АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X Издательский дом "Плутон" www.idpluton.ru

Выпуск №26

КЕМЕРОВО 2018

17 декабря 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии.

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал **«Авиценна»**, входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru
Подписано в печать 17.12.2018 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМИ ПОЛИКЛИНИКИ № 2 ГОРОДА ИЖЕВСКА, ОКАЗЫВАЮЩАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ТЕХНОЛОГИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА 4
Хуснутдинова Д.И., Сабирова И.В., Попова Н.М.
2. АБОРТ- АКТУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА 7
Сидорова А.А., Главатских Е.А., Толмачев Д.А.
3. ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.. 10
Гилязова А.Р., Ганиева Р.Р., Толмачёв Д.А.
4. КАПИЛЛЯРНОЕ РУСЛО ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК 18
Маликиев И.Е., Койбаев С.З.
5. ОСОБЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ УВИНСКОГО РАЙОНА УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 20
Грязева Е.М., Попов А.В., Попова Н.М.
6. РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ АБХАЗИЯ И УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 24
Семибратова Е.В., Любимцева М.С., Попова Н.М.
7. ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С АДАПТАЦИЕЙ В ОБЩЕСТВЕ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ 26
Толмачев Д.А., Ракита Л.Р., Вахрушева И.В.
8. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ 31
Попова Н.М., Петрова И.П., Сендюкова А.Р.
9. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ 35
Эргашев У.М., Аширов С.К., Мадрахимов Б.С.
10. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИКРОИМПЛАНТОВ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА 38
Абдылдаев С.Т., Масаева Р.А., Камчыбекова А.Ш.
11. ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРШИХ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ ПРИ АУТОПСИИ……..…….44
Павлова Л.А., Волкова Д.О., Попова Н.М.
12. ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. 48
Попова Н.М., Макарова Е.А., Аммосов Р.И.
13. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ ИГМА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА С 1 ПО 6 КУРСЫ 50
Каримова Г.А., Хамадуллин А.А., Савельев В.Н.
14. АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ АБОРТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 52
Сидорова А.А., Главатских Е.А., Толмачев Д.А.
15. ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 55
Эргашев У.М., Уринов Т.Ш., Мадрахимов Б.С.
16. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ 58
Попов А.В., Вильданова Л.И., Попова Н.М.
17. ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ ЛЮДЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ..63
Толмачев Д.А., Ракита Л.Р., Вахрушева И.В.
18. ЗАВИСИМОСТЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ОТ ПОЛА.. 67
Камалеева А.Р., Баллеева Е.В., Ананин В.О., Савельев В.Н.

Хуснутдинова Диана Ильдаровна
Khusnutdinova Diana Ildarovna
студентка 4 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская Государственная Медицинская Академия», РФ, Удмуртская Республика, г. Ижевск

Сабирова Ильвира Василевна
Sabirova Ilvira Vasilevna
студентка 4 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская Государственная Медицинская Академия», РФ, Удмуртская Республика, г. Ижевск

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalia Mitrofanovna
д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО «Ижевская Государственная Медицинская Академия»,
РФ, Удмуртская Республика, г. Ижевск
E-mail: kafedra-ozz@mail.ru

УДК 614.2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМИ ПОЛИКЛИНИКИ № 2 ГОРОДА ИЖЕВСКА, ОКАЗЫВАЮЩАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ТЕХНОЛОГИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

QUALITY ESTIMATION OF PROVIDED MEDICAL SERVICES BY THE PATIENTS OF THE POLYCLINIC № 2 OF THE CITY IZHEVSK, WHICH IS PROVIDING MEDICAL SERVICES IN THE TECHNOLOGY OF LEAN MANUFACTURING

Аннотация: В статье представлены результаты исследования деятельности поликлиники, реализующая программу «Бережливая поликлиника».

Abstract: The article presents the results of research activities of the polyclinic, which realizes the program “Lean polyclinic”.

Ключевые слова: здравоохранение, бережливая поликлиника, бережливое производство, качество медицинских услуг, доступность медицинских услуг.

Keywords: healthcare, lean polyclinic, lean manufacture, quality of medical services, access to medical services.

Актуальность: На сегодняшний день доступность оказываемых медицинских услуг, повышение удовлетворенности пациентов, отсутствие очередей, доброжелательное отношение к пациенту, создание максимально комфортных условий являются основополагающими принципами успешной организации работы медицинского учреждения. Также реализация проекта направлена на повышение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь и совершенствование организации рабочих мест, обеспечивающей безопасность и комфортность работы сотрудников [1]. На этих принципах основан проект «Бережливая поликлиника». Бережливое производство должно предусматривать принцип бережного отношения не только к пациенту, но также к персоналу и к ресурсам [3]. С 26 апреля 2017 года поликлиника № 2 города Ижевска Удмуртской Республики включена в Федеральный проект [2]. Приоритетной целью проекта является сокращение времени нахождения пациента в поликлинике. Для достижения этой цели в городской поликлинике № 2 выбрали несколько направлений: открытая регистратура, отдельный вход в отделение профилактики с самостоятельным входом и кабинетами специалистов для быстрого прохождения диспансеризации, внедрение информационных технологий.

Цель. Оценить качество предоставляемых медицинских услуг и удовлетворенность медицинской помощью населения, обратившихся в поликлинику.

Материалы и методы. Составлена авторская анкета, включающая 22 вопроса, с помощью которой проанкетировали 114 пациентов поликлиники № 2 города Ижевска Удмуртской Республики, проведён статистический анализ собранных данных.

Результаты. В анкетировании приняло участие 114 человек, из них 73,6% - женского пола и

26,4% - мужского пола, Опрос показал, что из обратившихся за медицинской помощью 18% в возрасте от 18 до 25 лет, 5% в возрасте от 26-35 лет, 11% в возрасте от 36-45 лет, 43% в возрасте от 46 до 60 лет и 23% в возрасте более 61 года (рис.1).

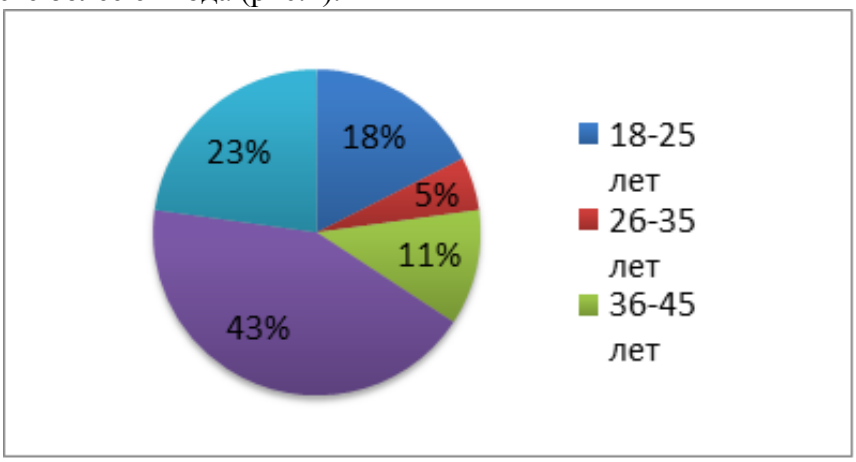


Рис.1 Характеристика пациентов по возрасту

Половина опрошенных (53%) достаточно часто обращается в поликлинику, 40% – редко, по мере необходимости, 7% – практически не пользуется услугами. Выявлено, что 65% пациентов удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в этом учреждении, 14% – больше удовлетворены, чем не удовлетворены, 9% – удовлетворены качеством не в полной мере, ожидали лучшего качества помощи. 12% опрошенных пациентов не удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в поликлинике: отмечают трудности в записи к «узким» специалистам, недостаточное время на осмотр врачом пациента, неудобное расположение поликлиники. Большинство пациентов (43%) записываются на прием к врачу используя Единый портал государственных и муниципальных услуг, 33% – с использованием информационно-справочного сенсорного терминала (инфомата), 15% опрошенных предварительно записались по телефону, 9% – при личном обращении в регистратуру медицинской организации (рис.2).

