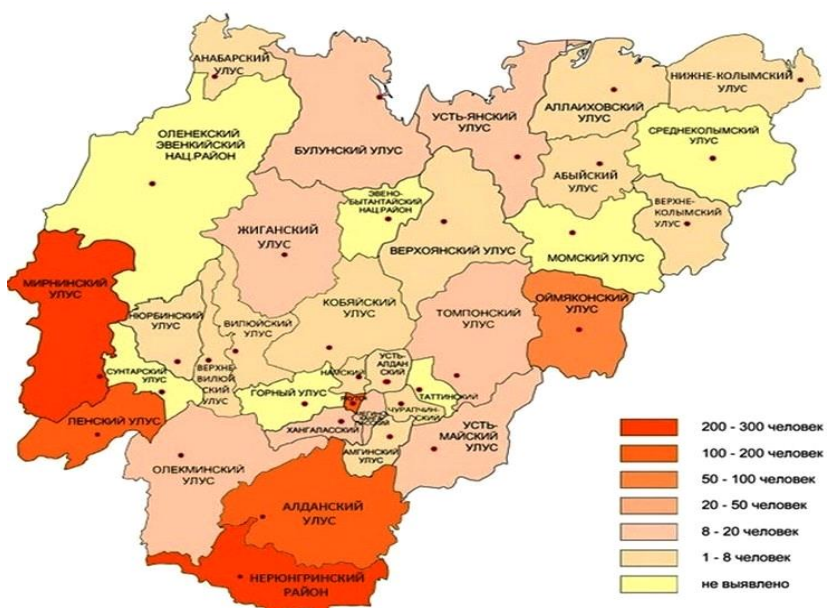


Рисунок 1 – Картограмма инфицированности ВИЧ-инфекцией в РС (Я)

Распределение кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных по возрасту указывает на преобладание возрастных групп (диаграмма 1): 20-29 лет – 35,1%, 30-39 лет – 35,2%, 40 лет и старше – 24,5%.

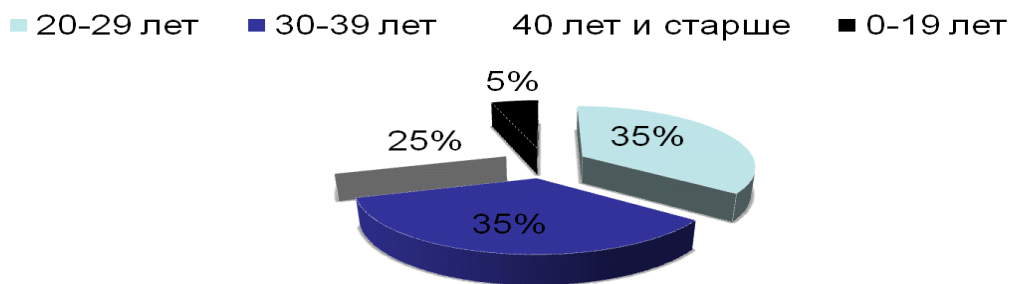


Диаграмма 1 – Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных за 2017–2022 гг.

По диаграмме 2 в Республике Саха (Якутия) среди ВИЧ-инфицированных граждан РФ за все годы наблюдения преобладают половой (74%) и наркотический (25%) пути передачи.

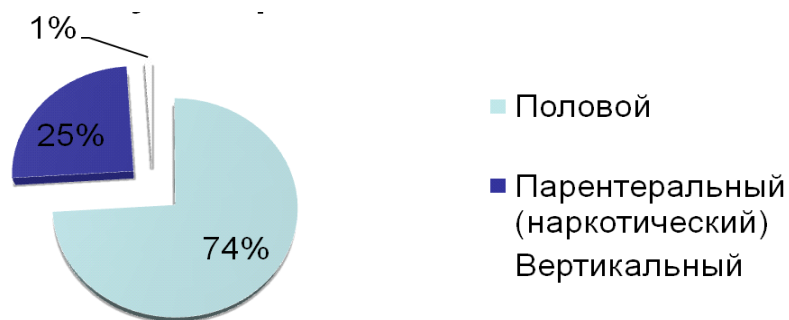


Диаграмма 2 – Пути передачи

Было проведено 780 экспресс-тестов ИХА, начиная с сентября 2021 г. по апрель 2023 г. Исследования проводились в Клинике СВФУ им М.К. Аммосова, основным контингентом которых являются около 18000 студентов и 1600 преподавателей и научных сотрудников. Клинический материал для исследования был набран за период 2017-2022 гг.

За этот период было выявлено 2 случая *первично-положительных* результатов на экспресс-тесте ИХА. Первый случай был выявлен в 2021 г. – мужчина М., 29 лет, второй впервые выявленный у пациента случай – в марте 2022 г. у девушки А., 18 лет.

Первично-положительные данные были направлены в референс-лабораторию (Лаборатория диагностики ВИЧ-инфекции ГБУ РС (Я) СПИД Центра г. Якутск) для дальнейшего исследования.

Решающее и важное значение в постановке диагноза ВИЧ-инфекции имеет лабораторная диагностика, а именно так называемый «золотой стандарт». «Золотой стандарт» это утвержденный Российской Федерацией **двухэтапный принцип.**

I этап – скрининговый этап диагностики ВИЧ-инфекции наборами третьего (позволяют определить только АТ) и четвертого поколения (определяют не только АТ, но и АГ(p24)), основанные на методе ИФА.

II этап – подтверждающий, основан на исследовании методом ИФА только от другого производителя, а также метод иммуноблота.

Заключение. Наиболее используемым при мониторинге населения для выявления ВИЧ-инфекции является экспресс метод ИХА (иммунохроматографический анализ), а также метод иммуноферментного анализа (ИФА).

Преимуществом экспресс метода ИХА (иммунохроматографический анализ) служит быстрота и легкость применения, отсутствие специальных требований к помещению и визуальная оценка результатов, что позволяет оценить широкий охват исследуемых лиц.

Особенность при лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции – двухэтапный принцип: 1 этап – ИХА, ИФА, выявляющие антитела против антигенов ВИЧ 1 и/или 2, 2 этап – в качестве подтверждающего теста используют метод путем иммунного блотинга/вестерн-блотинга, который позволяет определить антитела к отдельным белкам.

Список литературы

1. Мельников, В. Л. ВИЧ-инфекция : учебное пособие / В.Л. Мельников, Н. Н. Митрофанова, А. С. Есаулов. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2015. – 126 с.
2. Базыкина, Е. А. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией среди доноров компонентов крови, медицинских работников в Дальневосточном регионе / Е. А. Базыкина В. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2000. – № 011096. – 89-96.
3. ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2021. UNAIDS/06.29R, AIDS epidemic update: December 2021.
4. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.В. Пономарева, М.В. Аленицкая
ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет»,
Владивосток, Приморский край, Россия

По данным, полученным из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 г.», сфера здравоохранения занимает одно из лидирующих мест по выявлению профессиональных заболеваний. В 2021 г. в структуре впервые выявленной профессиональной заболеваемости по видам экономической деятельности удельный вес случаев профпатологии у работников в области здравоохранения и социальных услуг составил 26,45% [5].

Медицинские работники подвергаются большому количеству неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса, связанных с инфекциями, вынужденной рабочей позой, опасными химическими веществами, ионизирующими и неионизирующими излучениями, микроклиматом, шумом, психоэмоциональными нагрузками и т.д.

Одной из распространенных заболеваний инфекционного характера среди медицинских работников является туберкулёз. Причиной высокой заболеваемости туберкулёзом среди медицинских работников, по данным различных авторов, являются неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по данной нозологической группе, широкое распространение мультирезистентных форм микобактерий, длительный контакт с больными, недостаточное соблюдение мер индивидуальной защиты, а также неудовлетворительные условия труда [7, 9, 10, 12].

Так, по результатам исследования смывов с объектов больничной среды противотуберкулезного диспансера было установлено, что ДНК микобактерий туберкулеза из больничной среды выделяется в $9,7 \pm 2,1$ % случаев. Наиболее часто ($21,1 \pm 4,7$ % случаев) положительные смывы выявлялись в терапевтическом отделении, где осуществляется лечение открытых форм туберкулеза легких. В диагностическом отделении, где лишь часть больных являются выделителями микобактерий туберкулеза, и хирургическом отделении, где соблюдается строгий дезинфекционно-стерилизационный режим, показатель ДНК-контаминации больничной среды составил лишь $5 \pm 2,8$ и $1,4 \pm 1,4$ % соответственно. Исходя из данных проведенного исследования, был сделан вывод, что повышенный уровень заболеваемости туберкулезом специалистов фтизиатрического профиля обусловлен особенно высокой частотой их «контакта» с источником возбудителя инфекции во время работы и широкой циркуляции микобактерий туберкулеза в больничной среде [11].

Профессиональные контакты с инфекциями, передающимися через кровь, представляют собой основной фактор риска для медработников. Сообщается, что медицинские работники получают около 2 миллионов травм от уколов иглой в год, что может приводить к заражению гепатитом В и С и ВИЧ. По оценке Всемирной организации здравоохранения, около 40% случаев заражения гепатитом В и С и 2,5% случаев ВИЧ связана с профессиональным воздействием [16, 17].

В настоящее время в мире описано 344 случая профессионального заражения медработников ВИЧ-инфекцией. Наибольшее количество случаев инфицирования ВИЧ (48,2%) отмечено у медицинских сестёр, на втором месте (39,3%) были сотрудники клинических лабораторий, на третьем (12,5%) – врачи хирургических специальностей (хирурги, акушеры-гинекологи и т.д.) [15]. Риск инфицирования ВИЧ медицинского работника напрямую зависит от условий травмирования и характера самой травмы. Так уколы представляют большую опасность, чем резаные раны в связи с тем, что

кровотечение из открытой резаной раны намного снижает риск заражения [14]. Кроме повреждений острыми предметами, незначительную опасность представляет загрязнение поврежденной кожи (ссадины, экзема и т.п.) и слизистых оболочек биологическим материалом, контаминированным ВИЧ [3].

Медицинский персонал при выполнении своих профессиональных обязанностей находится в группе повышенного риска заражения вирусами гепатитов HBV и HCV: риск заражения вирусом гепатита HBV отмечается примерно у 30% медицинских работников, HCV – более 10% [1, 2]. Медицинские работники, которые часто контактируют с кровью и другими биологическими жидкостями в ходе своей работы, подвергаются более высокому риску заражения вирусными заболеваниями, передающимися через кровь. Риск заражения в этой группе профессионалов в четыре раза выше, чем в остальных медицинских профессиях [13]. Было выявлено, что в 2016–2017 гг. HBsAg был обнаружен у персонала службы крови (0,6%) и у медицинского персонала отделений и стационаров хирургических, урологических отделений, скорой помощи (0,9%) [4]. Клиникой профессиональных заболеваний СамГМУ были проведены специальные диагностические исследования, в результате которых выяснилось, что «входными воротами» для инфекции становились поврежденные во время операций, инъекций, эндоскопических исследований пациентов кожные покровы (93%) либо заражение происходило при попадании инфицированного материала (кровь, асцитическая жидкость) на слизистые оболочки (7%) [8].

Основными причинами ситуаций, способствующих заражению медицинских работников гемоконтактными инфекциями в ходе профессиональной деятельности, оказываются отсутствие должной настороженности к пациенту как вероятному источнику вирусных гепатитов В и С и ВИЧ, недостаточная обеспеченность современными медицинскими инструментами, средствами защиты, контейнерами для сбора

использованного колюще-режущего медицинского инструментария, а также игнорирование требований по применению средств индивидуальной защиты [6].

Список литературы

1. Акимкин, В.Г. Серологический мониторинг и эпидемиологическая эффективность специфической иммунопрофилактики гепатита В медицинского персонала отечественной вакциной : монография / В.Г. Акимкин. – Москва : Изд-во «Комбиотех». – 2016. – 321 с.
2. Алексеева, Е.И. Выявление факторов риска профессионального заражения гемоконтактными инфекциями : монография / Е.И. Алексеева. – Екатеринбург : Издво АМБ, 2008. – 264 с.
3. Болехан В.Н. Профилактика ВИЧ-инфекции в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях : методические рекомендации / В.Н. Болехан, П.Г. Джувалыков, Д.Г. Зигаленко и др. – Москва, 2013. – 38 с.
4. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор. 11 вып. / Под ред. В.И. Покровского, А.А. Тотоляна. – Санкт-Петербург : ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2018. – 112 с.
5. Государственный доклад. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году.
6. Дарьина, М.Г. Распространенность гемоконтактных вирусных гепатитов среди медицинских работников стационаров Санкт-Петербурга (эпидемиологическое исследование) / М.Г. Дарьина, К.Н. Ковчан, А.В. Хохлов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2017. – № 4. – С. 51–56.
7. Кайбышев, В.Т. Социально-гигиенические факторы формирования здоровья врачей / В.Т. Кайбышев // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № (7). – С. 30.

8. Косарев, В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Медицинский альманах. – 2010. – № 3(12). – С. 18-21.
9. Мишин, В.Ю. Туберкулинодиагностика / В.Ю. Мишин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
10. Мокина, Н.А. Профессиональные заболевания медработников / Н.А. Мокина // Медицинская газета. – 2011. – № (97). – С. 8–9.
11. Сергевнин, В.И. Факторы риска туберкулеза легких у медицинских работников / В.И. Сергевнин, Д.Л. Гуляев, Е.В. Сармометов // Гигиена труда. ВНиСО. – №6 (231). – С. 27-31.
12. Стерликов, С.А. Роль микробиологического обследования в программе борьбы с туберкулезом легких в России. Здравоохранение Российской Федерации / С.А. Стерликов, С.А. Попов, Т.П. Сабгайда. – 2014. – № 58(2). – С. 30–4.
13. Lorenzoni C., Vilajeliu A, Carrilho C, Ismail MR, Castillo P, Augusto O, et al. Trends in cancer incidence in Maputo, Mozambique, 1991–2008. PLoS One. – 2015. – № 10(6). – P. 1–12.
14. Nystrom P.O. Patient to surgeon infection – fact or fiction / P.O.Nystrom, D.Witmann // Brit. J. Surg. – 2003. – Vol. 90, № 15. – P. 1315-1316.
15. Tomkins S. Occupational transmission of HIV / S.Tomkins, F.Ncube. – London: Health Protection Agency Centre for Infections, 2005. – 40 p.
16. World Health Organization (WHO). Global Health Sector Strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 (GHSS)
17. World Health Organization (WHO). Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery (2021–2025)

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ В ГАУ РС (Я) «РБ№1-НЦМ ИМ. М. Е. НИКОЛАЕВА»

Н. Д. Попова^{1,2}, С.Н.Жирков², Н.В.Саввина¹

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М. К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1-Национальный центр медицины
им. М. Е. Николаева», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность проблемы: основой государственной социальной политики и главной научной задачей является разработка, обоснование и реализация мер по сохранению здоровья нации, минимизация воздействия вредных факторов на человека, достижение оптимального качества жизни, эффективность производственной и иной деятельности населения.

В силу профессиональной девиации медицинские работники зачастую не уделяют должного внимания собственному здоровью, а ежедневное общение с пациентами нередко приводит к тому, что они перестают реагировать на появление у себя болезни как на экстраординарное состояние, требующее специализированной помощи. Не секрет, что нередко медицинские работники формально относятся к профилактическим осмотрам, несвоевременно и не всегда реагируют на данные обследований, а при выявлении заболеваний лечатся самостоятельно, не обращаясь за помощью к коллегам. Помимо этого, из-за контакта с больными людьми медицинские работники входят в группу риска развития многих заболеваний. Безусловно, качество и эффективность деятельности медицинских работников сказываются на конечном результате при оказании медицинской помощи.

Медицинский работник должен быть примером здорового образа жизни, в первую очередь для пациента. Авторитет личности медицинского работника, доверительные отношения между ним и пациентами повышают эффективность формирования здорового образа жизни у больных.

Цель исследования: анализ о наличии знаний о ЗОЖ и их применения среди врачей в ГАУ РС (Я) «РБ№1-НЦМ им. М. Е. Николаева».

Материалы и методы исследования. Для всех участников исследования было проведено анкетирование (четыре блока вопросов о ЗОЖ и приверженности к нему, условиях труда и оздоровления, созданных работодателями).

В ГАУ РС (Я) «РБ№1-НЦМ им. М.Е. Николаева» по состоянию на 01 января 2023 г. работают 2 966 человек (в 2021 г. – 2 792 человека), в том числе врачей 730 человек (в 2021 г. – 691), 1 175 человек среднего медицинского персонала (в 2021 г. – 1 090), 298 человек младшего медицинского персонала (в 2021 г. – 287) и 763 прочего персонала (в 2021 г. – 724). Женщины составили 82,2%, мужчины 17,8%. Укомплектованность за последние 5 лет составила в среднем 84,1%. Штатное расписание за последние 5 лет увеличилось с 3 205,5 до 3 623, в целом штатное расписание увеличилось на 11,5%.

