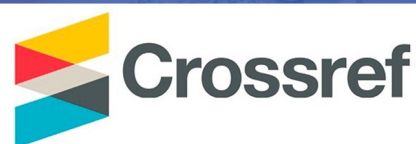


INNOVA

ELECTRONIC SCIENTIFIC JOURNAL

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



2022, № 2 (27)



INNOVA

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный редактор:

Виктор Анатольевич Лазаренко - доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Заместитель главного редактора:

Вячеслав Александрович Липатов - доктор медицинских наук.

Ответственный секретарь:

Ирина Леонидовна Привалова - доктор биологических наук.

Технический секретарь:

Артём Александрович Денисов.

Редакционный совет:

Анатолий Николаевич Лызиков - доктор медицинских наук, Гомель, Беларусь.

Виорел Евгеньевич Наку - доктор наук, Кишинёв, Молдова.

Дэвид Вайсман - доктор наук, Даллас, США.

Ирина Игоревна Фришман - доктор педагогических наук, Москва, Россия.

Карл-Йозеф Гундерманн - доктор наук, Щецин, Польша.

Константин Енкоян - доктор медицинских и биологических наук, Ереван, Армения.

Лю Хуньвень - доктор наук, Харбин, Китай.

Марина Николаевна Белогубова - доктор социологических наук, Москва, Россия.

Сисаян Амаяк - доктор медицинских наук, Ереван, Армения.

Редакционная коллегия:

Алексей Леонидович Локтионов - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Василий Петрович Гаврилюк - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Виталий Владимирович Зотов - доктор социологических наук, Курск, Россия.

Галина Сергеевна Маль - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Елена Вячеславовна Будко - доктор фармацевтических наук, Курск, Россия.

Мария Андреевна Солодилова - доктор биологических наук, Курск, Россия.

Сергей Владимирович Поветкин - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Павел Владимирович Ткаченко - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Татьяна Дмитриевна Василенко - доктор психологических наук, Курск, Россия.

В Научном электронном журнале «Innova» публикуются результаты оригинальных исследований, научные обзоры, лекции и общетеоретические статьи, а также другие виды научных работ (по согласованию с редакцией). **Публикация в журнале для авторов бесплатна.**

Все статьи подвергаются рецензированию. Всем статьям присваивается индивидуальный код **DOI** (Crossref (DOI prefix: 10.21626). Номера журнала размещаются в **РИНЦ** (договор 1543-05/2015К).

Сетевое издание Innova зарегистрировано в качестве средства массовой информации.

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС77 - 66290 от 01.07.2016 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

ISSN: 2500-2937

РИНЦ: 1543-05/2015К

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

Адрес в сети Интернет: <http://innova-journal.ru/>

Почтовый адрес редакции: 305041 Курская обл., г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

Адрес электронной почты редакции: main@innova-journal.ru

Телефон редакции: +7 (4712) 588-137



INNOVA

Founder: Kursk State Medical University.

Chair of Editorial Board:

Victor Lazarenko - Doctor of Medical Sciences, Honoured Doctor of Russian Federation.

Vice-Editor:

Viacheslav Lipatov - Doctor of Medical Sciences.

Editor-in-Chief:

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences.

Technical Secretary:

Artyom Denisov.

Editorial Board:

Anatolii Lyzikov - Doctor of Medical Sciences, Gomel, Belarus.

David Wiseman - Philosophy Doctor, Dallas, USA.

Irina Frishman - Doctor of Pedagogical Sciences, Moscow, Russia.

Karl-Iosef Gundermann - Doctor of Sciences, Shetcin, Poland.

Amaiak Sisakian - Doctor of Medical Sciences, Erevan, Armenia.

Konstantin Enkoyan - Doctor of Medical and Biological Sciences, Erevan, Armenia.

Liu Hungwen - Philosophy Doctor, Harbin, China.

Marina Belogubova - Doctor of Sociological Sciences, Moscow, Russia.

Viorel Naku - Doctor of Science, Kishinev, Moldova.

Editorial team:

Alexander Konichenko - Doctor of Technical Sciences, Kursk, Russia.

Alexey Loktionov - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Elena Budko - Doctor of Pharmacy, Kursk, Russia.

Galina Mal - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Maria Solodilova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Povetkin - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Schaveliyov - Doctor of Philosophy, Doctor of Historical Sciences. Kursk, Russia.

Pavel Tkachenko - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Tatiana Vasilenko - Doctor of Psychology, Kursk, Russia.

Vasiliy Gavriluyuk - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Vitaliy Zotov - Doctor of Social Sciences, Kursk, Russia.

Electronic scientific journal Innova accepts for publication results of original researches, scientific surveys, lectures and general-theoretical articles and also other types of scientific papers (by agreement with the Editorial Board). **Publication are free of charge for all authors.** All articles are reviewed. All articles are assigned an individual **DOI** code (Crossref (DOI prefix: 10.21626). The journal numbers are placed in the **RISC** (contract 1543-05 / 2015K).

Mass-media registration: Эп №ФЦ77-66290

ISSN: 2500-2937

RISC: 1543-05/2015K

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

WEB site: <http://innova-journal.ru/>

Post address: 305041, Russia, Kursk region, Kursk city, Karl Marks st., 3

E-mail: main@innova-journal.ru

Phone: +7 (4712) 588-137

ХАРАКТЕР ИШЕМИЧЕСКИХ И РЕПЕРФУЗИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК БАЗИС РАЗЛИЧИЙ В ПОДХОДАХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
Алехин С.А., Бежина Е.Н., Фирсова Т.И., Назаренко Д.П.
6
ОСОБЕННОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА
Асадов Д.А., Хакимов В.А.
11
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ТРАВМЫ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Жилыев Р.А.
17
ДЕШЕВОЙ ВИКТОР ИВАНОВИЧ – ПЕРВЫЙ ДИРЕКТОР КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
Лазаренко В.А., Иванов А.В., Никишина Н.А., Пучков В.И., Черняев Д.В.
23
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ
Мухамедов И.М., Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш.
35
ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТОВ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
Сахабетдинов Б.А., Валитов Б.Р., Сафиуллина Т.Д.
40
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА (НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)
Тимошилов В.И., Полякова К.В.
43

CONTENTS

P.

TYPE OF ISCHEMIA AND REPERFUSION DAMAGE IN SMALL INTESTINE AND PANCREAS AS A BACKGROUND IN PHARMACOLOGICAL CORRECTION DIFFERENCES <i>Alekhin S.A., Bezhina E.N., Firsova T.I., Nazarenko D.P.</i>	6
FEATURES OF REFORMING THE HEALTH CARE SYSTEM OF UZBEKISTAN <i>Asadov D.A., Khakimov V.A.</i>	11
PELVIC INJURY PATHOGENESIS HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PECULIARITIES IN SUFFICIENTS WITH SIGNS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA <i>Zhilyaev R.A.</i>	17
DESHEVOY VIKTOR IVANOVICH - THE FIRST DIRECTOR OF THE KURSK STATE MEDICAL INSTITUTE <i>Lazarenko V.A., Ivanov A.V., Nikishina N.A., Puchkov V.Ig., Chernyaev D.V.</i>	23
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC ENTEROCOLITIS IN CHILDREN <i>Mukhamedov I.M., Yusupov M.I., Shaikulov H.Sh.</i>	35
GERIATRIC ASPECTS OF PATIENTS IN URGENT ABDOMINAL SURGERY <i>Sakhabetdinov B.A., Valitov B.R., Safiullina T.D.</i>	40
FEATURES OF PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG MEDICAL AND BIOLOGICAL STUDENTS DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC (ON THE EXAMPLE OF THE KURSK REGION) <i>Timoshilov V.I., Polyakova K.V.</i>	43

ХАРАКТЕР ИШЕМИЧЕСКИХ И РЕПЕРФУЗИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК БАЗИС РАЗЛИЧИЙ В ПОДХОДАХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

TYPE OF ISCHEMIA AND REPERFUSION DAMAGE IN SMALL INTESTINE AND PANCREAS AS A BACKGROUND IN PHARMACOLOGICAL CORRECTION DIFFERENCES

■ **Алехин Сергей Александрович**
Кандидат медицинских наук

■ **Бежина Елена Николаевна**

■ **Фирсова Татьяна Ивановна**

■ **Назаренко Дмитрий Петрович**
Доктор медицинских наук

■ **Курский государственный медицинский
университет**

■ **Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет**

■ **Alekhin Sergey Alexandrovich**
Candidate of Medical Sciences

■ **Bezhina Elena Nikolaevna**

■ **Firsova Tatiana Ivanovna**

■ **Nazarenko Dmitry Petrovich**
Doctor of Medical Sciences

■ **Kursk State Medical University**

■ **Belgorod National Research University**

E-mail: aliohinsa@kursksmu.net

Резюме

В статье рассмотрен характер ответа тканей тонкого кишечника и поджелудочной железы крыс в эксперименте на ишемическое и реперфузионное повреждения. Полученные данные свидетельствуют о выраженных различиях ответа микроциркуляторного русла, что создаёт базис для внесения изменений в фармакологическую коррекцию данных патологических процессов.

Ключевые слова: ишемия, скорость объемной перфузии, реперфузия, поджелудочная железа, тонкий кишечник.

Summary

The article presents type of tissue response of rats small intestine and pancreas to the ischemic and reperfusion injury. The obtained data indicate pronounced differences in the response of the microcirculation, which creates a background for changes in the pharmacological correction of these pathological processes.

Key words: ischemia, volumetric perfusion rate, reperfusion, pancreas, small intestine.

Библиографическая ссылка на статью

Алехин С.А., Бежина Е.Н., Фирсова Т.И., Назаренко Д.П.
Характер ишемических и реперфузионных повреждений
тканей тонкого кишечника и поджелудочной железы как
базис различий в подходах фармакологической коррекции //
Innova. - 2022. -
№ 2 (27). - С. 6-10.

References to the article

Alekhin S.A., Bezhina E.N., Firsova T.I., Nazarenko D.P. Type of
ischemia and reperfusion damage in small intestine and pancreas
as a background in pharmacological correction differences //
Innova. - 2022. -
No. 2 (27). - P. 6-10.

DOI:

[10.21626/innova/2022.2/01](https://doi.org/10.21626/innova/2022.2/01)

Введение. Ишемические и реперфузионные повреждения тканей при острых хирургических заболеваниях, объединенных общим названием острый живот, имеют критическое значение. Не является исключением и поджелудочная железа, в которой ходе формирования деструктивных изменений надпороговая ишемия ацинарного аппарата играет не меньшую роль, чем воздействие остановки кровотока в развитии структурных и функциональных повреждений тканей кишечника при мезентериальном тромбозе [2, 5, 6, 7, 9, 12].

Роль ишемии в развитии острого панкреатита как следствия развивающейся митохондриальной дисфункции была отмечена в различных исследованиях, однако в последнее время стали появляться сообщения о возможности формирования острого деструктивного панкреатита как осложнения кардиохирургических операций при снижении перфузии органа на фоне искусственного кровообращения. Роль же ишемии как основного фактора в развитии деструкции кишечной стенки при остром мезентериальном тромбозе не вызывает никаких сомнений [4, 8, 10, 11].

Нами ранее проводились исследования скорости объемного кровотока в поджелудочной железе на фоне каналикулярно-гипертензионной модели острого деструктивного панкреатита. Было установлено, что максимальное снижение кровотока наблюдается к первым суткам, что проявляется выраженным деструктивным явлением в строении органа [1, 3].

Однако проводить сравнительный анализ данных кровотока в микроциркуляторном русле при каналикулярных моделях основанных на повышении давления в протоках поджелудочной железы при формировании острого панкреатита и модели мезентериального тромбоза основанной на отключении кровотока в заданном участке кишечника не является верным с точки зрения различий этиопатогенеза.

В связи с чем целью нашего исследования явилось сравнительное исследование скорости объемного кровотока в микроциркуляторном русле поджелудочной железы при воспроизведении ишемической модели острого воспаления поджелудочной железы и ишемического повреждения тканей тонкого кишечника в модели сегментарного мезентериального тромбоза.

Материалы и методы. Анализ был проведен на основании результатов экспериментального изучения 24 самок крыс линии Вистар, находившихся голодании в течение 48 часов, при этом доступ к воде

убирали за 6 часов до моделирования, весом 280-300 г.

Оперативные вмешательства и исследования производились под общим обезболиванием (комбинирование зоветила 100 в дозе 60 мг/кг и хлоралгидрата в дозе 125 мг/кг внутривенно).

Острое деструктивное поражение поджелудочной железы моделировали лигированием панкреатических артерий на 30 минутный период.

Нами разработана и применялась модель сегментарного мезентериального тромбоза, которая заключается в перевязке стандартных сегментарных артерий на период 30 минут.

Реперфузионное поражение органов было воспроизведено при восстановлении кровотока после снятия на 30 минут лигатур.

С целью определения скорости объемного кровотока был использован метод лазерной доплеровской флоуметрии, регистрация проводилась программно-аппаратным комплексом Biopac system, и AcqKnowledge 4.2.0 software при помощи инвазивного датчика TSD144. Данные полученные в ходе исследования были выражены перфузионных единицах (ПЕ).

Результаты и их обсуждение. Скорость объемного кровотока в микроциркуляторном русле интраабдоминальных органов даже в пределах исследуемого лабораторного животного подвержена значительной вариабельности в различных фазах пищеварения и различном характере пищи, что наблюдалось нами неоднократно в предварительно проведенных исследованиях.

Учитывая вариабельность показателей, нами проводилась предоперационная подготовка, направленная на стандартизацию получаемых данных, которая заключалась в изоляции животных от еды за 48 часов до проведения эксперимента и от воды за 6 часов, при обязательном раздельном содержании в индивидуальных клетках.

48 часовая изоляция животных от еды приводила к стабилизации фаз пищеварения и соответственно скорости кровотока на одном уровне в $418,09 \pm 39,11$, что в последствии было установлено как базовый уровень скорости объемного кровотока. Тогда как во время пищеварения скорость кровотока в микроциркуляторном русле поджелудочной железы поднимается до $1500 \pm 276,34$ ПЕ.

В проведенных ранее исследованиях мы выявили изменение в широком диапазоне значений перфузии микроциркуляторного русла

как поджелудочной железы, так и тонкого кишечника в зависимости от различных зон перфузии и по мере удаления от центральных к периферическим участкам [3].

В целом понимание процессов изменения скорости перфузии и ее сравнение при использовании множества показателей в различных зонах перфузии значительно затруднено, в связи с чем мы использовали интегральный показатель, как результирующую различной скорости перфузии в различных зонах одного участка ткани.

Исследования показателей скорости объемной перфузии в ткани поджелудочной железы и тонкого кишечника производили на сосудистой модели острого панкреатита и модели сегментарного мезентериального тромбоза в ходе эпизода глубокой ишемии при полной остановке кровообращения в сосудах поджелудочной железы и стандартном участке тонкого кишечника на период в 30 минут, с целью формирования глубокого ишемического повреждения, и при восстановлении кровообращения на 1, 3, 7, 15, 30 и 60-й минутах реперфузии.

Нами была установлена разница в реакции панкреатического микроциркуляторного русла в ответ на эпизод глубокой ишемии. Начальные показатели перфузии были на уровне $418,09 \pm 39,11$ ПЕ, выключение кровообращения путем лигирования сосудов сопровождалось снижением перфузии до недетектируемого уровня. На протяжении воспроизведения периода глубокой ишемии адекватность лигирования контролировалась каждую минуту

методом флоуметрии при этом перфузия оставалась на недетектируемом уровне.

Во время первой минуты реперфузии происходило восстановление скорости объемного кровотока до уровня $50,46 \pm 10,18$ ПЕ, которое продолжалось как во время третьей, так и седьмой минуте возобновления кровотока, что составило соответственно $87,15 \pm 12,83$ и $103,74 \pm 10,47$ ПЕ.

По сравнению с первой минутой реперфузии, к 15-й минуте скорость кровотока возрастала более чем в 3 раза и составляла $151,35 \pm 8,27$ ПЕ.

Интересным наблюдением является тот факт, что увеличение, а точнее восстановление скорости объемной перфузии микроциркуляторного русла, детектируется исключительно до 30-й минуты в абсолютном значении составляя $333,21 \pm 26,32$ ПЕ, тогда как дальнейшее восстановление кровотока сменяется его падением, что выражается в уровне скорости объемного кровотока на 60-й минуте в $266,69 \pm 18,79$ ПЕ.

Выраженный повреждающий эффект эпизода глубокой ишемии длительностью в 30 минут с последующей 30-минутной реперфузией на ткань поджелудочной железы, в отличие от тканей тонкого кишечника, проявляется и на микроскопическом уровне, что в первую очередь сказывается на формировании интерстициального отека. При гистологическом исследовании в поджелудочной железе отмечаются явления венозного полнокровия и геморрагии.

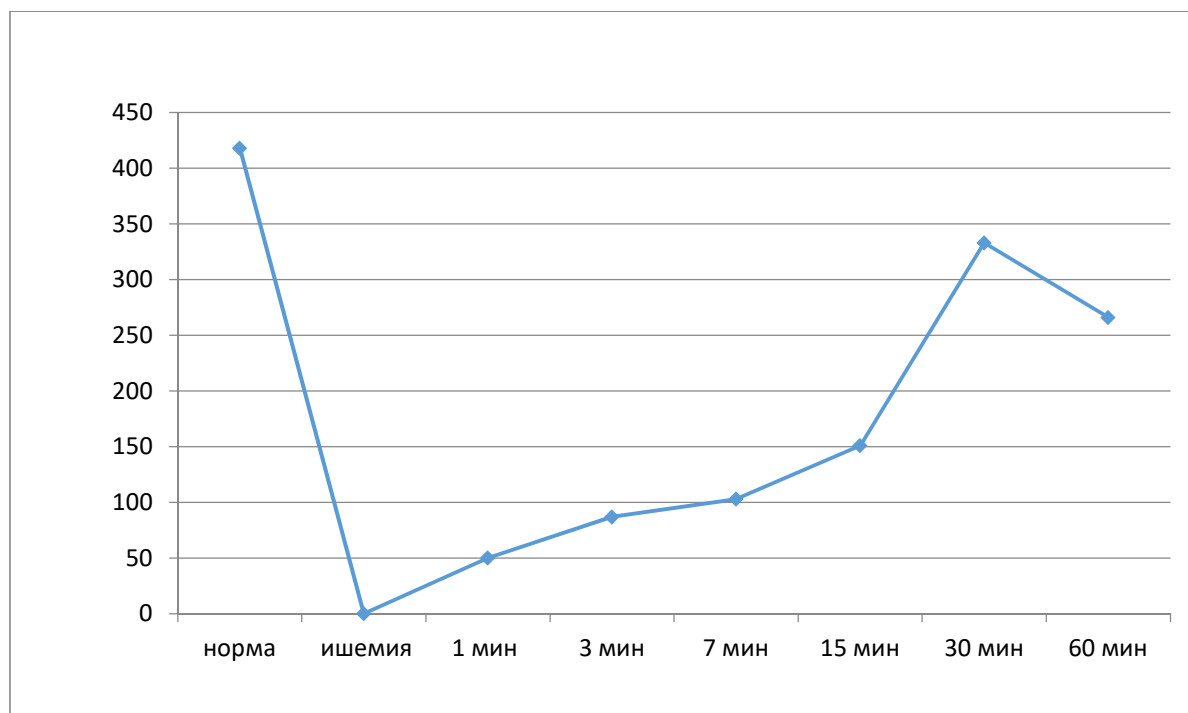


Рис.1 Объемная скорость перфузии панкреатического микроциркуляторного русла крысы на фоне 30-минутной ишемии и 60-минутной реперфузии.

Восстановление кровообращения на период в 30 минут результируется развитием некротических изменений, несмотря тот факт, что уровень перфузии составляет $333,21 \pm 26,32$ ПЕ, к концу данного отрезка времени. Также, обращает на себя внимание, что уровень перфузии в 1,25 раза ниже к 30 минуте чем базовая перфузия. Структурно это проявляется в цитоплазматической гомогенизации панкреатических клеток с вакуолизацией зимогенных зон. В строме формируется выраженный отек междольковых пространств и дезорганизация долек поджелудочной железы.

