

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
Международной
научно-практической конференции
«ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ
НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ»



Десятая Муза
Саратов-Москва
2017

УДК 617-089

ББК 54.5

С 23

С 23 Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции «Теоретические и практические направления развития здравоохранения: традиции и инновации». – Саратов-Москва: Издательство «Десятая Муза», 2017. – 72 с.

ISBN 978-5-9909449-7-8

Материалы конференции будут интересны широкому кругу врачей - терапевтам, аллергологам, педиатрам, инфекционистам, гастроэнтерологам, неврологам, кардиологам, иммунологам, неонатологам, пульмонологам, нефрологам, иммунологам и др.

Техническая организация конференции:

Агентство CONNECT

z.konf@connect-company.ru

ISBN 978-5-9909449-7-8

© Коллектив авторов, 2017

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЕ КОЛЛЕКТИВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Калинин Андрей Вениаминович

д.м.н., профессор, директор Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г.П. Сомова; профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Тихоокеанского государственного медицинского университета, Россия, г. Владивосток.

E-mail: kalinindza@mail.ru

Кузнецов Владимир Вячеславович

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Тихоокеанского государственного медицинского университета, Россия, г. Владивосток.

E-mail: kafedra.ozz@mail.ru

Каращук Елена Викторовна

старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Тихоокеанского государственного медицинского университета, Россия, г. Владивосток

E-mail: kafedra.ozz@mail.ru

THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE MANAGEMENT OF A TEAM OF MEDICAL ORGANIZATION

Kalinin Andrey Veniaminovic

doctor of medical Sciences, Professor, Director of Somov Scientific research Institute of epidemiology and Microbiology; Professor of Department of public health and health care of Pacific state medical University, Russia, Vladivostok.

E-mail: kalinindza@mail.ru

Kuznetsov Vladimir Vyacheslavovich

Ph.D., Head of Department of public health and health care of Pacific state medical University, Russia, Vladivostok.

E-mail: kafedra.ozz@mail.ru

Karashchuk Elena Viktorovna

Senior teacher of the Department of public health and health care of Pacific state medical University, Russia, Vladivostok

E-mail: kafedra.ozz@mail.ru

Аннотация.

В условиях активного развития управленческих механизмов в организациях системы здравоохранения все большее значение приобретает целостность понимания целей и задач, поставленных перед любым медицинским коллективом. Успешному осуществлению новаций в медицине способствует внедрение в здравоохранение принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении ЛПУ. Проблему развития и воспитания персонала в организации на сегодняшний

день должен решать не только руководитель, но и каждый член коллектива. Персонал организации стал рассматриваться, как одна из важнейших составляющих успеха. Таким образом, формирование и эффективное управление коллективом не возможно без исследования проблемы психологии коллектива.

Abstract Text.

In the conditions of active development of management arrangements in the organizations of healthcare system becomes increasingly important the integrity of the goals and tasks of the medical team. The successful implementation of innovations in medicine contributes to the implementation in health care principles of management and marketing, economic and socio-psychological methods in management of health facilities. The problem of development and education of staff in organizations today must address not only the leader but also every member of the team. The staff of the organization has been regarded as one of the most important components of success. Thus, the formation and effective team management is not possible without the study of problems of psychology of the team.

Ключевые слова: управление; коллектив; психология.

Keywords: management; collective; psychology.

Целью данной работы является определение стиля руководства поликлиническими организациями г. Владивостока, оценка эффективности управления коллективом и разработка практических рекомендаций по оптимизации системы управления коллективом бюджетного учреждения здравоохранения в новых правовых и экономических условиях.

Наиболее распространенный подход трактует управление как непрерывный процесс воздействия на объект управления для достижения оптимальных результатов при наименьших затратах ресурсов и времени, это всеобъемлющее понятие, включающее в себя все действия и всех лиц, принимающих решения, в которые входят процессы планирования, оценки, реализации проекта и контроля. Существует разделение процесса управления на объекты воздействия, например управление производительностью, качеством,

человеческим ресурсом, финансами, инновациями, рисками, делом, производством, экологической безопасностью, самим собой и др.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений, что персонал является важнейшим ресурсом организации, который обеспечивает ей устойчивое положение и развитие. Давно известно, что коллектив это нечто большее, чем просто логическое упорядочение работников, выполняющих взаимосвязанные задачи. Коллектив является социальной системой, где взаимодействуют как отдельные личности, так и формальные, и неформальные группы.

Можно выделить основные характеристики, которые указываются различными авторами как обязательные признаки коллектива [2, 5]. Во-первых, коллектив – это объединение людей во имя достижения определенной, социально одобряемой цели. Во-вторых, это добровольный характер объединения, где присутствует психологическое признание членами группы друг друга (в основе этого лежат совместные идеалы, принципы, сходство или взаимная дополняемость характеров, темпераментов).

Существенным признаком коллектива является его целостность. Это выражается в том, что коллектив выступает как некоторая система деятельности с присущей ей организацией, распределением функций, определенной структурой руководства и управления.

Наконец, коллектив представляет собой особую форму взаимоотношений между его членами, которая обеспечивает принцип развития личности не вопреки, а вместе с развитием коллектива, т.е. в коллективе должна быть определенная культура, которая выражается в общих ценностях, символике, нормах и правилах поведения в коллективе, вступления или выхода из него [7]. Персонал организации представляет собой коллектив [1].

Персонал наиболее сложный объект управления в организации, поскольку в отличие от вещественных факторов производства является "одушевлённым", обладает возможностью самостоятельно решать, критически оценивать предъявляемые к нему требования, действовать, иметь субъективные интересы, чрезвычайно чувствителен к управленческому воздействию [1, 3].

Практически любая организация, а медицинская особенно, испытывает потребность в персонале. На дефицит кадров в меди-

цине влияют различные факторы: рыночные, технологические, квалификационные, организационные, социальные и прочие [1]. В системе управления персоналом важную роль играет психологическая совместимость работников как основное средство создания благоприятной обстановки в процессе труда и предупреждения трудовых конфликтов. На пути становления ни один коллектив не обходится без конфликтов.

Методы управления – это совокупность принципов, способов, приемов и действий, которые способствуют осуществлению управленческих воздействий на персонал для достижения целей по оказанию пациентам помощи соответствующего количества и качества. По способу воздействия руководителя на коллектив все методы управления подразделяют на три основные группы: административные, экономические, социально-психологические методы, а также различные их сочетания [4].

В повседневной практической деятельности методы управления взаимосвязаны между собой и взаимосвязаны со стилем управления. Стил ь управления характеризуется как общими признаками, которые свойственны всем руководителям и являются обязательными для них, так и специфическим, личными характеристиками, присущими только конкретному руководителю. Стил ь управления - это набор методов и способов действия, к которым наиболее склонен руководитель в зависимости от его характера, знаний, опыта, уровня квалификации [6].

По мнению Г.А.Кулагина, стил ь руководства зависит от врожденного темперамента, от свойства характера, от индивидуальных особенностей личности [3]. Реалии нашей жизни таковы, что часто «твердый стил ь руководства» дает наиболее хотя и быстрые положительные результаты в работе, но и самые не устойчивые, приводящие к стрессовым ситуациям в коллективе.

Индивидуальный стил ь управления определяется тем, в каких соотношениях в характере руководителя присутствуют экономические, организаторские, морально-этические, педагогические и профессиональные способности и какой опыт по управлению коллективом имеет руководитель. В наиболее распространенной классификации выделяют три основных стили ь управления: демократи-

ческий, авторитарный и либеральный.

Демократический (коллегиальный) стиль руководства предполагает предоставление каждому сотруднику коллектива определенной самостоятельности, степень которой зависит от профессиональной квалификации, порученным функциональным обязанностям и умением осознавать степень ответственности. Руководитель демократического стиля всегда выясняет мнение коллектива по важным производственным вопросам, создает необходимые условия для своевременного выполнения работы, обеспечивает справедливую оценку результатов труда каждого работника, материальную и моральную стимуляцию качественно выполняемой работы. Общение с подчиненными происходит в форме просьб, пожеланий, рекомендаций, редко приказов и указаний [3].

Административный или авторитарный стиль управления характеризуется чрезмерной централизацией власти руководителя, его стремлению к единоначалию и самостоятельным решением большинства управленческих проблем. Авторитарный руководитель требует, чтобы обо всех проблемах докладывали ему лично, к мнению коллектива не прислушивается [3]. Преобладающими методами управления являются приказы, а при их нарушении следуют замечания, наказания, выговоры, лишения сотрудников каких-либо льгот. На практике такой стиль в ярко выраженной форме встречается довольно редко, а в коллективе врачей практически не приемлем, потому что сама профессия врача подразумевает наличие в характере у каждого специалиста таких черт как умение убедить, направить, научить пациента побеждать болезнь. Иногда для неорганизованных работников и вполне демократичный руководитель, действующий по четкому плану и реализующий его вопреки всяким препятствиям, может казаться автократом. Следует заметить, что в условиях демократизации общества в целом чисто административный стиль управления мало приемлем, однако в краткосрочном периоде, для получения быстрого нужного эффекта может быть применен.

Либеральный стиль отличается отсутствием у руководителя собственной инициативы, нежеланием принимать на себя ответственность за принятие каких либо управленческих решений,

особенно если они связаны с определенным риском [3]. Во взаимоотношениях с сотрудниками такой руководитель подчеркнуто вежлив, готов выслушивать замечания в свой адрес, но не склонен, что-либо менять, он недостаточно требователен и делает все возможное, чтобы понравиться всем сотрудникам. В конечном счете, руководитель перестает проявлять всякие организаторские способности, пускает работу на самотек, что приводит как к ослаблению трудовой дисциплины, так и к снижению качества работы всего коллектива.

Учитывая эффективность применения мотивации, которая является одной из составляющих процесса управления, в целях привлечения и закрепления кадров и повышения качества работы, было проведено исследование мотивационных ценностей сотрудников некоторых поликлинических учреждений г. Владивостока. Была использована анкета по исследованию мотивационных ценностей персонала, разработанная И.В. Изюмовой. В анкетировании принимали участие 131 человек из числа врачей. В данном исследовании врачам было предложено по десятибалльной системе оценить некоторые общечеловеческие ценности, которые можно разделить на 3 группы критериев: социальные, материальные и критерии самореализации.

К социальным критериям относятся: признание в организации, признание в обществе, уважение коллег, отношение администрации, отношение коллег, уважение коллег, выполнять любую работу в интересах организации, иные.

К материальным мотиваторам относятся: поощрение и достойная заработная плата. К критериям самореализации относятся: возможность реализации в профессии, удовлетворение выполненной работой, продвижение по службе, возможность публиковать статьи в СМИ.

Каждая ценность, так или иначе, была отмечена практически всеми опрошенными. Во многих случаях респонденты оценивали все пункты одинаково или ставили высший балл нескольким ценностям. Поэтому показательно сравнение сумм баллов, набранных каждой приоритетной ценностью и суммой баллов по трем критериям.

Анализ мотивационных предпочтений

Группа критериев	Процент	Место
Социальная, в т.ч.		
признание в организации	80	6
признание в обществе	71	8
уважение коллег	84	5
отношение администрации к сотрудникам	86	3
отношение коллег	87	2
готовность выполнять любую работу в интересах организации	54	10
Иные	7	12
Материальным в т.ч.		
поощрение	87	2
достойная заработная плата	78	7
Самореализация в т.ч.		
возможность реализации в профессии	85	4
удовлетворение выполненной работой	91	1
продвижение по службе	62	9
возможность публиковать статьи в СМИ.	21	11

При ранжировании, с учетом мнения всех анкетированных, выявлено, что врачи на первое место выдвигают удовлетворение выполненной работой 284 балла из 310 возможных (91%). Второе место разделили такие приоритеты как отношение коллег и поощрение денежной премией по 270 баллов (87%). На третье место врачи выдвигают отношение администрации к сотрудникам 268 баллов (86%), возможность реализации в профессии 261 балл (85%). Далее идут признание в коллективе 80%, достойная заработная плата 78% и признание в обществе 71%. Самые низкие мотивы это возможность публикации своих трудов в СМИ 21% и готовность выполнять любую работу в своем ЛПУ 54%.

По мнению руководителей организаций, лучшим мотиватором для сотрудников являются деньги, но заработная плата в бюджетных организациях, как правило, не может устраивать их сотрудников, хотя при опросе по мотиватору «достойная ЗП» врачи присво-

или лишь седьмое место.

Анализ мнения врачей о влиянии поощрения на дальнейшую работу показал, что у 42% врачей вырос уровень требований к своей работе, у 25% опрошенных повысилась самооценка и у 25% отношение к работе осталось прежним. Лишь 9,6% врачей не довольны системой поощрений.

Для определения стиля руководства была использована анкета, разработанная В.В. Захаровым и И.А. Журавлевой. При исследовании мотивационных ценностей персонала и определению стиля руководства трудовым коллективом проанкетированы врачи в т.ч. и руководители служб.

При обработке полученных данных 88% врачей определили стиль управления руководителя как демократический, строится на основе делового и личного авторитета. Руководитель предпочитает активное участие сотрудников коллектива в принятии решений, заботится о развитии личной и деловой инициативы подчиненных, контактен, терпелив, тактичен, оптимистичен. 7% врачей считают, что стиль руководства руководителя является либеральным и 5% авторитарным.

Заключение.

Демократический стиль наиболее эффективен в ЛПУ, т.к. коллектив врачей имеет большой опыт работы и сотрудничества. Врачи имеют достаточно самостоятельности в пределах их функциональных обязанностей, коллектив врачей достаточно сознательный и дисциплинированный. На выбор стиля руководства оказывает влияние сам коллектив.

Авторитарный стиль руководитель применяет в тех случаях, когда необходимо принятие быстрых и эффективных решений, для погашения конфликтных ситуаций, при возникновении жалоб пациентов на качество обслуживания и на качество и доступность медицинской помощи. По мнению коллективов выбор стиля руководства является достаточно оптимальным и не вызывает у подчиненных дискомфорта при выполнении своих служебных обязанностей.

Умение руководить коллективом, организовать его на решение

тех или иных задач дано далеко не каждому человеку. Во все времена люди хотят видеть руководителем человека цельного, обладающего не только профессиональными, но и личностными свойствами. Чем больше объект управления, чем выше занимаемая руководителем должность, тем больше он на виду и тем выше степень его ответственности. Умению руководить необходимо учиться.

Выводы.

1. Анализ мотивационных предпочтений показал, что первое место занимают удовлетворение выполненной работой, второе место разделили такие приоритеты, как отношение коллег и поощрение денежной премией, на третьем месте – отношение администрации к сотрудникам, возможность реализации в профессии. Анализ мнения о влиянии поощрения на дальнейшую работу показал, что у 42% вырос уровень требований к своей работе, у 25% повысилась самооценка.

2. Анализ определения стиля руководства медперсоналом показал, что 88% врачей определили его как демократический. По мнению коллективов выбор стиля руководства является достаточно оптимальным и не вызывает у подчиненных дискомфорта.

3. На основе полученных выводов администрации учреждений здравоохранения целесообразно включить в план развития ЛПУ разработку мотивационной программы для сотрудников.