Почти 75% персонала больницы имеют высшее или среднее профессиональное образование.

Представлен анализ медико-социальной характеристики, качества жизни и факторов риска возникновения заболеваний медицинских работников. Социальный портрет медицинских работников типичен. Удельный вес мужчин составил 24,3%. Средний возраст врачей составляет около 52 лет. Только 60% медицинских работников состоят в браке, 51,2% имеют детей. Если семья медицинского работника имеет ребенка до 14 лет, то это чаще всего один ребенок. Удельный вес таких семей составляет 50,2%. Среднемесячный доход в среднем колеблется в пределах 75000-79000 рублей у врачей.

Таблица 1 – **Возрастная группа**

Возрастная группа	Мужчины	Женщины	Оба пола
18-24	1	9	10
25-34	62	155	217
35-44	60	125	185
45-54	31	132	164
55-64	24	141	167
65-74	8	35	43
75-84	4	3	7
85+	0	0	0
Всего	190	600	790

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам анкетирования врачей НЦМ установлено:

1) Поло-возрастная принадлежность. Данные о возрасте и половой принадлежности указали 790 человек, из них 190 мужчин (24,3%) и 598 женщин (75,7%).

По уровню образования наибольшую долю составили респонденты, имеющие: законченное высшее образование – 100% (мужчин – 24,3%, женщин – 75,7%); ученую степень – 8,23% (мужчин – 14,2%, женщин – 6,19%);

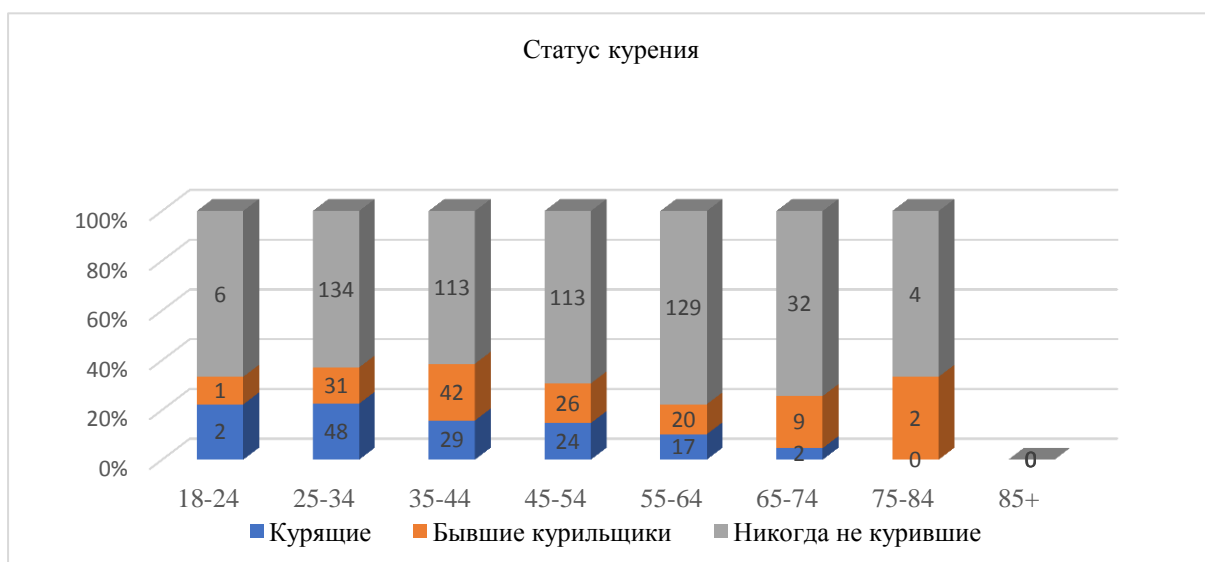
2) Оценка поведенческих факторов риска. В этом разделе представлены результаты по таким показателям, как наличие у респондента привычки употреблять табачные изделия в настоящее время и в прошлом; возраст начала курения; стаж курения; количество табака, выкуриваемого ежедневно; тип употребляемой табачной продукции. Некурящим респондентам задавался вопрос, подвержены ли они воздействию табачного дыма на работе или в домашних условиях.

Доля курящих в настоящее время составило 15,44% (мужчин – 5,26%, женщины 31,5%). Некурящие разделены на две категории: бывшие курильщики – 16,58% и никогда не курившие – 67,3%.

Отмечено, что доля граждан, никогда не употреблявших табачные изделия, значительно превышает курящих и бросивших курение по всем возрастным категориям.

Среди курящих респондентов: ежедневно курят 91,3%; средний возраст начала курения – 21,4 года (мужчины – 19,1 лет, женщины – 22,2 год); пытались в течение последних 12 месяцев бросить курить – 27,8%.

Подвергались пассивному курению в закрытых помещениях в домашних условиях за последние 30 дней 18,23% респондентов (мужчин – 20%, женщин – 23,68%). Также за последние 30 дней подверглись воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте 9,24% респондентов (мужчин – 18,95% женщин – 6,35%).



3) Употребление алкоголя. Был изучен статус потребления алкоголя, частота и количество потребляемого алкоголя, а также риски, связанные с употреблением алкоголя. Потребление алкоголя было оценено в пересчете на стандартные порции. Стандартная порция – это количество любого напитка, содержащее 10 г. чистого этилового спирта (этанола).

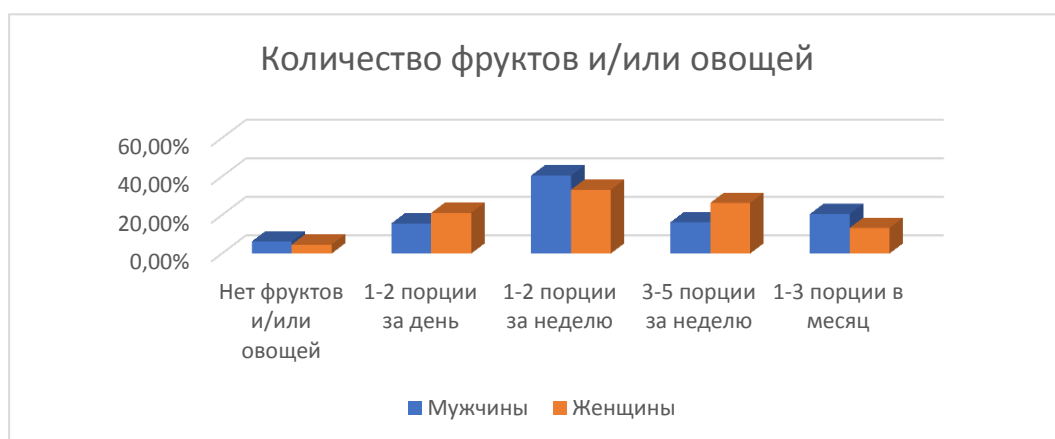
По результатам исследования выявлено 59,7% граждан, выпивавших в течение последних 30 дней.

4) Употребление овощей и фруктов. Для гармоничного развития и хорошего самочувствия человек должен включать в свой ежедневный рацион

овоши и фрукты. Они являются полноценным поставщиком клетчатки, витаминов и минералов.

Количество порций фруктов и/или овощей в среднем у респондентов составляет:

- нет фруктов и/или овощей – 5,32% (мужчины – 6,32%, женщины – 4,67%);
- 1-2 порции за день – 19,87% (мужчины – 15,7%, женщины – 21,17%);
- 1-2 порции за неделю – 34,8% (мужчины – 40,5%, женщины – 33%);
- 3-5 порции за неделю – 20,5% (мужчины – 16,8%, женщины – 26,3%);
- 1-3 порции в месяц – 17,5% (мужчины – 20,5%, женщины – 13,3%).



Результаты показали, что максимальное количество опрошенных граждан (34,8%) в среднем употребляют 1-2 порции в неделю.

Отмечено, что большинство взрослого населения потребляют овощи и фрукты менее 1 порции в неделю. По результатам опроса, большое количество граждан 77,18% употребляют овощи и фрукты. Из них мужчин – 73,1%, женщин – 82,03%. Всемирная организация здравоохранения советует употреблять каждый день не меньше 400 граммов овощей, фруктов и ягод.

5) Употребление соли. Изучили, досаливают ли респонденты во время приготовления еды и во время приема пищи, сколько они употребляют обработанных продуктов с высоким содержанием соли, а также их самооценку в количестве потребления соли.

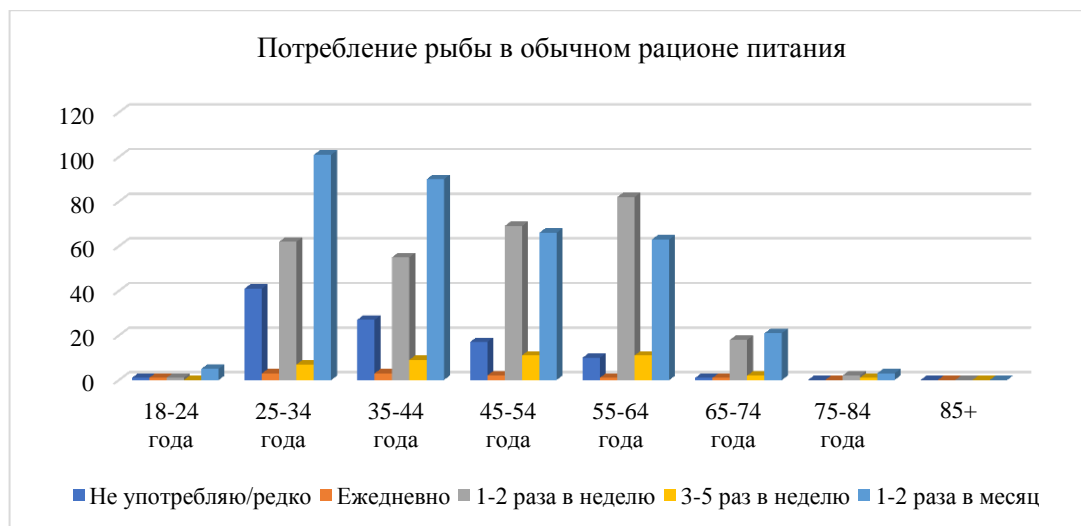
Исследование показало, что досаливают всегда или часто перед едой 15,7% респондентов (мужчин – 20%, женщин – 14,33%). Больше всего досаливают мужчины в возрасте 35-44 лет, а женщины – 25-34.



6) Употребление масел, жира. Самым распространенным в приготовлении пищи, является растительное масло и в возрастных группах этот показатель различается мало.

Респонденты на вопрос об использовании масел или жира ответили следующее: растительное масло – 85,44% (мужчины – 84,74%, женщины – 85,67%); свиной или нутряной жир – 0,38% (мужчины – 0,53%, женщины – 0,33%); сливочное масло или топленое масло – 9,24% (мужчины – 7,3%, женщины – 9,67%); маргарин – 0,51% (мужчины – 1,05%, женщины – 0,33%); масло и жир не используются – 3,04% (мужчины – 1,2%, женщины – 0,7%).

7) Потребление рыбы. Респондентов просили ответить на вопрос о количестве потребления рыбы. Ответы показывают, что среди граждан есть те, кто практически не потребляют рыбу или потребляют один раз в месяц или реже. В их число вошли граждане всех возрастов. Можно предположить, что ключевыми причинами отказа от употребления рыбы являются индивидуальные предпочтения, отсутствие транспортной логистики, а также дороговизна качественной рыбной продукции.



Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования было выявлено, что, несмотря на сложившуюся благоприятную картину намерения вести здоровый образ жизни, дальнейший анализ показал необъективность данных респондентами ответов на поставленные вопросы. Декларируя свои намерения вести правильный образ жизни, врачи в реальности не стремятся к таковому.

Наблюдается высокая распространенность курения, употребления алкоголя, низкий уровень физической активности и высокая распространенность ожирения среди врачей. 34,7% не думают о том, что наносят вред себе, а 45,7% не учитывают тот факт, что также наносят вред окружающим.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ IGG ПРИ COVID – 19

А.А. Портнягина, В.Е. Егорова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Коронавирус COVID-19 является респираторным вирусом, который может вызвать гипервоспаление в организме, нерегулируемый иммунный ответ.

Анализ крови на антитела к возбудителю COVID-19 выполняется для оценки иммунного ответа на текущую или перенесенную инфекцию. Иммуноглобулины класса G (IgG) начинают появляться в крови примерно через 3-4 недели после инфицирования и могут сохраняться длительное время. Наличие IgG указывает на ранее перенесенную инфекцию. Как правило, при заболевании антитела вырабатываются как к нуклеокапсидному (N), так и к спайковому (S) белку коронавируса. Выявление IgG к спайковому (S) белку позволяет судить о наличии защитного иммунитета, который может сформироваться как после перенесенного заболевания, так и после вакцинации.

Целью исследования является изучение выявляемости IgG коронавируса SARS-CoV-2 в сыворотке (плазме) крови обследованных Клиникой СВФУ за 2020-2021 гг.

Материалом исследования послужили данные отчетной документации за 2020-2021 гг. учебно-научной клинико-диагностической лаборатории Клиники СВФУ.

Для изучения заболеваемости коронавирусной инфекцией в РС (Я) проведен анализ данных Государственных докладов о состоянии санитарно-эпидемического благополучия населения в Республике Саха (Якутия) за 2020–2021 гг., данные Управления Роспотребнадзора.

Для иммуноферментного определения IgG антител к антигену SARSCoV-2 в сыворотке (плазме) крови «SARS-CoV-2-IgG-ИФА», который

предназначен для качественного и полуколичественного определения IgG антител к антигену SARS-CoV-2 в сыворотке (плазме) крови методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. В 2020 г. на территории Республики Саха (Якутия) согласно формы №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» зарегистрировано 24441, а в 2021 г. 79469 случаев новой коронавирусной инфекции в г. Якутске и 34 районах республики. Наибольшее количество случаев было в городе Якутске: в 2020 г. – 14763, в 2021 г. – 36327 случаев.

На территории республики в течение 2020 г. обследовано 255302 человека, из них имеют IgG – 28 090 чел., в том числе: 207 739 здоровых, из них IgG – 20 998 чел.; 17 165 контактных, из них IgG – 2135 чел.; 14 999 переболевших пневмонией, IgG – 2 802 чел.; 15 399 переболевших ОРВИ, из них IgG – 2 155 чел.

В течение 2021 г. обследовано 366367 человек, из них IgG – 137 034 чел. в том числе: 295 474 здоровых, из них IgG – 112 396 чел.; 12 562 контактных, из них IgG – 5450 чел.; 33 717 переболевших пневмонией, из них IgG – 10 471 чел.; 24 205 переболевших ОРВИ, из них IgG – 8717 чел.

В 2020 г. количество исследований на выявление антигена IgG – 10202, из них положительные 5392 (52,8%), отрицательные – 4727 (46,3%), сомнительные – 83 (0,9%).

В 2021 г. количество исследований – 11034, из них положительные – 6544 (59,3%), отрицательные – 4310 (39,06%), сомнительный – 180 (1,64%).

Иммуноферментный анализ крови на коронавирус – это современный метод диагностики коронавирусной инфекции, позволяющий в короткие сроки и с высокой точностью выявить заболевших, а также переболевших: определить присутствие в крови антител к COVID-19.

По итогам 2020 г. количество обследованных лиц на выявление антигена на антитела SARS-CoV-2 IgG в Клинике СВФУ составляет 19,1%, а в 2021 г. 4,8% от общего количества обследованных по РС (Я).

Список литературы

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 15 (22.02.2022).
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Саха (Якутия) 2020-2021 года».
3. Иванов, А.В. Иммунный ответ на новую коронавирусную инфекцию / А.В. Иванов, О.Н. Иванова, Л.И. Карпенко, В.С. Федоров // Клиническая практика. – 2021. – Т.12. – № 1. – С. 33 – 40.
4. Романов, Б.К. Коронавирусная инфекция COVID-2019 / Б.К. Романов // Безопасность и риск фармакотерапии. – 2020. – № 8(1). – С. 3–8. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-1-3-8>
5. Никифоров, В.В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты / В.В. Никифоров, С.В. Бурова, Суранова, Т.Я. Чернобровкина, Я.Д. Янковская // Архивь внутренней медицины. – 2020. – № 10(2). – С. 87-93. Электронный ресурс: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2020-10-2-87-93>
6. Берестовская, В.С. Ключевые характеристики тестов для определения антител к SARS-COV-2 / В.С. Берестовская, В.Т. Вавилова, А.В. Губанова и др. // Медицинский алфавит. – 2021. – №13. – С. 13-17.
7. Горбатов, А.А. Серодиагностика эпидемически значимых для Российской Федерации инфекционных заболеваний / А.А. Горбатов, П.В. Соловьев, Е.В. Барабанова и др. // Бактериология. – 2021. – №4. – С. 56-61.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ГАПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Т.Н. Портнягина

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Длительное наблюдение за здоровьем человека является центральным звеном профилактической медицины. Диспансеризация представляет принципиальную линию здравоохранения, и является организационной формой медико-социальной профилактики. Диспансеризация как метод длительного наблюдения за здоровьем человека зародилась еще в СССР и развивалась постепенно, и в 80-е гг. достигла своего апогея: были заложены основы системы всеобщей диспансеризации населения. В современной России диспансеризация продолжает унаследованные от советской медицины принципы ведения пациентов. основополагающим законом является закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В данной работе представлена проблема оценки состояния здоровья студентов, которая в последнее десятилетие является не до конца изученной. Здоровье студенческой молодежи Якутии выходит за медико-социальные рамки и приобретает общереспубликанский характер. Изучение и оценка состояния здоровья современного студента, его социально-гигиенических аспектов и образа жизни является важной составляющей в образовательном процессе, так как основными задачами в сфере образования являются всесторонняя забота о здоровье, физическое воспитание и развитие обучающихся.