Наибольший интерес представляет выявленный факт отсутствия феномена реактивной гиперемии в ходе этапа восстановления кровообращения после эпизода глубокой ишемии ткани поджелудочной железы, типичный для микроциркуляторного русла тонкого кишечника, а вместо данного повышения скорости кровотока при сосудистой модели острого панкреатита отмечается уменьшение перфузии ткани поджелудочной железы до уровня $266,69 \pm 18,79$ ПЕ.

Исходя из результатов исследования, становится очевидной разница в формировании ответа микроциркуляторного русла тканей поджелудочной железы крысы на эпизод глубокой 30-минутной ишемии с последующим восстановлением кровотока.

Выводы. Полученные в ходе работы данные свидетельствуют о выраженном

повреждающем эффекте эпизода глубокой 30-минутной ишемии и 30-минутной реперфузии как на ткани поджелудочной железы, так и на ткани тонкого кишечника, однако результирующая реакция восстановления кровотока на 60-й минуте значительно отличается, что является, на наш взгляд, одной из основных причин развития острого панкреонекроза с формированием синдрома системного воспалительного ответа.

Литература.

1. Алехин С.А., Емельянов Р.А., Покровская Т.Г.- Изучение динамики микроциркуляции в ткани поджелудочной железы у крыс при моделировании острого панкреатита // Университетская наука: взгляд в будущее.- сборник трудов 71-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН.- 2006.- Т. 1, №.- С. 206.
2. Алехин С.А., Назаренко П.М., Лопатин Д.В. и др.- Геномные и экстрагеномные механизмы в реализации ишемических и реперфузионных повреждений в хирургии органов брюшной полости // Научные ведомости БелГУ.- 2012.- Vol. 22(141), № 20/3.- Р. 5-12.
3. Емельянов Р.А., Алехин С.А., Назаренко Д.П. и др. - Исследование микроциркуляции методом лазердоплерографической флоуметрии в поджелудочной железе при остром экспериментальном панкреатите // Кубанский научный медицинский вестник.- 2007. № 1-2.- Р. 50-51.
4. Aho H.J., Nevalainen T.J., Aho A.J.-

Experimental pancreatitis in the rat. Development of pancreatic necrosis, ischemia and edema after intraductal injection of sodium taurocholate // *Eur Surg Res.* - 1983.- Vol. 15, No. 1.- P. 28-36

5. Anderson M.C.- Venous stasis in the transition of edematous pancreatitis to necrosis // *JAMA.* - 1963.- Vol. 183. - P. 534-7.

6. Anderson M.C., Bergan. J.J.- Significance of vascular injury as a factor in the pathogenesis of pancreatitis // *Ann surg.* - 1961.- Vol. 154.- P. 58-67.

7. Gullo I, Cavicchi I, Tomassetti P. et al.- Effects of ischemia on the human pancreas // *Gastroenterology.* - 1996.- Vol. 111, No. 4.- P. 1033-8.

8. Haas G.S., Warshaw A.L., Daggett W.M., Aretz H.T.- Acute pancreatitis after cardiopulmonary bypass // *Am J Surg.* - 1985.- Vol. 149, No. 4.- P. 508-15.

9. Hoffmann T.F., Leiderer R., Waldner H. et al.- Ischemia reperfusion of the pancreas: a new in vivo model for acute pancreatitis in rats // *Res Exp Med (Berl).* - 1995.- Vol. 195, No. 3.- P. 125-44.

10. Kishino T., Nakamura K., Mori H. et al.- Acute pancreatitis during haemodialysis // *Nephrol Dial Transplant.* - 2005.- Vol. 20, No. 9.- P. 2012-3.

11. Klar E., Messmer K., Warshaw A. L., Herfarth C.- Pancreatic ischaemia in experimental acute pancreatitis: mechanism, significance and therapy // *Br J surg.* - 1990.- Vol. 77, No. 11.- P. 1205-10.

12. Obermaier R., Benz S., Kortmann B. et al.- Ischemia/reperfusion-induced pancreatitis in rats: a new model of complete normothermic in situ ischemia of a pancreatic tail-segment // *Clin Exp Med.* - 2001.- Vol. 1, No. 1.- P. 51-9.

References.

1. Alekhin S.A., Emelyanov R.A., Pokrovskaya T.G.- Studying the dynamics of microcirculation in pancreatic tissue in rats when modeling acute pancreatitis. *Universitetskaya Nauka: a look into the future.- collected papers of the 71st scientific conference of KSMU and session of the central-black-earth scientific center of RAMS.* - 2006. - Vol. 1, no. - Pp. 206.

2. Alekhin S.A., Nazarenko P.M., Lopatin D.V. et al.- Genomic and extragenomic

mechanisms in the realization of ischemic and reperfusion ruptures in abdominal surgery // *Nauchnye Vedomosti BELGU.* - 2012. - Vol. 22(141), No. 20/3. - Pp. 5-12.

3. Emelyanov R.A., Alekhin S.A., Nazarenko D. P. et al.- Investigation of microcirculation by laser Doppler flowmetry in the pancreas in acute experimental pancreatitis // *Kuban scientific medical Bulletin.* - 2007. - T. No. 1-2. Pp. 50-51.

4. Aho H.J., Nevalainen T.J., Aho A.J.- Experimental pancreatitis in the rat. Development of pancreatic necrosis, ischemia and edema after intraductal injection of sodium taurocholate // *Eur Surg Res.* - 1983.- Vol. 15, No. 1.- P. 28-36

5. Anderson M.C.- Venous stasis in the transition of edematous pancreatitis to necrosis // *JAMA.* - 1963.- Vol. 183. - P. 534-7.

6. Anderson M.C., Bergan. J.J.- Significance of vascular injury as a factor in the pathogenesis of pancreatitis // *Ann surg.* - 1961.- Vol. 154.- P. 58-67.

7. Gullo I, Cavicchi I, Tomassetti P. et al.- Effects of ischemia on the human pancreas // *Gastroenterology.* - 1996.- Vol. 111, No. 4.- P. 1033-8.

8. Haas G.S., Warshaw A.L., Daggett W.M., Aretz H.T.- Acute pancreatitis after cardiopulmonary bypass // *Am J Surg.* - 1985.- Vol. 149, No. 4.- P. 508-15.

9. Hoffmann T.F., Leiderer R., Waldner H. et al.- Ischemia reperfusion of the pancreas: a new in vivo model for acute pancreatitis in rats // *Res Exp Med (Berl).* - 1995.- Vol. 195, No. 3.- P. 125-44.

10. Kishino T., Nakamura K., Mori H. et al.- Acute pancreatitis during haemodialysis // *Nephrol Dial Transplant.* - 2005.- Vol. 20, No. 9.- P. 2012-3.

11. Klar E., Messmer K., Warshaw A. L., Herfarth C.- Pancreatic ischaemia in experimental acute pancreatitis: mechanism, significance and therapy // *Br J surg.* - 1990.- Vol. 77, No. 11.- P. 1205-10.

12. Obermaier R., Benz S., Kortmann B. et al.- Ischemia/reperfusion-induced pancreatitis in rats: a new model of complete normothermic in situ ischemia of a pancreatic tail-segment // *Clin Exp Med.* - 2001.- Vol. 1, No. 1.- P. 51-9.

ОСОБЕННОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

FEATURES OF REFORMING THE HEALTH CARE SYSTEM OF UZBEKISTAN

Асадов Дамин Абдурахимович
Доктор медицинских наук

Asadov Damir Abdurakhimovich
Doctor of Medical Sciences

Хакимов Валихан Алиханович
Кандидат медицинских наук

Khakimov Valikhan Alikhanovich
Candidate of Medical Sciences

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников
Министерства здравоохранения Республики
Узбекистан

Centre for Professional Development of Medical
Workers of the Ministry of Health of the Republic
of Uzbekistan

E-mail: hva-kaf@mail.uz

Резюме

В статье анализированы главные проблемы, пути развития систем здравоохранения в условиях глобализации. Показано состояние, сущность этапов реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан. Изложены принципы, использованные при формировании концепции нынешнего этапа построения новой системы здравоохранения. Обосновано, что одним из определяющих направлений современного этапа реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан является формирование усовершенствованной модели первичной медико-санитарной помощи населению. В целях дальнейшего совершенствования медицинской помощи населению проживающему в сельской местности, предложено внедрение в существующую структуру сельских лечебно-профилактических учреждений «сельских медицинских пунктов» возглавляемых медицинской сестрой с высшим образованием

Ключевые слова: образование, организация здравоохранения, реформирование

Summary

The article analyzes the main problems, ways of development of health systems in the context of globalization. The state, essence of the stages of reform of the healthcare system of the Republic of Uzbekistan is shown. The principles used in the formation of the concept of the current stage of building a new health system are outlined. It is justified that one of the defining directions of the modern stage of the reform of the health system of the Republic of Uzbekistan is the formation of an improved model of primary health care for the population. In order to further improve medical care for the population living in rural areas, it is proposed to introduce into the existing structure of rural medical institutions "rural medical centers" headed by a nurse with a higher education.

Key words: education, healthcare organization, reform

Библиографическая ссылка на статью

Асадов Д.А., Хакимов В.А. Особенности формирования
системы здравоохранения Узбекистана // Innova. - 2022. -
№ 2 (27). - С. 11-16.

References to the article

Asadov D.A., Khakimov V.A. Features of the reforming the
healthcare system of Uzbekistan // Innova. - 2022. -
No. 2 (27). - P. 11-16.

DOI:

[10.21626/innova/2022.2/02](https://doi.org/10.21626/innova/2022.2/02)

Эпоха глобализации создала условия для огромного позитивного скачка в сфере новых технологий, развитии мировой торговли и инвестиций. Нынешнее поколение людей надеется быть богаче, здоровее и образованнее, чем их родители. Практически во всем мире успешно решаются проблемы всеобщего начального образования, снижения младенческой и детской смертности. Растет продолжительность жизни людей. Вместе с тем, глобализация не решила всех проблем, связанных с разрывом между бедными и богатыми странами, а в отдельных случаях даже усугубила положение. Угрозу человеческому развитию составляет не только разрыв между

богатыми и бедными странами в уровне экономического развития, но и широкое распространение опасных, представляющих угрозу жизни людей заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, туберкулез, коронавирус и др. Основная цель человеческого развития заключается в создании такой окружающей политической, экономической, социальной, культурной и экологической среды, которая бы позволила обеспечить людям материальный достаток и возможность долго наслаждаться здоровой и созидательной жизнью.

Здоровье — показатель уровня, образа и качества жизни людей и в этом своем качестве самым тесным образом связано с целями

развития человеческого потенциала. Общественное здоровье, как и здоровье каждого гражданина, представляет стратегическую цель государства, условие его национальной безопасности. Оно также является необходимым условием для поддержания здорового трудового потенциала страны, критерием эффективности государственного управления [1, 2].

Главными характеристиками общественного здравоохранения в любой стране являются состояние здоровья населения и факторы, которые его определяют. Интегрированным показателем состояния здоровья населения считается ожидаемая продолжительность жизни. В среднем население Узбекистана имеет относительно высокую продолжительность жизни, которая в 2019 году достигла 75,1 лет против 69,3 лет в 1990 году.

На состояние здоровья и структуру заболеваемости в стране оказывают влияние демографические факторы, в частности, относительно высокий уровень рождаемости и большой удельный вес детей в возрасте до 14 лет, преобладание населения, проживающего в сельской местности, высокая плотность расселения в отдельных регионах, чередующаяся с низкой плотностью в других. Важное значение для снижения уровня заболеваемости и увеличения продолжительности жизни имеет внедрение принципов здорового образа жизни, которые должны охватывать весь жизненный цикл человека — подготовка к рождению, рождение, младенчество, детство, подростковый возраст, зрелость и старость.

К началу 90-х годов прошлого столетия Узбекистан имел достаточно развитую систему здравоохранения. Вместе с тем, показатели здоровья населения были одними из худших среди республик бывшего Союза ССР. Высокими, с точки зрения развитых стран, были показатели детской и материнской смертности. Качество медицинских услуг, особенно в сельской местности, было низким. Медицинские учреждения были оснащены устаревшим оборудованием, не обеспечивающим высокое качество диагностики и лечения заболеваний. Многие высокотехнологичные вмешательства были невозможны даже в специализированных клиниках из-за отсутствия оборудования и недостаточной квалификации персонала. Более того, система здравоохранения оказалась не готовой переходу страны к рыночной системе экономических отношений.

В этих условиях основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

1. Новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения;

2. Принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения, развитию его инфраструктуры, направленные на создание равных условий получения первичной медицинской помощи как в городской, так и сельской местности;

3. Отказ от старых стереотипов, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития частного здравоохранения;

4. Оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств в первичном звене, т.е. профилактике и амбулаторно-поликлиническом лечении вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда;

5. Создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях.

При формировании концепции нынешнего этапа построения новой системы здравоохранения Правительство Узбекистана придерживается, в основном, следующих принципов:

1. В целях человеческого развития здравоохранение должно быть доступным для всех слоев населения. При этом первичная медицинская помощь должна обладать неограниченным доступом, а потому, даже в условиях рыночной экономики, быть бесплатной;

2. На развитие человеческого потенциала не должно негативно сказываться проживание человека в сельской местности. В сегодняшней модели здравоохранения это достигнуто путем создания медицинских учреждений нового типа - пунктов семейного врача (ПСВ) и семейных поликлиник, в которых медицинскую помощь оказывает квалифицированный медицинский персонал;

3. В нынешней новой системе первичной медико-санитарной помощи за основу принято внедрение экономичных и эффективных форм медицинской помощи, создание условий для интегрального ведения пациента семейным врачом (СВ), оказывающим основной объем первичной медицинской помощи;

4. Создание абсолютно доступной на всей территории страны высококачественной и бесплатной экстренной медицинской помощи. В этих целях по всей стране от республиканского до районного уровней создана уникальная сеть хорошо оснащенных учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь в стационарных условиях и скорую медицинскую помощь;

5. Бюджетное финансирование здравоохранения регионов должно исходить из принципов организации оптимальной медицинской помощи в расчете на душу

населения. При этом основные расходы надо направлять не на стационарное лечение, а на профилактические мероприятия и амбулаторно-поликлиническое лечение;

6. Наряду с первичной медицинской помощью создание специализированных клиник по узким заболеваниям, оснащенных высокотехнологичным оборудованием, обеспеченных высококвалифицированными специалистами;

7. Развитие частного здравоохранения не должно препятствовать доступу населения к медицинским услугам, а за счёт здоровой конкуренции должно способствовать повышению качества медицинских услуг. Здоровье является гарантированным правом человека и, поэтому, в стране созданы и совершенствуются все формы обеспечения этого права - законодательство, общественные структуры, гарантирующие защиту прав пациентов, омбудсмен.

Профилактическая медицина, внедрение концепции здорового образа жизни, повышение качества медицинских услуг — эта та стратегическая триада развития системы здравоохранения, которая должна обеспечить дальнейшее совершенствование здоровья населения Узбекистана в XXI веке.

Глобальный кризис охраны здоровья населения мира заставляет внимательно изучить причины низкой эффективности финансовых вложений в инфраструктуру, услуги и кадры здравоохранения, поскольку они не обеспечивают ожидаемую от произведенных затрат эффективность. В большинстве стран мира в течение последних нескольких десятилетий основным звеном здравоохранения были и остаются больницы, оснащенные высокими технологиями и укомплектованные узкими специалистами. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), такой непропорциональный акцент создает дисбаланс в здравоохранении и обесценивает его социальную значимость, что является основной причиной неудовлетворенности предоставляемыми им медицинскими услугами.

В системах здравоохранения экономически развитых стран численность медицинских специалистов узкой направленности растет в 2-2,5 раза быстрее, чем врачей общей практики. Организация и функционирование высокоспециализированной медицинской помощи, безусловно, отвечает реальному спросу. Она необходима также для политического престижа системы здравоохранения. Однако, анализ развития глобального здравоохранения за последние 30 лет свидетельствует, что избыточное внимание к высокоспециализированной медицинской помощи привело к чрезмерному удорожанию

медицинского оборудования и лекарственных препаратов, прописыванию больным ненужных лекарств (полипрагмазия), назначению не всегда необходимых и оправданных диагностических, лечебных процедур.

Во многих случаях качество лечения и его итоговая эффективность не соответствуют затрачиваемым огромным средствам на чрезмерное развитие высокоспециализированной медицинской помощи.

Для достижения лучших результатов деятельности систем здравоохранения ВОЗ призывает вернуться к приоритетности первичной медико-санитарной помощи: «В контексте нынешних тенденций первичная медико-санитарная помощь выглядит более рациональным способом дальнейшего развития здравоохранения. Нас объединяет общая задача развития первичной медико-санитарной помощи, которая актуальна сегодня как никогда ранее».

Приоритетность первичного звена устанавливает равновесие в организации медицинской помощи населению, отводя семье центральное место в системе здравоохранения. Это крайне необходимо при наличии таких неблагоприятных тенденций современной жизни, как глобализация нездорового образа жизни, ускоренная урбанизация, старение населения, способствующие росту бремени хронических болезней - злокачественных новообразований, болезней сердца, инсульта, диабета, заболеваний почек и др., требующих частого, длительного и дорогого по стоимости лечения. При сравнении стран с одинаковым уровнем экономического развития, при одинаковых финансовых возможностях, более высокий уровень здоровья населения достигается там, где приоритетным звеном здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь [3].

Нынешний этап реформ, проводимый в Узбекистане, предусматривает перестройку деятельности всей системы здравоохранения-совершенствование управления и финансирования отрасли, внедрение прогрессивных технологий, развитие человеческого фактора, укрепление материальной базы и технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений.

Также одной из главных задач реформирования отечественного здравоохранения является формирование здорового образа жизни, внедрения философии охраны здоровья здорового человека, прежде всего, ответственного отношения к своему здоровью и здоровью близких каждого члена общества, а также населения в целом.

В целях достижения нового качественного уровня здравоохранения осуществляются меры по переносу акцентов с

экстенсивных методов на интенсивные, с количественных аспектов охраны здоровья населения на качественные, решению задач не столько дальнейшего наращивания средств здравоохранения, сколько повышения эффективности их использования. По оценкам ВОЗ, благодаря рациональному применению профилактических мероприятий, улучшению поведения людей и формированию здорового образа жизни, глобальное бремя болезней можно уменьшить на 70%.

В истории становления системы здравоохранения бывшего Союза фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) занимали особое место. В 50-годы прошлого столетия, когда дотла разрушенная страна испытывала невероятные экономические проблемы, одной из первоочередных задач была организация хотя бы самой примитивной системы медицинской помощи населению, особенно тем, кто пострадал в поле боя, еще не полностью оправился от ран и увечий, стал инвалидом и остро нуждался в долечивании, реабилитации и восстановлении элементарной трудоспособности, чтобы прокормить себя и истощённых выживших членов семьи.

В решении этой казалось бы невыполнимой задачи величайшую роль сыграли фельдшерско-акушерские пункты, которые в народе называли ФАПами. В 50-годы XX-столетия по всему союзу были организованы 63 тысячи ФАПов. Они не были построены, а именно организованы в 2-3, а иногда даже в одной комнате во главе с фельдшером и оказывали народу самую простую, но крайне необходимую медицинскую помощь. Народ был доволен их работой и душевным отношением.

В указанный период ФАП ы решали основную долю медицинских проблем сельского населения. Если учесть, что на селе проживало 65-70% общего число населения, то нетрудно представить какую нагрузку выполняли фельдшерско-акушерские пункты.

Изучив опыт организации медицинской помощи бывшего Союза ССР, ВОЗ сделала вывод о том, что в СССР на здравоохранение тратится небольшой объем финансовых средств. Однако благодаря рациональному принципу организационной модели здравоохранения достигается всеобщий охват населения первичной медицинской помощью посредством фельдшерско-акушерских пунктов – недорогих, неприхотливых учреждений, расположенных непосредственно в местах проживания населения. Немаловажно, что персонал ФАПов, в основном, проживал в местах дислокации лечебного учреждения, т.е. ФАПы, оказывающие первую и каждодневно необходимую медицинскую помощь, имели ценное качество – доступность для населения.