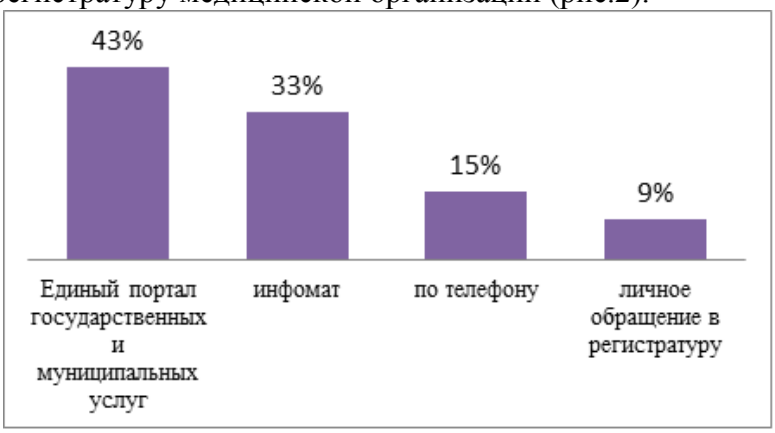


Рис. 2 Распределение пациентов по записи на прием к врачу

Введение электронной очереди, увеличение количества администраторов, упорядочение системы хранения и поиска амбулаторных карт значительно сократили время ожидания посетителей в очереди в регистратуре перед посещением врача. По результатам опроса минимальное время ожидания в регистратуре составляет до 5 мин (78% опрошенных). 14% посетителей ждут приема около 10 мин и 8% – более 10-15 мин (рис.3). Пациентам не приходится сталкиваться с огромной очередью, как было до внедрения проекта «Бережливая поликлиника».

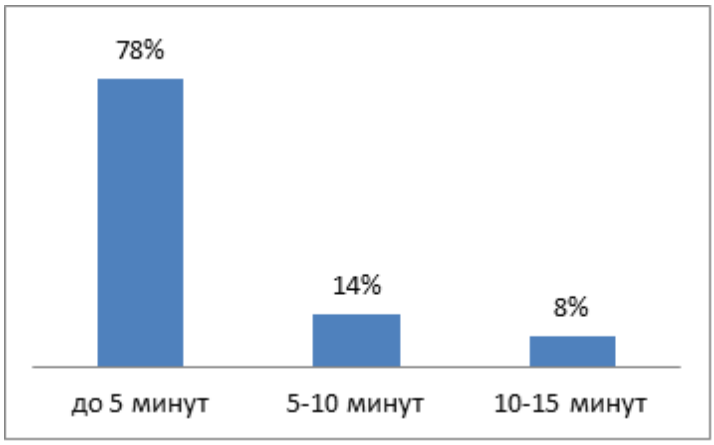


Рис.3 Время ожидания пациентов в очереди в регистратуру

Не менее важной проблемой поликлиник остается запись на прием к терапевту и узкому специалисту. На основе анкетирования выявлено, что многим респондентам (48%) не удается с первого раза записаться на прием по причине дефицита кадров, что ограничивает своевременное оказание медицинской помощи, когда это наиболее необходимо. Запись на прием осуществляется по ограниченному количеству талонов (70% талонов выдаются через интернет).11% респондентов записались на прием в течение недели, 61 % – в течение 2-х недель, оставшимся 42 % пришлось ожидать более 2-х недель.

Одним из важных аспектов бережного отношения к пациенту является вежливое и доброжелательное отношение медицинского персонала (врача и медицинской сестры), что является чрезвычайно важным составляющим в лечении больного. 93% опрошенных удовлетворены отношением персонала, что значительно повышает доверие к лечащему врачу и помощь в постановке правильного диагноза.

Большинство пациентов (95%) удовлетворены материально-техническим оснащением (наличие диагностической аппаратуры, лабораторной диагностики). Также пациенты отмечают достаточное количество мест для сидения в коридорах перед кабинетами, наличие документов, регламентирующих деятельность поликлиники, наличие расписания приема врачей, номер кабинета и время работы, наличие информации о способах записи на прием к врачу, информации о порядке внеочередного приема.

Выводы:

По результатам проведенного опроса следует сделать вывод, что главная задача проекта «Бережливая поликлиника» была достигнута. Медицинская организация стала более доступной и удобной для пациентов, уменьшилось количество очередей, сократилось время пребывания пациента в учреждении, повысилось удовлетворенность пациентов качеством оказываемых медицинских услуг. В рамках проекта «Бережливая поликлиника» регистратура стала открытой, был выделен call-центр, установлено электронное табло с расписанием работы специалистов и установлена интерактивная доска, на которой посетители могут написать просьбы, замечания и благодарности, была упрощена схема навигация для пациентов (каждый этаж здания был выделен по цветовой гамме, на потолке, стенах и полу была нанесена разметка). Потоки посетителей были разделены на условно здоровый и больной (отдельный вход в отделение профилактики). Также изменилось отделение профилактики: пациенты могут пройти диспансеризацию за 1 день. Отсюда следует, что проект «Бережливая поликлиника» значительно повышает эффективность работы медицинских организаций и доступность медицинской помощи. Однако не все проблемы решаются реализацией проекта «Бережливая поликлиника» (нехватка узких специалистов, недостаточное финансирование, уровень заработной платы медицинских работников). Поэтому для достижения максимальных результатов необходимо выбирать приоритетные направления.

Библиографический список:

1.Методические рекомендации: Федеральный проект «Бережливая поликлиника» применение методов бережливого производства в медицинских организациях открытие проектов по улучшениям, г. Москва 2017 г., 43 с.

2. Городская поликлиника № 2 г. Ижевск // http://www.muzgp2.ru/

3. Кондратьева И.Ю. Практическая эффективность проекта «Бережливая поликлиника». Ремедиум Приволжья № 10 (160) декабрь, 2017// С. 6-9

Сидорова Анастасия Алексеевна
Sidorova Anastasia Alekseevna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА», 4 курс, лечебный факультет
E-mail: anastasiasid22496@gmail.com

Главатских Екатерина Алексеевна
Glavatskikh Ekaterina Alekseevna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА», 4 курс, лечебный факультет

Толмачев Денис Анатольевич
Tolmachev Denis Anatolevich
Научный руководитель
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья здравоохранения ИГМА

УДК 618.39

АБОРТ - АКТУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

ABORTION IS A CURRENT MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF THE YOUNG AGE

Аннотация. Искусственное прерывание беременности распространено в наши дни более чем когда-либо в предыдущей истории. Ежегодно в мире производится от 36 до 53 млн абортов, среди которых наиболее часто встречаемы аборты в подростковом возрасте, что является актуальной медико-социальной проблемой.