Цель исследования: оценить состояние здоровья студентов на базе Якутского медицинского колледжа, которые позволят определить основные концептуальные подходы к профилактике здоровья студентов.

Материалы и методы исследования:

■ результаты обследования обучающихся в ГАПОУ «Якутский медицинский колледж» – студенты в составе 350 человек;

■ объектом исследования: здоровье студента, возможности сохранения и перспективы развития здорового образа жизни студентов Якутского медицинского колледжа;

■ метод исследования – эмпирический, путем процесса формирования и совершенствования метаанализа здоровья студентов.

В ходе исследования проведено анкетирование 350 студентов ЯМК, по опросникам SF 36/SF 12 полученные данные сведены в единую таблицу и при помощи программы Statistica 10.0 показаны в рисунках 1 и 2.

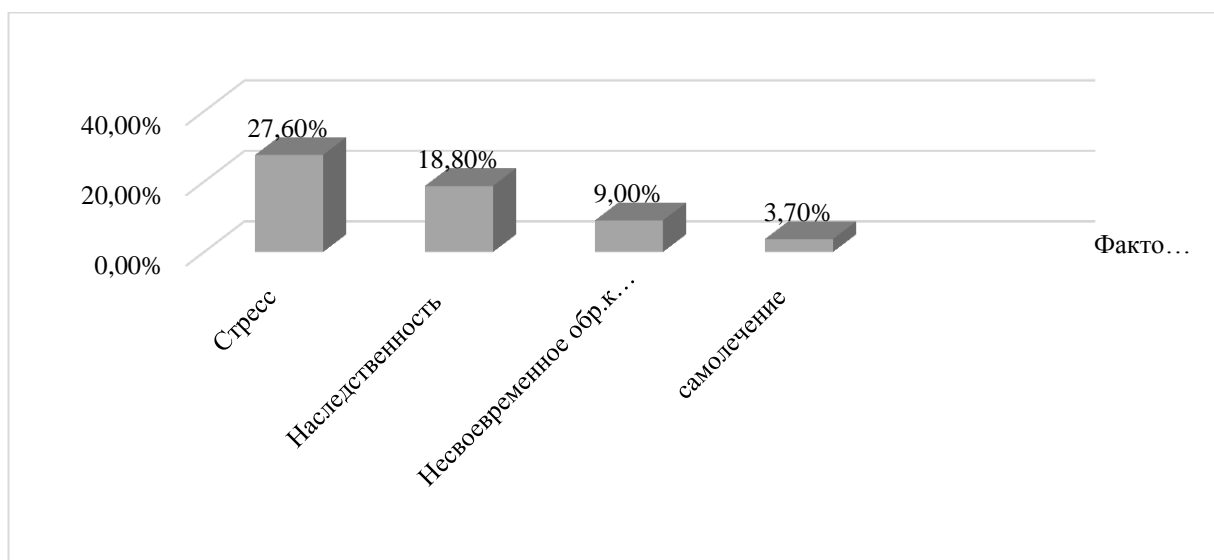


Рисунок 1 – Результаты на основе анкетирования студентов Якутского медицинского колледжа

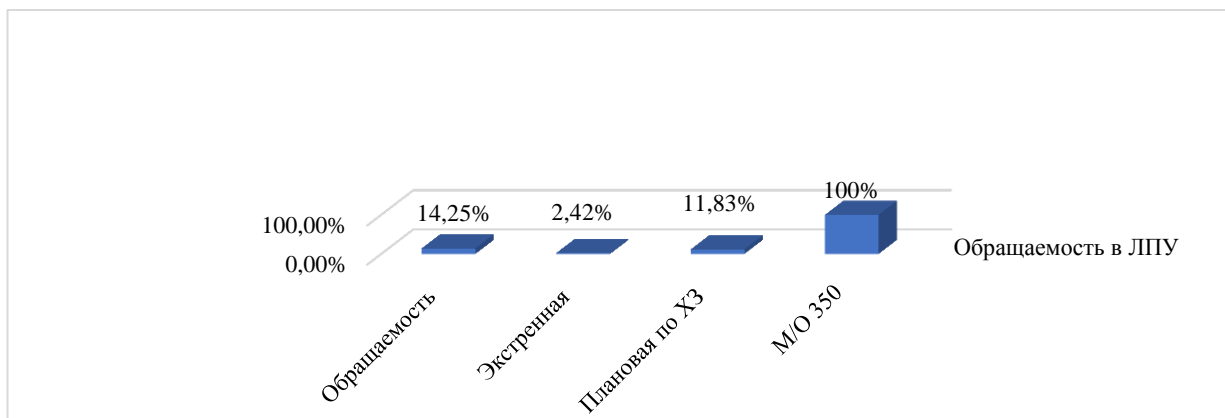


Рисунок 2 – Обращаемость студентов в МУ с сентября по декабрь 2022 г.

Выводы.

1. В ходе исследования медико-социального статуса, в среде учащихся среднего медицинского образовательного учреждения выявляется значительное количество лиц, входящих в группу риска или имеющих хронические заболевания.

2. На состояние здоровья студентов влияет совокупность факторов, таких как образ жизни, от которого зависит определенный «вклад» в развитие патологии различной этиологии. Статистический анализ эмпирических данных выявил наличие негативных тенденций в состоянии здоровья учащихся медицинского колледжа.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, В.В. Попов

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. В последние годы в мировой медицинской науке усиливается интерес к определению физиолого-биохимического статуса человека при мониторинге патологических процессов, развивающихся в тканях, органах и органных систем. Как известно, основой эндогенной интоксикации, сопровождающей перитонит, является процесс появления в кровотоке веществ, обладающих выраженным детергентным действием. К таким веществам, прежде всего, относят, в частности, жирные кислоты (ЖК). Известно, что ЖК, в особенности полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), участвуют в перекисном окислении липидов в качестве субстратов. В связи с тем, что в критических состояниях, к которым относится и перитонит, происходит массивный липолиз с повышением в сыворотке крови содержания свободных жирных кислот (СЖК), это приводит к дестабилизации клеточных мембран. В свою очередь изменяются и поверхностные явления на границе раздела фаз, одним из физических показателей которых является коэффициент поверхностного натяжения (КПН) крови.

Цель исследования: клиническая оценка диагностической ценности определения изменений жирнокислотного состава и величин поверхностного натяжения сыворотки крови у больных перитонитом в свете оценки тяжести течения инфекционно-воспалительного процесса.

Материал и методы исследования. Представленный материал основан на клиническом анализе результатов лечения 50 больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП), прошедших лечение в

хирургических стационарах Республиканской больницы №2 – Центр экстренной медицинской помощи (ЦЭМП) Республики Саха (Якутия) в период с 2020 по 2023 г. Диагноз РГП установлен на основании стандартного клинического обследования. Индивидуальный спектр ЖК в сыворотке крови определяли методом газо-жидкостной хроматографии. Для определения КПН сыворотки крови использовали статический метод Дю-Нуи.

Результаты. По результатам анализа профиля ЖК и оценки величины КПН сыворотки крови у больных, оперированных по поводу РГП, установлено, что у больных с тяжелым течением РГП, развитием абдоминального сепсиса, содержание мононенасыщенных жирных кислот (МНЖК) и ПНЖК резко снижалось. В то же время уровень ненасыщенных жирных кислот (НЖК) превышал цифры контроля и составлял в среднем Σ НЖК ($77,22 \pm 1,1\%$). Высокий уровень НЖК был обусловлен преимущественно преобладанием стеариновой [С 18:0] ($49,19 \pm 0,5\%$), пальмитиновой [С 16:0] ($25,10 \pm 1,4\%$), миристиновой [С 14:0] ($2,1 \pm 0,1\%$) и лауриновой [С 12:0] ($0,83 \pm 0,2\%$) ЖК соответственно. Параллельное изучение изменений физико-химических свойств сыворотки крови показало, что с нарастанием тяжести состояния больных, происходило снижение КПН сыворотки крови. Отмечена положительная корреляционная зависимость между уровнем значений КПН и тяжестью состояния ($r_s = +0,75$) соответственно. Проведенная оценка уровня ЖК и значений КПН у пациентов с различными вариантами абдоминального сепсиса показал, что характер сдвигов в профиле ЖК и физико-химических свойствах сыворотки крови, напрямую зависел от тяжести течения заболевания и развивающихся осложнений. Так, в первые 48 часов после операции у больных с тяжелым сепсисом (ТС) и в первые 72 часа у больных с септическим шоком (СШ) и полиорганной недостаточностью (ПОН) уровень НЖК в сыворотке крови превышал контрольные цифры в несколько раз (особенно значительно у больных с СШ и ПОН) и составлял в сыворотке крови больных с ТС – Σ НЖК ($78,17 \pm 1,4\%$), в сыворотке крови больных с ПОН – Σ НЖК ($81,15 \pm 1,6\%$). Увеличение уровня НЖК происходило в основном за счет: стеариновой [С 18:0], маргаритиновой [С 17:0], пальмитиновой [С 16:0], миристиновой [С 14:0]

и лауриновой [С 12:0]. Наряду с повышением уровня НЖК можно было отмечать стабильно низкие цифры КПН сыворотки крови. Так, в первые 48 часов после операции у больных с ТС и в первые 72 часа у больных с СШ и ПОН уровень значений КПН составлял в среднем: у больных с ТС $41,2 \pm 1,1$ мН/м, у больных с СШ и ПОН – $38,1 \pm 0,8$ и $35,4 \pm 0,7$ мН/м соответственно. При наблюдении за уровнем НЖК в послеоперационном периоде, необходимо отметить, что во многом он зависел от эффективности комплексных лечебных мероприятий. Так, при благоприятном течении послеоперационного периода (отсутствие вялотекущего процесса, осложнений со стороны операционной раны или брюшной полости), наблюдалось постепенное снижение уровня НЖК в сыворотке крови и, напротив, повышение уровня МНЖК и ПНЖК. В тех случаях, когда уровень МНЖК и ПНЖК оставался низким длительное время (более 72 часов), это всегда свидетельствовало о неблагоприятном течении инфекционно-воспалительного процесса.

Выводы. Наши наблюдения показали, что: 1) суммарный уровень ЖК при РГП был повышен в 5-7 раз относительно контроля ($p < 0,05$). При этом коэффициент соотношения $\Sigma\omega 3$ -ПНЖК/ $\omega 6$ -ПНЖК достоверно был снижен у больных с ТС в 2 раза ($p < 0,05$), а при СШ и ПОН более чем в 7 раз ($p < 0,05$); 2) результаты проведенного исследования наглядно показывают, что у пациентов с осложненным течением заболевания наблюдаются более выраженные изменения жирнокислотного состава сыворотки крови за счет $\omega 3$ и $\omega 6$ ЖК, сохраняющиеся в течение всего периода существования признаков абдоминального сепсиса. При этом коэффициент НЖК/МНЖК увеличивается по мере утяжеления течения заболевания. По-видимому, это связано с тем, что МНЖК при липолизе окисляются первыми; 3) наиболее информативным показателем тяжести течения инфекционно-воспалительного процесса является резкое и длительное снижение в сыворотке крови больных РГП уровня γ -линоленовой [С 18:3 Δ 6,9,12], дигомо- γ -линоленовой [С 20:3 Δ 8,11,14] ЖК, а также стойкое снижение значений коэффициента поверхностного натяжения.

РОЛЬ И МЕСТО МАГИСТРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В. Саввина, Е.П. Байбаллыкова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Современной стратегией здравоохранения в России на период до 2030 г. является сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации на основе обеспечения повышения доступности и качества медицинской помощи; увеличения продолжительности жизни, снижения уровня смертности, роста рождаемости с целью долгосрочного развития [4]. Правительством Российской Федерации утверждена Стратегия развития медицинской науки на период до 2025 г. Установлены 14 научных платформ медицинской науки (приоритетных направлений), важное место среди которых занимает технологическая платформа «Профилактическая среда». Разрабатываются научные и организационно-методические основы интеграции профилактических программ, медицины окружающей среды, экологии человека в практическое здравоохранение с целью обеспечения активного долголетия человека [3, 5]. Активно изучаются новые биомаркеры старения для создания персонализированных программ коррекции синдромов старения [2].

Переход на систему цифрового здравоохранения и социального обслуживания требуют трансформации механизмов оказания медицинской помощи: перенос акцента с госпитальной помощи на систему, основанную на здоровьесбережении, раннем выявлении заболеваний и организации профилактических персонализированных мер, а также обеспечении домашнего ухода [1, 4, 5].

С 2014 г. кафедра общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики Медицинского института включилась в программу подготовки магистров общественного здравоохранения.

С 2014 по 2015 г. учебный план образовательной программы (академическая магистратура) был сфокусирован на подготовке научных работников.

С 2016 по 2020 г. образовательная программа (прикладная магистратура) была сфокусирована на подготовку менеджеров здравоохранения.

С 2021 г. создана новая междисциплинарная образовательная программа, систематизирующая знания в области современной 5-П медицины и медицины активного долголетия, сфокусирована на подготовке специалистов с новыми компетенциями, фундаментальными и прикладными знаниями по сохранению духовного, психического, физического здоровья и направлено на решение актуальной задачи – увеличение качества и продолжительности жизни граждан Российской Федерации.

Магистерская программа 32.04.01 – Общественное здравоохранение направлена на подготовку востребованных специалистов с высшим образованием (экономическим, педагогическим, психологическим, юридическим и др.), которые хотят расширить компетенции и реализовать свою дальнейшую деятельность в медико-социальных проектах, в разработке новых междисциплинарных технологий, паспортов здоровья, в том числе на рынках цифрового здравоохранения.

Таким образом, программа магистратуры по направлению подготовки 32.04.01 – Общественное здравоохранение разрабатывается для решения актуальных социально-значимых задач России и соответствует требованиям федерального государственного образовательного стандарта, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30 марта 2015 г. № 313.

Список литературы

1. Еськов, В.М. Новые биоинформационные подходы в развитии медицины с позиций третьей парадигмы (персонифицированная медицина –

реализация законов третьей парадигмы в медицине) / В.М. Еськов, А.А. Хадарцев, Л.И. Каменев // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – № 3. – С. 25–28.

2. Москалев, А.А. Молекулярные биомаркеры старения для превентивной медицины / А.А. Москалев // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – № 1(77). – С. 18-29. (7)

3. Рахманин, Ю.А. Научные и организационно-методические основы интеграции медицины окружающей среды, экологии человека и практического здравоохранения в целях обеспечения активного долголетия человека / Ю.А. Рахманин, И.П. Бобровницкий // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – № 1(77). – С. 2-7. (11)

4. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. (8)

5. Труханов, А.И. Роль превентивной медицины в социальной политике государства / А.И. Труханов, С.Ю. Чудаков // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – № 1(77). – С.8-17.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

М.В. Платонова¹, Н.В. Саввина²

¹ АНО МДЦ «Белая роза – Саха», Нерюнгри, Республика Саха (Якутия), Россия

² ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Во всем мире увеличивается число населения, которое достигло более 7 млрд человек. И также быстрыми темпами идет увеличение числа женщин, достигших климактерического периода. В настоящее время 49% населения земли составляет женский пол. Около 10% всей женской популяции на сегодняшний день составляют женщины перименопаузального возраста. Ежегодно к их числу прибавляется 25 млн, а к 2030 г. ожидается увеличение этой цифры до 47 млн. Прогнозируется, что к 2040 г. количество женщин старше 50 лет составит 1,2 млрд.

В связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе растет интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы. Универсальными маркерами эстрогенного дефицита в перименопаузе принято считать вазомоторные и эмоционально-психические нарушения, проявляющиеся в виде климактерического синдрома различной выраженности. Климактерий – период жизни, продолжающийся около 25-30 лет, являющийся переходной ступенью от репродуктивного периода к старости.

Повышенный интерес к изучению патогенеза климактерического синдрома и поиск оптимальных методов лечения, является чрезвычайно важной проблемой и связано это, прежде всего, с медико-социальными проблемами, которые возникают у женщин в возрасте старше 45 лет.