Список литературы:

1. Бухалков М.И. Управление персоналом. - М.:ИНФРА-М, 2008. – 326 с.
2. Веснин В.Р. Практический менеджмент персонала: пособие по кадровой работе, - М.: изд. Юрист, 1998 г.- 496с.
3. Ковалев С.В. Управление качеством работы персонала. Учебно-практическое пособие. М.: Альфа-пресс, 2009. – 345 с.
4. Красовский, Ю.Д. Организационное поведение: Учеб. пособие для вузов. - М: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 213 с.
5. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента.- М., «Дело ЛТД», 1994. -702 с.
6. Файоль А., Эмерсон Г., Тейлор Ф., Форд Г., Управление – это наука и искусство.- М.: Республика, 1992. – 112 с.
7. Цукарев С.С., Кретов С.П. Корпоративный менеджмент, Сибирское издательство «Наука» РАН, 2009. – 165 с.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сидоренко Алла Анатольевна

*медицинская сестра по функциональной диагностике
«Владивостокская поликлиника № 1», Россия, г. Владивосток
E-mail: verna25@yandex.ru*

Кулиш Ольга Владимировна

*медицинский администратор ГБУЗ «Приморский краевой
онкологический диспансер», Россия, г. Владивосток*

Бутовец Галина Васильевна

*преподаватель «Владивостокского базового медицинского колледжа»
Россия, г. Владивосток*

COGNITIVE IMPAIRMENT OF THE WOMEN IN THE POSTMENOPAUSE

Alla Sidorenko

*nurse of functional diagnostics Vladivostok polyclinic № 1
Vladivostok, Russia
E-mail: verna25@yandex.ru*

Olga Kulish

*medical administrator the oncology center of Primorye Region
Vladivostok, Russia*

Galina Butovets

*highly qualified teacher Vladivostok basic medical College
Vladivostok, Russia*

Аннотация.

Сохранение интеллектуального здоровья в постменопаузальном периоде является актуальной задачей в связи с ростом продолжительности жизни женщин во всём мире. В определённом возрасте в физиологическом состоянии организма женщин происходят гормональные изменения, которые оказывают влияние на высшие психические функции. Выяснено, что длительность менопаузы влияет на формирование когнитивных нарушений.

Abstract text.

The salvation of the intellectual health in postmenopausal women age is an actual problem due to the increasing life expectancy of the women all over the worldwide. At the definite age the hormonal changes take occur in the physiological state of the woman body which have an influence on the higher mental functions. It was found that the duration of menopause affects the formation of cognitive impairment.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, факторы риска, постменопауза.

Key words: cognitive impairment, risk factor, postmenopause.

В настоящее время во всём мире отмечается неуклонная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин. При этом возраст наступления менопаузы остаётся относительно стабильным и составляет в среднем 50-55 лет. Практически треть жизни женщины проходит по окончании менструации. В этот период актуальными становятся вопросы качества жизни женщины. Категория психического благополучия является ключевым параметром, характеризующим этот период.

Гормональные сдвиги у женщин в период климактерии вызывают морфофункциональную перестройку центральной нервной системы, вызывают уменьшение интенсивности церебрального кровообращения. Эстрогены положительно влияют на церебральный кровоток и усвоение глюкозы тканью мозга, на нормализацию баланса нейромедиаторов. Эстрогены снижают поражение нервных клеток вследствие окислительного стресса [1].

Эстрогенные рецепторы имеются на поверхности кардиомиоцитов и гладкомышечных клеток сосудов. Они реализуют защитные свойства эстрогенов в отношении сердечно-сосудистой системы. Действие эстрогенов складывается из ауторегулирующей функции, антиоксидантного эффекта, увеличения выделения антиапоптотического фактора.

Депривация эффектов эстрогенов на липидный и углеводный обмен, сосудистую систему способствует формированию менопаузального метаболического синдрома и расценивается как причина роста заболеваемости артериальной гипертонией у женщин в постменопаузе.

Существует прямая корреляционная связь между уровнем артериального давления в 50 лет и процессами мышления в 70 лет: чем качественнее контролируется артериальное давление, тем лучше «работают» когнитивные функции [2].

Таким образом, в физиологический постменопаузальный период появляются многообразные изменения физиологических про-

цессов, которые приводят к появлению когнитивных расстройств.

Процесс естественного уменьшения, а в дальнейшем прекращение образования эстрогенов, получил название природной менопаузы. После природной менопаузы не наблюдается резкого снижения интеллекта. Удаление яичников искусственным путём резко прекращает образование эстрогенов. В этом случае наступает ранняя или хирургическая менопауза. Ранний возраст наступления менопаузы, наличие депрессивного статуса, ожирение ассоциированы со снижением когнитивных функций у 40,8% женщин с артериальной гипертензией [3]. Ранняя хирургическая менопауза у женщин ассоциируется с ухудшением памяти и мыслительных способностей.

В исследовании приняли участие 8 женщин в возрасте 60-70 лет (средний возраст $64,90 \pm 3,26$). Пациенткам была предложена анкета, в которой сформулированы вопросы о наиболее распространённых факторах риска когнитивных нарушений: наличие избыточной массы тела и вредных привычек, уровень артериального давления, время наступления менопаузы и длительность постменопаузального периода. Уровень когнитивного дефицита оценивался с помощью анкеты состояния когнитивных функций у пожилых (IQCODE. Короткая версия) [4].

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением параметрических и непараметрических методов (двухвыборочного t-критерия Стьюдента для зависимых выборок). За достаточный уровень достоверных различий принималось значение $p < 0,05$.

Среди обследованных женщин не было курящих и употребляющих алкоголь в избыточном количестве.

Количественные данные роста и веса были оценены при помощи интегрального показателя – индекс массы тела. Среднее значение индекса массы тела равнялось $28,39 \pm 1,5$ кг, что соответствовало критерию избыточной массы тела или пред ожирению. Данное значение позволяет рассматривать повышенную массу тела как фактор риска когнитивных расстройств.

По уровню артериального давления превышение значений выше общепринятой нормы не обнаружено. Для оценки данного параметра

тра как фактора риска когнитивных расстройств, было подсчитано пульсовое давление. Только у 3 женщин (27,5%) значения пульсового давления имеют минимальную величину. У 5 женщин (72,5%) уровень пульсового давления проявляет тенденцию к повышению до уровня принятой нормы.

У 7 обследованных женщин менопауза развилась в период от 50 до 55 лет. У одной женщины менопауза наступила в 45 лет вследствие хирургического вмешательства (в среднем $51 \pm 1,02$ года).

Длительность менопаузы до десяти лет отмечена у 3 женщин (27,5%). У 5 женщин время жизни в постменопаузе колебалось от 11 до 20 лет.

Значительная разница в длительности менопаузы определяется физическим возрастом пациенток. Среднее время пребывания женщин в постменопаузе составило $13,13 \pm 1,83$ года.

Вероятно, у 72,5% обследованных женщин длительность менопаузы может рассматриваться как фактор риска когнитивных расстройств.

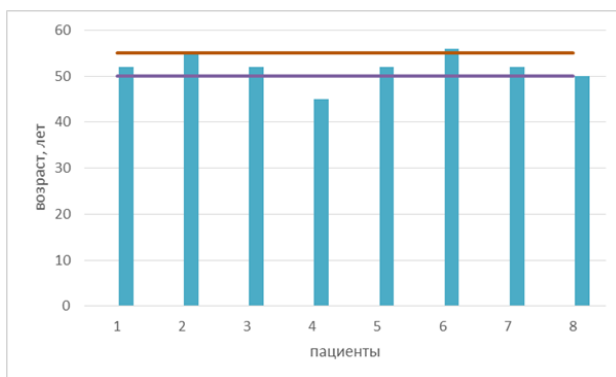


Рис. 1. Время наступления менопаузы у обследованных женщин.

Когнитивный индекс в обследованной группе составил $3,23 \pm 0,08$, что соответствует лёгкой степени когнитивных нарушений. Значения когнитивного индекса представлены на графике.

В обследованной группе женщин выявлены когнитивные нарушения, которые требуют объяснения причины своего появления.

Статистический анализ полученных данных проводился между величиной когнитивного индекса с данными по возрасту, индексу

массы тела, уровню пульсового давления и длительности менопаузы. В группах сравнения индекса когнитивных расстройств с возрастом, индексом массы тела и величиной среднего пульсового давления достоверные связи обнаружены не были ($p > 0,05$).

При сравнении выборки когнитивного индекса с выборкой длительности менопаузы обнаружена противоположная достоверная вероятность. При сравнении выборки когнитивного индекса с выборкой длительности менопаузы обнаружена противоположная достоверная вероятность ($p < 0,001$). Такая низкая вероятность ошибки в сравнении выборок позволила провести корреляционный анализ между значениями когнитивного индекса и продолжительностью менопаузы. Выявлена прямая зависимость между длительностью менопаузы и формированием когнитивного дефицита у женщин в постменопаузальном периоде жизни.

На основании полученных результатов можно сделать вывод:

Чем продолжительнее постменопаузальный период, тем более выражены когнитивные нарушения. Современным методом коррекции эстрогенного дефицита после наступления менопаузы является менопаузальная гормонотерапия.

Список литературы:

1. Беккер Р.А., Быков Ю.А. О роли нейроэндокринных нарушений в патогенезе когнитивной дисфункции при депрессивных состояниях (обзор литературы с комментариями). Consilium Medicum. 2016.
2. Дроздова И.В., Храмцова В.В., Гончар Ю.А. и др. Артериальное давление и когнитивные функции у больных артериальной гипертензией в отдалённом периоде после инсульта. Международный медицинский журнал. – 2015. - №3.
3. Ларина В.Н., Рунихина Н.К., Михайлусова М.П. и др. Особенности когнитивного статуса у женщин с артериальной гипертензией в период постменопаузы. /Вестник Российского Государственного медицинского университета. – 2012. - №5. – с. 20-24.
4. Jorm AF. Short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation/ Psychol Med 1994; 24: 145-153].

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ЛИЦАМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМ ДЕФИЦИТОМ

Кулиш Ольга Владимировна

медицинский администратор ГБУЗ «Приморский краевой онкологический диспансер», Россия, г. Владивосток

E-mail: kostaoalka@mail.ru

Сидоренко Алла Анатольевна

медицинская сестра по функциональной диагностике «Владивостокская поликлиника № 1», Россия, г. Владивосток

E-mail: verna25@yandex.ru

Бутовец Галина Васильевна

преподаватель «Владивостокского базового медицинского колледжа» Россия, г. Владивосток

E-mail: galina08.1956@mail.ru

NURSING CARE OF OLDER PERSONS WITH COGNITIVE DEFICITS.

Olga Kulish

medical administrator the oncology center of Primorye Region, Vladivostok, Russia

E-mail: kostaoalka@mail.ru

Alla Sidorenko

nurse of functional diagnostics Vladivostok polyclinic № 1, Vladivostok, Russia

E-mail: verna25@yandex.ru

Galina Butovets

highly qualified teacher Vladivostok basic medical College, Vladivostok, Russia

E-mail: galina08.1956@mail.ru

Аннотация.

Среди лиц старшей возрастной группы, не зависимо от пола, формируются нарушения высших психических или когнитивных функций. Когнитивные расстройства чаще всего обусловлены кардиальной и церебральной сосудистой патологией. Физиологическое старение также сопровождается нарушениями памяти, внимания, снижается интеллект, изменяется речь, произвольные движения осуществляются с трудом. Медицинская сестра общей практики, организуя сестринский уход за пожилыми пациентами, должна уметь выявить когнитивные расстройства для составления рекомендаций по профилактике прогрессирования патологии.

Abstract text.

Among persons of the older age group, regardless of gender,

disturbances of higher mental or cognitive functions are formed. Cognitive disorder most often caused by cardiac and cerebral vascular pathology. Physiological aging is also accompanied by impairment of memory and attention, reduced intelligence, altered speech, arbitrary movements are performed with difficulty. A nurse of General practice, organizing nursing care for elderly patients should be able to identify the cognitive impairment to make recommendations for the prevention of the progression of the disease.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, сосудистая церебральная недостаточность, сестринский уход.

Keywords: cognitive disorders, cerebral vascular insufficiency, nursing care.

В XX веке отмечается демографическая тенденция к старению населения. В настоящее время примерно 12-15% населения составляют люди старше 65 лет. К 2020 году их численность возрастет как минимум в два раза [1]. У этой категории населения острой медико-социальной проблемой остаются сосудистые заболевания, в основе которых лежит перфузионный дефицит конкретного органа. Чаще всего циркуляторная недостаточность формируется в сердце и ткани головного мозга. Хроническая ишемия мозга характеризуется снижением когнитивных способностей.

К когнитивным функциям относят наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. К когнитивным способностям относят высшие функции головного мозга, такие как память, речь, интеллект, целенаправленная двигательная активность (праксис) и целостное восприятие (гнозис). Нарушения высших мозговых функций, сформировавшиеся вследствие церебро-васкулярной патологии, получили название «сосудистых когнитивных расстройств».

Чаще всего когнитивные расстройства возникают в пожилом возрасте, поэтому немаловажную роль играют естественные возрастные изменения: снижение массы мозга с возрастом, изменение со стороны нейротрансмиттерных систем. Сами по себе возрастные изменения приводят только к легким когнитивным нарушениям.

ям. Однако они создают неблагоприятный фон для развития умеренных и более тяжёлых когнитивных расстройств. При наличии сосудистого механизма возрастные изменения усиливаются.

Сосудистые заболевания головного мозга – наиболее частая причина когнитивного дефицита разной степени выраженности: от минимальных расстройств до сосудистой деменции. Первое место в развитии когнитивных нарушений занимает артериальная гипертензия, далее следуют окклюзионные атеросклеротические поражения магистральных сосудов.

Невыраженное атеросклеротическое поражение основных позвоночных артерий в виде утолщения «интима-медиа», является маркёром вовлечения в патологический процесс интрацеребральных артерий. В их просвете могут обнаруживаться структуры, напоминающие атеросклеротические бляшки, которые представляют собой скопления макрофагов, содержащих липиды. Сужение просвета интракраниальных артерий наряду с нарушением функции эндотелия и ригидностью сосудистой стенки вызывает хроническую редукцию мозгового кровотока, появление диффузных или очаговых изменений вещества мозга.

При сосудистых когнитивных расстройствах подобные проявления возможны на любом этапе заболевания, начиная с самых ранних. Клиническое течение сосудистой церебральной недостаточности изменчиво и может характеризоваться как продолжительными периодами прогрессирования когнитивного дефицита, так и длительными периодами стабилизации и даже обратного развития интеллектуальной дисфункции. Иногда обратное развитие когнитивных нарушений ошибочно расценивается как положительный эффект от стандартной сосудистой терапии

С медицинской точки зрения, выявление лиц, имеющих на момент осмотра негрубые когнитивные нарушения, позволяет использовать различные терапевтические программы на самых ранних этапах заболевания. Своевременная коррекция когнитивного дефицита позволяет предупредить развитие деменции.

Лёгкие когнитивные расстройства, обусловленные физиологическим процессом старения, могут быть выявлены на самых ранних стадиях цереброваскулярных заболеваний. Чаще всего эти

расстройства носят обратимый характер при правильном сестринском уходе и назначении своевременной и адекватной терапии.

Диагностика когнитивных нарушений медицинской сестрой предполагает определённый алгоритм профессиональных действий. Прежде всего необходимо провести сестринскую диагностику.

При расспросе анамнеза следует обращать внимание на то, как пациент помнит события недавнего прошлого, испытывает ли трудности, когда ему приходится готовить пищу, ходит за покупками, решать финансовые проблемы (например, оплата услуг ЖКХ). Акцентировать расспрос на выявлении завуалированных жалоб на нарушение мышления – «мешок в голове».

Во время беседы медицинская сестра должна обратить внимание на начальные симптомы заболевания:

- снижение инициативности;
- ограничение интересов;
- возрастание зависимости от окружающих;
- трудности в обучении и усвоении информации;
- трудности выполнения сложных бытовых задач;
- ослабление и/или ухудшение мыслительных процессов;
- трудности ориентировки в пространстве;
- речевые расстройства;
- изменения настроения и поведения;
- наличие артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Очень часто у пациентов с когнитивными расстройствами не удаётся получить значимой анамнестической информации. Для обоснования медицинского заключения важна беседа с родными и близкими больного [3].

Физикальный осмотр позволяет выявить признаки поражения артериальных сосудов атеросклерозом: нарушения ходьбы, пошатывание, частые, ничем не спровоцированные падения, arcus senilis, ксантомы и ксантелазмы на веках. Исследуется пульс, артериальное давление, число дыханий. При наличии прибора делается пульсоксиметрия.