Abstract: The summary in English: abortion is more common today than ever in a previous story. Every adolescence, which is an urgent medical and social problem.year, from 36 to 53 million abortions are performed in the world, among which abortions are most common during

Ключевые слова. Аборт, подростки, проблема, неблагоприятные факторы

Keywords: abortion, adolescents, problem, adverse factors

Проблема охраны репродуктивного здоровья населения России в настоящее время приобрела особую социальную значимость.[1,2,3] Уже несколько лет численность населения страны ежегодно уменьшается в среднем на 750 тысяч человек. Сложившийся уровень рождаемости в 2 раза ниже необходимого для простого воспроизводства населения. К факторам влияющим на этот процесс в России, относятся социально-экономические условия жизни населения, искусственный аборт, удельный вес которого как метода регулирования рождаемости в нашей стране очень высок, относительно высокий уровень материнской смертности и быстрый рост числа больных инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).[4,6]

Ежегодно в мире производится от 36 до 53 млн абортов. Среди причин материнской смертности первое место занимают: искусственные медицинские аборты – 3,0%, аборты вне лечебного учреждения – 21,2%.

Целью нашей работы являлось выявить частоту встречаемости абортов в подростковом возрасте как в Российской Федерации, так и в Удмуртской Республике, а также выявить факторы, оказывающие преимущественное влияние на репродуктивное здоровье девушек-подростков.

Задачи:

1) Изучить литературу по данной проблеме
2) Провести анализ архивных данных по данной проблеме
3) На основании полученных результатов выявить частоту встречаемости абортов в подростковом возрасте.

Наиболее негативное влияние на репродуктивное здоровье оказывает искусственное прерывание беременности. Высокий уровень абортов связан с большой частотой осложнений после них. Более 70% женщин, перенесших аборты, страдают воспаления женской половой сферы, различными эндокринными нарушениями, невынашиванием беременности, а также бесплодием.[4]

По данным Минздрава Российской Федерации, за последнее десятилетие число всех абортов снизилось в 2 раза. Общее число абортов по данным МЗ РФ представлено в таблице:

Показатели абортов в Российской Федерации за 2013-2017 годы.

Таблица 1

Год	2013	2014	2015	2016	2017
Кол-во абортов, тыс.	1012,4	930,0	848,0	836,6	600,0

Особенно острой проблемой является проблема абортов у подростков. Их удельный вес в возрастной группе до 18 лет остается достаточно высоким в структуре всех абортов. Согласно сборнику "Мировая статистика здравоохранения, 2014 г.", средний мировой показатель рождаемости среди 15-19-летних составляет 49 на 1000 девушек. Страновые показатели варьируются от 1 до 299 рождений на 1000 девушек, причем самые высокие показатели наблюдаются в странах Африки к югу от Сахары. Что касается РФ,то у подростков моложе 18 лет частота абортов составляет 3% в структуре всех абортов среди женщин детородного периода. Абортами заканчивается беременность у 88% 14-летнего возраста и у 51% в возрасте от 15-18 лет. Хочется отметить на примере 2013 года, что у подростков до 14 лет включительно зарегистрировано 1019 абортов, из которых 89 абортов являются повторными. Также в 2013 году аборты по медицинским и социальным показаниям были произведены у 70% от всех абортов в возрастном периоде до 14 лет и у 10% от всех абортов в возрасте от 15-18 лет.

Следует отметить, что частота осложнений после абортов и материнская смертность в разы выше у подростков по сравнению с женщинами репродуктивного возраста. Но, несмотря на все данные, прослеживается стойкая тенденция к снижению числа абортов как в целом, так и в подростковом периоде. Их количество в Удмуртской Республике снизилось с 32 на 1000 женщин фертильного возраста в 2013 году до 22.3 в 2017 году (табл.2).

Показатели абортов за 2013-2017 годы в Удмуртской Республике (на 1000 женщин фертильного возраста).

Таблица 2

Год	2013	2014	2015	2016	2017
Кол-во абортов	32	29,1	25	23,2	22,3

Проблема подростковой беременности и материнства в юном возрасте чрезвычайно актуальна не только для нашей страны, но и для многих стран мира, поскольку везде отмечается рост частоты беременности и родов у несовершеннолетних, что не может не вызвать серьезную озабоченность общества. Как известно, беременность и роды в подростковом возрасте часто протекают с осложнениями и ведут к большей заболеваемости и смертности, как самих матерей, так и их потомства.

Беременность в подростковом возрасте увеличивает перинатальный риск, обусловленный функциональной незрелостью подростка и неадекватностью адаптационных механизмов, рост экстрагенитальной патологии, осложняющий у них течение беременности.[4]

Нами проведен анализ родов по возрастной структуре с 10-14 лет и с 15 до 18 лет по городам и районам Республики Удмуртии (табл.3)

Таблица 3

Аборты у девочек 10-14 лет и девушек 15-18 лет в Удмуртской Республике.

	10-14 лет			15-18 лет		
	Кол-во родивших	Кол-во абортов по мед.показаниям	Криминальные аборты	Кол-во родивших	Кол-во абортов по мед.показаниям	Криминальные аборты
2013	9	7	-	319	101	-
2014	7	5	-	283	97	-
2015	4	4	-	197	91	-
2016	4	2	-	153	81	-
2017	3	3	-	140	77	-

На основании комплексного медико-социального исследования репродуктивного здоровья девушек-подростков были выявлены ведущие факторы: частая смена партнеров, ИППП, венерические и гинекологические заболевания, СПИД, внематочная беременность, высокая частота осложнения и родов. Эти факторы оказывают негативное влияние на показатели репродуктивного здоровья у юных женщин, однако их устранение позволит повысить эффективность комплексной медицинской помощи девушкам подросткам**.** Особое внимание хотелось бы уделить на приемлемость контрацепции у молодых нерожавших женщин, у которых, как правило, отсутствуют знания о них

или неправильно используют их. По нашему мнению, подростки не владеют полной информацией о технике предохранения себя от ИППП и беременности, что связано с отсутствием системы сексуального образования.

Таким образом, проблема не только абортов, но и беременности в подростковом возрасте актуальна на всей территории Российской Федерации, включая Удмуртскую Республику, т.к. беременность и роды в данном возрасте ведут к большей заболеваемости и смертности как самих матерей, так и их потомства. Основным решением данной проблемы мы видим профилактику первого аборта и ИППП – вот основная задача контрацепции у подростков. Правильно и своевременно подобранная контрацепция – это возможность сохранить репродуктивное здоровье подростка и будущей матери.