Современная медицина способна облегчить осложненное течение климакса у женщин с помощью заместительной гормональной терапии. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) не является недопустимым

вмешательством в естественное течение климактерия, поскольку этот вид лечения как профилактически, так и терапевтически влияет на вегетативные и метаболические отклонения от физиологического течения «переходного» периода и приводит к значительному улучшению самочувствия женщин и повышению качества жизни.

По данным Я.З. Зайдиевой (1997, 2006), в России заместительную гормональную терапию использовали лишь около 3% женщин старшего возраста, проживающих в Москве, и только 0,2% женщин, проживающих в других регионах России, тогда как в Германии применяют 25%, а в Швеции – 36% женщин аналогичного возраста.

Причиной низкого уровня использования ЗГТ становится отсутствие правильного представления о менопаузе как о гормонодефицитном состоянии; они не осведомлены о том, что после угасания репродуктивной функции в организме происходят определенные изменения. И если классические симптомы, такие, как приливы и изменения настроения, женщины обычно связывают с наступлением менопаузы, то симптомы, более отсроченные по времени, с прекращением менструаций уже никак не ассоциируются.

Согласно современным подходам к организации медицинской помощи женщинам в период пери- и постменопаузы и исходя из концепции патогенеза климактерических расстройств как постепенного снижения функции яичников, профилактика менопаузального синдрома должна начинаться задолго до становления климактерического периода. В настоящее время даже при физиологическом течении климактерического периода необходимо проведение комплекса оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику менопаузального синдрома, адаптацию женщины к новым условиям внутренней и внешней среды.

Все это свидетельствует о необходимости совершенствования медико-социальной помощи женщинам в перименопаузальном периоде, которая

позволит удлинить период максимальной физической активности, а также психической и социальной полноценности.

Цель исследования: изучение медико-социальной характеристики женщин позднего фертильного возраста с целью разработки рекомендаций по улучшению качества жизни.

Материалы и методы. На базе АНО МДЦ «Белая роза – Саха» в г. Нерюнгри в период с 2020 по 2022 г. проводилось исследование женского пола старше 40 лет.

Перспективное исследование женщин проводилось по заранее разработанной анкете и предусматривало выяснение жалоб, анамнеза, менструальной и генеративной функции, объективное и гинекологическое исследование. Степень тяжести климактерического синдрома определили по величине модифицированного менопаузального индекса. Выраженность климактерического синдрома оценивалась как слабая при величине от 12 до 34 баллов, умеренная – от 35 до 58 и тяжелая – больше 58 баллов. Тяжесть климактерического синдрома до 10 приливов в сутки оценивалась как легкая степень тяжести, от 10 до 20 – климактерический синдром среднетяжелого течения и более 20 приливов – тяжелое течение климактерического синдрома.

Из 168 обследованных женщин 16% (27) были в возрасте 40–44 лет; 24,4% (41) – в возрасте 45–49 лет; 38% (64) – в возрасте 50–54 лет; 13,7% (23) – в возрасте 55–59 лет; 7,7 % (13) – в возрасте 60 лет и старше (табл. 1). Из них в ранней менопаузе были 13 женщин, с хирургической менопаузой 7 женщин.

Таблица 1 – Распределение обследованных женщин по возрасту

Возрастные группы, лет	Женщины	
	абс. ч.	%
40–44	27	16,1
45–49	41	24,5
50–54	64	38
55–59	23	13,7
60 и старше	13	7,7
Всего	168	100,0

Нестабильность современной социально-экономической формации, а также экологическое неблагополучие и прогрессирующее ухудшение психического здоровья общества обуславливают рост частоты менопаузального синдрома женщин нашей республики, также как и в России.

Легкая форма менопаузального синдрома по литературным данным встречается у 21,0% женщин, тяжелая форма – в 29,0% случаев, и у каждой второй женщины наблюдается менопаузальный синдром средней степени тяжести.

Климактерический синдром, чаще всего наблюдающийся в перименопаузальном периоде, характеризуется вегетососудистыми, неврологическими и обменными проявлениями. Характерны приливы жара, неустойчивость настроения, склонность к депрессии, нередко усугубляется гипертония, прогрессирует сахарный диабет 2 типа и т. д. Начальными проявлениями климактерического синдрома являются психоэмоциональные и вегетососудистые проявления. Вышеуказанные симптомы преобладают в структуре климактерического синдрома у женщин 45-50 лет и составляют до 90% всех проявлений.

По мере продолжающегося снижения уровня эстрогенов постепенно прогрессируют гипотрофические процессы слизистой влагалища, уретры, мочевого пузыря, и уже к 55 годам урогенитальные расстройства занимают первое место в структуре менопаузальных расстройств.

Выводы.

1. Климактерический синдром представляет медико-социальную проблему ввиду ухудшения состояния здоровья и качества жизни женщин в перименопаузальном периоде. Частота встречаемости менопаузального синдрома в 2015 г. составила 245,5 на 100 тыс. женщин, а в 2019 г. уже 412,8 (возросла в 1,7 раза). Легкая форма менопаузальных нарушений встречается у 21% женщин, тяжелая форма – у 29%, а у каждой второй женщины наблюдается менопаузальный синдром средней тяжести. Если симптомы начальных проявлений климактерического синдрома преобладают у женщин

в возрасте 45-49 лет (до 90%), то к 55 годам возрастает частота урогенитальных расстройств, а к 60 годам – остеопороза.

2. Социальный портрет женщины позднего репродуктивного и перименопаузального периодов выглядит следующим образом: Средний возраст наступления менопаузы $49,9 \pm 2,5$ года, почти две трети (65%) состоят в браке. 54,0% – служащие, 46% имеют среднее специальное образование, 55,0% – с доходом на уровне прожиточного минимума, курят 14,0%, спиртные напитки употребляют 86,0% (только по праздникам), состояние здоровья как удовлетворительное оценили 65,0%.

3. Более половины обследованных женщин (57,0%) имеют хронические заболевания (болезни органов пищеварения и системы кровообращения). У каждой второй (48,7%) дебют сердечно-сосудистых заболеваний приходится на менопаузальный период, у 34,3% наблюдается отягощение уже имеющейся патологии. Более чем две трети женщин имели в анамнезе гинекологические заболевания (79,0%). В структуре гинекологической заболеваемости 24,5% занимает миома матки, у каждой шестой имеются воспалительные заболевания женских половых органов (16,4%), у 13,0% – кисты яичников, 11,2% – урогенитальные нарушения, у 9,2% – доброкачественные заболевания молочных желез, у 6,0% – гиперплазия эндометрия и аномальные маточные кровотечения и др. Нарушения менструальной функции появились у каждой пятой женщины после 40 лет.

4. По мере продолжающегося снижения уровня эстрогенов постепенно прогрессируют гипотрофические процессы слизистой влагалища, уретры, мочевого пузыря, и уже к 55 годам урогенитальные расстройства занимают первое место в структуре менопаузальных расстройств.

Список литературы

1. Балан, В. Е. Урогенитальные расстройства в климактерии / В.Е. Балан, В.П. Сметник, Ж. Анкирская и др. // Руководство по климактерию. – Москва, 2001.
2. Вихляева, Е. М. Заместительная гормональная терапия трисеквестом при климактерических расстройствах / Е.М. Вихляева, Я.З. Зайдиева, С. Ларсен // Клиническая фармакология и терапия. – 1997. – № 6(3). – С. 22-26.
3. Крымская, М.Л. Климактерический период / М.Л. Крымская. – Москва : Медицина, 1989. – С. 267.
4. Прилежная, В. Н. Менопауза возможность гормональной терапии / В.Н. Прилежная, Н.В. Царева // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 6, № 8. – С. 501-504.
5. Сметник, В. П. Климактерий и постменопауза В.П. Сметник, С.Н. Карелина. – 1999. – № 1. – С. 5–12.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОЖДЕНИЯ И СМЕРТИ И ОТНОШЕНИЕ К НИМ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Т.Г. Светличная¹, Е.А. Смирнова²

¹ ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России, Архангельск, Россия

² ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет»,
Череповец, Вологодская обл., Россия

Все чаще как население в целом, так и медицинские работники вынуждены принимать морально ответственные медицинские решения. Этому способствовало широкое внедрение в медицинскую практику высоких технологий, помогающих справиться даже в самых безнадежных ситуациях. К ним относятся такие биомедицинские технологии, как клонирование, трансплантация органов, терапия фетальными клетками и т.д. Как следствие становится актуальным изучение биоэтических представлений о пределах медицинских вмешательств в биологические процессы жизни человека.

Предмет исследования: отношение пожилых людей к биомедицинским технологиям; объект – население в возрасте 60-74 лет (n=88). Базой для проведения исследования послужила Архангельская область. Инструментом данного исследования явилась статистическая «Карта изучения биоэтических представлений пациентов». Выборка случайная. Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21; расчет 95%-ых доверительных интервалов (ДИ) – методом Fisher.

По нашим данным, состав опрошенных пациентов по полу представлен женщинами (56,8%) и чуть меньше (43,2%) мужчинами. По семейному положению более половины (57,9%) являются одинокими людьми: вдовыми (40,9%) и разведенными (17%), а 6,8% никогда не имели собственной семьи. Лишь каждый третий (35,2%) из них – семейный человек. Уровень образования пожилых пациентов распределился следующим образом:

большинство (58%) из них получили среднее общее образование; еще 26,1% – среднее специальное и 15,9% – высшее образование.

Изучение мнения относительно биоэтических проблем продления жизни мы начали с вопроса о допустимости клонирования человека. Так, большинство (70,5%; 95% ДИ 60,2-79,0) опрошенных к данной технологии относится отрицательно, исключая ее использование ни при каких обстоятельствах (73,9%; 95% ДИ 63,8-81,9).

Вопрос о биомедицинских технологиях продления жизни человека у пожилых людей вызвал не меньшие трудности. Так, к трансплантации органов более половины (56,8%; 95% ДИ 46,4-66,7) относятся отрицательно. Свое отрицательное отношение к этой технологии объясняют противоестественной природой данной технологии (30,7%; 95% ДИ 22,0-41,0), создающей условия для торговли органами и людьми (11,4%; 95% ДИ 6,3-19,7).

В вопросе о допустимости фетальной терапии мнение пожилых людей разделилось. Половина (50%; 95% ДИ 39,8-60,2) из них не смогли ответить на этот вопрос. Однако каждый третий (38,6%; 95% ДИ 29,1- 49,1) не допускает использование этого метода и лишь только каждый десятый (11,4 %; 95 % ДИ 15,2-24,2) считают такую терапию возможной.

На формирование нравственных ценностей личности большое влияние оказывает религия [1], поэтому мы поинтересовались из религиозных предпочтений. По данным нашего исследования, большинство (61,4%; 95% ДИ 50,9-70,9) считают себя религиозными людьми, идентифицируя себя с православием (73,9%; 95% ДИ 63,8-81,9). Это объясняет позицию большинства (70,5%; 95 % ДИ 60,2-79,0) опрошенных принятия/непринятия новых биоэтических технологий, способных оказывать влияние на продолжительность жизни человека.

Выводы.

1. По поводу ни одной из рассмотренных нами открытых биоэтических проблем у пожилых людей нет единого мнения. Отношение к ним широко

варьирует: от позитивного (12,5%) и нейтрального (13,6%) до преимущественно негативного (46,6%) и отсутствующего (27,3%).

2. У имеющих вполне сформированные взгляды (72,7%) в отношении биомедицинских технологий преобладают негативные оценки (46,6%). Особенное неприятие у них вызывает клонирование человека (70,5%), трансплантация органов (56,8%). Несколько менее отрицательно они относятся к терапии фетальными клетками (38,6%) и к экстракорпоральному оплодотворению (27,3%).

Список литературы

1. Светличная, Т.Г. Характеристика начальных биоэтических представлений обучающихся в медицинском вузе / Т.Г. Светличная, Г.Н. Чумакова, Е.С. Степанов, Н.С. Ларионова // Экология человека. – 2015. – №5. – С.14-20.

ОПЫТ СТРАН МИРА ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ КОМАНД В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.С. Тимофеева

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Первичная медико-санитарная помощь определяется как первая и основная точка контакта людей с системой здравоохранения. Пандемия COVID-19 стимулировала появление различных инновационных практик на национальном и региональном уровнях. Однако в большей степени эти изменения продолжают носить локальный характер, не приводящий к значительным на страновом/национальном уровне результатам работы первичной медико-санитарной помощи. Преодоление существующих проблем заключается в новых моделях оказания первичной медико-санитарной помощи, где в процесс лечения пациента включены различные специалисты, работающие в междисциплинарных командах для обеспечения беспрепятственной координации помощи и активно участвующие в профилактических мероприятиях, уходе, адаптированном к потребностям населения.

В междисциплинарной команде медицинские работники разных специальностей работают взаимосвязано для оценки, планирования и оказания комплексной и скоординированной медицинской помощи.

В США утверждена концепция «Медицинский дом, ориентированный на пациента» – Patient-Centered Medical Home (PCMH). PCMH – это командная модель оказания комплексной непрерывной медицинской помощи пациенту под руководством поставщика медицинских услуг с целью достижения максимальных результатов для здоровья.

В Великобритании с целью удовлетворения потребностей пациентов с хроническими заболеваниями создаются группы практик – сети первичной медико-санитарной помощи – Primary care networks (PCN). PCN основана на принципах междисциплинарного подхода, в рамках которого врачи общей практики сотрудничают с больницами, аптеками, психиатрическими, социальными и другими службами с целью оказания интегрированной помощи своим пациентам.

Для повышения качества обслуживания пациентов во Франции, и поддержки местных служб здравоохранения были созданы многопрофильные центры первичной медико-санитарной помощи, интегрированные в местную экосистему социальных и медицинских партнерств (MSP). Командная работа в MSP отличается от простых групповых практик наличием общего плана ухода, реализуемого профессионалами скоординированным образом.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в Испании считается одной из самых эффективных систем в Европе. Услуги первичной медико-санитарной помощи в Испании предоставляют междисциплинарные команды.

Австралия много лет проводит реформирование системы здравоохранения, в основе которого лежит внедрение интегрированной модели медицинской помощи. В стране растет число крупных медицинских центров, которые предоставляют пациентам преимущественно интегрированную помощь в первичном звене, размещая разных поставщиков под одной крышей.

Казахстан, с целью улучшения показателей в области здравоохранения и улучшения удовлетворенности населения оказанием медицинских услуг, перешел к созданию междисциплинарных команд в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

За последние 10 лет в Японии были предприняты шаги по продвижению командной медицины и многопрофильного сотрудничества, а также пересмотру медицинских сборов. В последние годы во многих, но не всех

японских больницах была введена междисциплинарная медицинская помощь, ориентированная на пациента.

Классическая западная модель первичной медико-санитарной помощи показала свою неспособность отвечать вызовам времени: старение населения, рост коморбидной патологии, пандемия COVID-19. Медицинская помощь не должна замыкаться только на деятельности врача, все больше непрофильных функций может быть передано медицинским сестрам, фармацевтам, психологам, диетологам, социальным работникам. Это позволяет оказывать комплексные медицинские услуги, включая профилактику заболеваний и укрепление здоровья.

СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

А.Р. Тортоусов, А.Г. Мырьянова, Д.Ю. Попова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Аннотация. В статье рассматриваются средства индивидуальной защиты и проведение дезинфекционных мероприятий для предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Описываются методы дезинфекции, необходимые для устранения возбудителя инфекции на поверхностях и предметах. Авторы статьи также рассматривают различные виды средств индивидуальной защиты, такие как маски, перчатки, защитные очки и другие, описывая их применение и эффективность.

Ключевые слова: индивидуальная защита, дезинфекция, COVID-19, маски, перчатки, защитные очки.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 стала глобальной проблемой, вызывая негативные последствия как для здоровья населения, так и для экономики многих стран. В данной научной статье приведено исследование, посвященное средствам индивидуальной защиты и дезинфекционным мероприятиям, необходимым для борьбы с COVID-19. Одной из важнейших мер для предотвращения распространения коронавирусной инфекции является использование средств индивидуальной защиты. В данной статье проанализированы различные средства индивидуальной защиты, доступные на рынке, включая средства защиты органов дыхания и кожи. Также были рассмотрены рекомендации Всемирной организации здравоохранения по проведению дезинфекционных мероприятий для борьбы с COVID-19.

Цель данного исследования: дать сравнительную характеристику средствам индивидуальной защиты, представленным на рынке, а также провести анализ дезинфекционных мероприятий, рекомендуемых ВОЗ.

Для достижения сформулированных целей были поставлены задачи:

- проанализировать средства индивидуальной защиты органов дыхания;
- проанализировать средства индивидуальной защиты кожи;
- проанализировать дезинфекционные мероприятия, рекомендуемые ВОЗ.

Средства индивидуальной защиты – изделия, предназначенные для защиты кожи и органов дыхания от воздействия отравляющих веществ и/или вредных примесей в воздухе.

В данной работе рассматриваются СИЗОД (средства индивидуальной защиты органов дыхания) и СИЗК (средства индивидуальной защиты кожи). Рассмотрим их подробнее.