Оценка психического состояния является обязательной. Анализ психического состояния включает способность пациента по ори-

ентировке во времени и пространстве (день недели, место нахождения, фамилия, имя, отчество родственников).

Для объективизации когнитивных нарушений применяют нейropsychологические методики исследования с качественной и количественной оценкой полученных результатов. Из известных экспресс-методик исследования когнитивного статуса у пациентов с лёгкими и умеренными когнитивными расстройствами наиболее удобен для практического применения в повседневной клинической практике тест «рисования часов» [2].

Таким образом, наиболее объективное впечатление о состоянии когнитивных способностей пациента формируется при сопоставлении информации, полученной из трех источников: жалобы самого пациента, наблюдением за поведением пациента в повседневной жизни третьими лицами, результатов объективных методов оценки когнитивных функций.

Для уточнения степени выраженности патологического состояния медицинская сестра может рекомендовать дополнительное обследование у соответствующих врачей, которые назначат дополнительные биохимические тесты и инструментальное обследование для подтверждения диагностического суждения и назначения адекватной терапии.

Основным принципом сестринского ухода является предотвращение возникновения и прогрессирования патологического процесса.

Сестринский уход при лёгких и умеренных когнитивных расстройствах преследует цели:

- замедление темпа прогрессирования когнитивных расстройств;
- уменьшение выраженности имеющихся нарушений с целью улучшения качества жизни пациента и его родственников;
- вторичная профилактика деменции.

Актуальность названных целей сестринского ухода определяется тем, что умеренные когнитивные расстройства являются продромом болезни Альцгеймера.

Сестринский уход при наличии у больного проблемы нарушения высших психических функций, должен соответствовать решению следующих задач:

1. улучшение качества жизни больного;
2. отсрочка поступления в интернат для одиноких лиц;
3. уменьшение нагрузки на лиц, проживающих с больным;
4. снижение прямых и косвенных затрат на медицинские расходы.

Вся деятельность медицинской сестры общей практики может быть представлена в виде плана сестринского ухода за пациентом с когнитивными расстройствами.

Проблема пациента	План ухода	Мероприятия ухода	Мотивация
Наличие когнитивного дефицита	Выявление и оценка когнитивных нарушений	Оценка анамнеза заболевания Оценка клинической картины патологии Простейшее нейропсихологическое обследование (тест «рисования часов»)	Выявление факторов риска когнитивных расстройств Определение тяжести болезни
	Коррекция когнитивных расстройств	Изменение образа жизни: Отказ от курения Прекращение употребления алкоголя Соблюдение режима труда и отдыха Рациональное питание и контроль массы тела Регулярная умеренная физическая активность Интеллектуальная нагрузка и тренировка памяти Контроль клинических и биохимических показателей: Ведение дневника уровня артериального давления и сердечного ритма Контроль уровня глюкозы Исследование уровня холестерина и липопротеидов в крови Исследование тиреотропного гормона гипофиза Инструментальное обследование: электрокардиограмма, энцефалограмма, исследование вызванных когнитивных потенциалов	Предупреждение прогрессирования когнитивных расстройств

		Рекомендация медикаментозной терапии по назначению врача: - нейропротективная терапия-препараты метаболического действия (Актовегин) - препараты нейрорепаративного действия (Цераксон) - препараты ноотропного действия - антиоксидантная терапия (Росвератрол)³ - коррекция психо-эмоциональных расстройств Немедикаментозное лечение: Массаж Иглотерапия Трудотерапия Кинезиотерапия Современная информационная (биорезонансная терапия): - отечественная медицинская технология «Странник»¹ - российская инновационная технология «Корректор функционального состояния» - Здоровое сердце и Долголетие²	
--	--	--	--

¹ «Странник» – информационная цветодиагностическая медицинская технология, которая даёт возможность оценки психоэмоционального дисбаланса, выявляет «бессимптомную» соматическую патологию. Выявленная патология может быть курирована цветотерапией.

² Корректор функционального состояния «Здоровое сердце» профилактирует заболевания сердца и сосудов, укрепляет и восстанавливает капилляры, стимулирует работу нервной и гормональной систем, головного мозга, расширяет сознание, развивает интуицию и творческие способности.

Корректор функционального состояния «Долголетие» регулирует давление крови, предупреждает атеросклероз, нормализует внутричерепное давление, омолаживает организм за счёт природных геропротекторов, продлевает время активного образа жизни.

Все биорезонансные технологии совместимы с лекарственной терапией.

³Росвератрол – природный биофлавоноид, синтезируемый виноградом, какао-деревом, хвойным деревьями. Росвератрол мощный антиоксидант. Он превосходит по своей активности бета-каротин в 5 раз, витамин С – в 20 раз, витамин Е – в 50 раз. Эффективен для профилактики и лечения диабета, болезни Альцгеймера, бронхиальной астмы и сосудистых когни-

тивных расстройств.

Высокая распространённость когнитивных расстройств не только у лиц с серьёзной сосудистой терапевтической патологией, но и при физиологическом старении требует адекватной программы индивидуальной терапии с учётом особенностей клинического течения патологии. В лечебных учреждениях отмечается недостаточная осведомлённость медицинских специалистов среднего звена по вопросам диагностики и предупреждения когнитивных расстройств. Возможно, данное выступление привлечёт внимание медицинских сестёр к изучению проблемы интеллектуального дефицита у лиц старшего возраста.

Список литературы:

1. Боголепова А.Н. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии. МАИ-ПРИНТ, 2011.
2. Захаров В.В., Локшина М.О. Нарушения памяти. М.: ГОЭТАР-Мед., 2003, 158 с.
3. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // Руководство для врачей. МАИ-ПРИНТ, 2011, 144 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Бронникова Екатерина Анатольевна
*менеджер по организационным вопросам «Клиники диабета
и эндокринных заболеваний», Россия, г. Владивосток*
E-mail: ekaterina.anatolevna-v@mail.ru

PSYCHOSOMATIC ETIOLOGICAL FACTORS FOR TYPE 2 DIABETES

Catherine Bronnikova
*manager for organizational issues «Clinics of diabetes
and endocrine diseases», Russia, Vladivostok*
E-mail: ekaterina.anatolevna-v@mail.ru

Аннотация

Психоэмоциональный стресс основной этиологический фактор сахарного диабета. Психосоматические расстройства возникают у лиц со сниженной толерантностью к психотравмирующим воздействиям, в условиях социальной нестабильности или личностных девиациях. Среди событий, предшествующих болезни, отмечают-

ся долгие периоды сверхсильных переживаний [16].

Abstract text

Psycho-emotional stress - the main etiological factor of diabetes. Psychosomatic disorders occur in individuals with a reduced tolerance to stressful influences, in terms of social instability or personality deviation. It is noted that among the events preceding the illness, marked long periods of extreme emotional experiences [16].

Ключевые слова: психоэмоциональный стресс, сахарный диабет, тревожность

Keywords: psycho-emotional stress, diabetes, anxiety.

В последние десятилетия сахарный диабет 2 типа является одной из крупнейших медико-социальных проблем в связи со стремительно растущей распространенностью, высоким уровнем инвалидизации и смертности среди больных [4].

Пандемические характеристики сахарного диабета 2 типа превращают его в цивилизационный вызов для всех стран – как индустриальных, так и развивающихся. Эпидемиологические исследования по распространенности сахарного диабета в крупных региональных центрах России свидетельствуют, что на одного обратившегося в поликлинику больного, приходится 3 - 4 человека с уровнем глюкозы 7-15 ммоль/л (не подозревающих о наличии у них диабета) [19].

ВОЗ к 2025 г. прогнозирует увеличение количества больных диабетом на 41% в развитых странах. Преимущественно эта тенденция коснется лиц трудоспособного возраста, у которых будет диагностирован сахарный диабет 2 типа, составляющий 85 - 90 % от общего числа больных диабетом [8].

Как писал Аретиус (II век н.э.): «Диабет – загадочная болезнь...» [1, с. 27]. Высказывание актуально и по сей день, поскольку об истинных причинах возникновения этого заболевания дискуссии ведутся до сих пор.

Сахарный диабет - полиэтиологическое заболевание, однако психоэмоциональный стресс является ведущим среди факторов риска возникновения сахарного диабета 2 типа. В структуре при-

чин этого эндокринного заболевания доля психосоматического механизма может достигать 90% [2, 11].

Еще в 50-х годах XX века сахарный диабет был отнесен к истинным психосоматозам.

Развитию сахарного диабета 2 типа способствуют психоэмоциональные состояния, индуцирующие алиментарную гипергликемию [1,3,6,9,13]:

1 - внутриличностные конфликты и эмоциональные потребности компенсаторно удовлетворить себя с помощью еды. Интенсивный аппетит и склонность к ожирению ведут к стабильной гипергликемии, которая вызывает функциональные нарушения (истощение) эндокринного аппарата поджелудочной железы;

2 - идентификация пищи с любовью. При отнятии любви возникает эмоциональное переживание соответствующее состоянию голода, которое усиливается независимо от принятия пищи. Изменяется режим и характер питания. Устанавливается символическая формула – «еда равна любви», формируется «голодный» метаболизм, который соответствует метаболизму больного сахарным диабетом;

3 - повышенная тревожность, неосознанные страхи приводят к постоянному реагированию по типу «бегство-борьба» и сопровождаются гипергликемией. В такой ситуации истоки психологического напряжения не реализуются, и диабет может развиваться из начальной гипергликемии.

F. Dunbar [16, 22], была выдвинута теория, что сахарному диабету подвержен определенный тип личности. Автором даны описания личностных профилей больных сахарным диабетом.

Согласно этому описанию, пациенты, больные диабетом, испытывают трудности в утверждении своей независимости, нерешительны в отношениях с людьми, для них характерен высокий уровень притязаний, повышенная чувствительность, колебания настроения. Они добродушны, но эгоцентричны, склонны к манипулированию близкими, требуют постоянного внимания к себе.

Особенности характера больных сахарным диабетом описываются терминами «нуждающийся в материнской ласке» и «чрезмерно пассивный» [14, с. 45; 21].

Б.А. Целибеев [15] отмечал впечатлительность, «нервность», ранимость, характерные для большинства пациентов еще до появления клинических признаков сахарного диабета.

Эндокринная система в целом и поджелудочная железа в частности очень чувствительны к эмоциям и обстановке, окружающей предрасположенного к сахарному диабету человека [9,18]. Особенно плохо на состояние поджелудочной железы влияет нестабильность и чувство панического ожидания. Иногда, чтобы нормализовать уровень сахара в крови, нужен просто душевный покой [7, 10,17].

Несмотря на особенности патохарактерологических проявлений, всем больным с личностными и невротическими расстройствами в преморбидном периоде сахарного диабета свойственны постоянное чувство внутреннего дискомфорта, тревоги, эмоциональной напряженности. Диссонанса между претензиями и возможностями [12].

Тревога – центральный механизм формирования психического стресса. Тревожность и беспокойство вызывают большую часть расстройств, во время эмоционального стресса. При повышенной тревожности организм человека находится в состоянии панической атаки и очень быстро начинает «сжигать» глюкозу, инсулин едва успевает вырабатываться [7,10, 17].

Хронические эмоциональные переживания обуславливают возникновение патологических висцерально-вегетативных расстройств. Соматические нарушения преимущественно локализируются в каком - либо органе или системе [20].

Перечисленные психоэмоциональные состояния требуют энергетического обеспечения за счет выброса контринсулярных гормонов, вызывающих стойкую гипергликемию при недостаточности инсулярного аппарата. Гипергликемия является одной из причин перехода сахарного диабета из латентной стадии в манифестную [12].

Как показал Г.Селье [5], стрессор возбуждает гипоталамус, в результате чего продуцируется вещество, дающее сигнал гипофизу выделять в кровь адренокортикотропный гормон (АКТГ). Под влиянием АКТГ внешняя корковая часть надпочечников выделяет

кортикоиды, это приводит к продуцированию глюкозы как легкодоступного источника энергии. Хронически повышенный уровень кортизола, вследствие психологического стресса, усиливает аппетит и может привести к депрессии. Постоянное переедание - причина избыточного веса.

При хронической кортизолемии формируется инсулинорезистентность и гипергликемия [5].

Таким образом, психосоматическая дисфункция, как этиопатогенетический фактор риска развития сахарного диабета 2 типа, реализуется последовательно двумя путями.

На первом этапе возникает функциональная недостаточность эндокринного органа под воздействием эмоционального фактора (психоневроз).

На втором этапе функциональные расстройства переходят в структурные, давая начало органическому процессу в островковом аппарате поджелудочной железы.

Представленная в настоящем обзоре информация о связи психоэмоциональных переживаний и возникновении сахарного диабета 2 типа, подчеркивает важность оценки психосоматических характеристик лиц, обращающихся в медицинские учреждения, для скрининга преморбидного фона заболевания. Выполнение этой задачи может быть достигнуто применением различных анкет, с вопросами, оценивающими психосоматические расстройства. Обследование может быть проведено в кабинете доврачебного осмотра. Возможно, такая процедура будет являться частью интегрального подхода для раннего выявления сахарного диабета 2 типа у конкретной личности.

Список литературы:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. — М.: Ин-т ОГИ, 2006. — С. 336
2. Андропова Н.В., Генайло С.П. Психические нарушения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения. — Владивосток: Медицина ДВ, 2007
3. Астамирова Х., Ахманов М. Настольная книга диабетика М.: Изд-во 1. ЭКСМО-Пресс, 2008. — С. 156
4. Балаболкин М. И. Диабетология.— М.: Медицина, 2000.— С. 268

5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина – Пер. с нем.. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – С. 25-30
6. Воронов М.В. Психосоматика. Практическое руководство. – К.: Ника-Центр, 2004. – С. 256
7. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. – М.: Триада-Х, 2000. – С. 255
8. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика. – М.: МИА, 2011. – С. 701
9. Зеленин К.А. Роль эмоционального стресса в развитии сахарного диабета 2-го типа// Фундаментальные исследования, медицинские науки. – 2009. - №7. – С. 47-48
10. Колесник К.Э., Сердюк А.И. Психоэмоциональные нарушения у больных сахарным диабетом на санаторно-курортном этапе реабилитации // Международный медицинский журнал. – 2009.- №2.- С. 99-101
11. Лобанова Е.В., Генайло С.П. //Актуальные аспекты психосоматических исследований: материалы научно-практической конференции с международным участием. - Томск, 2005. - С. 97-104
12. Лобанова Е.В., Генайло С.П. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом: пособие для врачей. — Владивосток : Медицина ДВ, 2005
13. Мисяк Г. Психоэндокринология // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под Ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. - Спб.: Питер, 2003. – С. 200-201
14. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная терапия. Практическое руководство – М.:, 2005. – С. 592
15. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – С. 281
16. Dunbar H.F. Psychosomatic Diagnosis. New York: Hoeber, 1943
17. The psychologic context of diabetes / T. Wysocki, L.M. Buckloh, A.S. Lochrie, H. Antal // Pediatr. Clin. North. Am. 2005. – Vol. 52, N 6. – P. 1755-1778
18. Szydlo, D. Psychological aspects of diabetes mellitus / D. Szydlo, P.J. van Wattum, J. Woolston // Psychiatr. Clin. N. Am. 2003. – Vol. 12, N 3. – P. 439-458
19. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
20. Психология. Психотерапия. Психиатрия [Электронный ресурс] URL: [http:// www.psyportal.net/](http://www.psyportal.net/)
21. Психосоматика [Электронный ресурс] URL: [http:// psysom.ru](http://psysom.ru)
22. Электронный журнал «Психологическая наука и образование» [Элек-

ДОСТИЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАДИГМ ВОСТОК–ЗАПАД

Устинова Ольга Ивановна

*Врач терапевт физкультурно-оздоровительного центра
ООО «Практикум здоровья Устиновой О.И.», Россия, г. Самара*

E-mail: oi1953@mail.ru

HEALTH ACHIEVEMENT AND INTEGRATION OF MEDICAL ONTOLOGICAL EAST-WEST PARADIGMS

Ustinova Olga Ivanovna

*Therapist of sports and recreation center
Ltd. «Health Workshop by Ustinova O.I.», Russian Federation, Samara.*

E-mail: oi1953@mail.ru

Аннотация

Цель: проанализировать парадигмы Западной и Восточной медицины, подходы их онтологических реальностей. Мы обозначили направления работы для интеграции достижений обеих медицины. В результате: преимущество Восточной медицины – работает со здоровьем в самом широком смысле. Западная – серьезно продвинулась в области знаний о патогенезе заболеваний органов и систем. Вывод: основная сложность Западной медицины – переключение основного акцента внимания с болезни на здоровье; Восточной надлежит развить научную базу, быть подвергнутой тестированию в соответствии с доказательной Западной медициной.