Библиографический список:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2013 году. Издательство БУЗ УР «РМИАЦ МЗ УР», 2013- 313с
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2014 году. Издательство БУЗ УР «РМИАЦ МЗ УР», 2014- 297с
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2015 году. Издательство БУЗ УР «РМИАЦ МЗ УР», 2015- 299с
4. Приказ от 9 декабря 2003 года n 1131-о «О мерах по профилактике и снижению абортов, материнской смертности после абортов»
5. Вич-позитивные беременные женщины. Самокаева А.А., Толмачев Д.А., Синергия наук. 2018. №19. с.864-868
6. Анализ информированности школьников старших классов о профилактике инфекций, передающихся половым путем. Попова Н.М., Осипова А.С., Ишбулатова Т.Ю. Синергия наук. 2018. №23. С.1006-1011.

Гилязова Алия Рамилевна, Ганиева Рушания Рамилевна
Gilyazova Aliya Ramilevna, Ganieva Rushaniya Ramilevna
студентки 4 курс, факультет «Лечебное дело»
Ижевская государственная медицинская академия Россия, г. Ижевск

Толмачёв Денис Анатольевич
Tolmachyov Denis Anatolevich
к.м.н, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Ижевская государственная медицинская академия Россия, г. Ижевск

УДК 316.628

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

ESTIMATION OF THE PSYCHO EMOTIONAL STATE OF THE STUDENTS OF THE MEDICAL ACADEMY

Аннотация: статья посвящена анализу психоэмоционального состояния студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов Ижевской государственной медицинской академии. Оценен эмоционально-психологический статус студентов и определены возможные различия по факультетам медицинской академии. Предложены рекомендации по повышению психоэмоциональной устойчивости студентов.

Abstract: The article concentrates on the analysis of psycho-emotional state of students of medical, dental and pediatric faculties of Izhevsk State Medical Academy. The purpose of the article is to assess the emotional and the psychological status of students and to find out possible differences between the faculties. Recommendations for improving the psycho-emotional stability of students are suggested.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, студенты, стрессоустойчивость, уравновешенность, здоровье.

Key words: psycho-emotional state, students, stress resistance, poise, health.

Труд медицинских работников принадлежит к числу социально важных, сложных и ответственных видов деятельности человека, связанной с высокой интеллектуальной и нервно-эмоциональной нагрузкой [1,2,4].

Необходимо акцентировать внимание студентов медицинских ВУЗов на повышении их стрессоустойчивости и усовершенствовании психологических качеств для улучшения качества медицинской помощи в дальнейшем[3,5].

Целью работы явилось оценить психоэмоциональное состояние студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов с помощью составленного нами теста

Для оценки психоэмоционального состояния мы провели опрос респондентов 3 курса трех факультетов Ижевской государственной медицинской академии. Данный опрос включал оценку стрессоустойчивости, самообладания, уверенности в своих силах (тест С.Коухена и Г.Виллиансона) и методику Мюнстерберга – внимание и скорость восприятия, также оценили мышление студентов. В исследовании приняли участие 90 студентов (по 30 человек с каждого факультета).

Обработка результатов проводится подсчетом суммы баллов набранных испытуемым по всем вопросам теста. За ответ «довольно часто» студент получает 3 балла, за ответ «иногда» - 2 балла, за «никогда» - 0 баллов. Результат определяется по таблице, приведенной ниже на основании количества баллов набранных испытуемым (табл. 1).

Таблица 1

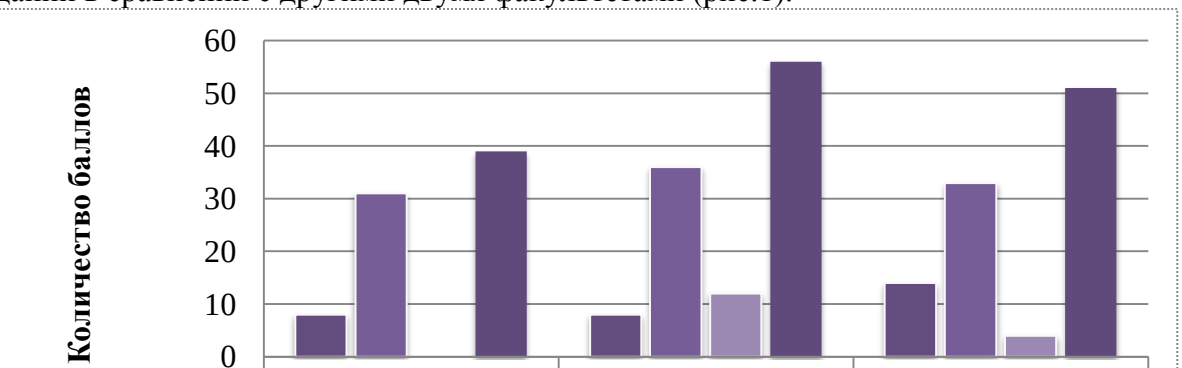
Методика выставления баллов

Количество набранных баллов	Интерпретация
Более 600 баллов	**Неудовлетворительная** стрессоустойчивость, нет уверенности в своих силах– характеризуется склонностью к нарушениям психической деятельности при значительных психических и физических нагрузках

501 – 599 баллов	**Удовлетворительная** стрессоустойчивость, нет уверенности в своих силах –характеризуется возможностью в экстремальных ситуациях умеренных нарушений психической деятельности.
441 – 500 баллов	**Хорошая** стрессоустойчивость– характеризуется низкой вероятностью нервно-психических срывов, адекватными самооценкой и оценкой окружающей действительности. Возможны единичные, кратковременные нарушения поведения в экстремальных ситуациях при значительных физических и эмоциональных нагрузках
Менее 440 баллов	Группа **высокой** стрессоустойчивостью, характеризуется низкой вероятностью нарушений психической деятельности, высоким уровнем поведенческой регуляции

Десятый вопрос включал методику Мюнстерберга. Задача студентов состояла в том, чтобы среди сплошного буквенного текста как можно быстрее найти все «спрятанные» слова. На работу отводилось 2 минуты. После истечения данного времени необходимо было подсчитать количество найденных слов. Всего в тексте было зашифровано 23 слова. Студенты, которые дали ответы в диапазоне 20-23, являются самыми внимательными.

При анализе показателя - частоты выведения из равновесия студентов, при возникновении неожиданных неприятностей - наименьшее количество баллов набрали студенты лечебного факультета, что говорит об их большей уравновешенности, уверенности в своих силах, самообладании в сравнении с другими двумя факультетами (рис.1).



	Лечебный факультет	Стоматологический факультет	Педиатрический факультет
Довольно часто	8	8	14
Иногда	31	36	33
Никогда	0	12	4
Итог	39	56	51

Рис. 1. Частота выведения из равновесия студентов, при возникновении неожиданных неприятностей.

Проанализировав показатель частоты упущения важных аспектов жизни из-под контроля - наименьшее количество баллов набрали студенты лечебного факультета, что показывает их умение контролировать важные аспекты своей жизни (рис.2).