СИЗОД – это средства индивидуальной защиты органов дыхания, которые подразделяются на:

1) противогазы – это средства защиты, которые необходимы для того, чтобы защитить органы дыхания от вдыхания отравляющих веществ, газов и паров;

2) респираторы – это средства индивидуальной защиты, которые применяются для защиты органов дыхания от вдыхания опасных веществ, токсичных газов и паров. Респираторы могут быть как одноразовыми, так и многоразовыми;

3) самоспасатели – это средства индивидуальной защиты, которые позволяют человеку дышать в условиях отсутствия кислорода, например, в случае пожара. Самоспасатели обычно имеют запас кислорода на 15-30 минут;

4) шланговые противогазы – это средства индивидуальной защиты, которые применяются в условиях пожара. Шланговые противогазы представляют собой комплект, состоящий из шланга, маски, регулятора и

других элементов, который подключается к источнику воздуха и позволяет дышать в условиях отсутствия кислорода и высокой температуры.

СИЗК подразделяются на: комбинезоны, куртки, брюки, плащи, капюшоны, подшлемники, защитное белье и носки, перчатки, сапоги.

Далее была проведена сравнительная характеристика СИЗОД марок «ЗМ™ Противоаэрозольная Фильтрующая Полумаска 8132», «ЗМ™ Противоаэрозольная Фильтрующая Полумаска 8102», а также медицинских и хлопчатобумажных масок.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика СИЗОД

Маски медицинские	ЗМ™ Противоаэрозольная фильтрующая полумаска 8132	ЗМ™ Противоаэрозольная фильтрующая полумаска 8102	Медицинская маска	Хлопчатобумажные маски
Эффективность бактериальной фильтрации	До 50 ПДК	До 12 ПДК	До 4 ПДК	0
Воздухопроницаемость	Есть	Нет	Есть	Есть
Фильтрующий элемент	FFP3 NRD с клапаном	FFP2 без клапана выдоха	Нетканый материал: смс-мельтблаун-смс	Тканый материал
Количество слоев	-	5	2-, 3-, 4-хслойные	1-2
Брызгоустойчивость	нет	нет	нет	нет
Эргономичность	Чашеобразная форма: легкая конструкция, устойчивая к смятию, с плотным прилеганием лицу; легко надевается.	Чашеобразная форма: легкая конструкция, устойчивая к смятию, с плотным прилеганием лицу; легко надевается	Удобны в использовании, прилегают к лицу, легко надеваются	Удобны в использовании, легко надеваются
Стоимость, руб	629-2500	300-500	1,5-5	100-400

ЗМ™ Противоаэрозольная Фильтрующая Полумаска 8132 имеет самую высокую эффективность бактериальной фильтрации – до 50 ПДК, в то время

как у хлопчатобумажных масок эффективность вообще отсутствует. 3М™ Противоаэрозольная Фильтрующая Полумаска 8102 и медицинская маска имеют более низкую эффективность бактериальной фильтрации – до 12 и 4 ПДК соответственно. Воздухопроницаемость есть у всех масок, кроме 3М™ Противоаэрозольной Фильтрующей Полумаски 8102. 3М™ Противоаэрозольная Фильтрующая Полумаска 8132 имеет фильтрующий элемент FFP3 NR D с клапаном, в то время как у 3М™ Противоаэрозольной Фильтрующей Полумаски 8102 – FFP2 без клапана выдоха, у медицинской маски – нетканый материал: смс-мельтблаун-смс, а у хлопчатобумажных масок – тканый материал. Количество слоев у масок разное – от 1 до 5. Брызгоустойчивость отсутствует у всех масок. Стоимость масок также различается – от 100 до 2500 рублей. Самые дорогие маски – 3М™ Противоаэрозольная Фильтрующая Полумаска 8132, а самые дешевые – хлопчатобумажные маски.

После была проведена сравнительная характеристика СИЗК моделей «Кварц-1М», «Lamsystems, Pasteris-classic» и «SPFH001»

Из таблицы видно, что средство «Кварц-1М» имеет наилучшие результаты по защитной эффективности, имеет фиксированную массу, но имеет очень низкую воздухопроницаемость. «Lamsystems, Pasteris-classic» имеет индивидуальную эргономичность и возможность использования дополнительных элементов, но имеет более высокий коэффициент проникания и более высокую стоимость. «SPFH001» имеет наилучшие результаты по влагоотталкивающим свойствам, но также имеет наименее высокую защитную эффективность и одноразовую кратность использования.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) являются важным аспектом обеспечения безопасности и здоровья работников в условиях работы с опасными веществами и микроорганизмами. Однако использование СИЗ сопряжено с некоторыми проблемами. Например, частая замена одноразовых костюмов может быть дорогостоящей и не всегда доступной. Кроме того,

неправильное крепление защитных перчаток и бахил может повысить риск загрязнения и снизить комфорт.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика СИЗК

Наименование свойств	Показатели свойств	«Кварц-1М»	Lamsystems, Pasteris-classic	SPFH001
Защитная эффективность	Коэффициент проникания, %	0,01	Не более 0,8	0,001
Эргономичность	Масса СИЗ, кг	3	Индивидуальный	Менее 1
	Воздухопроницаемость	Есть	Низкая	Есть
	Влагоотталкивающие свойства	Есть	Есть	Нет
	Размер	Все размеры	Индивидуальный	Все размеры
Эксплуатационные свойства	Возможность использования дополнительных элементов (средства коррекции зрения, защиты глаз и т.п.)	Есть	Есть	Есть
	Кратность использования	10 циклов автоклавирувания	50 циклов обеззараживания	Одноразовая
	Возможность дезинфекции	Есть	Есть	Нет
Стоимость	За 1 комплект, руб	9680-14400	19140-19990	450-800

Длительное ношение СИЗ также может вызывать дискомфорт и повреждения кожи. Депрессия и тревожные расстройства могут возникать из-за изоляции и страха за здоровье. Использование хлопчатобумажных масок для лиц также имеет свои недостатки, такие как неполная защита и дискомфорт. В целом, необходимо учитывать эти факторы и стремиться минимизировать их влияние на комфорт и безопасность работников.

СИЗ (средства индивидуальной защиты) необходимы для обеспечения безопасности работников в различных сферах деятельности. Однако, чтобы СИЗ могли выполнять свою функцию, необходимо правильно их использовать. Вот несколько рекомендаций по использованию СИЗ, которые должны помочь вам обеспечить безопасность на рабочем месте:

1. Подобрать правильный размер и количество СИЗ. Важно убедиться, что каждый работник имеет подходящий размер и достаточное количество СИЗ. Неправильный размер или недостаток СИЗ может недостаточно защищать работников.

2. Использовать СИЗ из соответствующего материала. Материалы СИЗ должны соответствовать требованиям безопасности. Например, для защиты от падающих предметов необходимы шлемы с жесткими козырьками, а для защиты от химических веществ – резиновые перчатки.

3. Соблюдать график работы с регламентированными перерывами. Регламентированные перерывы помогают работникам отдохнуть и предотвращают перегрузку и травмы.

4. Обучение и понимание важности СИЗ. Работники должны понимать необходимость использования СИЗ и знать, как правильно ими пользоваться. Регулярное обучение и тренировки помогут обеспечить безопасность на рабочем месте.

Еще одним крайне важным аспектом проведения настоящего исследования является проведение дезинфекционных мероприятий. Дезинфекция бывает двух видов: профилактическая и очаговая. Профилактическая дезинфекция проводится с целью предотвращения возникновения инфекционных заболеваний. Она включает в себя ежедневные меры чистоты и санитарии в помещениях, на территории, а также обработку транспортных средств, одежды и обуви. Однако, стоит учесть, что дезинфекция не является универсальным средством защиты от инфекции. Важно также соблюдать социальную дистанцию, носить маски и избегать массовых скоплений людей. Кроме того, все меры по дезинфекции следует сочетать с другими превентивными мерами, такими как прививки, соблюдение гигиены и здорового образа жизни.

Таблица 3 – Режимы обеззараживания для многоразовой защитной одежды

Режимы обеззараживания для многоразовой защитной одежды, изготовленной из хлопчатобумажных тканей	Режимы обеззараживания для многоразовой защитной одежды, изготовленной из нетканых материалов (комбинезоны, костюмы)
Замачивание в растворе O ₂ -активных Cl-активных дезинфицирующих средств, таких как – 3% H ₂ O ₂ (перекись водорода) с 0,5% моющего средства t раствора не ниже 50°C (60 минут), 0,5% раствор NaClO (гипохлорит натрия) t раствора не ниже 50 °C (30 минут)	Погружение в растворы O ₂ -активных Cl-активных дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению, например, 3% H ₂ O ₂ с 0,5% моющего средства
Кипячение в 2% растворе кальцинированной соды Na ₂ CO ₃ в течение 30 минут	Автоклавирование в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см ² (0,11 МПа), (120+2)°C, экспозиция 45 минут.
Автоклавирование в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см ² (0,11 МПа), (120+2) °C, экспозиция 45 минут	

Анализ таблицы 3 позволяет нам сказать о том, что для хлопчатобумажных тканей рекомендуется замачивание в растворах дезинфицирующих средств, таких как 3% H₂O₂ с 0,5% моющего средства при температуре не ниже 50 °C в течение 60 минут или в 0,5% растворе NaClO (гипохлорит натрия) при температуре не ниже 50°C в течение 30 минут, а также кипячение в 2% растворе кальцинированной соды Na₂CO₃ в течение 30 минут.

Данное исследование сосредоточено на сравнительном анализе средств индивидуальной защиты и дезинфекционных мероприятий в борьбе с COVID-19. Основные средства индивидуальной защиты, включая маски, респираторы, перчатки, очки и костюмы, были проанализированы и даны рекомендации по их выбору и использованию. Также были рассмотрены различные методы дезинфекции, включая антисептики, хлор и ультрафиолетовое излучение, и предложены рекомендации по их эффективному применению. В целом, исследование предоставляет выводы и рекомендации для эффективной борьбы с COVID-19 через применение

соответствующих средств индивидуальной защиты и дезинфекционных мероприятий.

Список литературы

1. Рекомендации по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среди работников [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.gov.spb.ru/covid-19/rekomendacii-po-profilaktike-novoj-koronavirusnoj-infekcii-covid-19-sr/>
2. Рекомендации Роспотребнадзора по организации работы предприятий автотранспорта в условиях распространения COVID-19 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://xn--90aciakhhg8arp.xn--p1ai/org/396293/zdravookhranenie/397231/397466/>
3. Средства индивидуальной защиты от коронавируса [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://taganai-avm.ru/catalog/sredstva-individualnoy-zashchity-ot-koronavirusa/>
4. Рекомендации по применению средств индивидуальной защиты (в том числе многоразового использования) для различных категорий граждан при рисках инфицирования COVID-19. Методические рекомендации МР 3.1/3.5.0172/1-20. Москва, 2020
5. Защитные маски: исследования СИЗОД и инновации [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://getsiz.ru/zashchitnye-maski-issledovaniya-sizod-i-innovacii.html>

УРОВЕНЬ ГРАМОТНОСТИ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Б.Б. Тюлюш, А.С. Гольдерова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. Проблемы сохранения и укрепления здоровья, увеличение продолжительности жизни человека продолжают оставаться в числе актуальных вопросов, особенно среди мужского населения. Ожидаемая продолжительность жизни по среднему варианту прогноза Росстата для России на 2021 г. составляет 70,06 лет, для мужчин – 65,51 год, для женщин – 74,51 год. По Республике Саха (Якутия) на 2021 г. ожидаемая продолжительность жизни составляет – 69,98 лет, для мужчин 65,65 лет и для женщин 74,47 лет [1, 2], различие этого показателя между полами составляет около 9 лет. Одним из немаловажных факторов, влияющих на эту разницу, является редкое посещение мужчин поликлиники. Статистика по амбулаторной помощи показывает, что мужское население фактически в два с половиной раза реже ходит в поликлинику, чем женское население. Редкая обращаемость мужчин за амбулаторной помощью, возможно, связано с некоторыми психологическими барьерами, «мужским» воспитанием, также с недостаточным уровнем информированности в вопросах здоровья и болезни.

Грамотность (*health literacy*) (осведомленность, компетентность) по вопросам здоровья и его охраны отражает познавательные и социальные умения и навыки, определяющие мотивацию и способность человека получать доступ к информации, понимать и использовать ее так, чтобы это способствовало укреплению и поддержанию здоровья [3]. Учитывая вышеперечисленное, а также недостаточную изученность данной проблемы, нами проведено данное исследование.

Цель исследования – на основе анкетирования дать характеристику грамотности в вопросах здоровья у мужчин трудоспособного возраста и выявить значимые факторы, влияющие на ее уровень.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 100 мужчин трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет), средний возраст которых составил $41,75 \pm 12,88$ лет. Среди опрошенных лиц 84 мужчины составили коренное население – якуты (средний возраст $41,88 \pm 12,69$ лет), 16 мужчин – русские (средний возраст $41,06 \pm 14,22$).

Распределение по возрастным группам показало, что в опросе участвовали мужчины от 20-29 лет – 24%, от 30-39 лет – 20%, от 40-49 лет – 21% и от 50-60 лет – 35%, т.е. более трети респондентов в возрасте старше 50 лет.

Все мужчины на момент исследования были прикреплены к Государственному автономному учреждению здравоохранения Республики Саха (Якутия) «Якутская городская больница № 3». Поликлиника обеспечивает оказание первичной медико-санитарной помощи детскому и взрослому населению трех округов г. Якутска.

Стандартизованная анкета по изучению грамотности населения в вопросах здоровья состояло из 2 блоков: социально-демографический блок состоял из 7 вопросов; блок грамотности в вопросах здоровья состоял из 47 вопросов. В опроснике-интервью респонденту, после объяснения, предлагалось выбрать 1 из нескольких предложенных вариантов ответов. Анкетирование проводилось с информированного добровольного согласия участников в полном соответствии с этическими рекомендациями Хельсинкской декларации и проведением подробной инструкции заполнения анкетных карт.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с использованием статистического пакета программ «SPSS 19». При сравнении количественных показателей групп значимость различий оценивали с помощью критерия Стьюдента при нормальном распределении и Манна-

Уитни при ненормальном распределении. Для сравнения частот качественных признаков в несвязанных группах применялся критерий χ^2 . Результаты считались статистически значимыми при величинах достигнутого уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты статистического анализа по нескольким вопросам:

– *по семейному статусу* обследованные лица распределились следующим образом: 53% – женатые, 32% – холостые и 15% одиноки (разведен или вдовец); *по статусу образования* – 4% мужчин имели неполное высшее образование, 25% – высшее образование и 71% – средне-специальное образование; на вопрос *об оценке дохода* 10% указали ниже среднего, 90% – средний; *по группам здоровья* взрослого населения обследованные мужчины распределились следующим образом: 1 группа (здоровые) – 23%, 2 группа (имеются факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний) – 41%, 3а – группа (наличие хронических неинфекционных заболеваний, требующих диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) – 10%, 3б группа (нет хронических неинфекционных заболеваний, есть другие заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе ВТМП) – 26%. По Международному классификатору болезней (МКБ-11) 44% мужчин здоровы, 21% имели болезни сердечно-сосудистой системы, 9% – болезни костно-мышечной системы, 8% – болезни эндокринной системы, 7% – болезни полости рта, 5% – болезни органов дыхания и др.

По результатам анализа анкетирования нами были выявлены следующие особенности в вопросах, касающихся здоровья в возрастных группах, разделенных по десятилетним периодам. На вопрос «Тяжело ли Вам продумать порядок действий в случае, когда Вам нужна неотложная медицинская помощь?», большинство мужчин (58,3%) в возрасте 20-29 лет ответили «достаточно легко», а для мужчин старше 50 лет (51,4%) тяжело продумать порядок действий в случае, когда им нужна неотложная

медицинская помощь ($\chi^2 = 44,55$; ст. св. 28; $p=0,024$). Среди затрудняющихся в этом вопросе преобладают мужчины с заболеваниями эндокринной и сердечно-сосудистой систем.

Следующим вопросом, имеющим значимые возрастные различия ($\chi^2 = 53,52$; ст. св. 28; $p=0,003$), явился вопрос «Тяжело ли Вам оценить достоинства и недостатки различных методов лечения?». Анализ ответов показал, что более 58,5% мужчинам в возрасте 20-29 лет «очень легко» и «достаточно легко» оценить достоинства и недостатки различных методов лечения. Испытывают затруднения в этом мужчины в возрасте 55-60 лет, так 88,57% из них ответили «очень трудно» или «достаточно трудно». Среди испытывающих затруднения в этих вопросах 75% составили мужчины с заболеваниями эндокринной системы.