Abstract Text

Purpose: analyze the paradigms of Western and Eastern medicine, approaches of their ontological realities. We have identified areas of work to integrate the achievements of both medicine. Result: advantage of Eastern medicine: work with health in the broadest sense. Western has seriously advanced in the field of knowledge about the pathogenesis of diseases of organs and systems. Conclusion: the main difficulty of Western medicine switching the main focus of attention from illness to health; Eastern should develop a scientific base, be tested in accordance with evidence-based Western medicine.

Ключевые слова: Парадигма; Западная медицина; Восточная медицина; интеграция; здоровье.

Keywords: Paradigm; Occidental Medicine; Oriental Medicine; integration; health.

Введение. “Медицина” (ars medicina, лат.) означает лечебное искусство, искусство исцеления. Исцеление, достижение здоровья – главный приоритет медицинской науки как на Востоке, так и на Западе с древности. Онтология – учение о сущем, о фундаментальных принципах бытия. Медицинская онтология изучает общие сущности, структуры и закономерности исцеления людей. Парадигма – совокупность научных достижений, *признаваемых всем научным сообществом* в определенный период времени, гносеологическая модель эволюционной деятельности – понятие, введенное в XX веке Т. Куном [16]. Парадигма бывает: абсолютной, научной, государственной, личной и общепринятой. Парадигмы Востока и Запада относятся к *глобальным общепринятым парадигмам* [20, 25]. Развитие науки характеризуется диалектическим взаимодействием двух процессов – дифференциацией и интеграцией. Сейчас Западная медицина все чаще обращается к достижениям Восточной и наоборот [37, 40]. Данным обзором литературы мы предприняли попытку обосновать значимость и обозначить направления работы для интеграции достижений обеих медицинских онтологических реальностей обеих систем.

Основная часть. Рассмотрим сущностные различия парадигм Восток-Запад. “Восток” – понятие достаточно условное, не столько географическое, сколько историческое, социальное и политическое. Оно охватывает почти весь неевропейский мир, исключая страны и регионы, которые были заселены выходцами из Европы [5]. “Западная” цивилизация издавна противопоставляла себя “Востоку” как совершенно иному миру. Восток и Запад представляют собой две, во многом противоположные, культурные традиции, различающиеся в основных мировоззренческих позициях и образе жизни народов в целом. Опираясь на работы многих авторов [3, 5, 7, 10, 12, 14, 42], мы систематизировали принципиальные

отличия двух культур в Таблице 1.

Таблица 1.

Сравнение культурных традиций Востока и Запада.

Мировоз- зренческие позиции	Восток	Запад
Ценностная ориентация личности и общества	Духовно ориентированное бытие, высшая ценность – служение высшей трансцендентной сущности	Потребительски ориентированное бытие (“улучшение” жизни человека и человечества)
Понимание устройства мироздания, человеческой природы и человеческого бытия, механизмов исторического процесса	Принцип теоцентризма -признание высшей воли; призвание человека – научиться распознавать ее, творить как свою собственную. Через совершенствование своей природы происходит совершенствование общества. Этот процесс устойчив. Смысл человеческого бытия: сердце каждого человека обращено к другим людям. Личность служит коллективному целому. Человек обязан и рад служить другим	Принцип антропоцентризма. Человек уже совершенен. Рождена идеология гуманизма – правомерность подчинения всего сущего интересам человека. Смысл человеческого бытия: максимально полно удовлетворить свои потребности при жизни. Историческое развитие – рывками, ориентация на новизну. Ценны карьера, индивидуализм, суверенность личности, имидж
Отношение к миру	Исходит из не-Бытия (как до-Бытия). Мир – совершенен. Важно изучение структуры мира, роли его частей	Исходит из Бытия; главное внимание – поиску его основы. Идея о несовершенстве мира; о рациональном его улучшении
Отношение к природе	Единство Человека и Природы, “вписывание” в природу через совершенствование души и тела	Противопоставление Природы и Человека, как ее повелителя – меняет ее под свои потребности
Трактовка бытийного призвания человека и ориентации человеческого труда	Духовная ориентация – на изменение самого человека в соответствии с изначальным Высшим замыслом. Приоритет коллективного труда	Совершенствование мира под потребности человека, в соответствии с человеческими представлениями. Приоритет частного труда
Отношение к государству, власти, закону	Власть выше закона, она не нуждается в обосновании. Человек служит государству и начальству душой и телом. Положение человека обусловлено его социальным статусом в общественной иерархии	Закон выше власти, признание лидера обусловлено доказательством его прав на лидерство. Человек подчинен государству, положение личности зависит от ее умений, способностей

Оценка познавательных и преобразовательных возможностей человека	От человека зависит не всё, есть нечто непознаваемое. Мышление образно, интуитивно избегает жесткой определенности мысли; слово не так важно, как его контекст, нет особого понятийно-категориального аппарата; логика – пластична	Безграничная познаваемость мира, всемогущество разума. Мышление рациональное, теоретическое, с разделенными субъектом и объектом. Мысль выражена в языке, поэтому особая роль – логике, формализации
Сущность и механизмы познания	Познание – помимо исследования свойств объектов, их духовное постижение вне рационального исследования. Познание – помимо активности субъекта, самораскрывающаяся активность объекта (“откровение”, медитация)	Процесс познания сводится к познающей активности субъекта, исследующего (или иным путем постигающего) свойства объекта. Разум – высшая ценность. Субъект активен, объект пассивен
Отношение человека к истине	Истина есть само Бытие, то, что нам дано. Она не зависит от ума и воли постигающего ее. Человек нуждается в истине, которой он мог бы служить, которой он мог бы подчинить свою жизнь	Истинно лишь то, что подвластно уму и воле человека, контролируемо им. Человек нуждается лишь в таких истинах, которые служат ему

Рассмотрим особенности медицинских онтологических реальностей Запад-Восток. Известны три фундаментальные составляющие Западной медицины – *патология, клиническая нозология и система лечебно-диагностических мероприятий*. Предмет *общая патология* фундаментально разработан И.В. Давыдовским [11]. Позже работа углублена и философски проработана Д.С. Саркисовым и др. [23]. Фундаментальные основы общей патологии являются базисом для *клинической медицины*. Представление о нарастании разнообразия и специализации функций органов, тканей, клеток в процессе эволюции, позволило серьезно продвинуться в области изучения организма и знаний о патогенезе заболеваний. Но это же породило разделение организма на множество “частей” в системе *лечебно-диагностических мероприятий* [24]. Такой “разделяющий” подход теперь является определяющим, и у клиницистов появляется все больше нозологических форм [26]. Компоненты организма мы можем подробно описать. Но где характеристика их взаимосвязи? Синтез расчлененного познанного “неожиданно” оказывается более трудным. Он важен, т.к. организм представляет

собой единую целостную структуру. Чтобы прогнозировать последствия, вызванные в организме самыми разнообразными действиями, то есть варианты течения регуляторных ответов, стремящихся вернуть организм к гомеостазу, к гармонии, **необходимо начинать не с частного, а с общего** [24]. Изучение вопросов заболеваний и долголетия мало результативно, пока не установлены причины и силы, объединяющие массу отдельных структур в единый целостный организм. Это и является насущной задачей Западной медицины. Второй глобальной проблемой развития современной Западной медицинской науки является **перекос в сторону изучения патологического**. Патологические функциональные изменения могут возвратиться к норме, либо прогрессировать в своем негативном течении. Где граница перехода от физиологического к патологическому и обратно? Не существует понимания границы между здоровьем и болезнью [9, 11, 21, 22, 27]. Поскольку человек – единая целостная система, важно отметить **роль психических регуляторных процессов**, которые мы только констатируем, но не объясняем. Роль психики должна быть признана хотя бы равнозначной общебиологическим процессам [1, 6, 19]. В Западной медицине уже появилась, пока только теоретически, психосоматическая парадигма. По мнению ряда авторов [4, 11, 13, 18, 41], теория традиционной западной медицины еще не сформирована, сохранение нынешней медицинской парадигмы тормозит развитие наших знаний. Поэтому исцеление, достижение здоровья, как главный приоритет медицинской науки, в настоящее время остается трудно достижимым.

Рассуждения “изнутри” Западной системы о системе Восточных медицинских знаний будут непонятны в силу различий их парадигм. Важно рассмотреть принципы Восточной медицинской парадигмы со стороны. Д. Катчмер называет Китай культурой, основанной на энергетической парадигме [43], где основой мировоззрения является **понятие об энергии**. Она – творческая энергия божества – определяет как космические процессы, так и бытие человека в индуизме и буддизме [5, 14]. Многие авторы [3, 5, 11, 14, 31, 39] выявляют сходство основных понятий в Индии, Китае, Японии, Корее, Вьетнаме и других восточных странах: ци и прана,

чакры и Дань-Тяны, энергетические меридианы органов и их точки [8, 15, 17, 29, 30, 32, 38, 43]. Три основных источника энергии: пренатальная ци (передается от родителей, хранится в почках), ци пищи и ци воздуха. Прочие источники ци имеют в обычной жизни меньшее значение [29]. Заманчиво и достаточно материально, согласно Западным представлениям, свести понятие энергии к “привычным” – гравитационной, электромагнитной, к энергообмену клеточных мембран и т.д. В физике сегодняшнего дня неизвестно, что такое биологическая энергия. Используемые в Западной медицине Восточные знания об акупунктурных точках, изменения их электропотенциалов при физических и психологических воздействиях, породили представление об иглотерапии, как терапии патологических состояний отдельных органов – просматривается привычный для Западной медицины “разделяющий” подход. Восток же умеет объемно использовать знания о ци-энергии на восстановление физического и психического здоровья человека. Роль ци всеобъемлюща. Она, как гармоничное начало всех процессов организма (микрокосмос) и окружающего мира (макрокосмос), обеспечивает наше существование как формы (тела) и как индивидуума (психики) [29]. Кроме того, сам индивидуум этой энергией может управлять. Традиционная концепция “ведения – привлечения” (Сюнь Юэ) базируется на доставке ци к больному месту. “Мысль – водитель ци, куда приходит мысль, туда приходит ци. В каждом месте тела, где беспокойно, происходит микрозапирание ци. Мыслью привлекают ци в больное место” (Чжан Шуй) [29]. С *ци* работают не только *мыслью*, есть энергетические практики управления ци *визуализацией*. Это камень преткновения для рационального объяснения. Ключ к пониманию практики визуализации ци и всего энергетического мировоззрения заключается в неделимости физического и психического – это разные формы проявления одной и той же энергии [25]. Вся теория Восточной медицины сводится к констатации **гармоничного, свободного тока энергии** определенного уровня и её чистоты **как критерия здоровья**. Если поток ограничен, чистота ци нарушена, уровень ци недостаточен или слишком высок – возникают болезни и поражения органов [2, 15, 17, 29, 32, 36, 38, 43]. Взаимодействие энергии в организ-

ме осуществляется по системе “У-Син” – универсальной классификационной схеме. “Западного” объяснения концепции “У-Син” нет. Глобальное понятие на Востоке – это Ян-Инь. Ян-Инь имеют смысл только при взаимодействии друг с другом и определены друг через друга. Для Запада в организме это: правое – левое, дистальное – проксимальное, латеральное – медиальное. Функции Инь-органов – производство и накопление основных жизненных субстанций; Ян-органов – прием, расщепление, поглощение и выделение. Функции органов объясняют все проявления жизнедеятельности, включая психику. В определенный период времени (суток, года) одни системы являются максимально “активными”, а другие – “пассивны”. Внешние и внутренние воздействия, в том числе образ жизни, эмоционально-физические нагрузки, могут стать причинами нарушения энергии и болезней [8]. После проведения диагностики – сбора анамнеза, осмотра, ощупывания, обнюхивания, измерения температуры тела, пульсовой диагностики – интерпретируют полученные данные в системах “Инь-Ян” и “У-Син”, с учетом временной активности систем-органов. Вся получаемая информация, позволяет высказать окончательное заключение о природе, выраженности и категории заболевания. Здесь каждая часть влияет на другие, составляя единое энергетическое целое, где причина есть следствие, и наоборот. **Лечебный подход** в Восточной медицине **равноценно направлен и на патогенное начало, и на причину, и на вид проявления**, в меньшей степени вычлняя пораженную часть **из единого целого**. Так сама болезнь становится симптомом. Принципы выбора лечения полностью укладываются в энергетическую парадигму. Задача врача – диагностировать и скорректировать нарушения *ци*. В арсенале Восточной медицины - питание, травы, акупунктура (прижигание, акупрессура), массаж, методы дыхательной и физической гимнастики и т.д. Вследствие высокой клинической эффективности интерес к Восточным знаниям на Западе возрос.

Заключение. По большому счету, медицинские парадигмы Восток-Запад дополняют друг друга: углубленное изучение частей (Запад), не выпуская из виду целостность организма, как системы, и окружающей среды (Восток). Восточная медицина идет

от общего к частному и имеет больше возможностей включить в себя достижения Западной медицины [25, 33, 34, 35]. Западная медицина, все глубже изучающая детали и патологию, дальше отходит от целого. В результате, ей труднее **возвращаться к общему** с целью достижения организмом гомеостаза, гармонии, здоровья. Для Западной медицины интеграция с Восточной – более сложная задача. Вторая проблема – трудность оценки эффективности и **полная несравнимость** как нозологий, так и результатов. Западная медицина является продуктом Западного естествознания, где мысль направлена на внешние явления – объективность в смысле “увидеть, пощупать, измерить, оценить”. Наблюдение, гипотеза, прогноз, эксперимент, оценка – стандартная экспериментальная модель в Западной медицине – в соответствии с теорией Т.Куна, применима, когда исследуемые проблемы принадлежат одной и той же парадигме, когда все участники научного сообщества согласны с концептуальными (в нашем случае – медицинскими) утверждениями [28]. Восточная и Западная науки только отчасти одинаковые: обе они эмпирические, обе экспериментальные. Различие в том, что Западная медицина – это исключительно объективное (внешне подтвержденное) знание, а Восточная медицина представляет собой комбинацию объективного и субъективного, мысль ее одновременно двунаправлена на внешнее и внутреннее восприятие. Третьей проблемой интеграции для практикующих Западную медицину является **отличие подходов к процессу лечения**. В Западной медицине пациенту лечение “дают”, а в Восточной – методы дыхательной терапии и физические упражнения требуют усилий. Для этого необходима подготовка пациента к лечению, перестройка его личности.

Выводы. Как показывает история науки, прорыв в теории происходит при расширении обыденного взгляда, выхода за рамки привычного, поэтому:

1. Интеграция Восток-Запад важна, т.к. их медицинские парадигмы взаимодополняются;
2. Основная сложность, которую необходимо преодолеть Западной медицине – переключение основного акцента внимания с болезни на здоровье;

3. Восточной медицине надлежит развить свою научную базу и быть подвергнутой тестированию в соответствии с доказательной Западной медициной.