Всемирная организация здравоохранения

в 1978 году провела выездную Ассамблею в Алма-Ате, которая была посвящена обеспечению всех слоев населения мира к 2000 году самой простой доступной первичной медицинской помощью. Идеология данной Ассамблеи была отражена в принятой Алма-Атинской декларации ВОЗ – «Здоровье для всех в 2000 году». Основным инструментом реализации данной идеи были рекомендованы фельдшерско-акушерские пункты. Таким образом, исполнение основной идеи Алма-Атинской декларации «Здоровье для всех в 2000 году» было возложено на первичное звено здравоохранения по образцу модели фельдшерско-акушерских пунктов. Сегодня во многих развивающихся странах Азии и Африки успешно функционируют сельские медицинские центры-прототипы бывших наших фельдшерско-акушерских пунктов. Во многих постсоветских странах, включая Российскую Федерацию, ФАПы сохранены и работают довольно эффективно [4].

Что касается Алма-Атинской декларации, то она так и осталась декларацией о благих намерениях, поскольку ключом к достижению главной цели о всеобщем охвате услугами здравоохранения является непосильное для ВОЗ ресурсное обеспечение отрасли, в частности:

1. Обеспечение для всех людей возможности получать помощь, в которой они нуждаются, в тот момент, когда это необходимо, и непосредственно там, где они проживают;

2. Первичная медико-санитарная помощь должна удовлетворять большинство медицинских потребностей людей на протяжении всей их жизни, включая профилактику и лечение заболеваний;

3. По меньшей мере половина из 8,5 млрд живущих на Земле людей не имеют доступа к основным медико-санитарным услугам;

4. Только в восьми странах из тридцати (30%) на основные медико-санитарные услуги тратятся не менее 40 долларов США на человека в год, что крайне недостаточно.

5. Дефицит работников первичного звена здравоохранения в мировом масштабе оценивается, примерно, в 18 млн человек. При нынешнем положении этот дефицит ликвидировать практически невозможно, поскольку глобальный объем подготовки кадров значительно отстаёт от темпов роста глобальной численности населения.

Все государства мира осознают, что здравоохранение является главным фактором социальной стабильности и безопасности страны, потому что эффективно организованное здравоохранение обеспечивает социальный баланс в обществе. Хотя желание многих государств по достижению всеобщего охвата населения первичной медицинской помощью, с нашей точки зрения, кажется достаточно умеренным, однако в общемировом масштабе

это желание для многих государств невыполнимо, поскольку финансовые возможности, необходимые для организации медицинской помощи населению между странами резко отличаются. Так, если в развитых странах входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) на охрану медицинской помощи населения выделяется 6-15 тысяч долларов США на одного человека в год, то в 70% стран-членах ВОЗ данный показатель составляет менее 40 долларов США.

В начальных стадиях реформ здравоохранения в Узбекистане у немалого числа идеологов и непосредственных участников данного процесса возникала мысль о нецелесообразности поголовной ликвидации более 6650 ФАПов, которые имели неплохую материально-техническую базу, состоявшийся кадровый потенциал и добрую привязанность населения. Сегодня они логично вписались бы в идеологию новой модели организации первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины.

С учетом недостаточности пунктов семейных врачей, семейных поликлиник и географической отдаленности их друг от друга (Республика Каракалпакстан, Бухарская, Навоийская, Кашкадарьинская, Сурхандарьинская, Джизакская области, отдельные регионы Сырдарьинской и Ташкентской областей) представляется целесообразным восстановить деятельность фельдшерско-акушерских пунктов и именовать их сельскими медицинскими пунктами (СМП).

При этом основными функциями персонала в отдаленных и труднодоступных сельских регионах необходимо определить следующее:

1. Медицинская сестра с высшим образованием-заведующая СМП. Общее руководство, организация профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности, осуществление административной и хозяйственной работы, ведение учетно-отчетной и статистической документации.

2. Медицинская сестра. Организация приема больных и посетителей, проведение медицинских манипуляций и вакцинации, ведение учетно-отчетной и хозяйственной документации.

3. Акушерка. Профилактическая и оздоровительная работа среди женщин фертильного возраста и беременных, организация наблюдения и при необходимости, медицинской помощи в период беременности и после родов.

4. Патронажная медицинская сестра. Осуществление систематического патронажа прикрепленного населения.

5. Провизор (фармацевт).

Обеспечение деятельности по планированию и организации лекарственного обеспечения населения.

Целесообразно, чтобы здание вновь создаваемого СМП было компактным, структурно функциональным и имело следующие кабинеты:

1. Кабинет заведующего СМП - для приема пациентов и посетителей, осмотра и физикального обследования больных.

2. Кабинет медицинской сестры - для приема посетителей, пациентов и больных, а также для работы с медицинской документацией, осуществления учетно-отчетной и статистической деятельности. При кабинете следует иметь смежное помещение для вакцинации и проведения медицинских манипуляций с отдельным входом-выходом.

3. Кабинет для ведения акушерского (антенатального) наблюдения за беременными и женщинами в послеродовом периоде с стандартным набором соответствующего инструментария.

4. Кабинет для проведения ЭКГ и других простых функционально-диагностических процедур, а также лабораторных исследований. Однако это будет требовать введения в штатное расписание одной единицы должности медицинской сестры, оснащение соответствующим оборудованием и регулярное обеспечение реагентами, расходным материалом.

6. Крайне необходимо создание аптечного пункта. При этом обеспечить её привлекательность, т.е. он должен быть соответствующим образом оборудован, иметь утвержденный министерством здравоохранения набор медикаментов по доступным ценам и там должен работать специалист, имеющий, по крайней мере, среднее специальное образование.

В странах с развитой системой здравоохранения значительное место отводится организации сестринского дела. В целом подсчитано, что корпус медицинских сестер выполняет, примерно, 70% работы лечебного учреждения.

В этом ракурсе эффективность организации деятельности среднего медицинского персонала приобретает исключительную значимость [5]. Данному вопросу уделено особое внимание в Указе Президента Республики Узбекистан ПФ-6221 от 5 мая 2021 года «О Последовательном продолжении осуществляемых в системе здравоохранения реформ и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников» [6].

В частности, поручено расширить квалификационные требования к должности медицинской сестры, усилить меру ответственности за качество оказываемых

медицинских услуг, увеличить их долю в общем объеме медицинской помощи пациентам, особенно в первичном звене медико- санитарной помощи, расширить их профессиональные полномочия, в целях дальнейшего совершенствования знаний и практических навыков полностью пересмотреть учебные программы и планы подготовки медицинских сестер и развития их профессионального мастерства.

Этим же Указом Президента Республики Узбекистан семейным врачебным пунктам и семейным поликлиникам выделены с 1 июля 2021 года – 10 тысяч, с 1 января 2022 года – дополнительно 10 тысяч штатных единиц средних медицинских работников. Это позволит в значительной степени совершенствовать деятельность «медицинских бригад», а также расширить охват населения более качественными медицинскими услугами районными (городскими) многопрофильными центральными поликлиниками. В целях целевого и эффективного использования существующего потенциала специалистов – средних медицинских работников медсестринское дело включено в перечень видов деятельности (работ, услуг), которыми могут заниматься самозанятые лица. Кроме этого негосударственным медицинским организациям разрешено создавать «медицинские пункты» в составе средних медицинских работников негосударственных медицинских организаций.

Заключение.

Таким образом, одним из определяющих направлений современного этапа реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан является формирование усовершенствованной модели первичной медико-санитарной помощи населению.

Целесообразно основой новой модели первичной медико-санитарной помощи для населения проживающего в сельской местности предусмотреть внедрение в существующую структуру учреждений сельских медицинских

пунктов. Последние могут функционировать в качестве филиалов пунктов семейных врачей и семейных поликлиник в отдаленных сельских регионах.

Поскольку здоровье рассматривается руководством страны как стратегическое богатство, следовательно, и ставится задача обеспечения доступности качественной помощи каждому гражданину страны.

Литература.

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. - 2008. - 125 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро: Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. -2013. -226 с.
3. Асадов Д.А. Рыночные отношения в здравоохранении не самоцель. -Экономическое обозрение. - 2011. - №9 (142). - с.22-26.
4. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Алма-Атинская декларация. - 1978. -3 с. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347882>.
5. Указ Президента Республики Узбекистан УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ». -Ташкент. - 2020. - 10 с. <https://lex.uz/docs/5100679>.
6. Указ Президента Республики Узбекистан УП-6221 от 5 мая 2021 года «О последовательном продолжении осуществляемых в системе здравоохранения реформ и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников». - Ташкент. – 2021. – 25 с. <https://lex.uz/docs/5411138>.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ТРАВМЫ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

PELVIC INJURY PATHOGENESIS HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PECULIARITIES IN SUFFICIENTS WITH SIGNS OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Жиляев Руслан Александрович
Кандидат медицинских наук

Zhilyaev Ruslan Alexandrovich
Candidate of Medical Sciences

Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького

Donetsk National Medical University named
after M. Gorky

E-mail: ruslan_alex@mail.ru

Резюме

Цель: выявить гематологические и биохимические особенности патогенеза травмы таза у пострадавших с дисплазией соединительной ткани. Материал, методы и дизайн исследования. Нами проведен анализ историй болезни 211 больных с повреждениями костей таза, находившихся на лечении в травматологических отделениях Республиканского травматологического центра и ЦГБ 17 г. Донецка МЗДНР с 2016 года по 2021 год и 40 пациентов контрольной и группы сравнения. Результаты и выводы. Было проанализировано 50 различных общеклинических и инструментальных показателей. Их них у 29 – прослеживались корреляционные связи различной силы и направленности (от очень слабой $r = 0,222$ до высокой $r = 0,767$). Наличие осколков и их смещения не прямопропорционально ($r = 0,778$; $p < 0,05$) коррелировало с данными инструментальных методов исследования (рентген, СКТ), что можно расценить как проблему (ошибку) диагностики. Из 29 показателей нас более всего интересовали с точки зрения клинической значимости количество проведенных в стационаре койко-дней и наличие осложнений. Нам представилось интересным выяснить и патогенетически обосновать факторы и взаимосвязи, которые влияют на эти важные для пациента показатели. В данной статье представлен анализ 15 гематологических и биохимических показателей (форменные элементы крови, СОЭ, общий белок, билирубин и его фракции, трансаминазы, мочевины, креатинин и щелочная фосфатаза), проявивших взаимосвязи в патогенезе травмы таза у лиц с признаками ДСТ. Полученные корреляционные связи в последующем лягут в основу разработки патогенетической математической модели прогнозирования осложнений и неблагоприятных исходов травмы таза у лиц с признаками ДСТ. Методом статистического последовательного анализа Вальда мы сможем разработать диагностико-прогностический алгоритм с использованием диагностических коэффициентов для различных факторов риска и антириска осложнений и неблагоприятных исходов травмы таза у лиц с признаками ДСТ.

Ключевые слова: патогенез, травма таза, дисплазия соединительной ткани.

Summary

Purpose: to reveal the pelvic trauma pathogenesis hematological and biochemical features in patients with connective tissue dysplasia. Material, methods and design. We analyzed the case histories of 211 patients with injuries of the pelvic bones who were treated in the trauma departments of the RTC and the Hospital 17 in Donetsk from 2016 to 2021 and 40 patients in the control and comparison groups. Results and conclusions. 50 different general clinical and instrumental indicators were analyzed. There were 29 of them – correlations of various strengths and directions were traced (from very weak $r = 0,222$ to high $r = 0,767$). The presence of fragments and their displacement was not directly proportional ($r = 0,778$; $p < 0,05$) correlated with the data of instrumental research methods (X-ray, SCT), which can be regarded as a problem (error) in diagnosis. Of the 29 indicators, we were most interested in the clinical significance of the number of bed-days spent in the hospital and the presence of complications. We found it interesting to find out and pathogenetically substantiate the factors and relationships that affect these indicators, important for the patient. This article presents an analysis of 15 hematological and biochemical parameters (RBC, ESR, protein, bilirubin, transaminases, urea, creatinine) that have shown interrelationships in the pathogenesis of pelvic injury in individuals with signs of CTD. The obtained correlations will subsequently form the basis for the development of a pathogenetic mathematical model for predicting complications and unfavorable outcomes of pelvic trauma in persons with signs of CTD.

Key words: pathogenesis, pelvic trauma, connective tissue dysplasia.

Библиографическая ссылка на статью

Жилыев Р.А. Гематологические и биохимические особенности патогенеза травмы таза у пострадавших с признаками дисплазии соединительной ткани // Innova. - 2022. - № 2 (27). - С. 17-22.

DOI:

References to the article

Zhilyaev R.A. Pelvic injury pathogenesis hematological and biochemical peculiarities in sufficient with signs of connective tissue dysplasia // Innova. - 2022. - No. 2 (27). - P. 17-22.

10.21626/innova/2022.2/03

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения [1], Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации [2] и Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий Донецкой Народной Республики [3] травматизм продолжает стабильно удерживать третье место (удельный вес среди всех причин смерти 6 %; 2015-2020 гг.) по причине инвалидизации и смертности, уступая лишь болезням сердечно-сосудистой системы и новообразованиям. У лиц же молодого, трудоспособного возраста смертность от травм выходит на первое место. Так, с 2002 г. по 2020 г. получение травм населением Российской Федерации увеличилось с 89,2 на 1000 чел. до 90,4 на 1000 чел., что составило 13 млн. 270 тыс. чел. Доля травматизма в составе общей заболеваемости составляет около 15 %, что соотносится с частотой вновь выявленных заболеваний органов дыхания. Мужчины более подвержены травматизму, количество травм у них в два раза выше, чем у женщин. Этот показатель выше как в производственном, так и в непроизводственном травматизме. При общей численности населения Российской Федерации 146,2 млн. человек всеми лечебно-профилактическими учреждениями ежегодно регистрируется более 13 млн. различных по характеру и локализации травм, а также около 12 млн. больных с заболеваниями костно-мышечной системы, 40 % из которых являются больными ортопедического профиля и характеризуются высокой степенью травмоопасного по состоянию своего здоровья поведения. В России 40 тыс. человек в год гибнет от травм, полученных автотранспортом. Фактически каждый 8-9 гражданин Российской Федерации за прошедший календарный год имел травму различной степени тяжести [2]. В Донецкой Народной Республике к дорожно-транспортному и производственному травматизму с 2014 года присоединилась и военная травма [4].

В последние годы существенно возрос научный и практический интерес к проблеме различных проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [5, 6, 7, 8]. По происхождению и частоте встречаемости в клинической практике наибольшую группу составляют недифференцированные дисплазии

соединительной ткани, объединенные термином синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Основной характеристикой данного синдрома является широкий спектр клинических проявлений без определенной четкой клинической манифестации [5; 9].

Предполагается, что наличие признаков ДСТ у пострадавших при различных повреждениях тазового кольца может влиять на тяжесть и течение травматической болезни и шока, длительность госпитализации, осложнения и исходы, а также инвалидизацию такого контингента пострадавших. Однако в научной литературе эти взаимосвязи в достаточной мере не освещены.

Цель исследования: выявить гематологические и биохимические особенности патогенеза травмы таза у пострадавших с дисплазией соединительной ткани.

Материал, методы и дизайн исследования. Нами проведен анализ историй болезни 211 больных с повреждениями костей таза, находившихся на лечении в травматологических отделениях Республиканского травматологического центра и Центральной городской больницы № 17 г. Донецка Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики с 2016 года по 2021 год и 40 пациентов контрольной и группы сравнения.

Дизайн исследования: ретроспективное когортное исследование: случай – контроль. Критерий исключения – тяжёлая сочетанная травма, тяжёлая полиорганная патология, преждевременная выписка из стационара по настоянию пациента.

Группы обследованных пациентов. Все обследуемые были распределены на 10 групп (табл. 1). Группа 1, 30 человек: пострадавшие с повреждениями таза без осколков и их смещения, без шока и без ДСТ. Группа 2, 19 человек: пострадавшие с повреждениями таза без осколков и их смещения, без шока, но с признаками ДСТ. Группа 3, 9 человек: пострадавшие с повреждениями таза без осколков и их смещения, с шоком лёгкой степени тяжести, без признаков ДСТ. Группа 4, 11 человек: пострадавшие с повреждениями таза без осколков и их смещения, с шоком лёгкой степени тяжести и с признаками ДСТ. Группа 5,

44 человека: пострадавшие с повреждениями таза, наличием осколков и их смещением, без шока и без признаков ДСТ. Группа 6, 32 человека: пострадавшие с повреждениями таза, наличием осколков и их смещением, без шока, но с признаками ДСТ. Группа 7, 32 человека: пострадавшие с повреждениями таза, наличием осколков и их смещением, с шоком лёгкой степени тяжести, без признаков ДСТ. Группа 8, 34 человека: пострадавшие с повреждениями

таза, наличием осколков и их смещением, с шоком лёгкой степени тяжести и с признаками ДСТ. Группа 9, сравнения: лица мужского и женского пола (20 человек, 10 мужчин и 10 женщин) с признаками ДСТ без признаков повреждения таза. Группа 10, контрольная: лица мужского и женского пола (20 человек, 10 мужчин и 10 женщин), не имеющих признаков повреждения таза и признаков ДСТ.

Таблица 1. Распределение удельного веса пострадавших с повреждениями таза по исследуемым группам

Общая выборка	211 пострадавших	
	♂ мужчины	♀ женщины
	125 / 211 = 59,2 % ± 3,38 %, p = 0,017	86 / 211 = 40,8 % ± 3,38 %, p = 0,017
Группа 1	30 / 211 = 14,2 % ± 2,52 % ^{3,4}	
	28 / 30 = 93,3 % ± 3,94 %, p < 0,001	2 / 30 = 6,66 % ± 3,94 %, p < 0,001
Группа 2	19 / 211 = 9,00 % ± 2,12 % ^{5,8}	
	8 / 19 = 42,1 % ± 12,3 %, p = 0,653	11 / 19 = 57,9 % ± 12,3 %, p = 0,653
Группа 3	9 / 211 = 4,27 % ± 1,54 % ^{1,5,6,7,8}	
	5 / 9 = 55,6 % ± 16,7 %, p = 1,0	4 / 9 = 44,1 % ± 16,7 %, p = 1,0
Группа 4	11 / 211 = 5,21 % ± 1,56 % ^{5,6,7,8}	
	4 / 11 = 36,4 % ± 14,8 %, p = 0,549	7 / 11 = 63,6 % ± 14,8 %, p = 0,549
Группа 5	44 / 211 = 20,9 % ± 2,83 % ^{2,3,4}	
	36 / 44 = 81,8 % ± 6,44 %, p < 0,001	8 / 44 = 18,2 % ± 6,44 %, p < 0,001
Группа 6	32 / 211 = 15,2 % ± 2,56 % ^{3,4}	
	13 / 32 = 40,6 % ± 8,72 %, p = 0,385	19 / 32 = 59,4 % ± 8,72 %, p = 0,385
Группа 7	32 / 211 = 15,2 % ± 2,56 % ^{3,4}	
	20 / 32 = 62,5 % ± 8,77 %, p = 0,223	12 / 32 = 37,5 % ± 8,77 %, p = 0,223
Группа 8	34 / 211 = 16,1 % ± 2,58 % ^{2,3,4}	
	11 / 34 = 32,4 % ± 8,25 %, p = 0,06	23 / 34 = 67,6 % ± 8,25 %, p = 0,06

Примечание: Статистически значимые различия между группами: 1-3 (p < 0,001); 1-4 (p = 0,003); 2-5 (p < 0,001); 2-8 (p = 0,039); 3-5,6,7,8 (p < 0,001); 4-5 (p = 0,001); 4-6,7,8 (p < 0,001)

Для получения математических результатов были использованы лицензионные программы Microsoft Office Excel (v. 14.0.7237.5000 32-разрядная, номер продукта: 02260-018-0000106-48881, Microsoft Corporation, 2010) и MedStat v. 5.2 (Copyright © 2003-2019), а также математический критерий Д'Агостино-Пирсона для проверки распределения на нормальность, методы описательной статистики, ранговая корреляция Спирмена, сравнение центральных тенденций двух независимых выборок, W-критерий Вилкоксона, сравнение доли для двух групп, угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса), расчёт отношения рисков.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования нами было проанализировано 50 различных показателей (общеклинических и инструментальных). Их них у

29 – прослеживались корреляционные связи различной силы и направленности (от очень слабой r = 0,222 до высокой r = 0,767). Следует отметить, что наличие осколков и их смещения не прямопропорционально (r = 0,778; p < 0,05) коррелировало с данными инструментальных методов исследования (рентген, СКТ), что можно расценить как проблему (ошибку) диагностики.