Ответы на вопрос «Тяжело ли Вам оценить достоверность информации о болезни, полученной из СМИ (ТВ, интернет, газеты и т.д.)?» выявили также значимые различия ($\chi^2 = 46,8$; ст. св. 28; $p=0,014$). Более критически относящиеся к достоверности информации оказались мужчины в возрасте от 30 до 34 лет, 55% из них ответили «очень трудно» и «достаточно трудно». Больше всего доверяют информации молодые мужчины в возрасте 20-29 лет, 75% дали ответ «очень легко» или «достаточно легко», такой же ответ дали 62,7% мужчин старше 50 лет и 52,4% мужчин в возрасте 40-44 лет.

На вопрос «Считаете ли Вы затруднительным поиск информации о том, как сделать Ваш двор/район/город более благоприятным для здоровья?» в возрастных группах выявлены статистически значимые различия ($\chi^2 = 49,27$; ст. св. 28; $p=0,008$). Самый различный характер ответов имеет группа мужчин в возрасте 20-29 лет, больший процент ответов «достаточно легко» (54,2%) и «очень трудно» (16,7%). Наибольший процент ответа «достаточно трудно» выявлен в возрастной группе мужчин 30-39 лет – 45%.

Таким образом, грамотность в вопросах здоровья имеет возрастные различия. В основном мужчины старшего возраста испытывают трудности, связанные с оказанием неотложной помощи, а также с информацией о

недостатках и преимуществах методов лечения. Необходимо усиление профилактических мероприятий в Школах здоровья, санитарно-просветительской работы, профилактических бесед, индивидуальных профилактических углубленных консультирований, и переподготовка кадров по общественному здоровью, привлекать мужчин к профилактическим осмотрам. Обратить внимание на мужчин старших возрастных групп.

Список литературы

1. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики (Росстат) <https://rosstat.gov.ru/folder/1278>. Дата обращения: 14.02.2023 год.

2. Официальный сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия) https://sakha.gks.ru/estess_dvizh Дата обращения: 14.02.2023 год.

3. Амлаев, К.Р. Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификация, методы оценки, меры по повышению (научный обзор) / К.Р. Амлаев, Х.Т. Дахкильгова // Профилактическая и клиническая медицина – 2018. – №4 (69). – С. 21-26.

4. Kickbusch I. et al. Health literacy. The solid facts [Electronic resource]. 2013; Mode of Access: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (Date of Access: 15 July, 2017).

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ЕДИНОЕ ЗДОРОВЬЕ» В РЕСПУБЛИКЕ НИГЕР

И. С. Умару,

магистр, координатор движения «Единое здоровье», Ниамей, Республика Нигер

Введение. «One Health» или «Единое здоровье» – это комплексный подход к здоровью, который подчеркивает взаимодействие между животными, людьми и их различными средами. Он поощряет сотрудничество, синергизм и взаимное обогащение всех секторов и участников, чья деятельность может оказать влияние на здоровье. Кроме того, пандемия COVID-19 привела к повышению осведомленности о важности концепции «Единое здоровье – одно здоровье», а также о преподавании и понимании зоонозов, а также о наличии тесных связей между тремя столпами концепции «Единое здоровье» в рамках глобальной экологии.

«Единое здоровье» – это движение, зародившееся в начале 2000-х. В настоящее время многие страны признают преимущества многосекторального и междисциплинарного подхода «Единое здоровье», который позволяет создавать национальные механизмы координации, коммуникации и сотрудничества в целях борьбы с угрозами здоровью на стыке «Человек – животное – окружающая среда». Подход «Единое здоровье» играет важную роль в укреплении национальной и глобальной безопасности в области здравоохранения.

Основная цель движения «Единое здоровье» – способствовать снижению уязвимости населения рискам для здоровья. Конкретная цель One Health: укрепление сообществ и служб охраны здоровья людей, животных и окружающей среды в управлении рисками для здоровья, связанными с кризисами и стихийными бедствиями.

Республика Нигер имеет полупустынный климат и агро-пастбищный характер местности. Воздействие изменения климата на скотоводство и

огородничество имеет неблагоприятные последствия для здоровья животных и человека. Стране угрожают различные опасности, большая часть домашнего скота страны остается непривитой. В период с 2018 по 2019 г. в некоторых населенных пунктах произошла эпизоотия, поразившая ослов. Эпидемии, такие как корь, повторяются, а охват вакцинацией против кори (VAR) очень низок. Реагирование на эти различные проблемы остается недостаточным и разрозненным без хорошей координации между службами охраны здоровья людей, животных и окружающей среды. Столкнувшись со всеми этими проблемами, подход «Единое здоровье» остается единственным решением.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯКУТИИ

И.Д. Ушницкий, М.М. Давыдова, Е.Ю. Никифорова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Актуальность. В настоящее время определяется распространенность дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей школьного возраста, которая является актуальной медико-социальной проблемой [1, 2]. При этом её общие и местные проявления характеризуются широким спектром патологических процессов органов и тканей организма, которые нередко приводят к инвалидизации и снижению качества жизни [3, 4]. Тем временем совершенствование комплексной медико-социальной реабилитации детей с ДСТ основывается на знаниях частоты и структуры общих и местных фенотипических её проявлений [5, 6]. С учетом вышеизложенного нами проводилось изучение проявлений ДСТ в органах и тканях полости рта у детей школьников, проживающих в Якутии.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру местных фенотипических признаков ДСТ у детей школьного возраста Якутии.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в муниципальных общеобразовательных бюджетных учреждениях СОШ №№ 31 и 38 городского округа «Город Якутск», ГБУ РС (Я) «Реабилитационный неврологический детский центр» (Якутск), а также в Аллаиховском, Кобяйском и Чурапчинском улусах (районах) Республики Саха (Якутия). Было обследовано 869 школьников с ДСТ в возрасте от 7 до 15 лет. Анализ фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у обследованных школьников проводили по признакам, проявляющимся в органах и тканях полости рта, по методу Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985).

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследования. Полученные результаты в структуре местных проявлений ДСТ определяют наличие определенных особенностей. Так, самым распространенной патологией являются клинические признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, показатель которых составляет $59,03 \pm 0,28\%$. При этом определяется наличие различных зубочелюстных аномалий у обследованных школьников, где среднестатистический показатель аномалии прикуса составил $27,45 \pm 0,46\%$, далее по распространённости идет глубокий прикус ($28,57 \pm 0,41\%$). Тем временем средний показатель выявленных нарушений прикуса (прямой, перекрестный, открытый, дистальный и медиальный) был на уровне цифровых значений $61,22 \pm 0,24\%$, где показатель сужений и деформаций зубных рядов составил $10,21 \pm 0,46\%$. Кроме того, данные аномалий положения зубов, а также прикреплений уздечек языка и губ, соответственно находились на уровне $11,94 \pm 0,53$ и $17,72 \pm 0,58\%$. При проведении обследования школьников была установлена распространённость готического неба, где показатель составил $42,12 \pm 0,71\%$.

Заключение. Полученные результаты определяют различный спектр местных фенотипических признаков ДСТ у обследованных школьников, где наиболее часто выявляются нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава, зубочелюстных аномалий, которые сочетаются с анатомическими деформациями твердого нёба. Данная ситуация диктует необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на своевременное выявление, лечение и профилактику местных проявлений ДСТ у школьников, проживающих в Якутии.

Список литературы

1. Биометрическая характеристика изменений твердого неба у детей с дисплазией соединительной ткани / И.Д. Ушницкий, Е.Ю. Никифорова, А.М. Аммосова [и др.] // Эндодонтия Today. – 2016. – №4 – С. 29-31.
2. Особенности биофизических свойств и состава ротовой жидкости у детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в условиях высоких широт / Е.Ю. Никифорова, И.Д. Ушницкий, А.М. Аммосова [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2016. – Т. 56, №4 – С. 41-43.
3. Современные аспекты проблемы стоматологических заболеваний у детей с дисплазией соединительной ткани / И.Д. Ушницкий, Е.Ю. Никифорова, А.М. Аммосова [и др.] // Якутский медицинский журнал – 2015. – Т. 52, №4 – С. 85-91.
4. Стоматологический статус детей с дисплазией соединительной ткани, проживающих в Республике Саха (Якутия) / Е.Ю. Никифорова, И.Д. Ушницкий, А.М. Аммосова // Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. – 2015. – Т. 12, №2. – С. 124 -128.
5. Устройство для измерения высоты свода твердого неба: пат. RU 177476 U1 / И.Д. Ушницкий, Е.Ю. Никифорова, А.М. Аммосова – № 2017126141; заявл. 21.07.2017; опубл. 26.02.2018, Бюл. №6.
6. Фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани, проявляющиеся в зубочелюстной системе у детей школьного возраста Якутии / Е.Ю. Никифорова, И.Д. Ушницкий, А.М. Аммосова [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – №3. – С. 62-64.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ЯКУТСКА

М.В. Ханды¹, Т.И. Никифорова², С.В. Маркова¹

¹ ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

² ГАУ РС (Я) «ЯКУТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №3»,

Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Табакокурение является одной из самых распространенных вредных привычек как среди взрослых, так и среди детей и подростков, что является глобальной проблемой мирового общества. Статья посвящена изучению акустических параметров дыхания и определению котинина у курящих подростков г. Якутска. В исследовании приняли участие 191 школьник в возрасте от 13 до 17 лет (учащиеся 8-11 классов). Всем участникам проводили экспресс-тест для определения котинина (никотина) в моче, компьютерную бронхофонографию (БГФ) с использованием аппарата «Паттерн» и анонимное анкетирование для определения статуса курения. Тест на котинин был положительным у 46 из 191 обследованного школьника (24%). Изучение статуса курения показало, что ежедневно курят 4,2% мальчиков и 2,7% девочек, эпизодически курят 69,5% и 20,0% соответственно. По результатам компьютерной бронхофонографии статистически значимых различий при сравнении показателей акустического параметра дыхания у курящих и некурящих подростков не выявлено, что может быть связано с небольшим стажем и редкостью курения у школьников.

Ключевые слова: дети, подросток, табакокурение, бронхофонография, котинин, никотин.

Введение. По данным всемирной организации здравоохранения из-за табакокурения ежегодно умирают около 7 миллионов человек [4]. По данным многих авторов, в последние годы возрастает употребление табака среди

подростков, так, средний показатель употребления табака по всем странам составляет в среднем 12% среди мальчиков и 11% – девочек [8].

В России, по результатам выборочных социологических исследований растет доля курящих детей и подростков. В Москве курят около 40% мальчиков и 30% девочек, в Якутске – 34% и 40%, в Туле – 40% и 32% соответственно, в Воронеже – более 50% подростков [2]. По материалам Артамоновой С.Ю. (2008 г.) среди подростков в г. Якутске курят 77,2 % девушек, 83,6 % юношей с поведенческими расстройствами и 9,6 % девушек, 7,6 % юношей без поведенческих расстройств [1].

В ряде стран приняты законы, ограничивающие рекламу табака, устанавливающие круг лиц, которые могут покупать и потреблять табачные изделия, а также регулирующие зоны для курения [5]. В РФ был принят Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака".

Исследования многих авторов показали негативное влияние никотина на состояние здоровья детей, в т.ч. дыхательной системы. С. М. Гавалов (1988) доказал связь хронической патологии органов дыхания подростков с табакокурением [6]. От регулярного поступления никотина в первую очередь страдает дыхательная система, при этом подросток сперва испытывает затрудненное дыхание при минимальных физических нагрузках, в последующем появляется затяжной сухой кашель и одышка [9].

В настоящее время компьютерные методы исследования и анализ дыхательных шумов позволяют количественно оценивать респираторные нарушения при хронических и острых заболеваниях органов дыхания у детей раннего и старшего возраста. Существует проект, названный Computerized Respiratory Sound Analysis (CORSA), который направлен на систематическое изучение и разработку методов компьютерного анализа респираторных звуков. Метод компьютерной бронхофонографии (БФГ) разрабатывался под руководством профессора С.Ю. Каганова на базе Московского НИИ

педиатрии и детской хирургии МЗ РФ по предложению сотрудников Московского энергетического института [3]. Регистрируемые специфические акустические проявления, возникающие в бронхолегочной системе ребенка, могут иметь диагностическое значение и дополнять информацию, получаемую традиционными методами [10].

Цель: изучение показателей акустического компонента работы дыхания методом компьютерной бронхофонографии и определение котинина у курящих и некурящих подростков г. Якутска.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди школьников г. Якутска, для чего с использованием генератора случайных чисел из списка всех общеобразовательных учреждений города было отобрано 5 школ (14, 18, 27, 28, 31). Участие в исследовании было добровольным. Всего в исследовании приняли участие 191 школьник в возрасте от 13 до 17 лет (учащиеся 8-11 классов). Всем участникам проводили иммунохроматографический экспресс-тест мочи для определения метаболита никотина – котинина (ООО «Мед-Экспресс-Диагностика») и компьютерную бронхофонографию (БФГ) с использованием аппарата «Паттерн». В основе БФГ лежит анализ амплитудно-частотных характеристик спектра дыхательных шумов. Принцип метода заключается в регистрации респираторных звуков, возникающих при дыхании и изменяющихся при различных патологических состояниях. С целью исключения кардиальных шумов предусмотрены специальные низкочастотные фильтры. Сканирование респираторного цикла производится в частотном диапазоне от 100 до 12600 Гц. Произведенная запись сканируется на экран компьютерного монитора и условно подразделяется на три области: до 1,2 кГц – область пуэрильного дыхания, 1,2–5 кГц – низкочастотная область, 5-12,6 кГц – высокочастотная область. Метод БФГ позволяет количественно представить обструктивные нарушения по характеристикам дыхательных шумов, контролировать проводимую терапию, мониторировать состояние детей [7].

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы SPSS версия 22 для Windows. Проверка нормальности распределения количественных признаков проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Меры центральной тенденции и рассеяния представлены в виде медианы (Me), межквартильного (25 и 75 %) распределения. При сравнении независимых групп по количественным признакам применяли непараметрические критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса. Сравнение групп по качественным признакам проводили с использованием метода четырехпольных таблиц с вычислением критерия Пирсона χ^2 . Критическое значение уровня статистической значимости различий (p) принималось равным 5%.

Результаты и обсуждение. Половозрастная структура респондентов представлена в таблице 1. Мальчиков было больше, чем девочек (60,7% и 39,3% соответственно), но возрастные структуры статистически значимо не различались (p=0,983).

Таблица 1 – Гендерная структура исследованных подростков г. Якутска по возрасту и полу, n (%)

Группы	N	13-14 лет	15-17 лет	p
Мальчики	116	57 (49,1)	59 (50,9)	0,983
Девочки	75	33 (44,0)	42 (56,0)	
Оба пола	191	90 (47,1)	101 (52,9)	

Примечание: p – достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по возрастной структуре (критерий Пирсона χ^2).

В таблице 2 представлены показатели акустических параметров дыхания в зависимости от возраста и пола. Среднечастотные диапазоны у мальчиков 13-14 лет статистически значимо выше (p=0,039), чем у мальчиков 15-17 лет, возможно, это связано с тем, что мальчики в группе 13-14 лет на 7,8% больше курят, по сравнению с группой 15-17 лет.

Таблица 2 – Сравнение акустических параметров дыхания по возрасту и полу

Возрастная группа	Мальчики		Девочки		p
	N	Me (Q ₁ ;Q ₃)	N	Me (Q ₁ ;Q ₃)	
5,0-12,6 высокочастотные					
13-14 лет	57	0,21 (0,15; 0,27)	33	0,21 (0,14; 0,25)	0,860
15-17 лет	59	0,25 (0,18; 0,43)	42	0,22 (0,16; 0,25)	0,108
p*	0,082		0,669		
1,2-5,0 среднечастотные					
13-14 лет	57	7,69 (5,41; 10,11)	33	6,91 (5,11; 9,76)	0,223
15-17 лет	59	6,02 (3,36; 8,94)	42	5,77 (3,35; 8,72)	0,909
p*	0,039		0,302		
0,2-1,2 низкочастотные					
13-14 лет	57	82,00 (58,22; 111,01)	33	82,00 (59,39; 97,48)	0,747
15-17 лет	59	82,00 (66,54; 95,65)	42	82,00 (62,80; 101,53)	0,555
p*	0,884		0,361		

Примечание: p – достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по полу; p* – при сравнении возрастных групп 13-14 и 15-17 лет (критерий Манна-Уитни).

Определение котинина основано на принципе иммунохроматографического анализа. Полоска предназначена для одноэтапного быстрого качественного выявления котинина (метаболит никотина) в моче.

Исследуемый образец мочи всасывается поглощающими участками полоски и в случае наличия в образце котинина, он вступает в реакцию с моноклональными антителами к котинину, связанными с частицами коллоидного золота, образуя комплекс «антиген-антитело». Этот комплекс вступает в реакцию конкурентного связывания с антигеном, иммобилизованным в тестовой зоне полоски, при этом полоса розового цвета в тестовой зоне не выявляется.

Чувствительность определения составляет 200 нг/мл котинина. Выявление двух параллельных полос розового цвета – отрицательный результат, выявление только одной полосы розового цвета в контрольной зоне свидетельствует о положительном результате.