Этот путь нам важно пройти вместе во имя достижения здоровья человека и человечества.

Список литературы:

1. Агажян Н.А. Экология души: культура, нравственность, духовность. // Экология человека. – 2011. – № 2. – С. 35-38.
2. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии / Я. В. Пишель, И. И. Шапиро, М.И. Шапиро. – М.: Медицина, 1989. –144 с.
3. Антология традиционной вьетнамской мысли. X-начало XIII в. / Сост.: А.В. Никитин, В.В. Зайцев; РАН, Институт философии; Ред. М.Т. Степанянц. – М.: ИФ РАН, 1996. – 241с.
4. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е изд., доп., перераб. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
5. Васильев Л.С. История религий Востока. – М.: Высшая школа, 1988. – 416 с.
6. Войнов В.Б. Психофизиологические аспекты здоровья человека // Валеология. – 2009. – № 2. – С. 73-82.
7. Ганди М.К. Моя вера в ненасилие // Вопросы философии. – 1992. – № 3. – С. 65–66.
8. Гарбузов В.И. Человек. Жизнь. Здоровье. Древние и новые каноны медицины. – СПб: Комплект, 1995. – 429 с.
9. Глазачев О.С. Современные подходы к анализу понятия “здоровье” в аспекте формирования экологической культуры. – М.: Мысль, ЭКОЛОГИЯ, 1975. Т. 2. – 558 с.
10. Гуссерль Э. Философия как строгая наука // Логос. – 1911. – Кн.1.
11. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. 3-й изд, перераб. и допол., том 2. Болезни систем и органов. – М.: Медгиз, –1958, – 692 с.
12. Доброхотов А.Л. Категория бытия в классической западноевропейской философии. – М.: Просвещение, 1986. – 146 с.
13. Ильина И.В. Культура здоровья как основа формирования качества жизни // Вестник восстановительной медицины. – 2011. - № 6 (46). – С. 52-54.
14. История восточной философии. Учебное пособие / РАН. Институт философии; Ред. М.Т. Степанянц. – М.: ИФ РАН, 1998. – 122 с.
15. Катчмер Д. Дао биоэнергетики. – К.: София, 1998. – 256 с.
16. Кун Т. Структура научных революций. – М.: АСТ, 2002. – 269 с.
17. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлекс-

- терапии. – М.: Наука, 1990. – 576 с.
18. Малярчук Н.Н. Валеология / Учебное пособие. – Тюмень: Изд-во Тюменского государственного университета, 2008. – 270 с.
 19. Павлов И.П. Ответ физиолога психологам // Psychological Review. – 1932. – №2. – С. 39.
 20. Принципы и практика интегративной китайской и западной медицины // Традиционная медицина Восток и Запад Международный научно-практический медицинский журнал. 2004. № 1. <http://www.ew-journal.ru/online/numbers/article.php?ID=32> (Дата обращения 17.04.2013).
 21. Разинкин С.М., Толоконкин А.О., Панасенко С.Л., Методологические аспекты оценки уровня здоровья в медицине. Обзор литературы. // Физиотерапевт. – 2012. – №3. – С.33-42.
 22. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. / Под ред. Ю.П. Лисицына, Т.1. – М.: Медицина, 1987. – С.10.
 23. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
 24. Скупченко В.В., Милюдин Е.С. Фазотонный гомеостаз и врачевание. Монография. – Самара: Самарский государственный медицинский университет, 1994. – С. 220-231.
 25. Традиционная медицина и современность // Традиционная медицина Восток и Запад Международный научно-практический медицинский журнал. 2004. № 1. <http://www.ew-journal.ru/online/numbers/article.php?ID=19> (Дата обращения 17.04.2013).
 26. Фатенков В.Н. Внутренние болезни: Учебник. – М.: Медкнига, 2008. – Т.1. – 696 с.
 27. Щербакова Н. Здоровье и нездоровье. Где грань? Медпортал. URL: http://www.psj.ru/saver_magazins/detail.php?ID=7090 (дата обращения: 4.04.2013).
 28. Чалык Ю.В. Медицина: история, концепции, парадигмы. – Саратов: Аврора, 2005. – 199 с.
 29. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. – М.: С.Е.Т, 1996. – 580 с.
 30. Штефан Палош. Китайское искусство целительства. История и практика врачевания от древности до наших дней. – М.: Центрполиграф 2003. – 356 с.
 31. A. Nielsen, T.J. Kaptschuk, 2013. Gua sha and the history of traditional medicine, West and East. Gua Sha (Second Edition), pp: 1-10.
 32. J.C. Longhurst, 2010. Defining Meridians: A Modern Basis of Understanding. Journal of Acupuncture and Meridian Studies, V. 3, 2: 67-74.
 33. K. Imahori, 1987. Oriental and Modern Western Medicine: The Case for Integration. Education and Health, pp: 283-285.

34. K.N. Julliard, C. Citkovitz, D. McDaniel, 2007. Towards a Model for Planning Clinical Research in Oriental Medicine. *The Journal of Science and Healing*, V. 3, 2: 118-128.
35. Kwang-Ho Heo, Hyun-Woo Cho, Eui-Hyoung Hwang, Ki-Bong Kim, Jin-Hong Cheon, Jae-Uk Sul, Byung-Cheul Shin, 2013. The use of East-West Integrative Medicine in a national university hospital setting in Korea: A review of a new routine integrated hospital dataset. *European Journal of Integrative Medicine*, V. 5, 6: 501-505.
36. M. Cheng-Tek Tai, 2012. An oriental understanding of health. *Tzu Chi Medical Journal*, V. 24, 2: 92-95.
37. N. Robinson, J. Liu, 2012. Oriental and traditional medicine – Supporting the vision for integrated health. *European Journal of Integrative Medicine*, V. 4, 4: 363-365.
38. P. Eckman, 2002. The Theory of Oriental Medicine. *Contemporary Chinese Medicine and Acupuncture*, pp: 12-41.
39. T. Hori, 2010. Japanese Oriental Medicine. *World Neurosurgery*, V. 73, 6: 638.
40. U. Payyappallimana, M. Serbulea, 2013. Integration of traditional medicine in the health system of Japan – Policy lessons and challenges. *European Journal of Integrative Medicine*, V. 5, 5: 399-409.
41. V. CH Chung, S. Hillier, C. H. Lau, S. YS Wong, E. K. Yeoh, S. M. Griffiths, 2011. Referral to and attitude towards traditional Chinese medicine amongst western medical doctors in postcolonial Hong Kong. *Social Science & Medicine*, V. 72, 2: 247-255.
42. X. Pan, R. Valerdi, R. Kang, 2013. Systems Thinking: A Comparison between Chinese and Western Approaches. *Procedia Computer Science*, V.16: 1027-1035.
43. Y. Ishida, 1997. A theoretical analysis of oriental medicine, 1: Acupuncture. *Medical Hypotheses*, V. 49, 4: 327-335.

ДОКЛАД

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ

Михеева Любовь Валентиновна

врач высшей квалификационной категории, директор медицинского колледжа, Россия, г. Борисоглебск

E-mail: mail@bormk.zdrav36.ru

Козлукова Татьяна Васильевна

преподаватель медицинского колледжа, Россия, г. Борисоглебск

E-mail: ktv2305@mail.ru

Попова Татьяна Ивановна

преподаватель медицинского колледжа, Россия, г. Борисоглебск

E-mail: mail@bormk.zdrav36.ru

ACTUAL PROBLEMS OF MAGISTRAL FORMULA FOR THE MANUFACTURE OF DOSAGE FORMS

Lubov Mikheeva

Doctor of the highest qualification category, Director Medical College

Borisoglebsk, Russia

E-mail: mail@bormk.zdrav36.ru

Tatiana Kozlukova

Teacher Medical College, Borisoglebsk, Russia

E-mail: ktv2305@mail.ru

Tatiana Popova

Teacher Medical College, Borisoglebsk, Russia

E-mail: mail@bormk.zdrav36.ru

Аннотация

Целью работы явился анализ состояния экстермпоральной рецептуры в аптеках Борисоглебска. Выявлены проблемы экстермпорального изготовления. Проанализированы результаты исследования по вопросам отношения к производственным аптекам населения, медицинских и фармацевтических работников. Показаны преимущества экстермпоральной рецептуры. На основании проведенных исследований установлена востребованность экстермпоральной рецептуры различными специалистами: невропатологами, педиатрами, дерматологами и т.д.

Abstract Text

The aim of this work was the analysis of the state extemporaneous compounding in pharmacies Borisoglebsk. Identified the problems

of Magistral formula manufacture. Analyzed the results of the study on attitudes to industrial pharmacies of population, medical and pharmaceutical workers. Shows the advantages of extemporaneous compounding. On the basis of these investigations, we have established the relevance of the extemporaneous compounding of different specialists: neurologists, pediatricians, dermatologists, etc.

Ключевые слова: лекарственные средства, фармацевтические субстанции, рецептурно-производственные аптеки, экстермпоральная рецептура.

Keywords: therapeutic agents, pharmaceutical substance, prescription production pharmacy, Magistral formula recipe.

Сегодня существует мнение, что рецептурно - производственные аптеки и отделы изжили себя. Они были нужны лишь в условиях дефицита лекарственных средств и при насыщении рынка удобность в них исчезла. Тем более, что это еще и нерентабельно, да и хлопотно. Говорят и о том, что качество лекарственных средств аптечного производства ниже, чем у выпущенных промышленностью. Но для многих лечебных учреждений стационарного типа, для многих больных, особенно относящихся к категории социально уязвимых, до сих пор сохраняется необходимость пользоваться лекарственными средствами индивидуального приготовления[4]. Причины могут быть самые разные, поэтому во многих регионах страны индивидуальное изготовление лекарств по-прежнему остается достаточно востребованной фармацевтической услугой. Кроме того, и в рыночных отношениях аптека должна сохранять свою социальную значимость. Отечественная фармакопея насчитывает около трех сотен прописей для приготовления лекарств в аптеках[3]. Две трети из этих препаратов, по словам фармацевтов, не имеют промышленных аналогов. Это лекарства с минимальным сроком годности - они не содержат консервантов, поэтому их попросту невозможно выпускать в промышленном режиме. Среди них, детские формы с минимальным содержанием действующего вещества: например капли для носа на основе серебра. Также в аптеках производится ряд растворов и порошков для детей с неврологическими и желудочно-кишечными расстройствами - их срок

хранения составляет от суток до трех.

Целый спектр дерматологических препаратов готовится по давно разработанным прописям [3]. В отличие от заводских препаратов они не обладают многими побочными эффектами. Экстемпоральные дерматологические препараты не вызывают такого привыкания, как гормональные мази, произведенные промышленным путем.

Главное преимущество многих прописей, на которое указывают провизоры, заключается в индивидуально подобранном составе. Первое противопоказание, обозначенное во вкладыше любого заводского препарата - индивидуальная непереносимость отдельных компонентов. Индивидуально изготавливают в аптеках спиртовые косметологические суспензии, некоторые глазные капли (витаминные, калия йодида). Кроме того, в аптеках готовятся препараты, которые неинтересны крупным фармпроизводителям или производство которых затруднительно в заводских условиях. Стерильные гипертонические растворы натрия хлорида и питьевая глюкоза для новорожденных производятся только в аптеках.

Под руководством преподавателей студентами Борисоглебского медицинского колледжа проведено исследование и анализ состояния экстемпоральной рецептуры в аптеках г. Борисоглебска. В ходе исследования решались задачи: доказать необходимость производственных аптек в настоящее время, выявить преимущества экстемпоральной рецептуры и востребованные лекарственные формы, которые не могут быть заменены готовыми лекарственными препаратами промышленного производства.

В настоящее время остро стоит проблема работы производственных аптек. По данным проводимого исследования мы получили результаты: 80% опрошенных врачей, считают, что экстемпоральные лекарственные формы необходимы, что без этого не может быть аптеки: если нет изготовления лекарств, то это уже не аптека, а аптечный киоск, склад; 90% фармацевтов считают, что рецептурно-производственный отдел - это визитная карточка аптеки. Без изготовления лекарств, что всегда было основной функцией аптеки; 70% покупателей считают, производственные аптеки необходимы, и лишь 30% - что нет необходимости в производ-

ственных аптеках, так как это уже «вчерашний день», в основном это люди молодые, которые не сталкивались с такой проблемой. В ходе исследования были установлены наиболее востребованные группы лекарственных форм, которые не могут быть заменены готовыми лекарственными препаратами промышленного производства. К ним относятся стерильные растворы для внутреннего применения новорожденными, растворы окислителей, суспензии для наружного применения, мази на эмульсионных основах, лекарственные формы коллоидных растворов серебра, растворы для медицинского электрофореза, стерильные растворы для наружного применения, детские лекарственные формы с маленькими дозировками и маленькой фасовкой. При анализе данных было выделено следующие проблемы.

Проблема №1. Из чего изготавливать экстенпоральные лекарственные формы?

Фармацевтические субстанции - лекарственные средства в виде действующих веществ биологического, биотехнологического, минерального или химического происхождения, обладающие фармакологической активностью, предназначенные для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяющие их эффективность[5, с. 13-17]. Аптечный ассортимент лекарственных субстанций весьма ограничен. Необходимо его расширение за счет современных субстанций, позволяющих изготавливать высокоэффективные лекарственные формы антигипертензивных, противосудорожных, психотропных и других лекарственных средств в индивидуальных дозировках.

Проанализировав поступление субстанций в производственные аптеки, было выявлено 9 групп субстанций, среди которых отметим те группы, запасы субстанций которых необходимо иметь в аптеке:

- *Протаргол* – субстанции, входящие в эту группу, обеспечивают высокую прибыль и стабильность спроса.
- *Перманганат калия, фурацилин, калия йодид* – субстанции, входящие в эту группу, обеспечивают среднюю прибыль и стабильность спроса.

- *Колларгол и вазелин, настойка валерианы, настойка пустырника* - субстанции, входящие в эту группу, важны для прибыли, но имеют среднюю прогнозируемость спроса.

- *Формалин, магния сульфат, натрия гидрокарбонат, кальция хлорид, ланолин, глицерин, перекись водорода, натрия бромид, новокаин, эуфиллин, левомицетин, кислота никотиновая, хлоргексидин, сера, тальк, глюкоза, цинка оксид* – субстанции входящие в данную группу, приносят малую прибыль, но тем не менее пользуются устойчивым спросом[2].

Не имеют промышленных аналогов такие лекарственные формы, как растворы для электрофореза, суспензии серы и гидрофильных веществ, препараты защищенных коллоидов (протаргол, колларгол), растворы калия перманганата, ряд растворов для внутреннего употребления новорожденными и детьми до года. Сходные по составу промышленные аналоги имеют небольшие объемы фасовки, что в свою очередь неудобно и невыгодно приобретать медицинским организациям. Так, промышленностью выпускаются растворы перекиси водорода 3% фасовки по 40 и 100 мл, в то время как производственные отделы аптек могут предоставить большие объемы и различной концентрации. Также по требованиям медицинских организаций изготавливают большие объемы хлоргексидина, по 400 мл, в то время как промышленность выпускает хлоргексидин фасовкой по 100 мл. Рецептура, как в аптеках, так и учебниках по фармацевтической технологии полвека остается неизменной и в настоящее время неконкурентноспособной во многом вследствие устаревших, малоэффективных фармацевтических композиций - рецептурных прописей. Для расширения ассортимента высокоэффективных лекарственных субстанций, дозирующихся миллиграммами, необходим их выпуск в малых фасовках, от 5-10 г - для использования в аптеках. Однако производители на это не идут.

Проблема №2. Что изготавливать?