Из 29 показателей нас более всего интересовали с точки зрения клинической значимости количество проведенных в стационаре койко-дней и наличие осложнений. Нам представилось интересным выяснить и патогенетически обосновать факторы и взаимосвязи, которые влияют на эти важные для пациента показатели. В данной статье представлен анализ 15 гематологических и биохимических показателей, проявивших взаимосвязи в патогенезе травмы таза у лиц с

признаками ДСТ (табл. 2).

Таблица 2. Показатели ранговой корреляции Спирмена, $p < 0,05$

№ п/п	Показатель	Наличие осколков и их смещения	Пожилой возраст	Женский пол	Койко-дни	Наличие ДСТ	Наличие осложнений
1.	Анемия	-	-	0,323	-	0,346	0,241
2.	Лейкоцитоз	0,256	-0,258	-	-	- 0,323	0,246
3.	Палочки	0,658	- 0,438	-	-	-	0,458
4.	Сегменты	- 0,289	-	-	- 0,419	-	- 0,29
5.	Лимфоцитоз	-	-	-	0,42	-	0,2575
6.	СОЭ	0,366	-	0,528	-	-	0,444
7.	Тромбоцитоз	0,413	-	-	-	- 0,386	0,277
8.	Гипопроотеинемия	0,522	-	-	-	0,455	0,354
9.	Общ. билирубин	0,305	-	-	-	-	-

При проведении расчёта показателей ранговой корреляции Спирмена нами был получен коэффициент корреляции слабой силы между анемией и женским полом ($r = 0,323$; $p < 0,05$), наличием признаков ДСТ ($r = 0,346$; $p < 0,05$) и наличием осложнений ($r = 0,241$; $p < 0,05$). Лейкоцитоз логично коррелировал со слабой силой с наличием осколков и их смещением ($r = 0,256$; $p < 0,05$) и наличием осложнений ($r = 0,246$; $p < 0,05$), а также обратной связью с пожилым возрастом ($r = - 0,258$; $p < 0,05$) и обратной связью с наличием признаков ДСТ ($r = - 0,323$; $p < 0,05$), что может указывать на гипореактивность такого контингента пострадавших.

Палочкоядерный сдвиг влево коррелировал со средней силой ($r = 0,658$; $p < 0,05$) с наличием осколков и их смещением, обратной связью с пожилым возрастом ($r = - 0,438$; $p < 0,05$) и с наличием осложнений ($r = 0,458$; $p < 0,05$). Количество сегментоядерных нейтрофилов коррелировало обратной связью с наличием осколков и их смещением ($r = - 0,289$; $p < 0,05$), обратной связью с количеством проведенных в стационаре койко-дней ($r = - 0,419$; $p < 0,05$) и обратной связью с наличием осложнений ($r = - 0,29$; $p < 0,05$). Лимфоцитоз коррелировал со слабой силой с количеством проведенных в стационаре койко-дней ($r = 0,42$; $p < 0,05$) и наличием осложнений ($r = 0,257$; $p < 0,05$). В данной ситуации это отражало реактивность белого ростка кроветворения на травму.

Скорость оседания эритроцитов достаточно малоспецифичный признак, который прокоррелировал слабой силой с наличием осколков и их смещением ($r = 0,366$; $p < 0,05$),

силой средней степени ($r = 0,528$; $p < 0,05$) с женским полом и с наличием осложнений ($r = 0,44$; $p < 0,05$), что является также общим отражением реактивности такого контингента пострадавших на травму.

Тромбоцитоз коррелировал (сопровождал) с наличием осколков и их смещением ($r = 0,413$; $p < 0,05$), с наличием осложнений ($r = 0,277$; $p < 0,05$) и обратной связью коррелировал с наличием признаков ДСТ ($r = - 0,386$; $p < 0,05$). В данной ситуации это является отражением реакции мегакариоцитарного ростка кроветворения на дисбаланс системы гемостаза.

Один из интересных симптомов, сопровождающий ДСТ является гипопроотеинемия, которая коррелировала средней силой в нашем исследовании с наличием осколков и их смещением ($r = 0,522$; $p < 0,05$), наличием ДСТ ($r = 0,455$; $p < 0,05$) и наличием осложнений ($r = 0,354$; $p < 0,05$).

Обращают на себя внимание корреляции биохимического и ферментативного спектра, а именно: уровень общего билирубина коррелировал слабой связью с наличием осколков и их смещением ($r = 0,305$; $p < 0,05$), уровень непрямого билирубина коррелировал слабой связью с наличием осколков и их смещением ($r = 0,422$; $p < 0,05$), а также со слабой силой с количеством проведенных в стационаре койко-дней ($r = 0,412$; $p < 0,05$). Возможно, гемолиз эритроцитов в данной ситуации отражает, как тяжесть травмы, так и степень оксидативного стресса, являясь, как говорят, зеркалом патологии.

Активность АлАТ и АсАТ коррелировала связью средней силы с мужским полом ($r = 0,618$;

$p < 0,05$), что может расцениваться как маркер повреждения печени у мужского контингента, возможно алкогольной этиологии, что, естественно, будет влиять на патогенез и длительность их реабилитации. Это подтверждается тем, что активность АлАТ и АсАТ коррелировала связью средней и высокой силы с количеством проведенных в стационаре койко-дней ($r = 0,567$ и $r = 0,767$ соответственно; $p < 0,05$). Также активность АлАТ и АсАТ коррелировала связью слабой силы с наличием признаков ДСТ ($r = 0,392$ и $r = 0,388$ соответственно; $p < 0,05$). Уровень АсАТ также повышался с возрастом ($r = 0,491$; $p < 0,05$).

Наибольший интерес для определения роли ДСТ в патогенезе травмы таза представляют корреляции продукта метаболизма мышечной ткани – креатинина и фермента костной системы щелочной фосфатазы. Ожидаемо они имели достаточно тесные связи средней силы. Так, активность ЩФ коррелировала с наличием осколков и их смещением ($r = 0,612$; $p < 0,05$), пожилым возрастом ($r = 0,524$; $p < 0,05$), женским полом ($r = 0,422$; $p < 0,05$), количеством проведенных в стационаре койко-дней ($r = 0,568$; $p < 0,05$), наличием признаков ДСТ ($r = 0,677$; $p < 0,05$) и наличием осложнений ($r = 0,69$; $p < 0,05$). Уровень креатинина в сыворотке крови коррелировала с наличием осколков и их смещением ($r = 0,606$; $p < 0,05$) и наличием осложнений ($r = 0,6$; $p < 0,05$). Ещё один продукт метаболизма – мочевина коррелировала слабой связью с количеством проведенных в стационаре койко-дней ($r = 0,49$; $p < 0,05$), что может расцениваться как косвенный показатель выделительной функции почек у таких пострадавших.

Выводы. Полученные корреляционные связи в последующем лягут в основу разработки патогенетической математической модели прогнозирования осложнений и неблагоприятных исходов травмы таза у лиц с признаками ДСТ. Методом статистического последовательного анализа Вальда мы сможем разработать диагностико-прогностический алгоритм с использованием диагностических коэффициентов для различных факторов риска и антириска осложнений и неблагоприятных исходов травмы таза у лиц с признаками ДСТ.

Литература.

1. Дорожно-транспортный травматизм: доклад ВОЗ, 2015 г. https://www.who.int/violence_injury_prevention/ru/
2. Заболеваемость населения по основным классам болезней 2015-2020.

<https://www.gks.ru/>

3. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики за 2014-2020 года (статистические материалы) <http://rcozmsit.zdravdnr.ru>

4. Городник Г.А. Патогенез боевой травмы (обзор литературных данных) / Г.А. Городник, В.Н. Ельский, Н.Н. Смирнова, Ю.И. Стрельченко, Е.В. Онищенко // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2015. – Том 24. – № 1. – С. 51-57.

5. Кравченко А.И. Диспластическая нестабильность шейного отдела позвоночника у детей: диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.03.03 – патологическая физиология, Донецк, 2020. – 277 с.

6. Гладких Н.А. Дисрегуляция сердечно-сосудистой системы и возможности ее ранней диагностики при синдроме дисплазии соединительной ткани // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь, 2002. – 22 с.

7. Мицкевич В.А. Неврологические проявления системной ДСТ у подростков // Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2006. – 22 с.

8. Allamprese P., Affimonelli R., Gigante M. R. Work-related musculoskeletal diseases: experience of INAIL of the Apulia region 1988-2001 // G. Ital Med Lav Ergon. – 2005. – Vol.27, №2. – P. 176-179.

9. Виноградов А.Ф., Румянцева Г.Н., Рассказов О.В. Тактика хирургической коррекции заболеваний костной системы у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы: матер. Всерос. конф. с междунар. участием, 19 окт. 2011г. – М.: Тверь: СПб, 2011. – Вып. 2. – С. 112-116.

References.

1. Dorozhno-transportnyi travmatizm : doklad VOZ, 2015 g. [Road traffic injuries: WHO report 2015] https://www.who.int/violence_injury_prevention/ru/ (in Russian).
2. Zbolevaemost' naseleniya po osnovnym klassam boleznei 2015-2020 [Morbidity of the population by main classes of diseases 2015-2020]. <https://www.gks.ru/> (in Russian).
3. Pokazateli zdorov'ya naseleniya i deyatel'nosti uchrezhdenii zdavookhraneniya Donetskoi Narodnoi Respubliki za 2014-2020 goda (statisticheskie materialy) [Indicators of public health and the activities of healthcare institutions of the

Donetsk People's Republic for 2014-2020 (statistical materials)] <http://rcozmsit.zdravdnr.ru> (in Russian).

4. Gorodnik G.A. El'skii V.N., Smirnova N.N., Strelchenko I.I., Onishchenko E.V. Patogenez boevoi travmy (obzor literaturnykh dannykh) [Pathogenesis of military injury (literature review)]. Arkhiv klinicheskoi i eksperimental'noi meditsiny. 2015; 24 (1): 51-57 (in Russian).

5. Kravchenko A.I. Displasticheskaya nestabil'nost' sheinogo otdela pozvonochnika u detei [Dysplastic instability of the cervical spine in children]. Dissertatsiya na soiskanie uchenoi stepeni doktora meditsinskikh nauk po spetsial'nosti 14.03.03 – patologicheskaya fiziologiya. Donetsk, 2020. 277 p. (in Russian).

6. Gladkikh N.A. Disregulyatsiya serdechno-sosudistoi sistemy i vozmozhnosti ee rannei diagnostiki pri sindrome displazii soedinitel'noi tkani [Dysregulation of the cardiovascular system and the possibility of its early diagnosis in connective tissue

dysplasia syndrome] // Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Stavropol', 2002. 22 p. (in Russian).

7. Mitskevich V.A. Nevrologicheskie proyavleniya sistemnoi DST u podrostkov [Neurological manifestations of systemic DST in adolescents]. Avtoref. dis. kand. med. nauk. M., 2006. 22 p. (in Russian).

8. Allamprese P., Affimonelli R., Gigante M. R. Work-related musculoskeletal diseases: experience of INAIL of the Apulia region 1988-2001. G. Ital Med lav Ergon, 2005. 27 (2): 176-179.

9. Vinogradov A.F., Rumyantseva G.N., Rasskazov O.V. Taktika khirurgicheskoi korrektsii zabolevanii kostnoi sistemy u detei s nedifferentsirovannoi displaziei soedinitel'noi tkani [Tactics of surgical correction of diseases of the bone system in children with undifferentiated connective tissue dysplasia]. Pediatricheskie aspekty displazii soedinitel'noi tkani. Dostizheniya i perspektivy: mater. Vseros. konf. s mezhdunar. uchastiem, 2011. 2: 112-116 (in Russian)

ДЕШЕВОЙ ВИКТОР ИВАНОВИЧ – ПЕРВЫЙ ДИРЕКТОР КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

DESHEVOY VIKTOR IVANOVICH – THE FIRST DIRECTOR OF THE KURSK STATE MEDICAL INSTITUTE

■ Лазаренко Виктор Анатольевич Доктор медицинских наук	■ Lazarenko Victor Anatolievich Doctor of Medical Sciences
■ Иванов Александр Викторович Доктор медицинских наук	■ Ivanov Alexander Viktorovich Doctor of Medical Sciences
■ Никишина Нина Алексеевна Кандидат психологических наук	■ Nikishina Nina Alekseevna Candidate of Psychological Sciences
■ Пучков Вячеслав Игоревич	■ Puchkov Vyacheslav Igorevich
■ Черняев Дмитрий Владимирович	■ Chernyaev Dmitry Vladimirovich
■ Курский государственный медицинский университет	■ Kursk State Medical University

E-mail: nan2008@mail.ru

Резюме

В статье представлена биография Дешевого Виктора Ивановича, партийного соратника В.И. Ленина, одного из активных членов Петроградского комитета партии большевиков, участника Октябрьской революции 1917 года. Показан вклад В.И. Дешевого в развитие медицины и биологии в нашей стране в первой половине XX века, а также идеологическая и организационная работа в качестве члена Общества старых большевиков по пропаганде коммунистических идей и советского образа жизни. Особое внимание уделяется роли В.И. Дешевого в организации Курского государственного медицинского института в 1935-1937 гг.

Ключевые слова: Дешевой Виктор Иванович, Курский государственный медицинский институт, директор

Summary

The article presents the biography of Deshevoy Viktor Ivanovich, a party associate of V.I. Lenin, one of the active members of the Petrograd Committee of the Bolshevik Party, a participant in the October Revolution of 1917. The article shows the contribution of V.I. Deshevoy to the development of medicine and biology in our country in the first half of the XXth century, as well as ideological and organizational work as a member of the Society of Old Bolsheviks to promote communist ideas. Special attention is paid to the role of V.I. Deshevoy in organizing of the Kursk State Medical Institute in 1935-1937.

Key words: Deshevoy Viktor Ivanovich, Kursk State Medical Institute

Библиографическая ссылка на статью

Лазаренко В.А., Иванов А.В., Никишина Н.А., Пучков В.И., Черняев Д.В. Дешевой Виктор Иванович – первый директор Курского государственного медицинского института // Innova. - 2022. - № 2 (27). - С. 23-34.

References to the article

Lazarenko V.A., Ivanov A.V., Nikishina N.A., Puchkov V.Ig., Chernyaev D.V. Deshevoy Viktor Ivanovich - the first director of the Kursk State Medical Institute // Innova. - 2022. - No. 2 (27). - P. 23-34.

DOI:

[10.21626/innova/2022.2/04](https://doi.org/10.21626/innova/2022.2/04)

Введение. 13 июня 1934 года была реорганизована Центральная-Чернозёмная область, в составе которой выделялась самостоятельная Курская область. В Курской

области работало около 1000 врачей и были необходимы ещё около 500 врачей. Поэтому, 2 сентября 1934 г., на заседании президиума Курского областного исполнительного комитета

Совета РК и КД, заведующий Курским областным отделом здравоохранения, Андрей Федорович Третьяков, поставил вопрос о необходимости открытия медицинского института в г. Курске. Руководство области решило обратиться в Совет народных комиссаров и в Народный комиссариат здравоохранения РСФСР с просьбой утвердить открытие медицинского института в г. Курске так, чтобы 1 сентября 1935 г. уже произвести приём на первый курс 150 студентов [2, 3, 5].

9 февраля 1935 г., Совет народных комиссаров и лично И.В. Сталин, приняли решение об открытии медицинского института в г. Курске, а уже 7 мая 1935 года Народный комиссариат здравоохранения РСФСР издал приказ: «Приступить к организации медицинского института в г. Курске с приёмом на первый курс в

1935 году 250 человек и установить началом занятий 1 сентября 1935 года» и перед Курским медицинским институтом была поставлена задача в подготовке врачей для всего юго-западного региона РСФСР [2, 3, 6].

В 1935 г. руководство города отдало под медицинский институт здание Фабрично-заводского училища. Всю ответственность по созданию административной структуры Курского государственного медицинского института (КГМИ) и организации кафедр несли заведующий Курским областным отделом здравоохранения, будущий нарком здравоохранения РСФСР и министр здравоохранения СССР А.Ф. Третьяков и, назначенный Народным комиссариатом здравоохранения, директор КГМИ В.И. Дешевой (Рисунок 1) [4, 5, 7].



Рис. 1. Дешевой Виктор Иванович (20.12.1890 – ?), врач, организатор системы высшего образования СССР, первый директор Курского государственного медицинского института (1935-1937)

Из личного дела В.И. Дешевого. В.И. Дешевой родился 20 декабря 1890 году в семье земского врача, в селе Городня Тверской уездной губернии. Семья несколько раз переезжала в связи со службой отца и они жили в Ярославской, Гродненской и Ковенской губерниях. Среднее образование В.И. Дешевой получил в Ковенской гимназии в г. Ковно, ныне

это город Куанас в Литве. В те годы Ковенская губерния входила в состав Российской Империи, и это было одно из старейших средних учебных заведений Восточной Европы, где образование шло в духе русской народности и русской государственной жизни.

Дмитрий Иванович Дешевой имел два высших образования. С 1910 г. по 1915 г. он

обучался на естественнонаучном отделении Петербургского университета. В те годы, это был один из крупнейших университетов Российской Империи, общепризнанным центром мировой науки, местом, где формировались ведущие российские научные школы. Имена преподавателей В.И. Дешевых до сих пор составляют «визитную карточку» российской науки в мире. Это А.С. Догель, В.А. Догель, А.А. Ухтомский и др. [1, 2, 8].

В студенческие годы В.И. Дешевой вступил в социал-демократическую партию (1912), и в 1913 г., как активный её член, был арестован и находился под следствием. Вступив в РСДРП, В.И. Дешевой сразу же начал сотрудничать с легальными газетами большевиков «Звезда» и «Правда», бессменным идейным руководителем которых был В.И. Ленин. В этих газетах В.И. Дешевой публиковал свои статьи, в которых освещал политическую жизнь в стране и занимался пропагандой революционной деятельности.

После окончания естественнонаучного отделения Петербургского университета (1915), В.И. Дешевой поступил на 3 курс медицинского факультета Юрьевского университета. Это был один из старейших университетов в Восточной Европе и в настоящее время это Тартуский университет в Эстонии. Этот университет славился своим преподавательским составом и передовыми в мире научными школами. В годы обучения в Юрьевском университете, В.И. Дешевой продолжал работать в администрации социал-демократической партии. Обучаясь на медицинском факультете Юрьевского университета, В.И. Дешевой был председателем общества русских студентов и в 1916 – 1917 году был под следствием и надзором по обвинению в устройстве несанкционированного собрания [1, 5, 7].

В февральской революции Виктор Иванович Дешевой участвовал и занимал уже высокую должность в партии. Он был представителем большевиков в революционном комитете г. Юрьева и Председателем Юрьевского Совета 1 созыва.

После окончания медицинского факультета Юрьевского университета (1917), Д.И. Дешевой служил в должности военного врача в Кронштадтском морском госпитале. Здесь же В.И. Дешевой впервые прославился своими организаторскими способностями.

В статье «Кронштадтский морской госпиталь в революционных событиях 1917–1921 гг.» особо подчеркнута роль В.И. Дешевского в событиях октябрьской революции 1917 года: «25 октября боевые корабли прибыли из Кронштадта в столицу для участия в штурме Зимнего дворца. Вместе с ними в Петроград под флагом Красного Креста прибыла и яхта «Зарница», имея на своем борту медицинский отряд в количестве 50 человек, сформированный из числа курсантов фельдшерской школы, врачей и медсестер Кронштадтского морского госпиталя. Личный состав медицинского отряда оказывал первую помощь раненым и одновременно с оружием в руках участвовал в штурме Зимнего дворца, а также после его взятия в составе красногвардейского караула охранял дворец. Руководство работой кронштадтских медиков, в том числе и работников Морского госпиталя, во время вооруженного восстания осуществлялось одним из членов военно-технической комиссии Исполкома Кронштадтского Совета — врачом госпиталя В.И. Дешевым. 25 октября (7 ноября) 1917 г. вооруженное восстание в Петрограде победило. Государственная власть перешла в руки Советов.» [1,8].