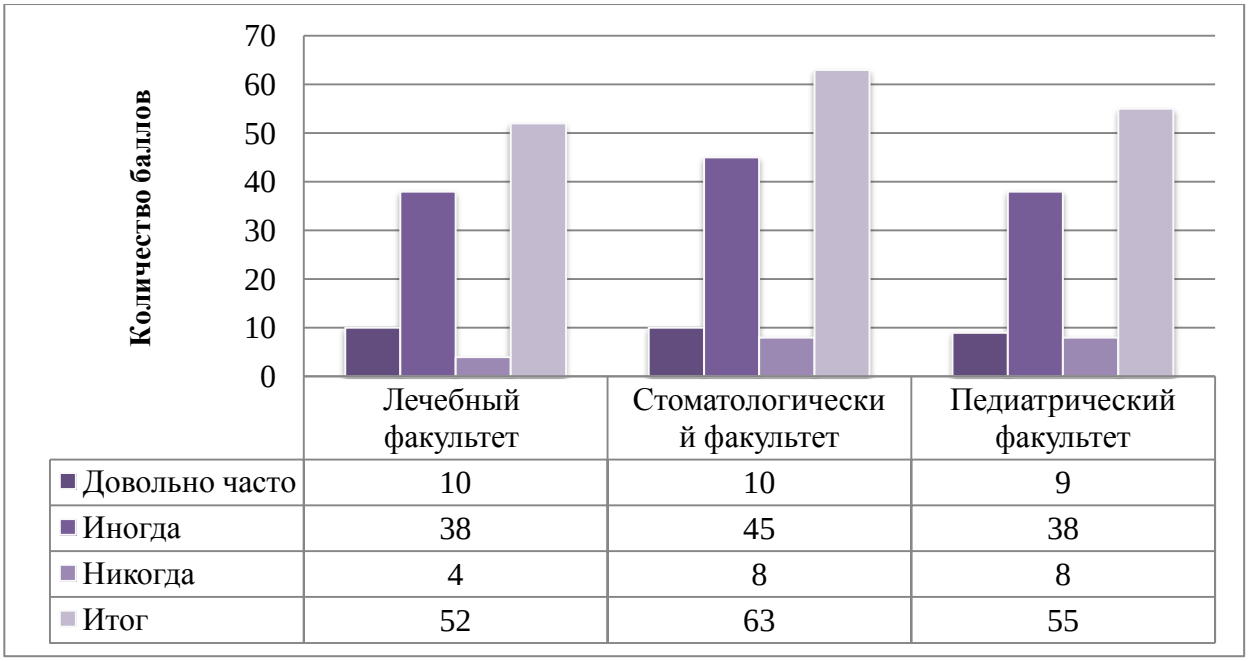


Рис. 2. Частота упущения важных аспектов жизни из-под контроля.

Опросив студентов по поводу возникновения у них чувства подавленности, нервозности - наименьшее количество баллов у студентов лечебного факультета. Такой результат показывает, что они уравновешенные и наиболее спокойно воспринимающими жизненные ситуации (рис.3).

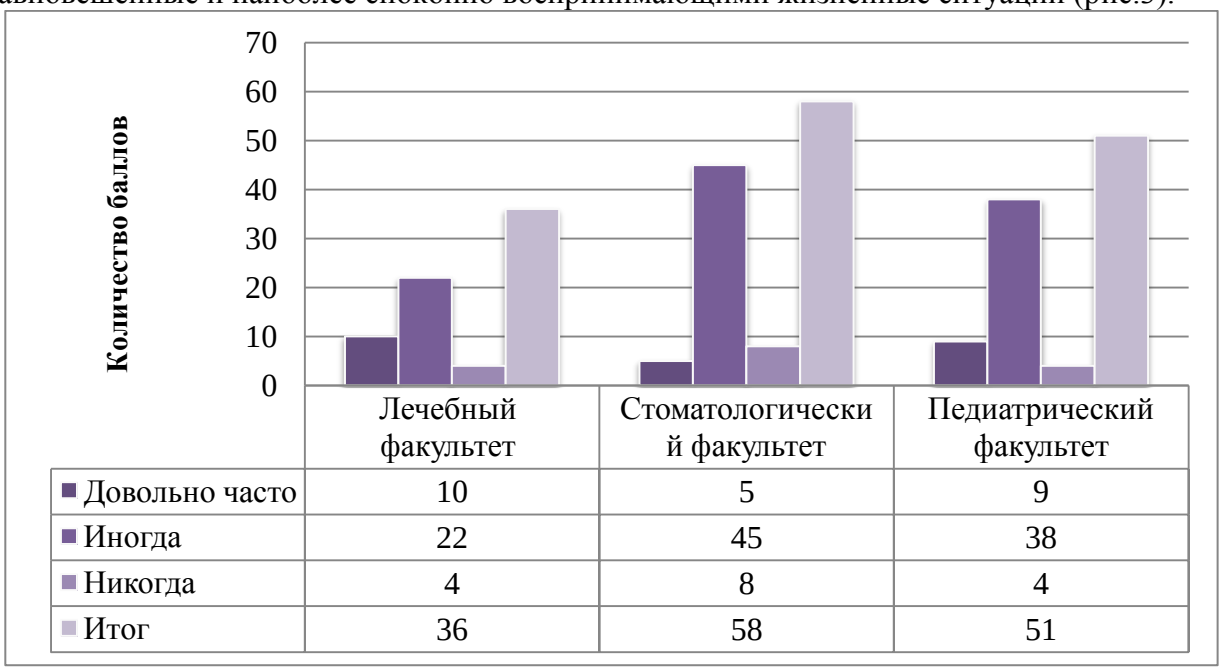


Рис. 3. Частота возникновения чувства подавленности, нервозности.

По показателю частоты возникновения чувства того, что вы способны справиться со своими личными проблемами - результаты всех трех факультетов почти на одном уровне. На основе чего можно сделать вывод, что студенты медицинской академии с уверенностью могут справиться со своими проблемами (рис.4).

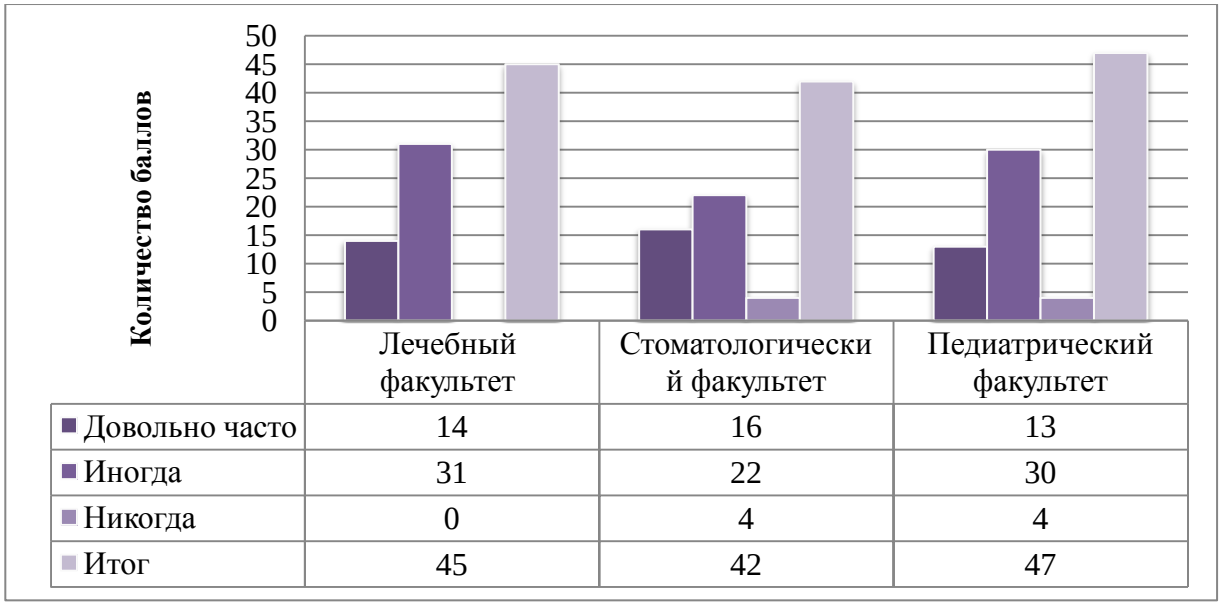


Рис. 4. Частота возникновения чувства того, что вы способны справиться со своими личными проблемами.