Время проведения анализа – 5 минут. Каждая полоска используется для одноразового и качественного определения наличия котинина в моче человека. Метод предназначен только для *in vitro* диагностики.

Анализ результатов теста на котинин показал, дети в группе 13-14 лет курят статистически значимо чаще, чем школьники в возрасте 15-17 лет (34,4% и 14,9%) (табл. 3).

Таблица 3 – Структура теста на котинин подростков г. Якутска по возрасту и полу, n (%)

Результат теста	13-14 лет	15-17 лет	p
Мальчики			
Отрицательный	41 (71,9)	47 (79,7)	0,331
Положительный	16 (28,1)	12 (20,3)	
Девочки			
Отрицательный	18 (54,5)	39 (92,9)	<0,001
Положительный	15 (45,5)	3 (7,1)	
Оба пола			
Отрицательный	59 (65,6)	86 (85,1)	0,002
Положительный	31 (34,4)	15 (14,9)	

Примечание: p – достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по возрасту (критерий Пирсона χ^2).

При сравнении акустических параметров дыхания у курящих и некурящих школьников не выявлено статистически значимых различий, как у мальчиков, так и у девочек (табл. 4-5).

Таблица 4 – Сравнение акустических параметров дыхания у мальчиков, Me (Q₁;Q₃)

Тест на котинин	5,0-12,6 высокочастотные	1,2-5,0 среднечастотные	0,2-1,2 низкочастотные
13-14 лет			
положительный	0,22 (0,17; 0,27)	7,80 (6,18; 9,25)	89,81 (56,87; 111,37)
отрицательный	0,19 (0,14; 0,28)	7,69 (5,34; 10,85)	82,00 (58,22; 104,14)
p	0,618	1,000	0,632
15-17 лет			
положительный	0,25 (0,20; 0,84)	6,45 (3,35; 9,56)	80,60 (66,71; 89,70)
отрицательный	0,25 (0,17; 0,37)	5,97 (3,36; 8,69)	85,60 (66,04; 98,60)
p	0,335	0,910	0,366
13-17 лет			
положительный	0,22 (0,17; 0,33)	7,18 (5,17; 9,46)	82,00 (59,48; 98,16)
отрицательный	0,23 (0,15; 0,31)	6,57 (3,78; 9,59)	82,00 (62,37; 100,70)
p	0,525	0,771	0,867

Примечание: p – достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по результатам теста на котинин (критерий Манна-Уитни).

Таблица 5 – Сравнение акустических параметров дыхания у девочек, Ме (Q₁;Q₃)

Тест на котинин	5,0-12,6 высокочастотные	1,2-5,0 среднечастотные	0,2-1,2 низкочастотные
13-14 лет			
положительный	0,23 (0,19; 0,25)	6,91 (4,56; 10,62)	82,00 (60,00; 105,50)
отрицательный	0,19 (0,14; 0,25)	6,82 (5,12; 9,60)	83,78 (64,72; 101,01)
р	0,442	0,845	0,986
15-17 лет			
положительный	0,23 (0,22; 0,25)	6,44 (3,28; 11,91)	82,00 (73,50; 98,60)
отрицательный	0,21 (0,16; 0,25)	5,77 (3,36; 8,64)	82,00 (59,39; 97,20)
р	0,577	0,927	0,712
13-17 лет			
положительный	0,23 (0,19; 0,25)	6,67 (4,24; 10,62)	82,00 (64,20; 100,62)
отрицательный	0,20 (0,16; 0,25)	6,18 (3,93; 8,80)	82,00 (59,44; 97,77)
р	0,525	0,771	0,867

Примечание: р – достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по результатам теста на котинин (критерий Манна-Уитни).

В заключении исследовании среди обследованных школьников было проведено анонимное анкетирование с целью изучения статуса по отношению курения.

Таблица 6 – Статус по отношению к курению по результатам анкетирования

	Статус курения			р
	ежедневно	эпизодически	не курю	
Мальчики N=116	5 (4,2%)	82 (69,5%)	31 (26,3%)	<0,05
Девочки N=75	2 (2,7%)	15 (20,0%)	58 (77,3%)	

Примечание: р – достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении статуса курения.

Как видно из таблицы 6, на момент анкетирования ежедневно курят 4,2% мальчиков и 2,7% девочек, эпизодически курят 69,5 и 20,0% соответственно.

Таким образом, результаты теста на котинин были положительными у 24% обследованных школьников. Статистически значимых различий при сравнении показателей акустического параметра дыхания у курящих и некурящих подростков не выявлено, что, возможно, связано с небольшим стажем и со статусом курения школьника.

Список литературы

1. Артамонова, С.Ю. Состояние здоровья подростков с поведенческими расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Ю. Артамонова. – Москва, 2008. – 24 с.
2. Геппе, Н.А. Курение табака у детей и подростков: влияние на состояние здоровья и профилактика / Н.А. Геппе // Пульмонология и аллергология. – 2007. – №3. – С. 15.
3. Геппе, Н.А. Значение респираторных звуков в педиатрии (обзор) / Н.А. Геппе, С.И. Шаталина, В.С. Малышев // Вестник смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – № 3. – С. 169-172.
4. Данные официального сайта всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (дата обращения: 10.06.2018)
5. Данные официального сайта всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) URL: <http://www.who.int/topics/tobacco/ru/> (дата обращения: 10.06.2018).
6. Кожевникова, Т.Н. Влияние табакокурения на респираторную функцию у подростков / Т.Н. Кожевникова, И.В. Гривас, И.В. Помогаев и др. // Pediatrics. – 2017. – N 4(133). – С. 8 <http://rusmg.ru/images/2017/4-4.pdf> (дата обращение 27.05.18г)
7. Компьютерная бронхофонография респираторного цикла / Под ред. Геппе Н.А., Малышева В.С. – Москва : Медиа Сфера, 2016. – 108 с.
8. Михайлова, Ю.В., Лисицына М.М., Шикина И.Б., Задоркина Т.Г. Распространённость потребления табака среди школьников России и стран Европы. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/920/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.06.2018 г.).
9. Прокудина, О.А. Негативное влияние табачного дыма на организм подростка / О.А. Прокудина, И.Н. Кононова // Наука и образование: отечественный и зарубежный опыт. Международная научно-практическая заочная конференция: сборник статей. – 2017. – С. 149-152.
10. Старостина, Л.С. Функция внешнего дыхания у детей раннего возраста с различными заболеваниями бронхолегочной системы: автореферат дис. ... канд. мед. наук / Л.С. Старостина. – Москва, 2009. – 24 с.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

К.В. Шельгин

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России,
Архангельск, Архангельская область, Россия

Результативность (effectiveness): «Степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов» (ГОСТ Р ИСО 9000–2015).

Цель: основываясь на сравнении запланированных и фактических показателей системы здравоохранения оценить степень её результативности.

Материалы и методы: целевые показатели взяты из Государственной программы Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области» (ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ); материнская смертность на 100 000 родившихся живыми; младенческая смертность на 1000 родившихся живыми; суммарный коэффициент рождаемости; обеспеченность врачами на 10 000 населения; количество среднего медицинского персонала, приходящегося на одного врача). Фактические показатели взяты из базы данных Федеральной службы государственной статистики. Период анализа – 2010–2020 гг. Результативность вычисляли как отношение целевых и фактических показателей с последующей их интеграцией (простая средняя геометрическая сумма частных показателей). Уровень результативности оценивали по следующей шкале: $0,33 \geq n \geq 0,00$ (низкая), $0,67 \geq n > 0,33$ (средняя), $1,00 \geq n > 0,67$ (высокая).

Результаты и обсуждение. Минимальный уровень результативности для области с учётом автономного округа наблюдался в 2013 г. (0,37). В среднем показатель результативности для области за рассматриваемый период составил 0,65. Результативность управления системой здравоохранения в

период 2010–2020 гг. находилась на среднем уровне. Динамические характеристики целевых показателей системы здравоохранения и фактических значений, за исключением показателей ОПЖ и младенческой смертности, не совпадают. Это объясняется тенденцией к завышению целевых показателей и отсутствием внятно прописанной в Государственной программе Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области» методики их расчёта и прогнозирования.

Заключение.

Результативность системы здравоохранения Архангельской области за период 2010-2020 гг. можно оценить, как среднюю. Необходима корректировка целевых показателей системы здравоохранения, представленных в официальных нормативных документах, на основании ясной методологической основы.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ ДОНОРОВ В ЯКУТИИ

А.М. Шомоева, В.В. Герасимова

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Определение группы крови, резус-принадлежности и типирование антигенов эритроцитов имеет большое значение при проведении переливания крови и ее компонентов для подбора совместимых пар «донор-реципиент» и профилактики наиболее опасных для жизни реципиентов осложнений гемолитического типа.

Целью работы является изучение группы крови: системы АВО, системы резус (rh) и другие; группы крови и заболеваемости; наследование групп крови; установление частоты и особенности распределения групп крови системы АВО и резус-принадлежности у доноров Якутии.

Серологические методы, используемые в настоящее время в сочетании с развивающимися технологиями типирования, могут иметь большое значение для безопасного переливания крови. Кроме того, разработка и валидация быстрых, экономически эффективных, простых и точечных анализов для групп крови принесет пользу тестированию на совместимость перед переливанием крови у постели больного, а также быстрому определению типа крови в чрезвычайных ситуациях или отдаленных районах, где доступ к лабораторным средствам недоступен. Есть надежда, что изучение типирования группы крови будет продолжать развиваться и дополнять поколения обновлений и достижений.

По географическому распределению групп крови более 40% жителей Центральной Европы имеют группу крови А, примерно 40% – группу 0; у 90% коренных жителей Америки отмечена группа также группа крови 0(I), более 20% населения Центральной Азии имеют группу крови В. Исходя из данных о наличии и соотношении различных групп крови в тех или иных

районах земного шара, антропологи могут делать выводы о происхождении и смешении народов.

В Республике Саха (Якутия) наиболее часто встречаются группы крови O(I) и B(III). По данным переписи 2010 г., в республике насчитывается около миллиона жителей. Из них половина, около 500 тыс., якуты. Остальные представлены русскими (37%), украинцами, татарами, эвенками, эвенками, юкагирами, бурятами, чукчами и другими национальностями. При выполнении гемотрансфузий в такой полимикстной монголоидо-европеоидной среде высока вероятность аллоиммунизации, вследствие существенных различий донора и реципиента по набору трансфузионно опасных антигенов, характерному для разных этносов.

В ходе исследований доноров по республике получены данные о частоте и особенностях распределения клинически значимых систем антигенов. Впервые на большом материале (7 746 обследованных) установлена частота распределения трансфузионно опасных антигенов эритроцитов у якутов, что позволило уточнить имевшиеся до настоящего времени данные, а также впервые получить данные о частоте неисследованных ранее антигенов эритроцитов. Показано, что у якутов в отличие от европеоидов преобладают группы крови O(I) и B(III) – 35,48 % и 28,81 % соответственно, по результатам исследований Давыдовой Л.Е.

По собственным данным результатов лабораторных обследований доноров в ГБУ РС (Я) «Станция переливания крови» за период 2018-2022 гг., установлено следующее:

Материалом исследования служили образцы крови первичных доноров г. Якутска, было исследовано более 8500 человек. В работе использовали общепринятые методы определения групповых антигенов крови: метод гемагглютинации и метод иммуноферментного анализа, включая автоматизированные методы исследования.

Исследования проводились на автоматических иммуногематологических анализаторах «QWALYS 2», «ИН 1000», данные анализаторы предназначены

для проведения иммуногематологических исследований – определение группы крови, резус-фактора, фенотипирование, перекрестное тестирование, скрининг и идентификация антител, тесты на совместимость. Исследования проводились с помощью микропланшетной технологии методом магнитизации эритроцитов.

У обследованных доноров г. Якутска преобладает группа крови O(I) **35,7** %, A(II) – 29,6 %, группу B(III) – 24,2%, группа крови AB(IV) – 10,5%.

При проведении обследования доноров по группе крови среди мужчин и женщин, независимо от гендерного признака пола наблюдается, что у мужчин и женщин преобладает группа крови O(I) – **36%** и **35,4%** соответственно, группа крови A(II) у мужчин – 29,1%, у женщин – 30,4%; группа крови B (III) – 24,7%, у мужчин и 23,5% у женщин; AB (IV) среди мужчин 10,3%, у женщин 10,7%.

Частота резус-отрицательных составляет – 7,81%, что свидетельствует о риске иммунизации антигеном D при проведении гемотрансфузионной терапии. Антиген K встречается среди доноров Якутска значительно реже – 0,2% (по России показатели колеблются от 7 до 9%). Индекс аллоиммунизации составляет 0,08%, что в 2,5 раза ниже аналогичного показателя в европейской части России (0,2%).

Данный факт о преобладании группы крови **O(I)** у жителей республики, в том числе у якутов, подтверждается в исследованиях, проведенных Рынковым Ю.Г. (1964 г.) и Давыдовой Л.Е. (2015 г.).

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СИФИЛИСА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЗА ПЕРИОД 2020-2022 гг.

В.В. Яркова, Л.И. Мордовская

ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

Уровень заболеваемости социально-значимыми инфекциями в Якутии остается напряженным, несмотря на снижение, которое наблюдается в последние годы. Особую тревогу вызывает высокий уровень распространения туберкулеза и сифилиса.

Целью исследования является анализ выявляемости сифилиса среди больных туберкулезом, находившихся на лечении в ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» за 2020–2022 гг.

В Республике Саха (Якутия) отмечается стойкая тенденция числа больных туберкулезом. Доля больных в период с 2020 по 2022 г. остается напряженным: средний показатель за 3 года составляет 31,16 на 100 тыс. населения. Отмечается стойкая тенденция к росту заболеваемости сифилисом в Якутии, доля больных в этот же период: средний показатель составляет 14,34 на 100 тыс. населения.

Для изучения выявляемости сочетанной инфекции туберкулеза и сифилиса на территории РС (Я) проведен анализ данных Государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Саха (Якутия) за 2020–2022 гг.» и больных туберкулезом, и их серологические анализы на бледную трепонему.

Всего в исследование включено 288 больных, находившихся на лечении в стационаре ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» им Е.Н. Андреева за период 2020-2022 гг.

Из них женщин – 99 человек, мужчин – 189 человек, число больных туберкулезом мужчин в 1,9 раза больше, чем женщин. Преобладали жители города Якутска – 209 (72,5 %) чел. и 79 (27,5 %) из числа жителей

Алданского, Вилюйского, Хангаласского, Нюрбинского улусов Республики Саха (Якутия), также в 22% случаях – лица без определенного места жительства.

При проведении анализа данных больных туберкулезом использовали методы диагностики сифилиса методом МРП с кардиолипидным антигеном, положительная реакция выявлена у 66 (22,7%) образцов, специфическим трепонемным тестом для выявления АТ к *Treponema Pallidum* методом РПГА обнаружено у 261 (90%) пробы, наличие специфических АТ к возбудителю сифилиса определяемых методом ИФА IgM к *Treponemapallidum* диагностировано у 4 (1,3%) пациентов, выявление АТ класса IgG к *Treponemapallidum* показал у 235 (81,6%) проб с положительными реакциями в разных титрах.

Таким образом, в результате исследований выявлено, что сочетанная инфекция: туберкулез и сифилис зарегистрирована чаще у городских пациентов, у мужчин и у лиц без определенного места жительства. Средний возраст мужчин составляет 46 лет, женщин – 42 года.

Выводы

1. На все методы диагностики только у 4 (1%) больных, в частности, антитела класса М, G методом ИФА в титрах 1:320 , МПР и РПГА по 4+ Наличие антител класса IgM и отмеченное при наблюдении больных нарастание титра а/т класса IgG свидетельствуют о сифилисе в разных клинических стадиях или повторном заражении сифилисом.

2. У 226 (78,4 %) пациентов выявлены антитела класса IgG в сочетании с РПГА, при этом в 61 (21 %) реакциях МРП выявлено положительно, в 1 случае показал единичный положительный результат, соответственно, в 222 (77 %) случаях на РМП показал отрицательный результат. Методы ИФА и РПГА обладают более высокой чувствительностью и специфичностью, но могут давать позитивные результаты в течение многих лет.

3. Наряду с этим, отдельно у 5 (1,7 %) пациентов выявили положительные антитела класса IgG с минимальным титром 1:10. У большинства пациентов, пролеченных на ранней стадии инфекции, титры могут снижаться до минимальных или пороговых значений чувствительности реакции примерно через год.

4. Тем временем, антитела класса IgG показали отрицательный результат у 53 (18,4 %) людей, что свидетельствует об исключении свежеприобретенной и давней инфекции.

5. Метод реакции пассивной гемагглютинации выдал в сравнении с другими серологическими методами 31 (10,8 %) положительную пробу, исходя из этого можно предположить о ложно-положительных реакциях перекрестной реактивности, т.е. когда белки в одном веществе похожи на белки в другом.