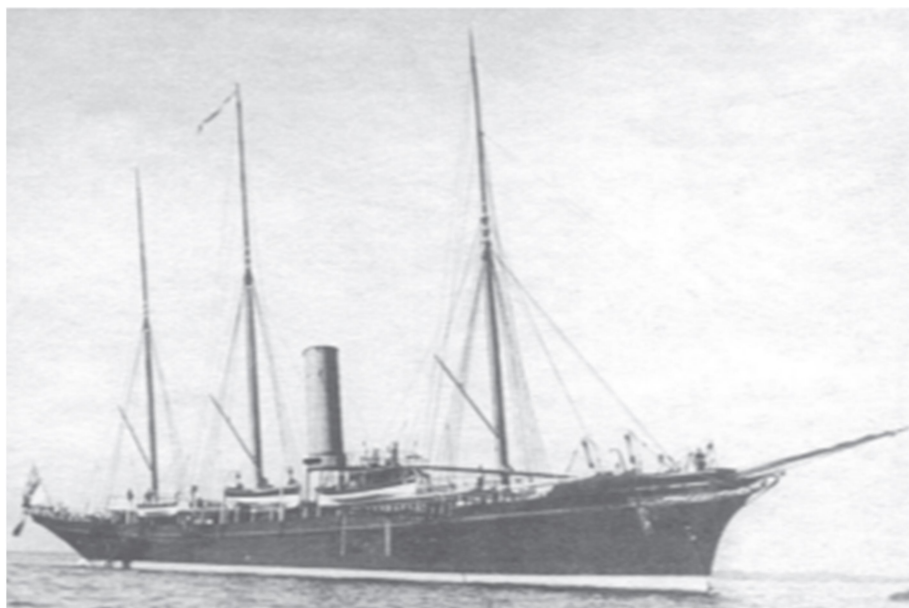


Рис. 2. Яхта «Зарница», на которой В.И. Дешевой руководил приёмом раненных во время штурма Зимнего дворца 7 ноября (25 октября по старому стилю) 1917 г.

Весь 1917 г. В.И. Дешевой служил военным врачом и являлся активным организатором революционного движения в Петрограде.

В феврале 1918 года, после того как власть перешла в руки большевиков, Д.И. Дешевой занимался организацией первых отрядов Красной Армии в Петрограде. И когда началось наступление немецких войск на Восточном фронте, и стояла прямая угроза сдачи Петрограда и все центральные учреждения советской власти переезжали из Петрограда в Москву, В.И. Дешевой занимался организацией частей Красной Армии.

После того, как правительство страны переехало в Москву, В.И. Дешевой работал в Москве. С апреля 1918 года В.И. Дешевой занимал должность Начальника Петроградского окружного военно-санитарного управления и одновременно был командиром Красного креста Петербургского военного округа. В эти годы он

руководил организацией лечения раненых и больных солдат и офицеров, предупреждением заболеваний в войсках, а с переходом на мирное положение-здравоохранение санитарным обеспечением РККА, организацией противозидемической службы, оздоровительными мероприятиями, комплектование частей и учреждений РККА медицинским составом. Т.о. можно говорить о том, что В.И. Дешевой стоял у истоков российской военной медицины в первые годы советской власти [10].

В Москве с 1919 г. по 1921 г. Виктор Иванович занимал пост помощника начальника Главного военно-санитарного управления по политической части, а потом начальника московского окружного военно-санитарного управления [1, 5, 6] (Рисунок 3) и одновременно являлся начальником санитарной части 12 Армии и 2 Армии.

Список отделов Главного военно-санитарного управления²⁸

Должность в Главном военно-санитарном управлении по состоянию на 17 сентября 1919 г.	ФИО
Начальник управления	М.И.Баранов
Помощник начальника управления	А.И.Замятин
Помощник начальника управления	Н.А.Зеленев
Правитель канцелярии	В.П.Любимов
Начальники отделов	
– мобилизационного	Г.Н.Покровский
– врачебно-санитарного	Ф.И.Мигай
– хозяйственного	В.А.Нечаев
– эвакуационного	К.С.Кузьминский
– медицинского снабжения	В.Д.Абрамов
– политической инспекции	В.И.Дешевой
Авто-отдел	М.Ф.Емельянов

Рис. 3. Таблица цитируется из статьи «Главное военно-санитарное управление и Наркомат здравоохранения в 1918-1920 гг.» из журнала «Военно-политический журнал» №7, 2018 г. В таблице указано, что в 1919 г. В.И. Дешевой занимал должность начальника отдела политической инспекции в Главном военно-санитарном управлении Красной Армии.

В 1921 г., советское правительство, отправило Д.И. Дешевых возглавлять Народный комиссариат здравоохранения Туркестанской республики, в настоящее время это Узбекистан) Стоит сказать, что в Туркестанской республике в те годы, вообще отсутствовала сеть лечебных медицинских учреждений, не было учебных заведений по подготовке медицинских кадров, не существовало фармацевтической промышленности и аптечной сети, регулярными были эпидемии тифа, холеры, чумы, малярии, оспы и всё это на фоне того, что республика переживала продовольственный кризис и голод. В Туркестанской республике, Д.И. Дешевой занимался привлечением в республику санитарно-медицинских кадров, открытием больниц и лечебных учреждений, организацией аптекарской службы. И конечно, основной его задачей являлось развитие системы бесплатной медицинской помощи для всех жителей края.

В Туркестане В.И. Дешевой работал до продовольственного кризиса в СССР. В 1921 г. случился сильный неурожай в районе Поволжья и начался страшный голод, известный как голод в Поволжье. Голод охватил 35 губерний, голодало не менее 40 миллионов. Пик голода пришёлся на осень 1921-весну 1922 г. Весной 1922 г. В.И. Дешевых направили в Ярославскую область на должность начальника губернского земельного управления с общегосударственной

задачей, собрать хороший урожай в 1922 г. Пока собирали урожай в приемники распределители Ярославской губернии привозили детей из голодающего Поволжья. Задачу В.И. Дешевой выполнил, после сбора нового урожая, острота ситуации была снята, но последствия голода сказывались еще долго.

В 1923 г. В.И. Дешевой был переведен на работу в Москву. Связано это было с тем, что правительство решило в кратчайшие сроки организовать сельскохозяйственную выставку, чтобы продемонстрировать экономические достижения советской власти за пять послереволюционных лет, особенно в области сельского хозяйства, построенного на социалистических началах. Почетным председателем сельскохозяйственной выставки был избран В.И. Ленин. Курировал организацию выставки Наркомзем и В.И. Дешевой был назначен на должность начальника административного управления Наркомзема и на должность уполномоченного по сельскохозяйственной выставке. Ему пришлось очень много работать. Выставке придавалось большое политическое значение и её готовили больше года и днём и ночью. Она состоялась в августе 1923 г. в Москве и была предшественницей Всесоюзных сельскохозяйственных выставок (ВСХВ), Выставок достижений народного хозяйства

(ВДНХ) и ныне действующего Всероссийского выставочного центра (ВВЦ).

После организации сельскохозяйственной выставки в 1924 г. В.И. Дешевой был направлен начальником Губернского земельного управления в Новгородскую губернию. Губерния получала низкие урожаи по причине плохого климата, песчаной и глиняной почвы. Но правительство решило использовать бесплатный труд заключенных и организовать сельскохозяйственные колонии как вид места заключения. На территории Новгородской губернии было организовано две колонии, на них возлагались большие надежды и задачей В.И. Дешевого было поднять урожайность и производительность сельского хозяйства.

С 1925 г. по 1929 г., В.И. Дешевой работал директором Ленинградского областного сельскохозяйственного института, в настоящее время это Санкт-Петербургский государственный аграрный университет.

В 1929 г. был арестован. Партийное руководство страны проводили активную «чистку» оппозиционеров, на вопрос о лояльности Сталину и его линии. В постановлении о чистке говорилось, что чистка должна «сделать партию более однородной, беспощадно выбросить из рядов партии все чуждые ей, вредные для её успехов, равнодушные к её борьбе элементы ... разоблачая скрытых троцкистов ... и сторонников других антипартийных групп и очищая от них партию». В результате вычищались все, кто когда-либо голосовал против «генеральной линии» (Сталина) и поддерживал любую оппозиционную платформу. Из партии было исключено 174 тыс. человек. В.И. Дешевой был признан проверенным.

С 1930 г. по 1931 г., В.И. Дешевой работал в должности Директора Всесоюзного научно-исследовательского института льна и конопли, а когда в октябре 1931 года институт был разделён на два самостоятельных института по льну и конопле, был переведён на работу во Всесоюзную академию сельскохозяйственных наук им. Ленина (ВАСХНИЛ). ВАСХНИЛ возглавил выдающийся ученый-генетик Николай Иванович Вавилов, а В.И. Дешевой работал в должности заведующего плановым бюро ВАСХНИЛ. В эти годы В.И. Дешевой занимался планированием практической работы для развития аграрного сектора в стране и занимался организацией колхозов и совхозов.

С марта 1932 по май 1933г. В.И. Дешевой возглавлял Саратовский государственный сельскохозяйственный институт, в настоящее время это Саратовский государственный аграрный университет имени Н. И. Вавилова.

В 1934 г. В.И. Дешевой как подпольщик, был привлечен на работу в общество старых большевиков (ОСБ). Всех членов этого общества называли «старыми большевиками». Члены общества занимались пропагандой коммунистических идей среди молодежи. Членами общества числились все высшие руководители ВКП(б). Все пропагандисты из ОСБ стали отцами-основателями коммунистической партии СССР, носителями её идей и в 1936 г. благодаря идейной работе этого общества Коммунистическая партия была провозглашена «руководящим ядром» государственных и общественных организаций трудящихся.

В 1933 г. и до октября 1934 г. В.И. Дешевой работал директором Всесоюзного Научно-исследовательского института по контролю биопрепаратов, в настоящее время это Всероссийский государственный центр качества и стандартизации лекарственных средств для животных и кормов. В этот год В.И. Дешевой руководил микробиологами и обеспечивал качество биопрепаратов, предназначенных для использования в ветеринарии и животноводстве, руководил созданием новых препаратов.

В 1934 -1935 гг. В.И. Дешевой работал заместителем директора по научной части во Всесоюзном институте животноводства, в настоящее время это Федеральный исследовательский центр животноводства - ВИЖ имени академика Л.К. Эрнста. В эти годы он работал в лаборатории эндокринологии академика ВАСХНИЛ Б.М. Завадовского, основные исследования, которого были посвящены физиологии желез внутренней секреции и изучению методов управления размножением домашних животных, рост и набор веса сельскохозяйственных животных, стимуляции размножения и гормональной диагностики жеребости кобыл [1, 2, 3].

Курский период. 19 мая 1935 г., приказом Народного комиссариата здравоохранения РСФСР Дешевой был направлен в г. Курск для организации открытого 9 февраля 1935 г. медицинского института (Рисунок 3). Курским областным комитетом он был утверждён на эту должность 9 июня 1935 г. (Рисунок 4).

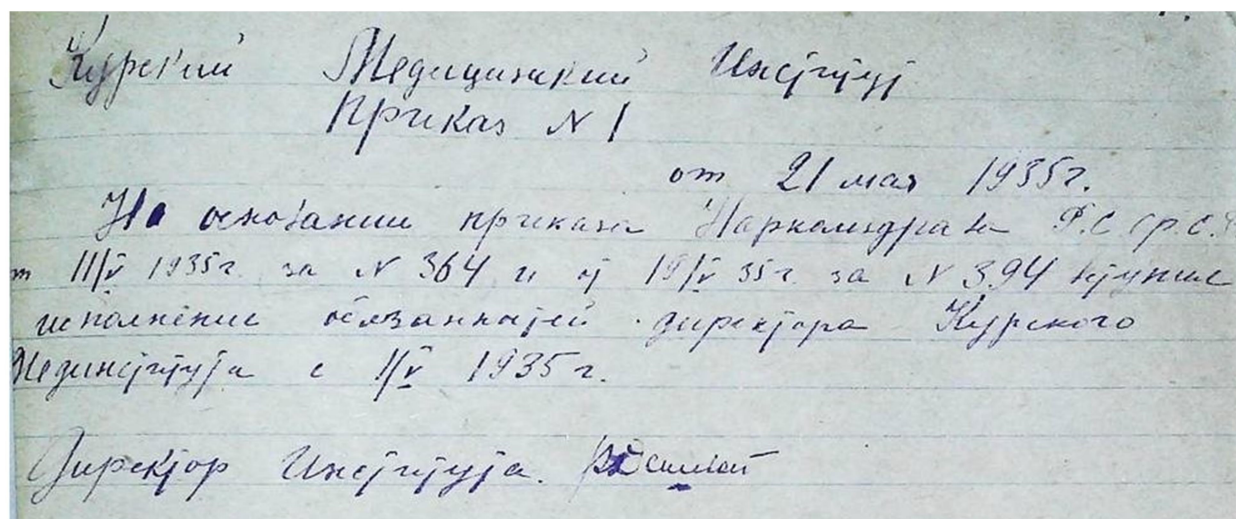


Рис. 3. Из Приказов по Курскому государственному медицинскому институту. Приказ № 1 от 21 мая 1935 г. Принял исполнение обязанностей директора Курского Мединститута с 1/V 1935 г.» «Директор Института В.Дешев».

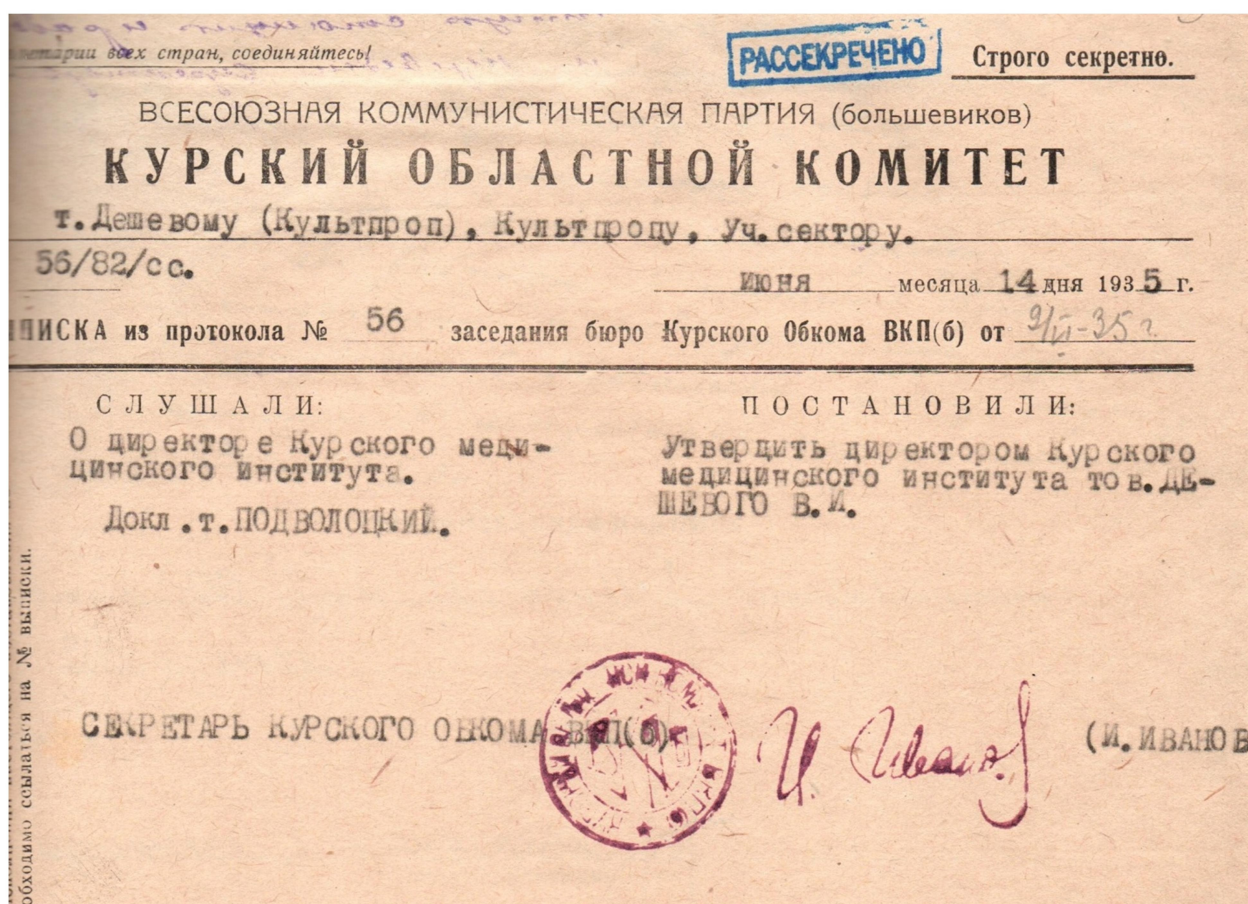


Рис. 4. Выписка из протокола № 56 заседания бюро Курского Обкома ВКП (б) от 9/VI – 35 г. «Постановили: Утвердить директором Курского медицинского института тов. Дешевого В.И.»

В Курске перед В.И. Дешевым стояла сложная задача, в течение трех месяцев обеспечить набор на 1 курс КГМИ 250 студентов и начать учебный процесс уже 1 сентября 1935 г. В городе с населением в 100 тыс. человек, не имеющем своей научной и технической базы,

В.И. Дешевой должен был создать административную и хозяйственную основу медицинского института и убедить учёных из других вузов страны приехать и возглавить кафедры. Благодаря выдающимся организаторским способностям уже в августе

1935 г. на 1-й курс КГМИ были зачислены 271 студент. Первого сентября начался первый учебный год нового медицинского института страны. Занятия проводили в выделенном под учебный корпус 4-х этажном здании, в котором до революции располагалась тюрьма (Рисунок

5), а затем фабрично-заводское училище (Рисунок 6) [2, 3, 4].

В 1935 г. в здании КГМИ были расширили оконные проёмы и добавлены колонны (Рисунок 7, 8, 9). В 1937 году к центральной части было пристроено левое крыло (Рисунок 10), а в 1938-м – правое крыло (Рисунок 11) [2, 5, 6].



Рис. 5. Курск, начало XX века. За Московскими воротами расположено 3-х этажное здание тюрьмы. В 30-е годы XX века здание тюрьмы было перестроено под фабрично-заводское училище (Инструментальная школа ФЗУ), а затем перестроено под медицинский институт. В настоящее время, на этом месте, расположен главный корпус Курского государственного медицинского университета.



Рис. 6. Курск, начало 30-х годов XX века. Здание фабрично-заводского училища (Инструментальная

школа ФЗУ). С 1935 года это здание перестраивалось под медицинский институт. В настоящее время, это здание является центральной частью главного корпуса Курского государственного медицинского университета



Рис. 7. Курск, лето 1935 г. Начало работ по перестройке здания фабрично-заводского училища в здание Курского государственного медицинского института. В настоящее время, это здание является центральной частью главного корпуса Курского государственного медицинского университета



Рис. 8. Курск, лето 1935 года. В здании Курского государственного медицинского института расширили оконные проёмы и уже вставили рамы. В настоящее время это здание является

центральной частью главного корпуса Курского государственного медицинского университета



Рис. 9. Курск, 7 ноября 1935 года. Демонстрация трудящихся в День Великой Октябрьской Социалистической революции. Во главе колонны демонстрантов стоит первый директор Курского государственного медицинского института, Виктор Иванович Дешевый.