Последующему показателю (частота возникновения того, что запланированное Вами воплощается в жизни) стоматологический, педиатрический и лечебный факультеты набрали одинаковое количество баллов, что подразумевает их высокую целеустремленность и способность достигать желаемых целей (рис.5).

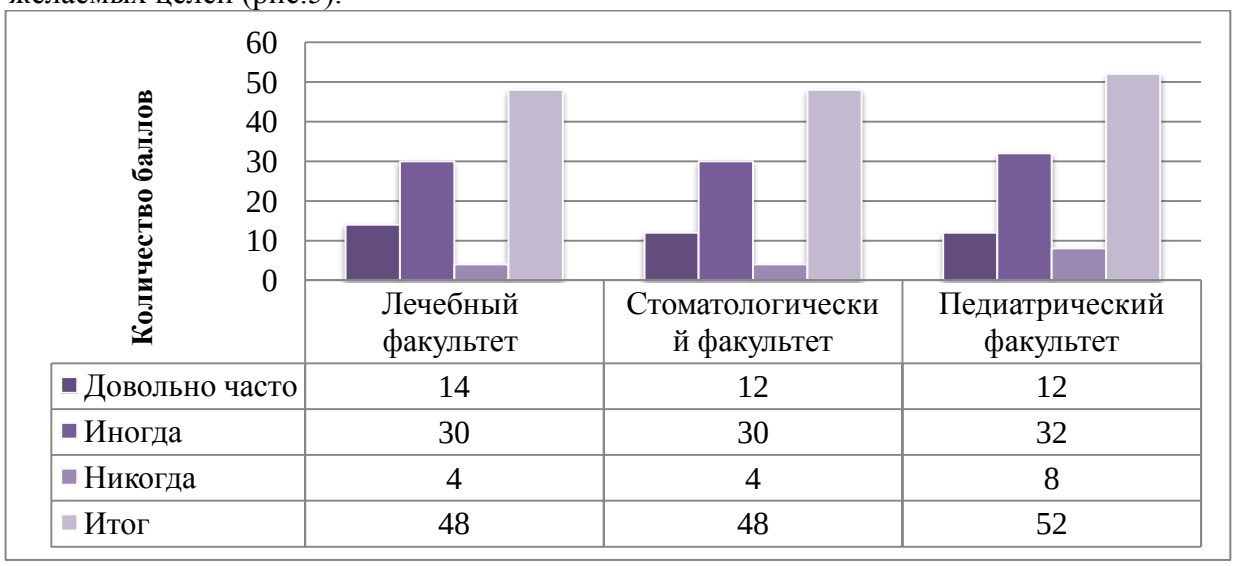


Рис. 5. Частота возникновения того, что запланированное Вами воплощается в жизни.

По частоте возникновения ощущения невозможности справиться с раздражением все три факультета имеют одинаково количество баллов, что характеризует их уравновешенными и сдержанными в проявлении негативных эмоций (рис.6).

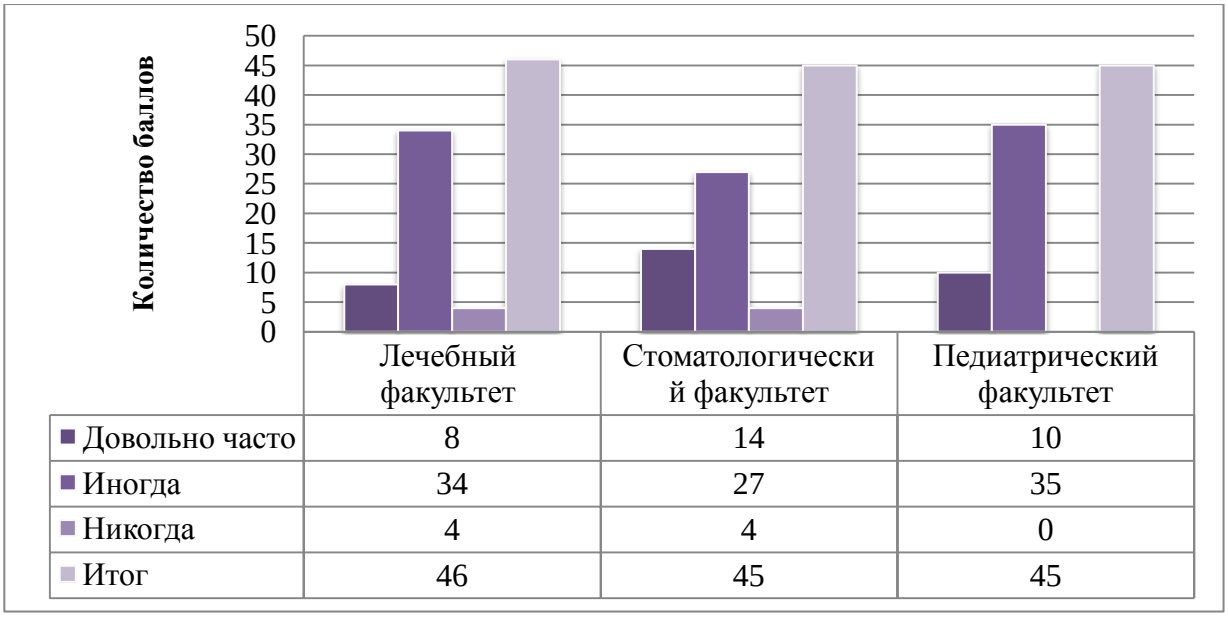


Рис. 6. Частота возникновения ощущения невозможности справиться с раздражением.

Проанализировав показатель - частота возникновения ощущения невозможности справиться с с тем, что от вас требуют - выяснилось, что у студентов стоматологического и педиатрического факультетов чаще всего не возникает ощущения, что они не могут справиться с тем, чего от них ожидают, чем они и отличились от лечебного факультета, у которых не редко присутствует такое чувство (рис.7).