Ассортимент лекарственных форм аптечного изготовления можно существенно расширить за счет сиропов и суспензий для детской практики, содержащих современные субстанции, сухих

концентратов микстур и растворов для лекарственного электрофореза, современных лекарственных композиций в индивидуальных дозировках и других новых разработок[5, с 13-17]. Сроки годности лекарственных средств, изготавливаемых в аптеках, требуют экспериментального обоснования и пересмотра с учетом современной рецептуры [4]. Десятилетием не меняются тара и упаковка лекарственных форм аптечного изготовления. За рубежом в аптеках широко применяются крахмальные облатки для упаковки порошков (гигиеническая и удобная в применении альтернатива бумажным и вошчаным капсулам), ранее также использовавшиеся в отечественной фармации, и было бы целесообразно возобновить их выпуск. Необходимо правовое решение возможности применения полимерной тары в аптечном изготовлении жидких и мягких лекарственных форм. В результате анализа экстемпоральных лекарственных форм по видам, лидирующие позиции занимают прописи жидких лекарственных форм- 85%, 10%-твердые лекарственные формы, 8%- мягкие лекарственные формы. Анализ жидких лекарственных форм показал, что 66% составляют прописи растворов для внутреннего и наружного применения, 24% детские микстуры, 5% глазные капли 5% суспензии.

При изучении экстемпоральной рецептуры по условиям изготовления было выявлено, что 12% прописей изготавливаются в асептических условиях [6, с. 17–20, 7, с. 17-18]. В настоящее время основной ассортимент лекарственных препаратов, изготавливаемых производственными аптеками, составляют не только инфузионные растворы- 2%, но стерильные лекарственные препараты для наружного применения - тары в аптечном изготовлении жидких и мягких лекарственных форм. Нами проанализировано соответствие экстемпоральной рецептуры сборнику унифицированных прописей, а также промышленным аналогам. В «Сборнике унифицированных прописей» приведены 447 прописей, из которых 100 на сегодняшний день имеют промышленные аналоги[3]. В результате сравнительного анализа унифицированных и выписанных прописей установили, что выписанные твердые лекарственные формы на 22% соответствуют унифицированным прописям, среди жидких лекарственных форм- 17% прописей, среди которых

большое количество растворов для лекарственного электрофореза; среди мягких лекарственных форм- 10%.

Анализ прописей экстермпоральной рецептуры за 2015 год, изготавливаемой для населения, медицинских организаций, внутри-аптечной заготовки, показал, что 88% экстермпоральной рецептуры составляют двух или трехкомпонентные прописи и лишь 12% прописи, содержащие более трех компонентов. В настоящее время основной ассортимент лекарственных препаратов, изготавливаемых производственными аптеками, составляют не только инфузионные растворы- 2%, но стерильные лекарственные препараты для наружного применения- 30%, для внутреннего употребления новорожденными- 24%, большое количество глазных капель- 43%.

Проблема №3. Как изготавливать?

Проблема изготовления лекарственных средств в аптечных организациях усугубилось после вступления в силу Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». В соответствии с ч.1 ст.56: «Изготовление лекарственных препаратов аптечными организациями, ветеринарными аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, осуществляется по рецептам на лекарственные препараты, по требованиям медицинских организаций, ветеринарных организаций в соответствии с правилами изготовления и отпуска лекарственных препаратов, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»[1].

При анализе внутриаптечной заготовки в производственных аптеках г. Борисоглебска (по лабораторно-фасовочному журналу за 2014-2015 гг.) было установлено, что наибольшим спросом пользуются растворы протаргола, раствор перекиси водорода 3 % и 6% -400 мл, глазные капли - витаминные, калия йодида и др.

Проведенный анализ по экстермпоральной рецептуре показал, какие специалисты наиболее часто выписывают рецепты: наиболее часто выписывают рецепты дерматологи - 48 %, педиатры - 23 %, терапевты -12 % , меньше выписывают врачи: гинекологи - 8% и невропатологи - 9%.

Не занимаясь изготовлением лекарственных средств, многие аптечные специалисты теряют чувство причастности к системе здравоохранения. Аптеки все чаще превращаются в точки по реализации лекарственных средств, где безоговорочно преобладают торговые функции. Как следствие, выпускники нередко испытывают разочарование из-за невостребованности их знаний. Испытывают разочарование и потребители, в глазах которых аптека без изготовления лекарств теряет имидж организации здравоохранения. А ведь в любой экономической системе аптека должна быть, прежде всего, социально значимым учреждением.

Аптечная технология лекарств - вечная. Она была и будет, потому что создание лекарственного препарата всегда начинается со ступки и пестика.

Список литературы:

1. «Об обращении лекарственных средств»: ФЗ РФ от 12.04.2010 № 61 – ФЗ: в ред. от 03.07.2016 N 350-ФЗ, принят Государственной Думой РФ 24 марта 2010 г.
2. Государственная ФАРМАКОПЕЯ //XIII издание.Том 3. М., 2015.
3. Об утверждении «сборника унифицированных лекарственных прописей»: Приказ Минздрава СССР № 223 от 12.08.1991.
4. О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптечных организациях: Приказ Минздрава РФ от 16.07.1997 №214
5. Левин М. Б. Производственная деятельность аптек: проблемы и перспективы / М. Б. Левин, А. В. Солонина // Новая аптека. — 2002. — № 1. — С.13-16.
6. Леонтьева Ф. Р. Повышение эффективности аптечного изготовления лекарств / Ф. Р. Леонтьева, Р. С. Сафиуллин, Р. И. Ягутина // Фармация. — 2004. — № 4. — С. 17–20.
7. Олейник Г.А. Аптечное изготовление лекарств: проблемы и перспективы / Олейник Г.А., Чекрышкина Л.А.//Российские аптеки. - 2008. № 22 С.17-18.
8. Будущее аптечного производства – Pharmax - PharMax.ru [www.pharmax.ru/articles/Prosmatrivaet-zapis-kataloga-article1607.html]
9. Государственная фармакопея Российской Федерации – Википедия [https://ru.wikipedia.org/wiki/Государственная_фармакопея_Р_Ф]
10. Государственная фармакопея. Справки по медицине. docs.cntd.ru//document+/468203939

ТЕЗИСЫ

ИММУНОФЕРМЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛЬТЕРАЦИИ НЕРВНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

Галашина Елена Анатольевна

*кандидат биологических наук, младший научный сотрудник
научно-исследовательского института травматологии, ортопедии и
нейрохирургии СГМУ им. В.И. Разумовского, Россия, г. Саратов*

E-mail: koniuchienko1983@mail.ru

Ульянов Владимир Юрьевич

*доктор медицинских наук, профессор филиала частного учреждения
образовательной организации «Медицинский университет «Реавиз»*

Россия, г. Саратов

E-mail: v.u.ulyanov@gmail.com

IMMUNOENZYMATIC DIAGNOSTICS OF NERVOUS TISSUE ALTERATION IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL DISEASE

Elena Galashina

*Candidate of Biological Sciences, Junior Researcher of Research Institute
of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery Saratov State Medical
University Russia, Saratov*

Vladimir Ulyanov

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the private institution of the
educational organization "Medical University" Reaviz "
Russia, Saratov*

Первичное и вторичное травматические повреждения нервной ткани приводят к массивному высвобождению нейроспецифических белков в системный кровоток [1, с.355]. К настоящему времени в сыворотке крови у больных с повреждениями спинного мозга выделены нейроспецифические белки, входящие в состав миелиновой оболочки [2, с. 86-87; 3, с. 13-22].

Цель: провести иммунологическую оценку эффектов альтерации нервной ткани в остром и раннем периодах травматической болезни спинного мозга на основании изучения динамики содержания в сыворотке крови основного белка миелина и антител к миелин-ассоциированному гликопротеину.

Материалы и методы исследования. Объект исследования - 40 пациентов с осложненной травмой шейного отдела позвоноч-

ника. Контрольную группу составили 40 условно здоровых лиц. Материалом для исследования явилась сыворотка крови, полученная на 1-4, 7, 14, 21 и 30 сутки с момента получения травмы, в контрольной группе – однократно. Методом иммуноферментного анализа изучали количественное содержание основного белка миелина (MBP, нг/мл) (BioVendor, Crech Republic), антител к миелин-ассоциированному гликопротеину (anti-MAG, титр антител) (Buhlmann, Switzerland). Для статистической обработки полученных данных использовали непараметрические критерии (U-критерий Манна – Уитни) и показатель достоверности (p). Результаты считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. На 1-4 сутки посттравматического периода в сыворотке крови у пациентов с осложненной травмой шейного отдела позвоночника отмечали повышение содержания MBP в 4,77 раза по сравнению с контролем ($p < 0,05$). На 7 сутки происходило уменьшение уровня MBP в 1,72 раз по сравнению с 1-4 сутками ($p < 0,05$). К 14, 21, 30 суткам достоверных изменений содержания исследуемого показателя по сравнению с предыдущими сутками выявлено не было. На 1-4 и 7 сутки посттравматического периода в сыворотке крови больных с осложненными травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника фиксировали отсутствие достоверной разницы изменений содержания anti-MAG по сравнению с контрольными значениями ($p > 0,05$). На 14 и 21 сутки в сыворотке крови происходило увеличение уровня исследуемого показателя в 1,16 раз по сравнению с 7 сутками ($p < 0,05$) и в 1,29 раз по сравнению с 14 ($p < 0,05$). На 30 сутки различий в содержании anti-MAG в сыворотке крови по сравнению с 21 сутками выявлено не было.

Заключение. Комплексное исследование уровней содержания нейроспецифических белков в сыворотке крови позволяет оценить процесс альтерации нервной ткани в остром и раннем периодах травматической болезни спинного мозга.

Список литературы:

1. Бэр М. Нейропротекция: модели, механизмы, терапия: монография / М. Бэр; пер. с англ.; под ред. В.П. Зыкова, П.Р. Камчатного. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. 429 с.

2. Иммунологические маркеры повреждения нервной ткани при осложненной травме верхнешейного отдела позвоночника / Е.А. Конюченко, В.Ю. Ульянов, Е.В. Гладкова, Д.М. Пучиньян и др. // В книге: Вертеб্রология в России: итоги и перспективы развития. Сборник тезисов V съезда хирургов-вертеб্রологов России. Саратов, 2014. С. 86-87.
3. Методы изучения изменений в спинном мозге при травматических повреждениях периферического нерва / И.Н. Щаницын, А.Н. Иванов, С.П. Бажанов, В.Ю. Ульянов и др. // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2014. Т.13. № 1 (49). С. 13-22.

АНАЛИЗ СОСТАВА УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В 3 СТАЦИОНАРНОМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ «ОБЛАСТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ БОЛЬНИЦА №1»

Чуйко Наталья Антоновна

заместитель главного врача по медицинской части
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная туберкулезная больница №1»

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Реймус Лариса Оттовна

заместитель главного врача по организационно-методической работе
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная туберкулезная больница №1»

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Сучилов Валентин Владимирович

заведующий 3 стационарным фтизиатрическим отделением
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная туберкулезная больница №1»

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Устинова Ольга Владимировна

врач-ординатор 3 стационарного фтизиатрического отделения
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная туберкулезная больница №1», С.П. город Копейск

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

ANALYSIS OF TUBERCULOSIS DEATHS IN THE 3RD STATIONARY PHTHISIATRIC DEPARTMENT OF STATE- FINANCED HEALTH INSTITUTION “REGIONAL TUBERCULOSIS HOSPITAL №1”.

Chuyko Nataliya Antonovna

Deputy chief doctor in medical part in State-financed Health Institution
“Regional Tuberculosis Hospital №1”

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Reymus Larisa Ottovna

Deputy chief doctor in organizational and methodical work
in State-financed Health Institution “Regional Tuberculosis Hospital №1”

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Suchilov Valentin Vladimirovich

Head of the 3rd stationary phthiatric department
of State-financed Health Institution “Regional Tuberculosis Hospital №1”

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Ustinova Olga Vladimirovna

Resident physician of the 3rd stationary phthiatric department of State-financed
Health Institution “Regional Tuberculosis Hospital №1” Kopeysk

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Рост туберкулеза и смертности от него в последние годы обоснованно вызывает беспокойство фтизиатрической службы. Среди основных причин смертности от инфекционных заболеваний туберкулез занимает одно из первых мест.

Нами проанализировано 33 случая летальных исходов у больных туберкулезом, лечившихся в третьем стационарном фтизиатрическом отделении ГБУЗ «ОТБ» №1 в 2015 году.

Всего за этот период в отделении пролечено 276 чел. Летальность составила 11,9%.

Материалом для анализа послужили амбулаторные карты, истории болезни и протоколы вскрытия умерших. Изучены состав умерших, причины летальных исходов, сопутствующая патология, особенности морфологических проявлений и другие характеристики, отмеченные в историях болезней и протоколах вскрытий.

Число умерших мужчин почти в 5 раз ($n=27$) больше, чем женщин ($n=6$). В возрасте до 35 лет умерших 30%, а в возрастной группе 36 - 50 лет этот показатель увеличивается до 50%. 20% умерших в возрастной группе 51 год и старше.

Неблагополучным в эпидемиологическом значении явился социальный состав умерших. При анализе социального состава обращает на себя внимание то, что среди умерших не было ни одного работающего! Количество неработающих в трудоспособном возрасте и не имеющих инвалидности, составило - 30% ($n=10$), имеющих инвалидность - 64% ($n=21$), остальные - 6% ($n=2$) пенсионеры. Также среди всех проанализированных 12% были лица без постоянного места жительства. При изучении уровня образованности выявлено, что лица с высшим образованием - 3% ($n=1$), со средним и неполным средним образованием - 76% ($n=25$), лишь 21% ($n=7$) - со средне-специальным.

Следует подчеркнуть, что в составе умерших только 24% ($n=8$) имели семью, 18% ($n=6$) проживали с родственниками, а большая часть умерших были одинокими. Последнее обстоятельство не могло не влиять и, конечно, влияло на образ жизни заболевших, на формирование вредных привычек. Это подтверждено и объективными данными. Среди умерших злоупотребляла алкоголем большая часть больных 76% ($n=25$), наркотиками - 42,4% ($n=14$) и име-

ли сопутствующее заболевание ВИЧ инфекцией - 48,5%.(n=16).

У 51,5% (n=17) умерших в анамнезе отмечено пребывание в учреждениях уголовно-исправительной системы. Из них у большей части был выявлен туберкулез после освобождения из заключения 47,2% (n=8), во время заключения выявлено 17,6%.(n=3). Остальные туберкулезом заболели до отбывания наказания в МЛС.

В общем числе умерших 36,4% (n=12) принадлежит впервые выявленным лицам. Основной причиной прогрессирования туберкулеза у этой категории заболевших и умерших являлось отсутствие приверженности к лечению - 78,8%. (n=26), а также лекарственная устойчивость к АБП: из них МЛУ - 60,6% (n=20), ШЛУ - 21% (n=7) и наличие сопутствующих заболеваний: ВИЧ – инфекция 48,5% (n=16), алкоголизм - 70% (n=23), наркомания - 45,5% (n=15).

Проведенным анализом среди причин летальных исходов подтверждено и позднее выявление туберкулеза, составившее в проанализированном материале 64% (n=21). Одной из причин позднего выявления следует подчеркнуть значение несвоевременного обращения к врачу при наличии очевидных симптомов и субъективных жалоб у больных в течение нескольких месяцев и даже лет. 51,5% (n=17) умерших не проходили ФОГ-осмотры более 2-х лет. В ряде случаев причиной позднего выявления туберкулеза явилось отсутствие бдительности у участковых терапевтов и врачей поликлинического звена, курирующих больных с ошибочными диагнозами при наличии жалоб, которые должны были способствовать формированию подозрения на туберкулезную инфекцию. При наличии названных просчетов не удивительно, что наибольший удельный вес 61 % (n=20) среди умерших составили длительно болеющие туберкулезом.