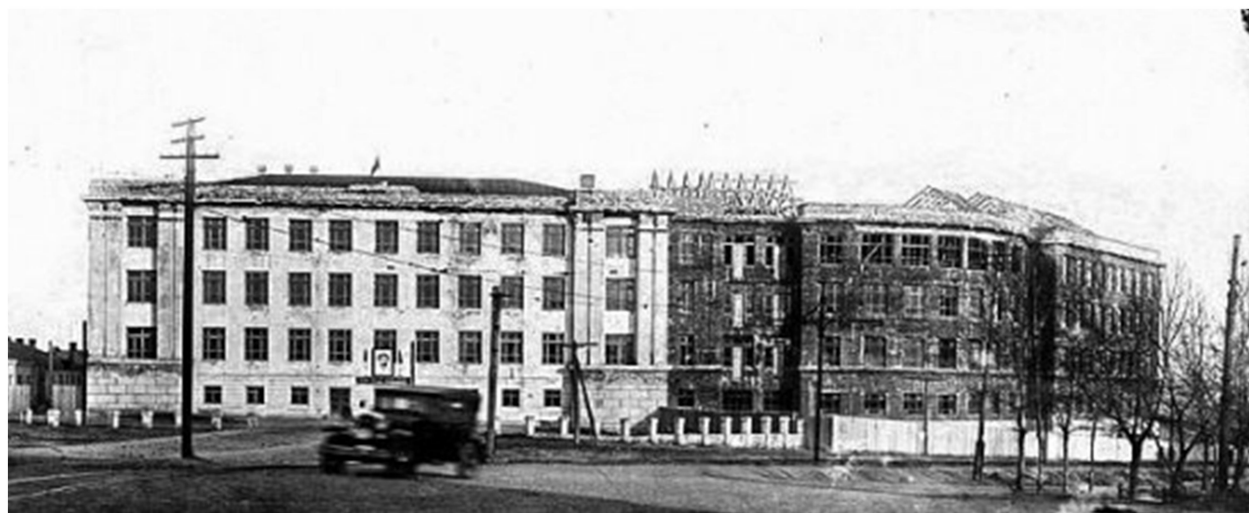


Рис. 10. Курск, 1936 г. В конце 1936 г. к центральной части здания уже пристроили правое крыло, в котором, в настоящее время, располагаются кафедра анатомии человека, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, кафедра нормальной физиологии и кафедра биологии, медицинской генетики и экологии. Левого крыла здания КГМУ ещё нет



Рис. 11. Курск, здание КГМУ, 1937 г. Пристраивается левое крыло здания КГМУ. В настоящее время в этом крыле располагаются библиотека; кафедра биологической химии; кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии; кафедра фармакологии

Можно только поражаться и восхищаться выполненным объёмом работы, так как даже сегодня, здание КГМУ является одним из самых красивых в г. Курске, оно стало объектом культурного наследия Курской области. В 1937 г. В.И. Дешевой был переведен на другую должность в Москву, а КГМИ успешно функционировал и развивался.

С 1937 г. по 1941 г., Виктор Иванович Дешевой работал директором Института эпидемиологии и микробиологии в г. Томске, в настоящее время это НПО по медицинским иммунобиологическим препаратам «Микроген» МЗ РФ».

Годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.

Из материалов архивов Министерства обороны РФ известно, что в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. В.И. Дешевой служил в звании майора медицинской службы в Главном военно-санитарном управлении Советской Армии.

В 1941 г. служил в должности начальника санитарно-эпидемиологического отряда № 62 Московского военного округа. В 1942 г. В.И. Дешевой служил армейским эпидемиологом 28 Армии Юго-западного округа и 4-й Танковой Армии Донецкого фронта; в 1942 г. руководил военно-полевым госпиталем № 1785 на Воронежском фронте. В 1943 г. -служил

санитарным консультантом -эпидемиологом эвакуационным пунктом № 92 Воронежского фронта. В 1943 г. при обороне Сталинграда служил начальником 3-го отделения санотдела Сталинградского округа. В 1944 г. В.И. Дешевой руководил санитарно-эпидемиологической лабораторией № 168 Киевского военного округа (Рисунок 12).

Заключение. Вся жизнь В.И. Дешевского была посвящена делам государственного масштаба. В день октябрьской революции, 7 ноября 1917 г., он был рядом с Зимним Дворцом и на яхте «Зарница» принимал раненных при штурме. В 1918 г., В.И. Дешевой стоял у истоков создания Красной Гвардии (Красной Армии) и общества Красного Креста в России. В.И. Дешевой очень много сделал для развития высшего медицинского образования и научно-исследовательских институтов в РСФСР. Он внёс большой вклад в развитие практического здравоохранения в СССР. В годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг., В.И. Дешевой работал в Главном военно-санитарном управлении и участвовал в руководстве санитарно-эпидемиологической службой Советской Армии.

Благодарность. Авторы выражают глубокую признательность директору Государственного архива общественно-политической истории Курской области

В.И. Хондарю и его заместителю М.В. Кузнецовой. Авторы очень благодарны Ольге Владимировне Гришиной и проректору КГМУ по образовательной деятельности и общим вопросам, д.м.н., В.П. Гаврилюку за помощь на этапе запроса документов в Архивы Курской области.

Литература.

1. Государственный архив Курской области. Ф. П-1. Оп. 9. Д. 502. Личное дело В.И. Дешевого.
2. Иванов А. В., Коротько Т. Г., Никишина Н. А. Из истории кафедры гистологии Курского государственного медицинского университета // ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. 2018. - С. 152.
3. Иванов А.В., Коротько Т.Г., Никишина Н.А. История продолжается у нас // Коллекция гуманитарных исследований. - 2017. № 1 (4). - С. 31-36.
4. Иванов А.В., Лазаренко В.А., Никишина Н.А., Коломейчук Д.К., Чернухин Д.С. Руководители Курского государственного медицинского института - участники Великой Отечественной войны // Материалы IV научно-теоретической онлайн-конференции (с международным участием) «Медицина в годы Великой Отечественной войны». - Курск, 2021. - С. 297-310.
5. Иванов А.В., Никишина Н.А. Сотрудники кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии КГМУ - участники Великой Отечественной войны // Коллекция гуманитарных исследований. - 2020, № 2 (23). - С. 46-55.
6. Иванов А.В., Никишина Н.А., Коротько Т.Г. Основные этапы развития кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии в КГМУ // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 250-летию со дня рождения Е.О. Мухина «Учителя и ученики: преемственность поколений». М.: 2016. - С. 105-107.
7. Иванов А.В., Харченко В.В., Никишина Н.А., Рязанова Л.М. Становление и развитие кафедр анатомии и гистологии Курского государственного медицинского университета // Сборник научных статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета, 120-летию со дня рождения профессора К.С. Богоявленского, 100-летию со дня рождения профессора Д.А. Сигалевича, 100-летию со дня рождения профессора З.Н. Горбачевич «Достижения современной морфологии - практической медицине и образованию» // Под редакцией В.А. Лазаренко. - 2020. - С. 10-25.
8. Лобанова М.И., Никитин М.В., Роскостов М.В. Кронштадтский морской госпиталь в революционных событиях 1917-1921 гг // Известия Российской военно-медицинской академии. - 2020. - Т. 39. - № 2. - С. 65-70.
9. Никишина Н.А., Коротько Т.Г. Роль музея кафедры гистологии в сохранении университетских традиций // Сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ «Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов» // Под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Калущкого, П.В. Ткаченко, А.И. Овод, Н.Б. Дрёмовой, Н.С. Степашова. - Курск, 2017. - С. 425-426.
10. Поддубный М. В. Главное военно-санитарное управление и Наркомат здравоохранения в 1918-1920 гг // Военно-медицинский журнал. - 2018. - Т. 339. - № 7. - С. 81-87.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC ENTEROCOLITIS IN CHILDREN

■ Мухамедов Иломон Мухамедович
Доктор медицинских наук

■ Mukhamedov Ilomon Mukhamedovich
Doctor of Medical Sciences

■ Юсупов Машраб Исматилов

■ Yusupov Mashrab Ismatillovich

■ Шайкулов Хамза Шодиевич

■ Shaykulov Khamza Shodievich

■ Ташкентский стоматологический
медицинский институт

■ Tashkent Dental Medical Institute

■ Самаркандский медицинский институт

■ Samarkand Medical Institute

E-mail: gulnoza_5999@mail.ru

Резюме

Диагноз и дифференциальный диагноз хронических энтероколитов у детей часто представляет определенные трудности: во-первых, отсутствуют клинические симптомы и признаки, характерные только для данного заболевания; во-вторых, поражение кишечника протекает не изолированно, а чаще всего в патологический процесс вовлекаются функционально и морфологически связанные с ним другие органы системы пищеварения; в-третьих, для данной патологии характерно развитие не только местных, но и общих симптомов, в основе которых лежит расстройство разных видов обмена веществ, возникающее вследствие нарушения процессов абсорбции в желудочно-кишечном тракте. Следует отметить, что в амбулаторных условиях энтероколиты у детей диагностируются лишь в 17–20% случаев, в подавляющем большинстве случаев ставится диагноз «поражение желудка, печени», либо изменения со стороны кишечника вообще игнорируются педиатрами, которые считают их временными, проходящими, возникающими под влиянием однократных, кратковременных воздействий внешних, чаще всего алиментарных факторов.

Ключевые слова: Энтероколит, дети, желудок, кишечник, экссудативная энтеропатия.

Summary

The diagnosis and differential diagnosis of chronic enterocolitis in children often presents certain difficulties: firstly, there are no clinical symptoms and signs characteristic only of this disease; secondly, the intestinal lesion is not isolated, and most often other organs of the digestive system that are functionally and morphologically related to it are involved in the pathological process; third, this pathology is characterized by the development of not only local, but also general symptoms, which are based on a disorder of different types of metabolism, resulting from a violation of the absorption processes in the gastrointestinal tract. It should be noted that in outpatient settings, enterocolitis in children is diagnosed only in 17–20% of cases, in the vast majority of cases, the diagnosis is "stomach or liver damage", or changes in the intestine are generally ignored by pediatricians, who consider them temporary, transient, arising under the influence of one-time, short-term effects of external, most often alimentary factors.

Key words: Enterocolitis, children, stomach, intestines, exudative enteropathy

Библиографическая ссылка на статью

Мухамедов И.М., Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш.
Дифференциальный диагноз энтероколитов у детей // Innova.
- 2022. - № 2 (27). - С. 35–39.

References to the article

Mukhamedov I.M., Yusupov M.I., Shaikulov H.Sh. Differential
diagnosis of chronic enterocolitis in children // Innova. - 2022. -
No. 2 (27). - P. 35–39.

DOI:

[10.21626/innova/2022.2/05](https://doi.org/10.21626/innova/2022.2/05)

Введение. Диагноз и дифференциальный диагноз хронических энтероколитов у детей часто представляет определенные трудности: во-первых, отсутствуют клинические симптомы и признаки, характерные только для данного заболевания [1]; во-вторых, поражение кишечника протекает не изолированно, а чаще всего в патологический

процесс вовлекаются функционально и морфологически связанные с ним другие органы системы пищеварения; [1,2] в-третьих, для данной патологии характерно развитие не только местных, но и общих симптомов, в основе которых лежит расстройство разных видов обмена веществ, возникающее вследствие нарушения процессов абсорбции в желудочно-

кишечном тракте [1,3].

Вовлечение в патологический процесс других органов системы пищеварения, в частности желудка, печени, желчных путей, поджелудочной железы, ведет к разнообразию одних и тех же патологических симптомов — разному характеру болей, диспепсических расстройств [4,5]. Часто возникает сомнение, поражение какого органа явилось первичным в сложном комплексе патологических симптомов хронического процесса органов системы пищеварения [6].

Следует отметить, что в амбулаторных условиях энтероколиты у детей диагностируются лишь в 17—20% случаев, в подавляющем большинстве случаев ставится диагноз «поражение желудка, печени» [7], либо изменения со стороны кишечника вообще игнорируются педиатрами, которые считают их временными, преходящими, возникающими под влиянием одноразовых, кратковременных воздействий внешних [8], чаще всего алиментарных факторов. Проводимая при этом симптоматическая терапия не устраняет воспалительного процесса в кишечнике, а способствует лишь стиранию клинической симптоматики и переходу заболевания в хронический процесс [9,10].

Наиболее частым симптомом хронического энтероколита является изменение общего состояния: быстрая утомляемость, пониженная физическая и умственная работоспособность, чувство постоянной усталости [11].

Второй симптом заболевания — похудание, достигающее в части случаев II—III степени дистрофии [12]. При хроническом энтероколите выраженное расстройство питания наблюдается преимущественно в тех случаях, когда в клинике заболевания на первый план выступают симптомы преимущественного поражения тонкой кишки [13].

В отличие от хронического энтероколита, при неспецифическом язвенном колите наблюдается быстро прогрессирующая (в течение 1—2 месяцев) потеря веса [14]. При муковисцидозе глубокая гипотрофия наблюдается при нормальном и даже повышенном аппетите и, кроме того [15], похудание конечностей и туловища не соответствует полному, «кукольному» лицу. При целиакии истощение сочетается с резко увеличенными, в некоторых случаях огромными размерами живота, а при экссудативной энтеропатии — с наличием отеков нефротического типа [17]. Вследствие

полигиповитаминоза у больных энтероколитом на фоне общего похудения появляется сухость кожи, тусклость и выпадение волос, ломкость ногтей, истончение ногтевых пластинок [18,19].

В решении вопроса о том, является ли хроническая патология кишечника первичной или она сопутствует хроническому гастриту, гепатиту, дуодениту и т.д., большую помощь может оказать правильно собранный анамнез [20]. При сборе анамнеза следует уточнить время первых проявлений дискинезии кишечника, которые могут возникнуть в любом возрасте [6]. В 1/3 случаев энтероколита первые признаки хронической кишечной патологии развиваются после перенесенных острых желудочно-кишечных заболеваний [4]. Следует подчеркнуть, что патологические симптомы поражения кишечника в большом проценте случаев выявляются у детей, получавших неоднократно и длительное время антибиотики [7], которые, изменяя экологическую структуру кишечного пейзажа, ведут к развитию дисбактериоза — одного из главных звеньев патогенеза хронического поражения кишечника [9].

Правильно собранный анамнез поможет в постановке диагноза хронического энтероколита аллергической этиологии — при этом период обострения основного заболевания совпадает с проявлениями аллергии организма: крапивницей, экземой, отеком Квинке и др. [7]. У части больных анамнез позволяет выяснить, что обострение наступает после употребления определенных пищевых аллергенов (какао, шоколад, молоко, клубника, цитрусовые, яйца и т.д.) [5].

Тщательно собранный анамнез позволяет выяснить, что дискинезия кишечника примерно у 25% больных развивается на фоне длительного нерегулярного питания, еды всухомятку, преобладания грубой, преимущественно углеводной пищи, злоупотребления жирами [1].

Большинство заболеваний желудочно-кишечного тракта протекает с болями в животе разной степени [6]. Не составляет исключения в этом плане и хронический энтероколит, при котором болевой синдром часто доминирует в клинике заболевания. Однако в связи с тем, что болезненность не имеет строгой локализации и, кроме того, может меняться ее характер, этот важный признак требует дифференциации с другими хроническими заболеваниями системы пищеварения [8]. Так, при энтероколите наиболее часто ощущаются боли вокруг пупка, реже в нижней части живота, либо в гастральной области. В отличие от этого, для холецистита

более характерно наличие болезненности в правом подреберье, для гастрита и язвенной болезни — в эпигастриальной области, для панкреатита — в левом подреберье [19]. При хроническом энтероколите иррадиация болезненности не характерна; в противоположность этому при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки боль иррадирует в спину, позвоночник; при холециститах — в правое плечо, ключицу, лопатку; при панкреатитах часто имеет опоясывающий характер [17]. При хроническом энтероколите интенсивность болей колеблется от неприятных ощущений до схваткообразных болей типа кишечных колик, появляющихся в разное время дня [10]. Выраженных постоянных болей в животе при этом не отмечается. Длительные нестерпимые боли в области живота должны настораживать врача в отношении наличия опухоли в брюшной полости. Боль носит приступообразный характер, продолжается от 10—15 мин до 3—5 ч. В межприступный период боли почти не беспокоят, носят волнообразный характер, интенсивность их колеблется в течение дня [11,12]. В отличие от этого, острая колющая боль в правом подреберье говорит об остром холецистите. Для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки характерна резко выраженная болезненность, а также связь болей с приемом пищи, периодичность и сезонность их возникновения [10,13].

Связь болезненности с приемом пищи в ряде случаев может указать на локализацию патологического процесса; появление болевых ощущений сразу после приема пищи говорит о наличии гастрита [20]; спустя 20—30 мин. — на язву желудка; боли спустя несколько часов после приема пищи, а также «голодные» ночные боли — на локализацию язвы в двенадцатиперстной кишке. Для хронического энтероколита не характерна четкая связь возникновения болей с приемом пищи [17].

Для дифференциальной диагностики имеет значение связь болей с характером принимаемой пищи — при хроническом энтероколите боли усиливаются после приема пищи, богатой углеводами, что усиливает процессы брожения в кишечнике [18]. В отличие от этого, при заболеваниях желудка усиление болезненности вызывает прием грубой, острой и соленой пищи [15].

Объективное обследование больных хроническим энтероколитом позволяет выявить увеличение размеров живота за счет метеоризма, однако вздутие живота никогда не достигает такой степени, как при целиакии, когда

петля кишечника контурируется через брюшную стенку и на глаз видна перистальтика [14,16].

Для хронического энтероколита характерна кожная гиперестезия «в уровне пупка и ниже» [4]. При пальпации в большинстве случаев отмечается болезненность, состояние спазма слепой и сигмовидной кишок, поперечно-ободочной. В части случаев удается пальпировать болезненные и увеличенные лимфоузлы (проявление неспецифического лимфаденита) [7,9].

Общий анализ крови позволяет выявить анемию нормо- и гиперхромного типа, лейкопению либо умеренный лейкоцитоз, лимфопению [15]. Важное диагностическое значение имеет исследование кала по методу Алексеева—Беркмана. Микроскопия кала позволяет судить о преимущественном поражении разных отделов желудочно-кишечного тракта [7]. Так, наличие большого количества переваренной клетчатки и неизмененных волокон говорит о гастрогенном происхождении указанных изменений, а высокое содержание нейтрального жира о функциональном поражении поджелудочной железы [12]. При преимущественном поражении тонкого кишечника обнаруживаются в большом количестве жирные кислоты, мыла, нейтральный жир. Так называемый коли-дистальный синдром, более типичный для колитов и хронической дизентерии, характеризуется большим количеством слизи с высоким содержанием эпителиальных клеток кишечника, наличием лейкоцитов, эритроцитов, кристаллов жирных кислот [18].

Характерно нарушение обменных процессов: изменение белкового обмена в основном проявляется гипопроотеинемией, гипоальбуминемией, гипергаммаглобулинемией; нарушение жирового обмена — снижением содержания общего холестерина [9], общих липидов и повышением уровня НЭЖК; дисбаланс электролитного обмена — низким содержанием в сыворотке крови K, Na, P, Ca, CL; неустойчивость углеводного обмена — гипогликемией натощак и патологическим характером сахарных кривых [7,10].

Для дифференциальной диагностики хронического энтероколита из инструментальных методов исследования определенную ценность имеет ректороманоскопия [13]. При ректороманоскопии наиболее выраженные и характерные изменения наблюдаются при неспецифическом язвенном колите: выявляются многочисленные поверхностные и глубокие язвы разной стадии развития, общая гиперемия

слизистой оболочки, зернистый характер ее поверхности, резкая кровоточивость, сглаженность и отсутствие складок, сужение просвета кишки [9,15].

Большая роль в распознавании хронического энтероколита принадлежит рентгенологическому исследованию. Для хронического энтероколита характерно сочетание изменений как в толстом, так и в тонком кишечнике, степень этих изменений соответствует тяжести клинических проявлений заболевания [19].

В заключение следует отметить, что диагноз «хронический энтероколит» у детей часто представляет определенные трудности и возможен только при тщательном анамнестическом, клинико-лабораторном, рентгенологическом и других специальных методах исследования.

Литература.