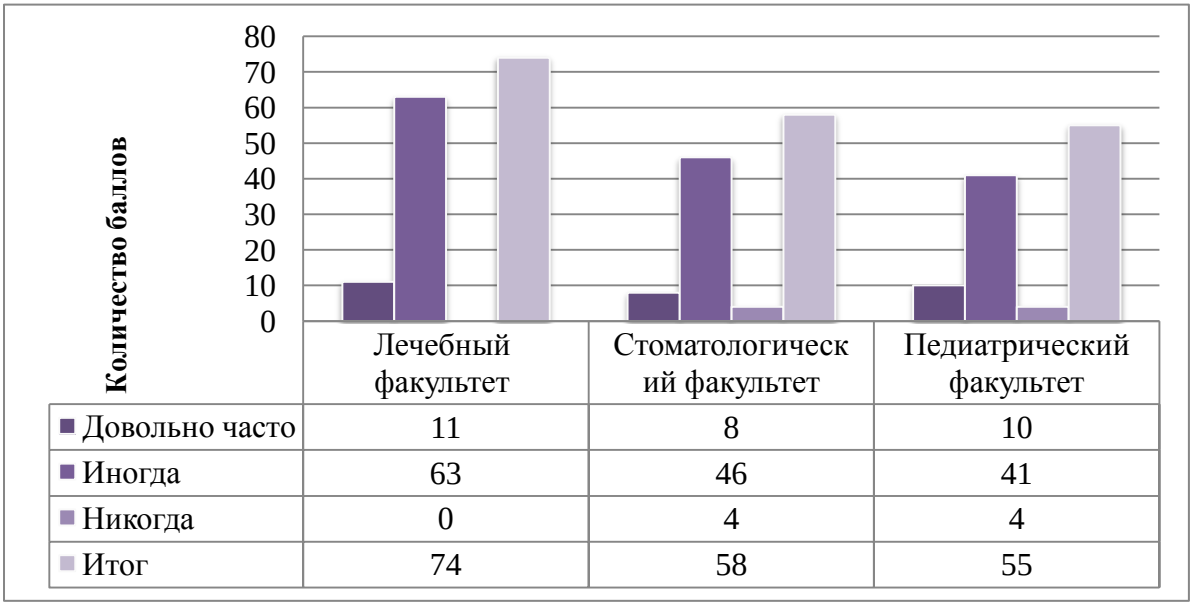


Рис. 7. Частота возникновения ощущения невозможности справиться с с тем, что от Вас требуют.

Проведя анализ частоты возникновения чувства уверенности в своем успехе, мы выяснили, что медицинской академии почти всегда верят в свой успех, хотя у некоторых студентов присутствует чувство тревоги (рис.8).

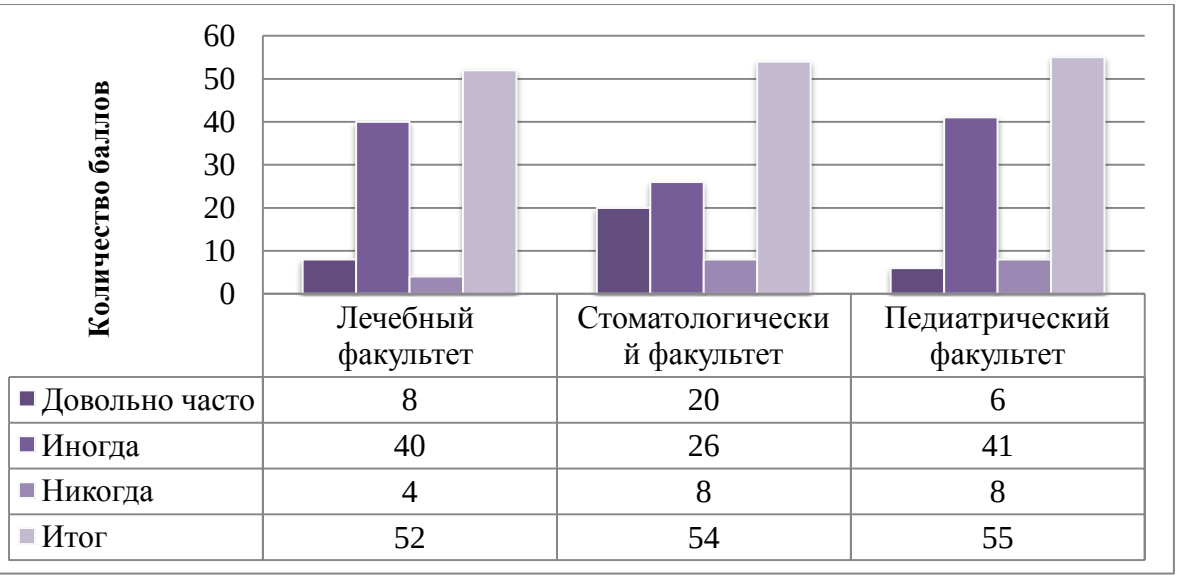


Рис. 8. Частота возникновения уверенности в своем успехе.

В вопросе про частоту возникновения раздражительности по поводу ситуаций, которые не можете контролировать студенты педиатрического факультета набрали наименьшее количество баллов, что характеризует их как менее нервозными, почти всегда умеющими контролировать произошедшее, не зависящее от них (рис.9).

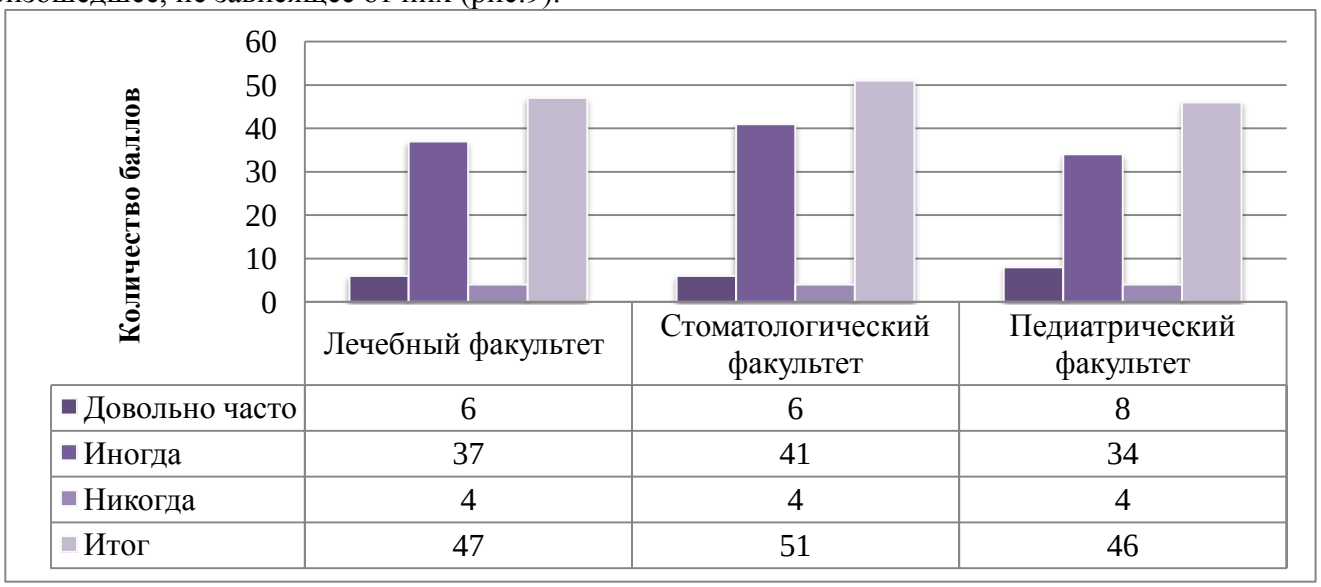


Рис. 9. Частота возникновения раздражительности по поводу ситуаций, которые вы не можете контролировать.