Список литературы

1. Приказ МЗ РФ от 30.07.2001 г. № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем».

2. Приказ МЗ РФ от 26 марта 2001 г. № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

3. Приказ МЗ РФ от 23.07.2003 г. № 327 «Об утверждении протокола ведения больных сифилисом».

4. Государственные доклады Управления Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия) «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РС (Я)» с 2020-2022 гг.

5. Клиническая лабораторная диагностика : учебник. В 2 т. / А.А. Кишкун, Л.А. Беганская. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с.

6. Диагностика сифилиса. Клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ. – 2020. – 102 с.
7. Диагностика сифилиса. Информационные материалы / Нижегородская государственная медицинская академия. – Нижний Новгород, 2007. – 44 с.
8. Овчинников, Н.М. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем / Н.М. Овчинников и соавт. – 1998. – С. 9.
9. Красносельских, Т.В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций / Т.В. Красносельских, Е.В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 2. – С. 11-22.
10. Профилактическая медицина: научно-практический журнал: в 2 т. / Н.Н. Потекаев, Е.С. Негашева. – 2019. – №2. – 130 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

<i>Аполихин О.И.</i> Новая модель охраны здоровья и активного социального долголетия мужчин в демографической перспективе России	7
<i>Аполихина И.А., Татаринова О.В., Асекритова А.С., Горбунова Е.А., Сухих Г.Т.</i> Стратегия и перспективы скрининга рака шейки матки в Республике Саха (Якутия)	10
<i>Беленькая В.А., Андоверова А.Г.</i> Опыт клиники по автоматизации процессов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Факт и планы	13
<i>Беньковская О.П.</i> Развитие системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в Приморском крае	16
<i>Васильева С.А., Килячкова С.В., Негнурова А.А.</i> Пациентоориентированный подход в первичном звене здравоохранения на примере ГБУ Республики Саха (Якутия) «Якутская городская больница №2»	18
<i>Горохова А.В., Зинатулин Н.А., Божук М.В., Клименко А.О., Коваленко Т.В.</i> Опыт межведомственного взаимодействия в Приморском крае в рамках системы профилактики кризисного и суицидального поведения детей и подростков	19
<i>Григорьева В.К.</i> Институт страховых представителей как инструмент урегулирования конфликтных ситуаций при оказании медицинской помощи застрахованному лицу.....	26
<i>Гуляева Н.А., Касьянова А.М., Ощепкова С.А.</i> Информированность населения о туберкулезе в микросоциуме средней школы и приверженность к здоровому образу жизни.....	29
<i>Долгих Т.А., Зотова А.В., Катина О.Г.</i> Завозные случаи трансмиссивных лихорадок на территорию Амурской области	32
<i>Ермолаев А.Р.</i> Этические и деонтологические аспекты в службе крови	41
<i>Жирков С.Н., Винокурова И.И., Саввина Н.В.</i> Корпоративная программа здоровья – основа формирования здоровьесберегающей среды для оказания качественной и безопасной медицинской помощи	43
<i>Жирков С.Н., Винокурова И.И.</i> Опыт внедрения практических рекомендаций Росздравнадзора в многопрофильной больнице третьего уровня ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ им. М. Е. Николаева»	45
<i>Жирков С.Н., Винокурова И.И., Федотова Г.И.</i> Опыт контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГАУ РС (Я) «Республиканская больница №1-Национальный центр медицины имени М.Е. Николаева».....	48
<i>Заморицкова О.М., Слепцова С.С.</i> Клинический случай внутрисемейной передачи гепатита D на территории Республики Саха (Якутия)	49

<i>Зотова А.В., Долгих Т.А., Жилин А.Ю.</i> Трудности дифференциальной диагностики завозных случаев тропических трематодозов в Амурской области	54
<i>Иванова С.А.</i> Влияние противоэпидемических мероприятий и штаммов COVID-19 на динамику смертности от новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации	60
<i>Ильина Н.А., Слепцова С.С.</i> Клинико-лабораторные особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Республике Саха (Якутия)	67
<i>Иннокентьев Е.Н.</i> Вопросы этики и деонтологии в практике контроля и надзора в сфере здравоохранения.....	73
<i>Концевая А.В.</i> Развитие здравоохранения как фактор экономического роста	76
<i>Коростелева А.В.</i> Государственные информационные системы здравоохранения Республики Саха (Якутия)	90
<i>Кузнецова А.М., Слепцова С.С.</i> Новая коронавирусная инфекция COVID-19: организационно-терапевтические подходы	92
<i>Маркова Е.Е.</i> Опыт формирования системы контроля качества: от теории к практике	96
<i>Меньшикова Л.И., Сон И.М.</i> Аккредитация организаторов здравоохранения: новации и перспективы	98
<i>Мороз И.Н.</i> Система непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Республике Беларусь	101
<i>Никитина А.М.</i> Территория трезвости: опыт обеспечения коллективных решений распространения и потребления алкогольных напитков в Республике Саха (Якутия)	104
<i>Платонова Т.А.</i> Искусственный интеллект.....	108
<i>Постников Н.М., Трифонова Ю.Н.</i> Анализ обоснованных жалоб застрахованных лиц на доступность и качество медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за период 2020-2022 гг.	110
<i>Пшеничкова Г.М., Львова С.М., Филиппова Е.С., Никитина А.Ю., Максимова Т.А.</i> Задержка речевого развития у детей дошкольного возраста	115
<i>Саввина В.В.</i> Система организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным на территории Республики Саха (Якутия)	118
<i>Саввина М.С.</i> Макронутриентный состав грудного молока женщин, проживающих в Республике Саха (Якутия)	119
<i>Саввина Н.В., Дмитриева С.М., Гоголев Н.М.</i> Актуальные вопросы подготовки специалистов здравоохранения по профилактической медицине.....	122
<i>Семенова В.К., Слепцова С.С.</i> Проявление эпидемического процесса гепатита С в Якутии	124
<i>Таут Д.Ф.</i> Эффективные подходы к управлению качеством и безопасности в первичном звене	127

<i>Татарина О.В., Павлова А.В., Асекритова А.С.</i> Дистанционный мониторинг здоровья пожилых граждан с ограничением мобильности в Республике Саха (Якутия)	128
<i>Тищенко А.А., Югай М.Т.</i> Экопсихология – новое направление в обеспечении благополучия человека	131
<i>Федорова Н.Т.</i> Стратегия в области цифровой трансформации отраслей экономики, социальной сферы и государственного управления Республики Саха (Якутия): о статусе реализации проектов отрасли «Здравоохранение»	134
<i>Хорунов А.Н.</i> Биомедицинская этика: история и современность	137
<i>Царанов К.Н.</i> Количественное измерение корпоративных ценностей медиков ...	140
<i>Чулакова Н.А., Потапов А.Ф., Чулаков К.В., Иванова А.А.</i> Влияние возраста и коморбидности на риск летального исхода у пациентов с тяжелой COVID-19-ассоциированной пневмонией	147
<i>Шапвалова М.А., Дерябина Н.Н.</i> Цифровое здравоохранение как инновационная система управления здравоохранением: опыт региона	150
<i>Шестакова Т.Е.</i> Движение «Здоровые города» в Российской Федерации: Векторы развития	152

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

<i>Алексеева М.С., Семенова В.К.</i> Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатита С в Республике Саха (Якутия)	157
<i>Андреева А.С., Петрова М.Н.</i> Научно-исследовательская работа студента как эффективный инструмент формирования «мягких навыков» у будущих бакалавров сестринского дела	161
<i>Ахтариев Я.Ю., Чиликанова С.С., Аленицкая М.В.</i> Сравнение отношения к собственному здоровью студенток медицинских и немедицинских вузов	168
<i>Барадиева А.В.</i> Морально-этические требования в системе нормативного регулирования профессиональной медицинской деятельности (правовая сторона врачебной этики)	172
<i>Барашкова Н.П.</i> Междисциплинарный подход к профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП): опыт работы ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ имени М.Е. Николаева»	175
<i>Бобрович В.В., Шильникова Н.Ф.</i> Экономическая модель оплаты специализированной медицинской помощи по клинико-статистическим группам	179
<i>Богачевская С.А., Киселев С.Н., Капитоненко Н.А.</i> Анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Дальневосточного региона России в период пандемии	182

<i>Богданова В.Д., Аленицкая М.В.</i> Оптимизация оценки риска здоровью, обусловленного качеством воды централизованных систем водоснабжения	185
<i>Борисов И.А., Винокурова С.П.</i> Первоочередные меры по снижению смертности от хронических неинфекционных заболеваний в Республике Саха (Якутия).....	187
<i>Борисова А.А., Протопопова Т.В., Ядрихинская М.И.</i> Деятельность поликлиник г. Якутска в период пандемии COVID-19	190
<i>Борисова А.А., Саввина Н.В., Ксенофонтов А.М.</i> Заболеваемость болезнями органов дыхания населения районов Крайнего Севера за 2019-2021 гг.	194
<i>Васильева М.М., Атласова Х.В., Григорьева Н.А., Колосова М.В.</i> Оценка степени влияния просветительской работы на изменение образа жизни	197
<i>Волова Т.Л., Шельгин К.В., Меньшикова Л.И.</i> Состояние психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Архангельской области	200
<i>Волова Т.Л., Шельгин К.В., Меньшикова Л.И.</i> Недоучёт и детерминированность детско-подростковой инвалидности вследствие психических расстройств в Архангельской области	203
<i>Гаврильева О.М., Петрова М.Н., Аммосов В.Г.</i> Применение бережливых технологий в повышении эффективности работы регистратуры Клиники СВФУ	206
<i>Горохова А.Е., Жулярова М.Ф., Кононова К.В., Смирнова И.И., Соловьева Ю.А.</i> Распространенность гиподинамии у студентов Медицинского института СВФУ..	209
<i>Григорьев Н.А., Семенова Т.Д.</i> Клещевой вирусный энцефалит в Республике Саха (Якутия) в период с 2011 по 2022 г.	211
<i>Григорьев Н.Н., Егоров В.В.</i> Распространенность дефицита витамина D у трудоспособного населения России	215
<i>Григорьева Н.А.</i> Характеристика групп здоровья детей Республики Саха (Якутия)	219
<i>Гуляев Т.Т.</i> Оценка распространения COVID-19 в Республике Саха (Якутия) с помощью метода ИФА: результаты серологического мониторинга населения	221
<i>Данилова Т.Г., Гольдерова А.С., Слепцова С.С.</i> Хронические вирусные гепатиты у детей и подростков	228
<i>Домотова А.М., Саввина В.В.</i> Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Саха (Якутия)	231
<i>Донская А.А., Соловьева Т.В., Гатилова М.И., Малышева Л.А.</i> Показатели деятельности отделения врачей общей практики ГАУ РС (Я) «Поликлиника №1» г. Якутска	238
<i>Донская А.А., Стрекаловская А.А., Винокурова С.П., Шайхалиева Е.Х.</i> Особенности течения артериальной гипертензии у мужчин по результатам пятилетнего наблюдения	241

<i>Донской Д.А., Шамаева С.Х., Маркова В.Н., Атласова Х.В.</i> Роль микробиологического мониторинга в системе инфекционного контроля многопрофильного стационара	244
<i>Дударева В.А.</i> Оценка перинатальных исходов на уровне субъекта Российской Федерации за десятилетний период (2012-2021 гг.)	246
<i>Евстафьева Ю.В., Ходакова О.В.</i> Смертность от болезней системы кровообращения в Забайкальском крае	254
<i>Егорова А.Н., Гольдерова А.С.</i> Изменения общеклинических анализов у спортсменов	257
<i>Егорова М.В., Мордовская Л.И.</i> Полиморфизм гена рецептора витамина D (VDR foki) у больных туберкулезом якутской этнической группы	260
<i>Иванова С.А., Андреева В.О., Пальшина А.М., Ноговицына С.В., Семенова А.Н.</i> Нарушения когнитивных функций у пациентов с фибрилляцией предсердий в Республике Саха (Якутия)	263
<i>Илларионова Н.А., Слепцова С.С.</i> Этиотропная терапия хронической HDV-инфекции в Республике Саха (Якутия): клинический пример	270
<i>Ионова Т.В.</i> Социальный статус детей из групп риска по заболеванию туберкулезом	273
<i>Киселев С.Н., Каспрук Л.И., Лебедев А.А.</i> К вопросу об организации медико-социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста	276
<i>Коковина Н.К., Губко Р.В.</i> Сравнительная оценка показателей заболеваемости сотрудников Государственной инспекции безопасности дорожного движения....	286
<i>Кондаков С.Н., Павлова Е.С., Павлов Н.Г.</i> Организация системы мероприятий для повышения эффективности клинического излечения от туберкулеза органов дыхания	291
<i>Корякина Н.И., Тимофеев Л.Ф.</i> Анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов высших учебных заведений	299
<i>Лазарева Л.И., Гоголева А.И., Башиева А.А., Погодаева М.М.</i> Основные показатели инвалидности населения Республики Саха (Якутия) по итогам деятельности ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Саха (Якутия)» Минтруда России за 2020-2022 гг.	304
<i>Ларичева Е.Г.</i> Социально-гигиенические основы формирования у юношей здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья	309
<i>Мартынова А.П., Герасимова В.В.</i> Выявляемость гепатита В среди доноров крови	312
<i>Матвеева Н.В.</i> Причины и профилактика ранней беременности подростков	316
<i>Николаева А.А.</i> Актуальные аспекты инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Республике Саха (Якутия)	320
<i>Павлова Л.С., Антипина У.Д.</i> Особенности лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции	324

<i>Пономарева А.В., Аленицкая М.В.</i> Профессиональная инфекционная заболеваемость медицинских работников в России (обзор литературы)	328
<i>Попова Н.Д., Жирков С.Н., Саввина Н.В.</i> Оценка приверженности к здоровому образу жизни среди врачей в ГАУ РС (Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е. Николаева»	333
<i>Портнягина А.А., Егорова В.Е.</i> Сравнительный анализ IGG при COVID-19	340
<i>Портнягина Т.Н.</i> Оценка состояния здоровья студентов ГАПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж» и совершенствование их диспансеризации	343
<i>Савельев В.В., Винокуров М.М., Попов В.В.</i> Динамические изменения физико-химических свойств и жирнокислотного состава сыворотки крови у больных распространенным гнойным перитонитом	346
<i>Саввина Н.В., Байбаллыкова Е.П.</i> Роль и место магистров общественного здравоохранения в системе здравоохранения	349
<i>Платонова М.В., Саввина Н.В.</i> Медико-социальная характеристика женщин, находящихся перименопаузальном периоде	352
<i>Светличная Т.Г., Смирнова Е.А.</i> Биоэтические проблемы рождения и смерти и отношение к ним пожилых людей	358
<i>Тимофеева А.С.</i> Опыт стран мира по организации работы междисциплинарных команд в первичном звене здравоохранения	361
<i>Тортоусов А.Р., Мырьянова А.Г., Попова Д.Ю.</i> Средства индивидуальной защиты и проведение дезинфекционных мероприятий при новой коронавирусной инфекции COVID-19	364
<i>Тюлюш Б.Б., Гольдерова А.С.</i> Уровень грамотности в вопросах здоровья у мужчин в зависимости от возраста	372
<i>Умару И.С.</i> Опыт реализации проекта «единое здоровье» в Республике Нигер ...	377
<i>Ушницкий И.Д., Давыдова М.М., Никифорова Е.Ю.</i> Проявления дисплазии соединительной ткани в полости рта у детей школьного возраста Якутии	379
<i>Ханды М.В., Никифорова Т.И., Маркова С.В.</i> Исследование функции внешнего дыхания у курящих подростков города Якутска	382
<i>Шельгин К.В.</i> Результативность системы здравоохранения Архангельской области	390
<i>Шомоева А.М., Герасимова В.В.</i> Особенности распределения групп крови доноров в Якутии»	392
<i>Яркова В.В., Мордовская Л.И.</i> Выявляемость сифилиса у больных туберкулезом за период 2020-2022 гг.	395

Научное издание

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, СОЦИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ И ПРАКТИКИ**

Материалы Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
г. Якутск, 21–24 июня 2023 г.

Редакционная коллегия:

Саввина Надежда Валерьевна, **Гоголев** Николай Михайлович,
Петрова Милана Николаевна

Редактор *О.К. Соловьева*

Оформление обложки *П.И. Антипин*

Дата подписания к использованию 29.09.2023 г. Электронное издание.

Объем 11,7Мб. Тираж 10 дисков. Заказ № 244

Минимальные системные требования:

процессор с тактовой частотой 1,3 Гц и выше, оперативная память 128 Мб,

операционные системы: Microsoft Windows XP/Vista/7/8/10,11

ОС MAC OS версии 10,8.

Издательский дом Северо-Восточного федерального университета,

677891, г. Якутск, ул. Петровского, 5. E-mail: izdat-svfu@mail.ru

Изготовлено в Издательском доме СВФУ