1. Мухамедов И.М., Шадиев Х.К., Абдуллаев М.И., Алиев Ш.Р., Эргашева Х.Э., Бузикова Т.В. [Нарушения микрофлоры кишечника и иммунной системы у детей, больных витилиго](#). Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. № 2. 74-76.
2. Бабичев С.А., Коротяев А. И. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. Специальная литература. 2002.
3. Головкин О.К., Левицкая Е.М., Линчевский Г.Л. Особенности ведения новорожденных с некротизирующим энтероколитом. Архив клинической и экспериментальной медицины. 2002; 11 (2): 241–244.
4. Караваева, С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей. Вестник хирургии. 2002; 161(4): 41-46.
5. Иванов, В.В., Чевжик В.П., Черпалюк Е.А. Оперативная тактика при лечении энтероколита у новорожденных. Детская хирургия. 2003; 6: 25–27.
6. Кудин А.П., Астапов А.А., Лагир Г.М., Неотложные состояния у детей с острыми кишечными инфекциями: метод. рекомендации: БГМУ, 2004: 32.
7. В. Н. Тимченко. Инфекционные болезни у детей: учеб. для педиатрических факультетов мед. вузов / под ред. 2-е изд., испр. и доп. СПб. Специальная литература, 2006: 325–341.
8. Кудин А.П., Лагир. Г. М. Инфекционные диареи у детей: учеб-метод. пособие, Минск: БГМУ, 2008:64.
9. Баранова А.А., Педиатрия.: ГЭОТАР-

Медиа, 2009; 2048.

10. Новокшенов А.А., Учайкин В.Ф., Соколова Н.В. Этиопатогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей на современном этапе. Лечащий врач. 2010. <https://www.lvrach.ru/2010/01/11755040>
 - 11.Егорова С.А., Макарова М.А., Кафтырева Л.А.Этиологическая значимость условно патогенных энтеробактерий при острых кишечных заболеваниях и дисбиотических состояниях кишечника. Инфекция и иммунитет.2011: 2; 181-184.
 12. Цыркунова В.М., Васильева В.С., Астапова А.А. Детские инфекционные болезни. Лечебная практика: учеб. пособие Минск: АСАР, 2013; 512.
 13. Бехтерева М.К. Принципы антимикробной терапии острых кишечных инфекций у детей. Педиатрия. 2015; 2:51–56.
 14. Руженцова Т.Д. Стартовая терапия острой диареи у детей РМЖ. 2015; 14: 830–833.
 15. Гуарино, А. А., Захарова И.Н., Сугян Н.Г. Ведение детей с острым гастроэнтеритом на педиатрическом участке. Медицинский совет. 2016;1: 148–156. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-1-148-156>.
 16. Руженцова Т.А., Мешкова Н.А. Рациональная профилактика осложнений острых кишечных инфекций в практике педиатра. Лечащий врач.2019. <https://www.lvrach.ru/2019/02/15437215>
 17. Одилова Г.М., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э. Анализ эпидемиологической характеристики острых кишечных инфекций в современном этапе. Проблемы медицины и биологии. 2019; 74-46.
 18. Юсупов М. И., Шайкулов Х.Ш., Одилова Г. М. Антигенное сходство е.coli, выделенных от матерей и их детей. Доктор ахборотномаси 2020; 4 (97): 129.
 19. Юсупов М.И., Одилова Г.М., Жамалова Ф.А. Появление гемолитических свойств у кишечных палочек в зависимости от состава питательной среды. Экономика и социум. 2021;3(82):603-604. <https://readera.org/140258989>
 - 20.Юсупов М.И., Одилова Г.М., Шайкулов Х. Ш. Об изменении свойств кишечных палочек при поносах у детей. Экономика и социум. 2021;3(82):612-613. <https://readera.org/140258992>
- #### References.
1. Mukhamedov I.M., Shadiev H.K., Abdullaev M.I., Aliyev S.R., Ergasheva H.E., Buzikova T.V. Disorders of intestinal microflora and immune system in children with vitiligo. Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology.

No. 2. 74-76.

2. Babichev S.A., Korotyaev A. I. Medical microbiology, immunology and virology. Special literature. 2002.
3. Golovko O.K., Levitskaya E.M., Lynchevsky G.L. Features of management of newborns with necrotizing enterocolitis. Archive of Clinical and Experimental Medicine. 2002; 11 (2): 241-244.
4. Karavaeva, S.A. Diagnostics and features of the clinical course of necrotic enterocolitis in children. Bulletin of Surgery. 2002; 161(4): 41-46.
5. Ivanov, V.V., Chevzhik V.P., Cherpalyuk E.A. Operative tactics in the treatment of enterocolitis in newborns. Pediatric surgery. 2003; 6: 25-27.
6. Kudin A.P., Astapov A.A., Lagir G.M., Emergency conditions in children with acute intestinal infections : method. Recommendations: BSMU, 2004: 32.
7. V. N. Timchenko. Infectious diseases in children : studies. for pediatric faculties of medical universities / ed. 2nd ed., ispr. and add. SPb. : Special literature, 2006: 325-341.
8. Kudin A.P., Lagir. G. M. Infectious diarrhea in children: studies.- method. manual, Minsk: BSMU, 2008:64.
9. Baranova A.A., Pediatrics.: GEOTAR-Media, 2009; 2048.
10. Novokshonov A.A., Uchaykin V.F., Sokolova N.V. Etiopathogenetic therapy of acute intestinal infections in children at the present stage. The attending physician. 2010. <https://www.lvrach.ru/2010/01/11755040>
11. Egorova S.A., Makarova M.A., Kaftyreva L.A. Etiological significance of conditionally pathogenic enterobacteria in acute intestinal diseases and intestinal dysbiotic conditions. Infection and immunity. 2011: 2; 181-184.
12. Tsyркunova V.M., Vasilyeva V.S., Astapova A.A. Children's infectious diseases. Medical practice: studies. manual Minsk: ASAR, 2013; 512.
13. Bekhtereva M.K. Principles of antimicrobial therapy of acute intestinal infections in children. Pediatrics. 2015; 2:51-56.
14. Ruzhentsova T.D. Initial therapy of acute diarrhea in children of breast cancer. 2015; 14: 830-833.
15. Guarino, A. A., Zakharova I.N., Sugyan N.G. Management of children with acute gastroenteritis at the pediatric site. Medical advice. 2016;1: 148-156. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-1-148-156>.
16. Ruzhentsova T.A., Meshkova N.A. Rational prevention of complications of acute intestinal infections in pediatrician's practice. Attending physician. 2019. <https://www.lvrach.ru/2019/02/15437215>
17. Odilova G.M., Rustamova Sh.A., Karamatullayeva Z.E. Analysis of the epidemiological characteristics of acute intestinal infections at the present stage. Problems of medicine and biology. 2019; 74-46.
18. Yusupov M. I., Shaikulov H.Sh., Odilova G. M. Antigenic similarity of E.coli isolated from mothers and their children. Dr. akhborotnomasi 2020; 4 (97): 129.
19. Yusupov M.I., Odilova G.M., Zhamalova F.A. The appearance of hemolytic properties in E. coli depending on the composition of the nutrient medium. 2021;3(82):603-604. <https://readera.org/140258989>
20. Yusupov M.I., Odilova G.M., Shaikulov H. S. On changing the properties of E. coli in diarrhea in children. Economy and society. 2021;3(82):612-613. <https://readera.org/140258992>

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТОВ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

GERIATRIC ASPECTS OF PATIENTS IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

■ Сахabetдинов Булат Айратович

■ Валитов Булат Рашидович

■ Сафиуллина Наиля Джалиловна

■ Казанский государственный медицинский университет

■ Городская клиническая больница №18
г. Казани

■ Sakhabetdinov Bulat Airatovich

■ Valitov Bulat Rashidovich

■ Safiullina Nailya Jalilovna

■ Kazan State Medical University

■ City clinical hospital №18
Kazan

E-mail: b.sahabet@gmail.com

Резюме

В данной статье рассмотрено влияние возраста пациента на течение основного заболевания органов брюшной полости, требующих экстренной, неотложной хирургической помощи, на ранний послеоперационный период.

Ключевые слова: хирургия, возраст, послеоперационный период.

Summary

This article discusses the influence of the patient's age on the course of the underlying disease of the abdominal organs, requiring emergency, urgent surgical care, in the early postoperative period.

Key words: surgery, age, postoperative period.

Библиографическая ссылка на статью

Сахabetдинов Б.А., Валитов Б.Р., Сафиуллина Т.Д.
Гериатрические аспекты пациентов в urgentной
абдоминальной хирургии // Innova. - 2022. - № 2 (27). - С. 40-
42.

References to the article

Sakhabetdinov B.A., Valitov B.R., Safiullina T.D. Geriatric aspects
of patients in urgent abdominal surgery // Innova. - 2022. -
No. 2 (27). - P. 40-42.

DOI:

10.21626/innova/2022.2/06

Введение. С конца XX века по настоящее время отмечается принципиально новая демографическая тенденция - увеличивается как абсолютный показатель, так и относительная доля лиц старшей возрастной группы, то есть лиц пожилого и старческого возрастов. По демографическим данным, опубликованным ООН в 2013 году, количество людей данной категории неуклонно растет, напоминая геометрическую прогрессию, так в 1975 году лиц старше 65 лет в мире проживало около 350 млн. человек, в 2000 гг. - 590 млн., а к 2030 гг. увеличилось до 1,1 млрд. человек [1,3,6]. Данная демографическая ситуация особо заметна в экономически развитых странах Европы (Швейцария, Швеция, Норвегия и др.), Азии (Япония, Китай) и США [2].

В России эффект старения населения ощущают несколько в меньшей степени, чем в

экономически развитых странах и в других постсоветских государствах, но к 2016 году доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения выросла до 23,1% (33,4 млн. человек), доля людей в возрасте 65 лет и старше составила 13%, тогда как на начало 1991 года она была равна 10% [3].

Уровень заболеваемости у лиц пожилого возраста в 2-3 раза выше, а у лиц старческого возраста в 6 раз выше, чем у людей более молодых возрастных групп. До 80 % из общего числа пенсионеров по возрасту требуется медико-социальное обеспечение. В ходе статистических исследований было выявлено, что около 25% лиц выше упомянутой категории имеют отягощенный преморбидный фон в виде хронических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других систем [4,5,6].

Стоит отметить, что возрастные

особенности пациента не являются противопоказанием для хирургических вмешательств. Но ослабление иммунной и эндокринной систем, развитие полиморбидности, психоэмоциональные изменения, физиологически высокий порог болевой чувствительности представляют ряд сложностей на этапе постановки диагноза, выбора тактики лечения и усугубляют течение послеоперационного периода [7].

В связи с вышеупомянутыми демографическими показателями, исследование гериатрических данных является актуальным, так как отягощенный соматический анамнез, психологические и эмоциональные особенности лиц старших возрастных групп приводят к полиморбидности клинических проявлений, появлению гериатрического синдрома, старческого астенического синдрома, что зачастую усложняет получение анамнестических данных, выявление ряда симптомов для постановки точного диагноза, особенно в абдоминальной ургентной хирургии.

Цель исследования: выявить роль гериатрических показателей пациентов в течение острой патологии органов брюшной полости (ОБП) и риски возникновения послеоперационных осложнений в условиях ургентной абдоминальной хирургии.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 112 пациентов, данных журналов «Учета хирургических операций по неотложной и экстренной помощи хирургического отделения» и «Результатов гистологического исследования» хирургического отделения ГАУЗ ЦГКБ № 18 г. Казани за период 01.06. по 31.08.2021 г. Данные пациенты были распределены в две административные группы: I группы — до 60 лет, II группа — старше 60 лет.

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов по возрасту и полу: мужчин — 66,25% и 37,5%, женщин — 33,75%. и 62,5% для I и II возрастных групп. Возраст пациентов колебался от 17 до 89 лет, средний возраст — 47 года, преобладали лица зрелого и пожилого возраста. Лишь 10 пациентов (9%) обратились — в первые 4 часа пациенты до 65 лет — (I группа) — 7; 3 — после 65 лет (II группа); 30 (26,8%) пациентов обратились за медицинской помощью в первые сутки — I группа — 19 (17%), II группа — 11 (9,8%) с момента начала заболевания; 51 (45,5%) — на вторые сутки — пациентов I группы — 18 (16%), II группы — 33 (29,5%); 31 (27,6%) пациентов I группы — 4 (3,6%), II группы — 27 (24%) — на третьи сутки и позже от начала заболевания.

Всего за указанный срок было выполнено 112 операций по экстренным показаниям пациентам I группы — 72 (64%), II группы — 40 (36%). В 64 (57,1%) случаях — лапаротомии, лапароскопические лечебно-диагностические вмешательства — 34 (30,4%), сочетание диагностической лапароскопии с лапаротомией — 14 (12,5%). Нозологическое распределение было следующим: 30 острых аппендицитов (I группа — 24, II группа — 6), преимущественно флегмонозной формы воспаления (68%); 24 пациент (I группа — 11, II группа — 13) с желчекаменной болезнью (ЖКБ), осложненных острым калькулезным холециститом (ОКХ); 20 грыж, чаще косых паховых и послеоперационных вентральных, (I группа — 8, II группа — 12), осложненных в 15 случаях ущемлением грыжевого содержимого и в 2 случаях воспалением грыжевых оболочек, острая толстокишечная механическая непроходимость (I группа — 2, II группа — 11) и др.

Послеоперационные осложнения отмечены в виде инфильтрата раны — у 12 (10,7%), кровотечения из раны — у 7 (6,25%), гематомы — у 3 (2,7%), лигатурного свища — у 2 (1,79%), эвентрации органов — у 2 (1,79%), абсцессов — у 4 (4,6%), местного перитонита — у 2 (1,79%). Общая частота осложнений составила после операций на органах ЖКТ — 22,2%, в их числе после холецистэктомии — 13,5%, аппендэктомии — 13,3%. Осложнения в 3 раза чаще встречались во II группе, чем в I (71,875% и 28,125% соответственно), в 4 раза чаще у тех, кто поступил на вторые сутки и позже со дня появления симптомов начала заболевания (81,25% и 18,75% соответственно). Послеоперационная смертность составила 1,79%, все больные из второй возрастной группы.

Выводы.

1. Таким образом, было выявлено следующее: структура ургентной хирургической патологии, относительно более тяжелое течение основного заболевания за счет высоких показателей острых воспалительных деструктивных изменений ОБП, высокой частоты ранних послеоперационных осложнений у лиц пожилого и старческого возрастов.

2. Также стоит отметить более позднее обращение за медицинской помощью у лиц второй группы (старше 55 лет), что, скорее всего, связано с физиологическими особенностями восприятия боли у лиц старшей возрастной группы.

Литература.

1. Гринин В.М., Шестемирова Э.И. Демографическое старение в России на

современном этапе // Вестник РАМН. 2015; 70(3): 348-354. Doi: 10.15690

2. Комарова Л.Н. Проблемы качества жизни старших возрастных групп // Евразийское научное объединение. - 2017. - №2. - С. 70-72.

3. Статистические данные ВОЗ. URL: <http://www.who.int/whosis/> (дата обращения 07.12.2021)

4. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых //

Клиническая геронтология. - 2008. - №4. - С.30-34.

5. Сафарова Г.Л. Демографические аспекты старения населения России // Отечественные записки. - 2005. - №3. - С.24.

6. Горелик С.Г. Оказание хирургической помощи больным пожилого и старческого возраста // Фундаментальные исследования. - 2011. - №9. - С. 34-36.

7. Горелик С.Г. Острая хирургическая патология в пожилом и старческом возрасте // Врач. - 2016. - №6. - С.14-17.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ СТУДЕНТОВ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА (НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

FEATURES OF PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AMONG MEDICAL AND BIOLOGICAL STUDENTS DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC (ON THE EXAMPLE OF THE KURSK REGION)

■ Тимошилов Владимир Игоревич
Кандидат медицинских наук

■ Timoshilov Vladimir Igorevich
Candidate of Medical Sciences

■ Полякова Кристина Вадимовна

■ Polyakova Kristina Vadimovna

■ Курский государственный медицинский университет

■ Kursk State Medical University

E-mail: timoshilovvi@kursksmu.net

Резюме

Актуальность исследования связана со значимостью профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи, неизбежным пересмотром форм и методов профилактической работы в связи с пандемией и введением ограничительных мер и с существенными изменениями в отношении населения к проблемам общественного здоровья. Программа исследования включала опрос 574 студентов медицинских и биологических специальностей об опыте их участия в мероприятиях по профилактике ИППП в 2020 – 2021 гг. и сравнение полученных данных с результатами опроса выборки из 400 представителей разных специальностей и уровней обучения, которая взята как модель молодежной субпопуляции в целом. Получено, что наиболее распространенные профилактические мероприятия у студентов медицинских и биологических специальностей – это формы работы, связанные с самостоятельным изучением молодежью литературы, электронных ресурсов и видеоматериалов; очными и дистанционными лекциями медицинских работников охвачено 60,1%, индивидуальные консультации получили 24,4%. При сравнении показателей работы среди студентов естественнонаучного профиля и молодежи в целом выявлена проблема: студенты немедицинских специальностей достоверно чаще, чем медики, изготавливают агитационные материалы для публичных мероприятий и открытой демонстрации, что угрожает качеству профилактики ИППП среди молодежи в целом.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, молодежь, профилактика, коронавирус.

Summary

The relevance of the study is related to the importance of preventing sexually transmitted infections among young people, the inevitable revision of the forms of preventive work in connection with the pandemic and restrictive measures, and significant changes in the attitude of the population to the problems of public health. The research program included a survey of 574 students of medical and biological specialties about their participating in various activities for the prevention of STIs in 2020-2021 and comparing the obtained data with the results of a survey of a sample of 400 representatives of different specialties and levels of education, which is taken as a model of the youth subpopulation as a whole. It was found that the most common preventive measures among students of medical and biological specialties are forms of work related to the study of literature, electronic resources and video materials by young people; 60.1% were covered by face-to-face and distance (on-line) lectures of medical workers, 24.4% received individual medical consultations. When comparing the performance indicators among students of the natural sciences and young people in general, a problem was identified: students of non-medical specialties significantly more often than medical students produce campaign materials for public events and open demonstrations. This is a negative factor the quality of STI prevention among young people in general.

Key words: sexually transmitted infections, youth, prevention, coronavirus.

Библиографическая ссылка на статью

Тимошилов В.И., Полякова К.В. Особенности профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди студентов естественнонаучных специальностей в период пандемии коронавируса (на примере Курской области) // Innova. - 2022. - № 2 (27). - С. 43-51.

DOI:

References to the article

Timoshilov V.I., Polyakova K.V. Features of prevention of sexually transmitted infections among medical and biological students during the coronavirus pandemic (on the example of the Kursk region) // Innova. - 2022. - No. 2 (27). - P. 43-51.

[10.21626/innova/2022.2/07](https://doi.org/10.21626/innova/2022.2/07)

Введение. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), рассматриваются как социально обусловленные заболевания. В борьбе с их распространением основная роль отводится профилактической работе с молодежью, так как особенно важно сформировать комплекс знаний об этой медико-социальной проблеме и навыки безопасного поведения в момент вступления в половую жизнь [1].

Пандемия коронавирусной инфекции и ограничительные меры, направленные на борьбу с ней, создали новые медико-социальные условия в молодежной среде. Переход к дистанционному обучению стал кризисным моментом для реализации санитарно-просветительских программ, которые много лет разрабатывались исходя из приоритета очных мероприятий в организованных коллективах обучающихся. При этом возросшее внимание молодежи к Интернету стало почвой для распространения противоречивых взглядов на общепринятые нормы безопасного поведения, включая половую жизнь [2, 3, 4]. В информационном поле внимание к проблемам общественного здоровья сузилось, сосредоточившись на коронавирусной тематике [5]. В общественном мнении ведущими психологами и социологами отмечается поляризация: в то время, как у одной части населения растет внимание к медико-социальным проблемам, доверие врачам и медицинской науке, обостряется чувство ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих [6, 7], в других слоях назревает недоверие официальной медицинской информации, распространяются диссидентские взгляды и «теории заговора» [8, 9, 10].

Исследования 2014 – 2019 гг. показали, что, несмотря на изучение проблемы половых инфекций и репродуктивного здоровья в рамках профессионального образования, проведение специальных мероприятий по профилактике ИППП в этой категории все равно остается необходимым [11]. Это определило актуальность цели исследования – изучить особенности охвата студентов медицинских и биологических специальностей мероприятиями по профилактике инфекций, передаваемых

половым путем, в период пандемии коронавируса.

Материалы и методы исследования.