Запущенные формы туберкулеза представлены фиброзно-кавернозным туберкулезом - 51,5% (n=17), казеозной пневмонией - 6% (n=2), диссеминированным туберкулезом с распадом - 9% (n=3), а остальные 33,5% (n=11) – инфильтративным туберкулезом.

О позднем выявлении заболевания и развитии тяжелых и распространенных процессов свидетельствует тот факт, что 27,3% (n=9) среди всех умерших, составили лица, состоящие на диспан-

серном учете менее 1 года.

Обращает на себя внимание высокая частота сочетания поражения легких с другими локализациями туберкулеза. Наиболее часто отмечено вовлечение в процесс внутригрудных лимфатических узлов - 12% (n=4). Гематогенное обсеменение наблюдалось одинаково часто в печени и селезенки по 12 %. В единичных случаях выявлено поражение почек, мозговых оболочек, позвоночника.

Анализируя каждый случай смерти, мы пытались выяснить факторы, которые могли быть связаны с летальным исходом. Одним из факторов явилось прогрессирование туберкулезного процесса – 51,5% (n=17) случаев, что способствовало формированию фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Вторым отрицательным моментом явилось нерегулярное лечение – 78,8 % больных. Эти больные находились в стационаре по 2-3 месяца без последующего лечения или отказывались от хирургического вмешательства. Как правило, они не соблюдали внутрибольничный режим, злоупотребляли алкоголем и наркотиками, в связи с чем часто досрочно выписывались или самовольно уходили из стационара - 84,8% (n=28).

Наиболее частой непосредственной причиной смерти явились неспецифические осложнения: декомпенсированное легочное сердце – 75,7% (n=25), легочное кровотечение – 6% (n=2), кровотечение из расширенных вен пищевода- 3% (n=1), отек головного мозга - 12% (n=4), злокачественные заболевания – 3% (n=1).

Заключение.

Из вышеизложенного можно сделать выводы о том, что наибольший удельный вес (61%) среди умерших в 3 стационарном фтизиатрическом отделении составили длительно болеющие туберкулезом, у 80% из них отсутствовала приверженность к лечению, значительная часть умерших имела лекарственную устойчивость к АБП, а также наличие сопутствующей патологии: ВИЧ - инфекция, алкоголизм, наркомания.

Учитывая, что основными путями снижения летальных исходов туберкулеза легких является раннее выявление туберкулеза, своевременная диагностика и комплексное лечение фтизиатрам необходимо: наладить тесное сотрудничество больного и медицинско-

го персонала для усиления приверженности больных к лечению. Лечение больных должно быть комплексным. Необходимо усиление контроля за регулярной контролируемой химиотерапией, расширение фтизиохирургической помощи больным, улучшение диагностики и лечения сопутствующих заболеваний, выполнение натуральных норм питания. Кроме приема современных АБП, необходимо как можно шире использовать немедикаментозные методы лечения: коллапсотерапию, лимфотропную и эндобронхиальную терапию. Для повышения эффективности лечения и уменьшения летальности необходимо своевременно предупреждать осложнения, используя современные методы диагностики и лечения. С целью раннего выявления туберкулеза, организации правильного и своевременного лечения и диспансерного наблюдения, а также недопущения или ограничения распространения туберкулеза среди населения необходимо повышение качества межведомственной работы фтизиатров с общемедицинской сетью и другими заинтересованными внездравоохраненческими службами.

Список литературы:

1. Аминев Э.Х., Гольянова К.И., Аминев Х.К., Зулъкарнаев Т.Р., Аталипова И.Н., Янборисова Г.Р. Смертность от туберкулеза органов дыхания в крупном промышленном городе. // Туб. – 2013. - №3. – С. 26-32
2. Быхалов Л.С. Медико-социальная характеристика умерших от туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Сибирский медицинский журнал. 2013;(8):94-97. doi:10.1234/xxxx-xxxx-2013-8-94-97

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АРГАЯШСКОМ РАЙОНЕ В РАЗНЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ПЕРИОДЫ (1993-1995 И 2013-2015Г.Г.)

Казakov Василий Степанович

кандидат медицинских наук, главный врач Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная туберкулезная больница № 1»

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Кулуева Фарида Рифовна

заведующая структурным подразделением с. Аргаяш

E-mail: otbarg@mail.ru

Сухановский Юрий Иванович

*заведующий стационарным фтизиатрическим отделением
структурного подразделения с. Аргаяш*

E-mail: otbarg@mail.ru

Гузайров Вагиз Вадимович

*врач фтизиатр структурного подразделения с. Аргаяш
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная
туберкулезная больница №1», С.П. с. Аргаяш*

E-mail: otbarg@mail.ru

COMPARATIVE DESCRIPTION OF FIRST DISCOVERED CONSUMPTIVE PEOPLE IN ARGAYASH REGION IN DIFFERENT TIME PERIODS (1993-1995 AND 2013-2015)

Kazakov Vasily Stepanovich

*Candidate of medical science, head physician of State-financed Health Institution
“Regional Tuberculosis Hospital №1”*

E-mail: otbkopeisk@bk.ru

Kulueva Farida Rifovna

Head of structural subdivision in Argayash

E-mail: otbarg@mail.ru

Suhanovskiy Yuriy Ivanovich

Head of stationary phthisiatric department of structural subdivision in Argayash

E-mail: otbarg@mail.ru

Guzairov Vagiz Vadimovich

*Phthisiatrician doctor of structural subdivision in Argayash
State-financed Health Institution “Regional Tuberculosis Hospital №1” Argayash*

E-mail: otbarg@mail.ru

В процессе настоящего исследования, проведенного в Аргаяшском районе Челябинской области в двух разных социально-экономических периодах, авторами проведена сравнительная оценка контингентов впервые выявленных больных туберкулёзом в период 1993-1995 гг. (первый период) и 2013-2015 гг. (второй период).

Объективные условия жизни, психологический климат среди населения, равно как и эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу, объем и количество противотуберкулёзных мероприятий были в эти два периода неодинаковы.

На рисунке №1 приводится количество больных туберкулёзом, впервые выявленных в два сравниваемых периода.

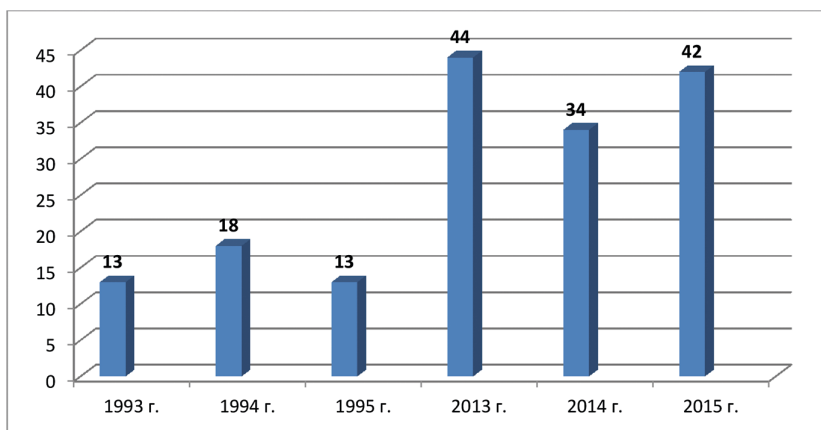


Рис. №1 Количество больных туберкулёзом, впервые выявленных в разные временные периоды.

Данные рисунка свидетельствуют о том, что общее количество впервые выявленных больных во втором периоде увеличилось почти в 3 раза.

Среди впервые выявленных больных в оба периода исследования преимущество было за мужчинами (первый период – 76,4%, второй период - 69,2%).

Обращает внимание то, что в составе впервые выявленных больных в оба периода удельный вес молодых возрастов (до 40 лет) составляет более половины (52,8 % и 54,2% соответственно). При этом установлено то, что женщины в молодом возрасте заболевают значительно чаще (64,7% - в первом периоде и 64,9% - во втором), чем мужчины (49,1% и 47% соответственно).

Сравнительная оценка состава больных в разные периоды времени выявила различия и в формах, и в локализации туберкулёзного процесса. Во втором периоде значительно вырос туберкулёз органов дыхания (с 86,1% до 96,7%) и естественно уменьшился

внелегочный туберкулёз (с 13,9% до 3,3%).

В структуре туберкулеза органов дыхания первое место в оба периода исследования занимает инфильтративный туберкулез (соответственно 54,1% и 63,6%).

Обращает внимание то, что во втором периоде значительно меньше стало очагового туберкулёза (с 29% до 6,7%) и нет больных с туберкуломами, но значительно вырос диссеминированный туберкулез (с 3,2% до 16,2%). Нужно обратить также внимание на то, что на высоких цифрах остается число вновь выявленных больных плевритом туберкулезной этиологии (9,6% и 6,1% соответственно). Это еще раз говорит о том, что больные часто выявляются на поздних стадиях, с запущенными формами заболевания.

Следует подчеркнуть, что при характеристике вновь выявленных больных во втором периоде установлена их сравнительно большая, чем в первом периоде, эпидемиологическая опасность (рисунок №2).

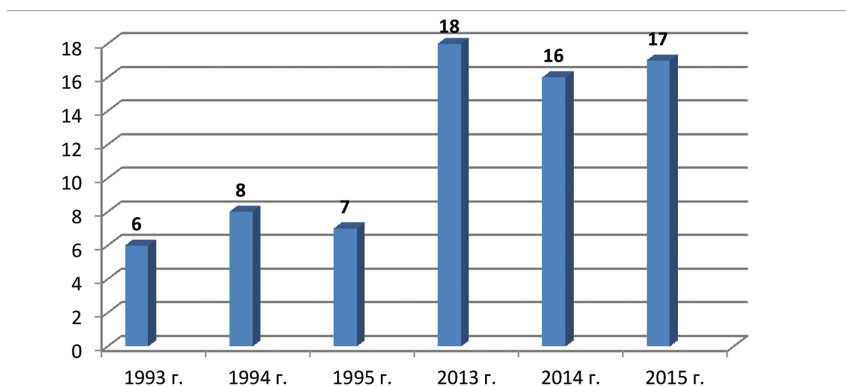


Рис. №2 Количество больных с бактериовыделением, впервые выявленных в разные временные периоды.

При анализе данного рисунка отчетливо видно то, что количество вновь выявленных больных с бактериовыделением во втором периоде исследования значительно возросло (в абсолютных цифрах: с 21 до 51 человека).

Ежегодный очень большой «прирост» бактериовыделителей ведет к тому, что распространенность туберкулеза с бактериовыделе-

нием в Аргаяшском районе значительно превышает среднеобластные показатели (рисунок №3).

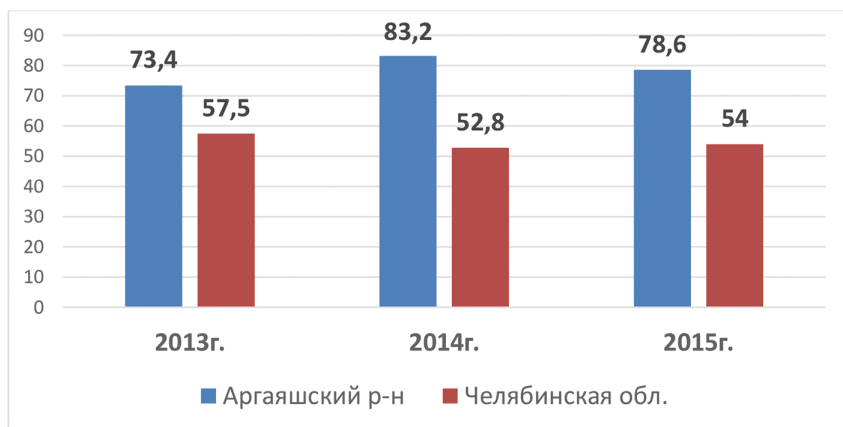


Рис. №3 Распространённость туберкулеза с бактериовыделением (на 100 тыс. населения).

Еще больше усугубляет эпид. ситуацию по туберкулезу то, что в девяностые годы в районе не выявлялись и по всей видимости их и не было, больные с сопутствующей патологией: ВИЧ – инфекция, наркомания, алкоголизм, а также больные с МЛУ, которых за последние 3 года выявлено соответственно: ВИЧ – инфекция - 21, наркомания - 6, алкоголизм - 47 и больные с МЛУ - 4 человека.

Как всем хорошо известно, диспансерное наблюдение и лечение данных больных значительно затруднено и очень часто не дает положительных результатов.

Обращает на себя внимание то, что резко, в худшую сторону, изменился социальный состав вновь выявленных больных. В первом периоде исследования работающие составили 77,4%, а во втором всего 16,7%. Ухудшает и без того грустную картину и то, что во втором периоде выявлено 10 БОМЖей и 7 неизвестных диспансеру, у которых диагноз был установлен только после вскрытия, а в девяностые годы за анализируемый период был выявлен 1 БОМЖ и 1 неизвестный диспансеру.

Во втором периоде немного увеличилось количество вновь выявленных больных в процентном отношении, выявленных при флюорографическом осмотре с 51,2% до 57,5%. Однако, обращает

на себя внимание значительное увеличение в абсолютных цифрах вновь выявленных больных, во втором периоде с 19 до 44, которые были выявлены по обращаемости. А это говорит о том, что больные были взяты на учет с тяжелыми, запущенными формами заболевания со всеми вытекающими отсюда последствиями.

География расселения вновь выявленных больных практически не изменилась – как и в прежние годы они проживали или были прописаны во всех сельских поселениях района. Следует подчеркнуть, что во втором периоде исследования появился такой отрицательный момент: 19 вновь выявленных больных прописаны в районе, а проживают в г.г. Челябинске, Кыштыме или неизвестно где. Естественно, диспансерное наблюдение и лечение таких больных крайне затруднено, а в некоторых случаях – практически невозможно.

Следует обратить внимание на то, что во втором периоде исследования значительно уменьшилась приверженность к лечению вновь выявленных больных (также, как и всей группы активных больных). Об этом говорит то, что несмотря на практически стопроцентную госпитализацию вновь выявленных больных во втором периоде исследования были выписаны из стационара за нарушение режима и самовольный уход от 65% до 72% больных. Данный показатель в девяностые годы составлял 27 – 32%%.

Таким образом, предпринятое комплексное медико-социальное исследование позволило провести сравнительную оценку состава больных с впервые выявленным туберкулезом в периоды 1993 – 1995гг. и 2013 – 2015гг.

Выводы:

Во втором периоде исследования (2013-2015гг.) по сравнению с первым периодом исследования(1993-1995гг.) изменились в худшую сторону следующие показатели:

- общее количество вновь выявленных больных увеличилось почти в три раза (с 44 до 120 человек);
- значительно вырос в процентном отношении туберкулез органов дыхания (с 86,1% до 96,7%);
- уменьшился в процентном отношении очаговый туберкулез (с 29,1% до 6,6%) и не выявлялись больные с туберкуломами;

- в 2,5 раза выросло количество больных с бактериовыделением (с 21 до 51 человека);
- стали выявляться больные с ВИЧ-инфекцией и множественной лекарственной устойчивостью;
- в худшую сторону изменился социальный состав вновь выявленных больных: количество работающих среди них уменьшилось с 77,4% до 16,7%, а количество лиц БОМЖ увеличилось с 1 до 10;
- значительно ухудшилась приверженность к лечению вновь выявленных больных.

Все это говорит об ухудшении эпидситуации по туберкулезу в Аргаяшском районе во втором периоде исследования по сравнению с первым.