При проведении исследования за основу была принята методология, использованная при изучении показателей осуществления и результативности профилактики ИППП среди молодежи в 2014 – 2017 гг. – массовый опрос молодежи [11]. При этом в наборе вариантов ответа на вопрос об опыте участия респондентов в мероприятиях по профилактике половых инфекций по сравнению с допандемийными исследованиями произошли изменения, связанные с пересмотром арсенала профилактических мероприятий в период пандемии и введенных для борьбы с ней ограничений. В основном они были связаны с включением в число заданных позиций дистанционных форм работы и телеконсультаций. Также расширен набор ответов, касающихся использования электронных информационных ресурсов. Отвечая на вопрос об участии в мероприятиях по профилактике ИППП в 2020 – 2021 гг., респондентам предлагалось выбирать один или несколько из следующих вариантов ответов:

- очные лекции врачей, посещавших учебное заведение;
- лекции, выступления врачей online, в видеозаписи;
- очные лекции психологов, педагогов, социальных работников по вопросам полового воспитания;
- лекции, выступления психологов, педагогов, социальных работников по вопросам полового воспитания online, в видеозаписи;
- просмотр информационных, обучающих видеоматериалов, социальных роликов;
- чтение специальной учебной и научной литературы;
- использование Интернет-ресурсов медицинских организаций;
- использование Интернет-ресурсов общественных и иных организаций;
- индивидуальные консультации у врача на приеме;
- медицинские консультации дистанционно;

- изучение соответствующих тем в ходе занятий;
- самостоятельное изготовление плакатов, стенгазет, рисунков;
- подготовка докладов, написание сочинений, статей;
- изготовление видеоматериалов, размещение информации в Интернете;
- участие в волонтерских акциях;
- дискуссии на темы полового воспитания в аудиториях, классах;
- дискуссии на темы полового воспитания online или offline.

С использованием данной анкеты было опрошено 574 студента медицинских и биологических специальностей высшего и среднего профессионального образования. Второй опрос был проведен в выборке из 400 человек, которая включала 200 школьников 10 – 11 классов, 100 студентов естественнонаучного и 100 – гуманитарного и технического профиля, в силу чего она использована как приближенная модель молодежной субпопуляции в целом. Численность выборки от 400 человек и выше при условии ее репрезентативности является достаточной для получения результатов с

уровнем точности, соответствующим $\alpha=0,05$, или 95% вероятности безошибочного прогноза для изучаемых групп населения в целом. Частота указания каждого варианта ответа – вида профилактических мероприятий – рассчитана в виде экстенсивного показателя для каждой совокупности респондентов. Достоверность разности относительных величин при их сравнении оценена по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Итоги опроса 2021 г. позволили оценить показатели охвата студентов естественнонаучных специальностей разными видами мероприятий по профилактике ИППП в период пандемии и связанных с ней ограничений. Так, оценивая свой опыт 2020 – 2021 гг., более 45% респондентов естественнонаучного профиля обучения указали чтение специальной литературы, включая учебные пособия (50,7% опрошенных), просмотр видеоматериалов, в том числе учебных фильмов и социальной рекламы (49,7%) и использование Интернет-ресурсов медицинских организаций (48,4%) (рис. 1). Эти формы работы составляют группу наиболее распространенных без достоверной разности показателей охвата между собой.

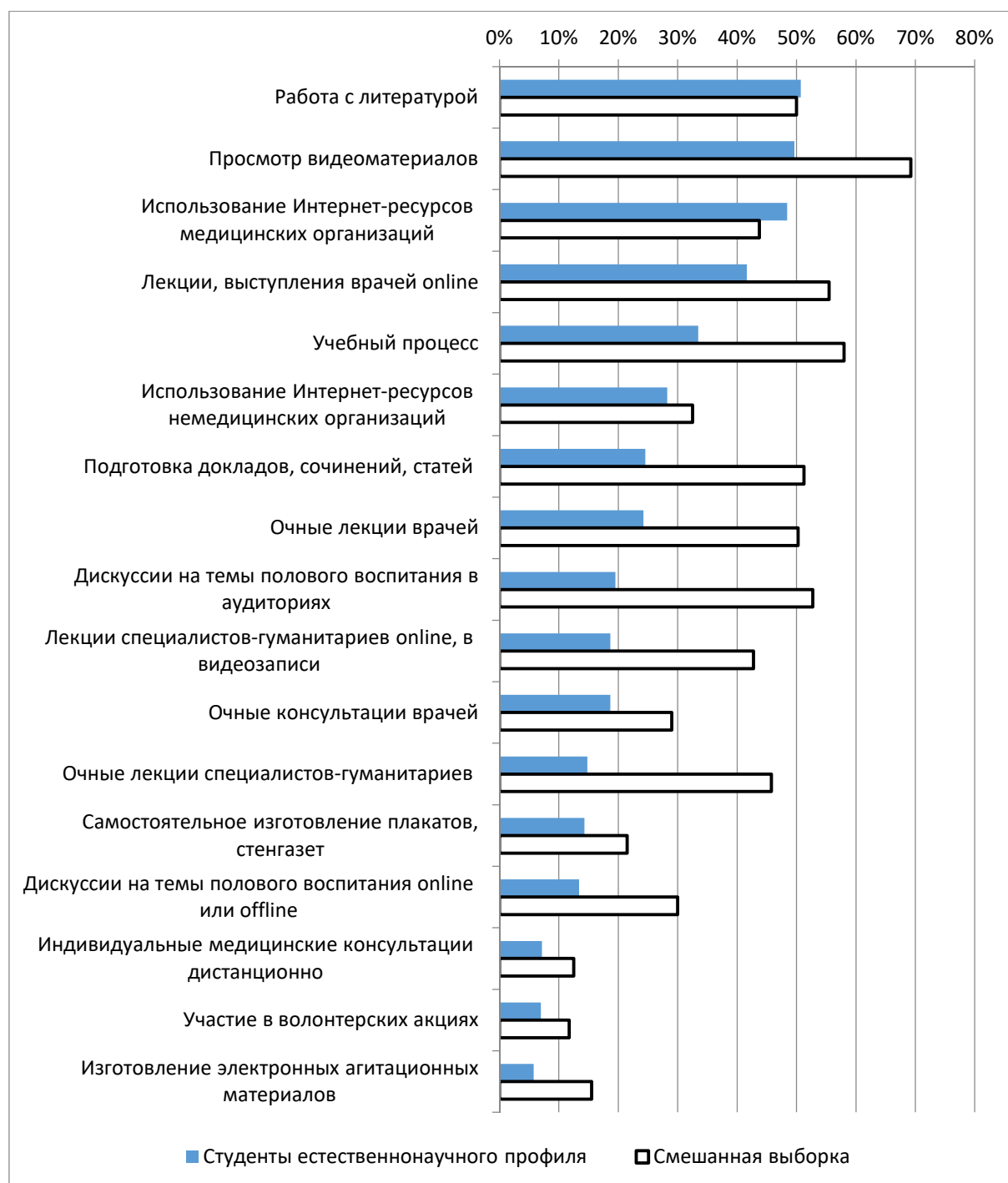


Рис. 1. Охват молодежи мероприятиями по профилактике ИППП

Далее следуют лекции и выступления врачей в формате видеоконференций, трансляций или посредством размещения видеозаписей информационного характера в открытом доступе – на них указали 41,6% респондентов. Учебный процесс как составляющую профилактики отметили 33,4% студентов. Опыт посещения тематических Интернет-ресурсов общественных объединений и иных немедицинских организаций имеют 28,2% опрошенных. Авторами докладов, статей,

сочинений выступали 24,6% студентов-естественников; практически столько же (24,2%) упоминают очные лекции медицинских работников, проведенные в традиционном формате в периоды ослабления ограничений. Далее в порядке убывания числа участников следуют очные дискуссии на темы полового воспитания (19,5%), лекции психологов и социальных работников в дистанционных форматах и индивидуальные медицинские консультации (по 18,6%), очные лекции

специалистов гуманитарной сферы (14,8%), самостоятельное изготовление плакатов и стенгазет (14,3%), чаты, форумы и телеконференции в качестве интерактивных дискуссионных площадок (13,4%). Менее 10% респондентов за 2020 – 2021 гг. имеют опыт получения дистанционных консультаций врачей (7,1%), участия в волонтерских акциях (7%) и подготовки электронных агитационных материалов – видеороликов или информации для Интернет-ресурсов (5,7%).

Если проанализировать полученные данные по субъектам профилактической деятельности, ее направлениям и используемым информационным каналам, то получим, что в период пандемии в работе со студентами-естественниками ведущим и наиболее массовым стало использование информационных Интернет-ресурсов. Упоминание использования сайтов как медицинских организаций, так и структур, размещающих информацию о профилактике ИППП, но не занимающихся медицинской или фармацевтической деятельностью, присутствует у 64,5% опрошенных – это с учетом того, что часть респондентов указала оба вида ресурсов. Учитывая тех, кто прослушал лекции специалистов в прямом эфире или в записи, воспользовался телеконсультациями, принял участие в обсуждении профилактических вопросов посредством электронных форумов, мы получим, что Интернет-проектами с информацией о половых инфекциях было охвачено 95,8% студентов естественнонаучных специальностей, т.е. почти все. Если не учитывать при этом сайты немедицинских организаций, форумы и социальные сети, куда попадают в том числе страницы, не имеющие именно профилактической направленности, а также несущие явно нежелательную информацию, то мы получаем 75,8%, т.е. порядка $\frac{3}{4}$ опрошенных.

Массовыми видами разъяснительной работы врачей – всеми форматами проведения лекций медицинских работников – оказалось охвачено 60,1% респондентов; индивидуальные консультации очно и с использованием телекоммуникационных технологий получили 24,4% изучаемой категории молодежи. С учетом и этих респондентов, и тех, кто указал на факты обращения к официальным сайтам медицинских организаций, мы получили 500 анкет с упоминанием фактов получения профессиональной медицинской информации – это составляет 87,1% опрошенных.

Материалы занятий, лекций

преподавателей, использованная в учебном процессе специальная литература упоминаются в одном ряду с прочими профилактическими мероприятиями в анкетах 55,7% респондентов. В рамках учебного процесса и воспитательной работы к проведению профилактических мероприятий и подготовке тематических материалов привлекались 40,1% опрошенных студентов естественнонаучного профиля – указание на авторство наглядной агитации, информационных и аналитических материалов, докладов, контента для электронных ресурсов упомянуто в 230 анкетах из 574.

Также важно отметить, что 31,4% обучающихся по медицинским и биологическим специальностям были охвачены воспитательной и просветительской работой педагогов, психологов и социальных работников.

Сравнивая данные, полученные для студентов естественнонаучного профиля, с результатами в смешанной выборке, моделирующей субпопуляцию молодежи региона в целом, можно оценить специфику профилактической работы в выделенной нами профессиональной группе. Она заключается в том, что по большинству видов мероприятий среди получающих медицинское и биологическое образование показатели охвата достоверно ниже, чем в выборке, демонстрирующей молодежь в целом. Это можно связать с тем, что дистанционное обучение в медицинских вузах предусматривает большее количество онлайн-занятий и заданий с регламентированным порядком и временем выполнения, в связи с чем возможностей для проведения воспитательной работы становится меньше.

Из показателей охвата молодежи работой специалистов различного профиля следует, что специалисты достоверно чаще работают с аудиторией, у которой информация об ИППП в учебные материалы включена минимально – и это логично и правильно. Такой вывод заставляют сделать достоверно ($p \leq 0,01$) более высокие показатели охвата лекциями врачей, психологов, социальных работников в смешанной выборке против когорты студентов естественнонаучного профиля. При этом студенты-медики и биологи роль учебного процесса в профилактике недооценивают: именно учебные занятия в качестве профилактических мероприятий указали 33,4% против 58% в смешанной выборке ($p \leq 0,01$), а если рассматривать учебный процесс как совокупность занятий и самостоятельной работы с литературой, то у естественников такие ответы присутствуют в 55,7% анкет против 87,5% в

неспецифической совокупности. Это указывает на то, что при обучении в школах и учебных заведениях гуманитарного и технического профиля усилилось внимание к включению темы профилактики ИППП в занятия, и в период дистанционного обучения более масштабно распространяется соответствующая литература. Так, доля обращающихся к тематическим печатным изданиям не зависит от профиля обучения и составляет около 50% молодежи в обеих выборках, и против данных исследований прошлых лет этот показатель значительно увеличился.

Особенно важно обратить внимание на мероприятия, которые связаны с самостоятельным изучением проблемы половых инфекций и публичным представлением тех или иных материалов и своих суждений о них. Эффективность этой формы работы в ранее проведенных исследованиях была поставлена под сомнение. Задания на самостоятельный поиск информации на электронных ресурсах, подготовка докладов, написание статей были признаны целесообразными к проведению только среди получающих медицинское, биологическое или психологическое образование – как часть учебного процесса и учебно-исследовательской работы по изучаемым дисциплинам или составляющая профессионально-ориентированного волонтерства [12]. В то же время, исследование 2021 года показало, что среди студентов естественнонаучного профиля изготовление материалов для размещения на сайтах практикуется в 3 раза реже, различные виды дискуссий (очные и электронные), подготовка докладов и статей – в 2 и более раза реже, чем в смешанной выборке. Уступают естественники и по показателю вовлеченности в волонтерскую деятельность профилактической направленности (7% против 11,8% в общей совокупности, $p \leq 0,05$).

Показатели, связанные с использованием Интернет-ресурсов, в целевой выборке студентов-естественников и в смешанной совокупности сопоставимы: достоверных различий не выявлено в частоте указания на посещение сайтов ни медицинских организаций, ни иных проектов, содержащих информацию об ИППП и безопасности половой жизни ($p > 0,05$). При этом студенты естественнонаучного профиля закономерно несколько чаще обращаются к профессиональным ресурсам и сайтам клиник. Рассматривая доли тех, кто указал на использование Интернет-ресурсов в профилактической работе вообще – посещали информационные сайты, становились

участниками дистанционных образовательных мероприятий, получали консультации посредством телекоммуникационных технологий – мы видим соответствующие ответы практически во всех анкетах: в 95,8% медико-биологического профиля и в 97,5% смешанной выборки. Против прошлых лет этот показатель также увеличился в разы.

Заключение. В работе среди студентов медицинского и биологического профиля в период пандемии коронавируса преобладает пассивный подход к профилактике инфекций, передаваемых половым путем: ведущими по показателям охвата целевой аудитории являются формы работы, связанные с самостоятельным изучением молодежью литературы, электронных ресурсов и видеоматериалов. По большинству видов мероприятий среди получающих естественнонаучное образование показатели охвата достоверно ниже, чем в выборке, демонстрирующей молодежь в целом, но полный 100% охват всей молодежи ежегодными профилактическими мероприятиями несмотря на пандемию сохраняется. Целенаправленная работа специалистов в формате и лекций, и индивидуального консультирования достоверно более масштабно ведется в аудитории с немедицинским образованием. Эти факты можно считать оправданными спецификой учебного процесса и его дистанционным характером в период пандемии. Выявлена существенная проблема, способная негативно сказаться на качестве профилактики ИППП среди молодежи в целом: при доказанной эффективности от самостоятельной работы с медико-социальной информацией только среди лиц, имеющих основы профессиональных знаний в этой сфере, в подготовке тематических сообщений, докладов, электронных материалов и наглядной агитации задействовано 34% студентов медико-биологического направления против выполнения подобных заданий 71,5% от смешанной выборки ($p \leq 0,01$).

Литература.

1. Рахматуллина, З. Б. Проблемы социальной профилактики ВИЧ-инфекции в Республике Башкортостан (на материалах социологических исследований) / З. Б. Рахматуллина // Проблемы востоковедения. – 2019. – № 3(85). – С. 13-19. – DOI 10.24411/2223-0564-2019-10302.
2. Дайджест исследований в клинической психологии и психотерапии. // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. № 2. – С. 190—196.

3. Ягубов, М. И. Особенности сексуального поведения в период пандемии COVID-19 (2020-2021) / М. И. Ягубов, И. Ю. Кан // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – № 2. – С. 94-97.
4. Ibarra F.P., Mehrad M., Di Mauro M., Godoy M.F.P., Cruz E.G., Nilforoushzadeh Mohammad Ali, Russo G.I. Impact of the COVID-19 pandemic on the sexual behavior of the population. The vision of the East and the West // International Brazilian Journal of Urology. – 2020. – Vol.46. Supl.1. – Pp. 1677–5538.
5. Динамика влияния самоизоляции на эмоциональное состояние студентов и преподавателей вуза / Ю. Н. Гут, Н. С. Ткаченко, Н. Н. Доронина [и др.] // Перспективы науки и образования. – 2021. – № 2(50). – С. 340-352. – DOI 10.32744/pse.2021.2.23.
6. Журавлев А.Л., Китова Д.А. Отношение жителей России к информации о пандемии коронавируса (на примере пользователей поисковых систем Интернета) // Психологический журнал. – 2020. - № 4. – С. 5–18
7. Cornwall W. Social scientists scramble to study pandemic, in real time // Science. – 10 April 2020. V. 368. – Iss. 6487
8. "Инфодемия" и социальные сети: индуцированные риски и шансы / А. Г. Остапенко, Е. А. Шварцкопф, А. А. Остапенко [и др.] // Информация и безопасность. – 2020. – Т. 23. – № 2(4). – С. 235-244.
9. Макушева М. О., Нестик Т. А. Социально-психологические предпосылки и эффекты доверия социальным институтам в условиях пандемии // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. - № 6. – С. 427–447.
10. Кубрак Т.А., Латынов В.В. Возможности и ограничения информационно-психологического воздействия в ситуации пандемии коронавируса. // Социальная и экономическая психология. – 2020. – Том 5. № 2(18) – С. 84-114.
11. Тимошилов, В. И. Представления учащихся и студентов об инфекциях, передаваемых половым путем, и пути их формирования / В. И. Тимошилов, А. А. Фисюк // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 3. – С. 178-181. – DOI 10.18821/0869-866X-2018-26-3-178-181.
12. Ластовецкий, А. Г. Принцип доказательности в профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди студенческой молодежи / А. Г. Ластовецкий, В. И. Тимошилов, Ю. В. Бобрик // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22. – № 2. – С. 32-39.



КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ул. К. Маркса, 3, г. Курск 305041 Тел.: (4712) 58-81-32; факс.: (4712) 56-73-99; 58-81-37
Интернет-адрес: www.kurskmed.com Электронная почта kurskmed@mail.ru

Медицина – дело на все времена!



Малое инновационное
предприятие при Курском
государственном медицинском
университете ООО
«МедТестИнфо» приглашает
принять участие в мероприятиях,
присоединиться к проектам в
области медицины и фармации,
высшего образования, а также
опубликовать результаты
исследований на страницах
сборников конференций и
научных журналов!



ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ, ФАРМАЦИИ, БИОТЕХНОЛОГИИ И ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ



Цены | Мы в соцсетях | Наши партнеры | Контакты | Реквизиты

Главное меню

Главная
О нас
Документы
Вакансии

Сферы деятельности

Исследования
Конференции
Издательство
Проекты
Обучение
Программы
Лечение

Главная

Последние новости

- [\[АВСТРИЯ\] ЦЕНТР «АСПАХ РЕВИТАЛ» И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ОТЕЛЬ «ВИЛЛА ВИТАЛИС»](#)
- [\[АВСТРИЯ\] МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ SANLAS КЛИНИКА ЛЕЕХ](#)
- [\[АВСТРИЯ\] ARMONA MEDICAL ALPIN RESORT](#)
- [\[АВСТРИЯ\] КЛИНИКИ КОМПАНИИ «PREMIQAMED»](#)
- [\[ГЕРМАНИЯ\] ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ КИНДКРВУНШ ЦЕНТРУМ МЮНХЕНА](#)

Популярное

- [Прейскурант цен](#)
- [МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА И СОВРЕМЕННОСТЬ](#)
- [Медицинские импланты](#)
- [МедТестИнфо и КГМУ приглашают представителей бизнеса к сотрудничеству](#)
- [X Юбилейная Международная научно-практическая конференция молодых ученых-медиков](#)

Официальный сайт малого инновационного предприятия при Курском государственном медицинском университете

<http://medtestinfo.ru/>