Список литературы:

1. Нечаева О.Б. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей по туберкулезу в Российской Федерации // Туб. – 2012. - №8. – С. 16-22.
2. Соловьев Е.О., Кибрик Б.С. Особенности проблемы туберкулеза среди сельского населения Ярославской области // Туб. – 2009. - №3. - С.15-18.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ДЕНЕЖНЫХ РАСХОДОВ НА ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ

Алексеевко Сергей Павлович

Кандидат медицинских наук, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

E-mail: pitan@donses.ru

Гуливец Александр Николаевич

Кандидат медицинских наук, Ростовский государственный медицинский университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

E-mail: zavpitan@donses.ru

Комарова Римма Фёдоровна

Кандидат медицинских наук, доцент Ростовского государственного медицинского университета, Россия, г. Ростов-на-Дону

E-mail: gigienafpkpps@rambler.ru

Машидиева Майягозель Сахиповна

Кандидат медицинских наук, доцент Ростовского государственного медицинского университета, Россия, г. Ростов-на-Дону

E-mail: gigienafpkpps@rambler.ru

HYGIENE RECOMMENDATIONS FOR OPTIMIZATION OF CASH COSTS FOR FOOD

Sergey Alekseenko

MD, PhD, Rostov State Medical University, Russia, Rostov-on-Don

E-mail: pitan@donses.ru

Gulivets Alexander

MD, PhD, Rostov State Medical University, Russia, Rostov-on-Don

E-mail: zavpitan@donses.ru

Komarova Rimma Fedorovna,

Ph.D., Associate Professor Department of Hygiene Rostov State Medical University, Russia, Rostov-on-Don

E-mail: gigienafpkpps@rambler.ru

Mashdieva Mayyagozel Sahipovna Ph.D.,

Associate Professor Department of Hygiene Rostov State Medical University, Russia, Rostov-on-Don

E-mail: gigienafpkpps@rambler.ru

Аннотация

В статье представлены результаты изучения фактического питания мужского населения Ростовской области. Проводилась оценка индекса пищевой плотности суточных рационов питания. Выявлена группа риска по возможному развитию алиментарно-зависимой заболеваемости. Определены дефицитные в питании нутри-

енты. Разработаны рекомендации по включению в рацион питания пищевых продуктов с низкой нутриентной ценой.

Abstract Text

The article presents the results of a study of the actual power of the male population of the Rostov region. The estimation of the density index of food diets daily. Revealed risk group for possible development of alimentary-dependent diseases. Identified scarce nutrients in the diet. Recommendations for inclusion in the diet of foods with low nutrient price.

Ключевые слова: питание населения; индекс пищевой плотности пищевых продуктов; оптимизация расходов на продукты питания.

Keywords: nutrition; food density index foods; optimizing spending on food.

Проведенные в Ростовской области гигиенические исследования позволили установить, что «фактическое питание населения Ростовской области характеризуется разбалансированностью, недостатком белков животного происхождения, дефицитом биологически активных веществ, пищевых волокон, пектина. В рационе отмечается низкое содержание кальция, железа, магния, йода при неблагоприятном соотношении между кальцием и фосфором» [1, с. 31]. По этой причине мониторинг состояния фактического питания населения Ростовской области всегда являлся приоритетным направлением деятельности санитарно-эпидемиологической службы Ростовской области. Результаты проводимого мониторинга ежегодно анализируются с целью разработки приоритетных профилактических мероприятий среди населения Ростовской области.

Однако, формулируя гигиенические рекомендации по оптимизации питания населения нельзя не учитывать вопросы, связанные с уровнем реальных доходов и расходами на приобретение отдельных пищевых продуктов. Согласно пояснительной записке об итогах социально-экономического развития Ростовской области за 2016 год средняя заработная плата в Ростовской области выросла на 7,2 %, составив 25,9 тысяч рублей. Несмотря на рост, реальные

доходы населения Ростовской области продолжают снижаться — за год на 4,9 %, тогда как по итогам 9 месяцев 2016 года снижение составляло 3 %. Это общероссийская тенденция, причём в целом по стране снижение ещё более ощутимо — 5,2 % [2, с. 5].

Вышеизложенное приводит к необходимости подготовки гигиенических рекомендаций для групп риска по употреблению пищевых продуктов, в которых на единицу калории приходится большее количество нутриентов, то есть продуктов с высокой пищевой плотностью, и одновременно низкой нутриентной ценой.

В данном исследовании были изучены рационы питания мужского населения, которому в большей мере, чем женщинам, свойственны нарушения в структуре и режиме питания.

Цель настоящего исследования: разработка рациональных с точки зрения денежных расходов гигиенических рекомендаций для группы риска по вероятному развитию алиментарно-обусловленных заболеваний в выборке мужчин.

В 2016 году изучено фактическое питание 2022 жителей Ростовской области мужского пола от 18 до 65 лет, отобранных из всех административных территорий методом кластерной выборки. Фактическое питание изучалось в весенне-летний период методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания. Показатели химического состава рационов рассчитывали с помощью справочника «Химический состав российских продуктов» под ред. член-корр МАИ, проф. И.М. Скурихина. Распределение уровня потребления пищевых продуктов и содержания нутриентов в суточном рационе питания обследуемых лиц описывались при помощи медианы и интерквартильной широты (значениями 25-го и 75-го перцентилей). Оценку химического состава и энергетической ценности рациона, расчет и оценку вероятностных рисков неадекватного потребления пищевых веществ проводили в соответствии с МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах различных групп населения РФ». Для сравнения пищевой плотности рационов питания использована её числовая характеристика — индекс пищевой плотности (далее по тексту - ИПП), которая представляет собой степень удовлетворения потребности индивида в определенном нутриенте при запол-

нении калоражной корзины индивида лишь этим продуктом. Нутриентная цена – стоимость такого количества продукта, которое способно удовлетворить суточную потребность индивидуума в определенном нутриенте. Расчет общего ИПП всех потребленных продуктов для каждого индивида выборки производился с использованием таблиц базы данных Национальной академии наук США по составу продуктов версии SR-20 [3]. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета компьютерных программ SPSS 11.5.

Средние цены на ряд продовольственных товаров по Ростовской области приняты согласно данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ростовской области.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе проведенного исследования были вычислены ИПП всех продуктов, входящих в рацион питания каждого индивида, попавшего в выборку, с последующим вычислением общего ИПП для каждого рациона и ИПП всей совокупности рационов питания.

Медиана полученного распределения ИПП суточных рационов питания всей изученной совокупности мужчин составила 1,1 (25-й перцентиль составил 0,95, 75-й перцентиль составил 1,26). Значение среднего ИПП более 1 свидетельствует о достаточном разнообразии и полноценности суточных рационов питания опрошенных мужчин в целом.

С целью выявления группы риска по недостаточному потреблению нутриентов и выявления дефицитных нутриентов, в зависимости от значения ИПП вся выборка была разделена на две группы:

- мужчины, рацион которых имеет $\text{ИПП} > 1$;
- мужчины, рацион которых имеет $\text{ИПП} < 1$.

Удельный вес индивидов, рацион которых имеет $\text{ИПП} < 1$, составил 32 %. В рационе питания данной группы мужчин присутствуют в основном продукты со средним $\text{ИПП} < 1$. Такой рацион не сможет удовлетворить потребность во всех нутриентах, каким бы разнообразным он не был. Оценка типичного суточного рациона питания мужчин с $\text{ИПП} < 1$ представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Оценка типичного рациона питания мужчин с ИПП<1 по энергетической ценности и химическому составу

Показатели (в сутки)	Медиана	Процентили		Норма	Вывод
		25-й	75-й		
Энергия, ккал	2706	1856	3931	2100-4200	адекватное потребление
Белок, г	87	56	129	65-117	адекватное потребление
Жиры, г	83,7	55	128,7	70-154	адекватное потребление
Углеводы, г	322	211	471	303-586	адекватное потребление
Пищевые волокна, г	27	17	39	не менее 20	адекватное потребление
Витамин С, мг	96	58	151	90-2000	адекватное потребление
Витамин В1, мг	1,2	0,8	1,8	не менее 1,5	недостаточное потре- бление (низкий риск)
Витамин В2, мг	1,3	0,9	1,8	не менее 1,8	недостаточное потре- бление (низкий риск)
Ниацин, мг	16	11	24	20-60	недостаточное потре- бление
Витамин А , мкг рет.экв.	552	282	1088	900-3000	недостаточное потре- бление (средний 50% риск)
Витамин Е, мг ток. экв	14	8	23	15-300	недостаточное потре- бление
Кальций, мг	574	337	873	1000-2500	недостаточное потре- бление (средний 16 % риск)
Фосфор, мг	1182	803	1755	не менее 800	адекватное потребление
Магний, мг	377	260	562	не менее 400	недостаточное потре- бление
Калий, мг	3252	2318	4395	не менее 2500	адекватное потребление
Натрий, мг	2413	1390	3720	не менее 1300	адекватное потребление
Железо, мг	19,6	13,3	27,6	не менее 10	адекватное потребление

Типичный суточный рацион питания мужчин с ИПП < 1 по содержанию большинства нутриентов является недостаточным (рисковым) и характеризуется:

– низким (2 %) риском недостаточного потребления витаминов В1, В2;

– средним (16 %) риском недостаточного потребления кальция;
– средним (50 %) риском недостаточного потребления витамина А;

– недостаточным потреблением ниацина, магния, витамина Е.

Таким образом, рацион 32 % опрошенных мужчин в выборке не является полноценным и может привести к истощению запасов перечисленных нутриентов в организме.

Оценка типичного рациона питания мужчин с ИПП<1 по энергетической ценности и химическому составу явилась основой для составления адресного прогноза развития алиментарно-зависимой заболеваемости среди населения, проживающего на изучаемой территории, и разработки профилактических рекомендаций по оптимизации ИПП рационов питания.

С целью подготовки оптимальных с точки зрения денежных расходов рекомендаций по включению в рацион отдельных пищевых продуктов соотнесена их цена с количеством содержащихся в них нутриентов, а не с их массой или количеством калорий.

Как следует из таблицы 1, рацион питания мужчин дефицитен по кальцию (средний 16 % риск) и витамину А (средний 50 % риск).

Основными эффективными пищевыми источниками витамина А являются масло сливочное, рыба, сметана, сыры сычужные твердые и мягкие, яйца куриные, молоко пастеризованное, творог жирный, печень говяжья. Для каждого продукта вычислена нутриентная цена, равная отношению количества продукта (в кг) в размере калоражной корзины (2000 ккал) и его ИПП по витамину А (таблица 2).

Таблица 2.

**Нутриентная цена пищевых продуктов - источников
витамина А**

Наименование продукта	Цена за 1 кг*	Масса в 2000 ккал (кг)	ИПП по вит А	Нутриентная цена, руб
Масло сливочное	417	0,28	2,1	56
Рыба	143,5	1,25	0,4	448
Сметана	186,39	1,5	1,8	155
Сыры сычужные твердые и мягкие	440,23	0,56	1,5	164

Яйца куриные	120,44	1,4	2,2	77
Молоко пастеризованное	49,34	3,35	1	165
Творог жирный	263,84	1,95	0,9	572
Печень говяжья	199,9	1,5	82	4

** Средние цены на ряд товаров и платных услуг по городам Ростовской области на 25.07.2016 г. [4].*

Как следует из расчетов, указанных в таблице 2, наиболее выгодно покупать витамин А в виде печени говяжьей (суточная доза витамина А стоит 4 рубля), масла сливочного (суточная доза витамина А стоит 56 рублей), яиц (суточная доза витамина А стоит 77 рублей).

Основными эффективными пищевыми источниками кальция являются продукты животного происхождения: молоко питьевое, кефир, творог жирный, сыры сычужные твердые и мягкие, рыба (таблица 3). Для каждого продукта вычислена нутриентная цена, равная отношению количества продукта (в кг) в размере калоражной корзины (2000 ккал) и его ИПП по кальцию (таблица 3).

Таблица 3.

Нутриентная цена пищевых продуктов - источников кальция

Наименование продукта	Цена за 1 кг*	Масса в 2000 ккал (кг)	ИПП по кальцию	Нутриентная цена, руб
Молоко питьевое	49,34	3,35	3	55
Кефир	40	5	4,6	43
Творог жирный	263,84	1,95	0,9	572
Сыры сычужные твердые и мягкие	440,23	0,56	3,3	75
Рыба	143,5	1,25	0,6	299

** Средние цены на ряд товаров и платных услуг по городам Ростовской области на 25.07.2016 г. [4].*

Как следует из расчетов, указанных в таблице 3, наиболее выгодно покупать кальций в виде кефира (суточная доза кальция стоит 43 рубля), молока питьевое (суточная доза кальция стоит 55 руб), сыров сычужных твердых и мягких (суточная доза кальция стоит 75 рублей).

Выводы:

1. Проведенная оценка фактического питания населения на основе изучения ИПП позволила получить инструмент для комплексной оценки питания изученной группы, отражающий степень удовлетворения её потребностей в нутриентах в целом.

Выявлены заведомо неполноценные суточные рационы питания мужчин (32 % от общего количества), требующие коррекции.

2. Установлено, что первоочередного внимания требует ситуация с низким потреблением мужчинами витаминов А, кальция, являющиеся значимыми для выявленной группы риска.

3. Проведенное исследование позволило определить пищевые продукты, имеющие наименьшую нутриентную цену.

Список литературы:

1. Айдинов Г.В. Современные гигиенические технологии в решении региональных проблем охраны здоровья населения: автореферат дис. ... доктора медицинских наук / Г.В. Айдинов.- Москва, 1999.- 50 с.
2. Информация об итогах социально-экономического развития Ростовской области в январе-декабре 2016 года. Официальный портал Министерства экономического развития Ростовской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mineconomikiro.ru/m52a.php>. – 20.02.2017.
3. United States Department of Agriculture Agricultural Research Service. Таблицы базы данных Национальной академии наук США по составу продуктов версии SR-20 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ars.usda.gov/nutrientdata>. – 20.02.2017.
4. Средние цены на ряд товаров и платных услуг по городам Ростовской области на 25.07.2016г. Официальный интернет-сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ростовской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rostov.gks.ru>. – 20.02.2017.

СОДЕРЖАНИЕ:

Калинин А.В., Кузнецов В.В., Карашук Е.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЕ КОЛЛЕКТИВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	3
Сидоренко А.А., Кулиш О.В., Бутовец Г.В. КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	12
Кулиш О.В., Сидоренко А.А., Бутовец Г.В. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ЛИЦАМИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМ ДЕФИЦИТОМ	17
Бронникова Е.А. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	24
Устинова О.И. ДОСТИЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАДИГМ ВОСТОК–ЗАПАД	30
Михеева Л.В., Козлукова Т.В., Попова Т.И. Доклад. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ	41
Галашина Е.А., Ульянов В.Ю. Тезисы. ИММУНОФЕРМЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛТЕРАЦИИ НЕРВНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА	49
Чуйко Н.А., Реймус Л.О., Сучилов В.В., Устинова О.В. АНАЛИЗ СОСТАВА УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В 3 СТАЦИОНАРНОМ ФТИЗИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ «ОБЛАСТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ БОЛЬНИЦА №1»	52
Казаков В.С., Кулуева Ф.Р., Сухановский Ю.И., Гузаиров В.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АРГАЯШСКОМ РАЙОНЕ В РАЗНЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ПЕРИОДЫ (1993-1995 И 2013-2015Г.Г.)	57
Алексеев С.П., Гуливец А.Н., Комарова Р.Ф., Машдиева М.С. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ДЕНЕЖНЫХ РАСХОДОВ НА ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ	63

Научное издание

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
Международной научно-практической конференции
«Теоретические и практические направления развития
здравоохранения: традиции и инновации»

Подписано к печати 18.01.2017 г. Бумага офсетная.
Формат 60х84/16. Усл. печ. л. 3,72. Гарнитура Таймс.
Тираж 210 экз. Заказ № 1/1801-17.

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 45

ООО «Издательство Десятая Муза»
410056, г. Саратов, ул. Астраханская, 88. Тел.: (8452) 90-55-40
129329 г. Москва, СВАО, ул. Ивовая, 2. Тел. 8-800-222-22-18
e-mail: izd-muza@yandex.ru
www.desyataya-muza.com

Отпечатано в типографии ООО «Издательство Десятая Муза»