В данном вопросе наиболее близки к правильному ответу были студенты лечебного факультета, хотя от них не отставали студенты стоматологического и педиатрического факультетов.

Рис. 10. Результаты по методике Мюнсберга

Таким образом, факультеты набрали следующие баллы:

1. Лечебный факультет – 439 баллов;
2. Педиатрический факультет - 457 баллов;
3. Стоматологический факультет - 475 баллов;

Выводы.

Проведя оценку психоэмоционального состояния студентов 3 курса всех факультетов медицинской академии, мы получили следующие результаты:

Студенты стоматологического факультета — целеустремленные, уравновешенные, сдержанные в негативных эмоциях, уверенные в своем успехе, с хорошей стрессоустойчивостью;

Студенты педиатрического факультета — уверенно справляются со своими проблемами, спокойные, уравновешенные, сдержанные в негативных эмоциях, уверенные в своих силах, спокойно воспринимающие жизненные проблемы, спокойно принимающие ситуации, которые не зависят от них, с хорошей стрессоустойчивостью;

Студенты лечебного факультета — самые внимательные, самые стрессоустойчивые, уравновешенные, уверенные в своих силах, контролируют важные аспекты своей жизни, целеустремленные, сдержанные в негативных эмоциях.

Таким образом, студенты медицинской академии обладают достаточным набором качеств, необходимых для их специальности. Так, для студентов-стоматологов одними из важнейших качеств являются хорошая стрессоустойчивость, подвижность нервных процессов и внимание, которыми, как мы убедились, обладают обучающиеся Ижевской Государственной Медицинской Академии. Для студентов лечебного и педиатрического факультета важнейшими свойствами характера являются уравновешенность, хорошая стрессоустойчивость, уверенность в своих силах, которые присущи обучающимся данного образовательного учреждения.

Отсюда следует, что студенты трёх различных факультетов имеют все должные характеристики, свойственные для выбранной ими профессии.

Библиографический список:

1. Жукова Е. В., Куренкова Г. В., Лемешевская Е. П.. Гигиенические особенности профессиональной деятельности отдельных групп медицинских работников (хирургов, анестезиологов, стоматологов, терапевтов, физиотерапевтов). Учебно-методическое пособие для студентов - 2017 – 31с.

2. Попов А.В. Характеристика здоровья студенческой молодежи / А.В.Попов // Актуальные вопросы биологии и медицины: материалы IV межрегиональной межвузовской научной конференции молодых ученых и студентов. – Ижевск, 2007-С.8-11.

3. Попов А.В. Программа и методика комплексного социально-гигиенического исследования здоровья студентов медицинского ВУЗа / А.В. Попов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – Москва. – 2007 -№3 - С.31-36.

4. Попов А.В. Здоровье и образ жизни студенческой молодежи / А.В. Попов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья – Москва – 2007-С.24-28.

5. Попов А.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского ВУЗа /автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.33) / А.В. Попов // Москва - 2008 – 25с.

Маликиев Ибрагим Ермакович
Койбаев Сосланбек Заурбекович
Студенты
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Malikiev Ibragim Yermakovich
Koibaev Soslanbek Zaurbekovich
Students
FSBEI of HE "North Ossetian State Medical Academy"

УДК 612.33

КАПИЛЛЯРНОЕ РУСЛО ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК

CAPILLARY LAYER OF LYMPHOID KNOTS OF PEYER PLACES

Аннотация: Освещаются современные дискуссионные вопросы строения пейеровых бляшек на макрои микроскопическом уровнях, их возрастные изменения. Описаны структуры, обеспечивающие местный иммунитет пищеварительной системы.

Annotation: Modern discussion questions of the structure of Peyer's patches at the macro and microscopic levels, their age changes are covered. Structures that provide local immunity of the digestive system are described.

Key words: Small intestine, Pier's plaques, age-related changes.

Ключевые слова: Тонкая кишка, пейеровы бляшки, возрастные изменения.

Введение. В последние десятилетия накоплены обширные знания по иммунным структурам отдельных органов. В слизистой оболочке тонкой кишки одним из таких органов иммуногенеза являются групповые лимфоидные узелки – бляшки Пейера (Сапин М.Р., 1987, 1996, 1997), занимающие весьма заметное место в иммунной системе. Располагаются главным образом в стенке подвздошной кишки , имеют вид плоских образований преимущественно овальной или круглой формы, чуть- чуть выступающих в просвет кишки. Количество их в детском возрасте достигает 50, в 16 - 17 лет составляет 33- 37. После 40 лет оно не превышает 20, а после 60 лет - 16. Групповые лимфоидные узелки построены из одиночных узелков, между которыми располагаются тонкие пучки соединительнотканных волокон. Лимфоидная ткань, расположенная в стенке кишки, выполняет защитную и кроветворную функции. Попадая в кишечник, антигены проникают в пейеровы бляшки через специализированные эпителиальные клетки и стимулируют антигенреактивные лимфоциты.

Цель исследования: изучение возрастных особенностей структуры и капиллярного русла лимфоидных узелков Пейеровых бляшек.

Материалы и методы. Макро- и микроскопическими методами нами исследовано 55 гистопрепаратов иммунных структур подвздошной кишки, взятых от трупов плодов, новорожденных и людей разного возраста.

Результаты исследования. Наше исследование показало, что каждый лимфоидный узелок в составе Пейеровой бляшки изолирован от другого волокнами соединительной ткани, которые подвержены значительным возрастным изменениям. У плодов, когда границы отдельных фолликулов еще не выявляются, аргирофильные волокна образуют равномерную сеть по всему лимфоидному скоплению. С созреванием фолликулов волокна располагаются по периферии в виде сети, в петлях которых залегают кровеносные сосуды и лимфоидные клетки. Нежные тонкие аргирофильные волокна плодов, новорожденных и детей с возрастом утолщаются, огрубевают и образуют густые сети. С увеличением возраста плода увеличивается также и количество эластических волокон. В формирующихся фолликулах они образуют сети, в зрелых же фолликулах располагаются по периферии. В возрасте 12-20 лет эластические структуры лимфоидных узелков Пейеровых бляшек представлены большим количеством тонких дугообразных волокон. В дальнейшем появляются дистрофические изменения эластических волокон в виде утолщения и извилистости. У людей старческого возраста наряду с этим на них появляются варикозные расширения. В зрелом периоде

онтогенеза наряду с общим увеличением коллагеновых фибрилл мы отмечаем их утолщение и усиление извилистости, а также образование пучков. Описываемые изменения волокон более выражены в базальных отделах лимфоидных узелков Пейеровых бляшек. На фоне существенной возрастной перестройки волокнистых структур выявляются изменения и капиллярных сетей лимфоидных узелков Пейеровых бляшек, кровоснабжение которых осуществляется ветвями подслизистого артериального сплетения. Отходящие от сплетения фолликулярные и межфолликулярные артерии в зрелых возрастных группах заметно удлиняются и залегают ближе к мышечной оболочке. От сплетения в слизистую оболочку отходят артерии, которые ветвятся на свободной поверхности узелков в области мантии и купола и образует «поверхностную» капиллярную сеть. В основании этих структур формируется базальная капиллярная сеть. Из указанных сетей в вещество узелков проникают отдельные капилляры, образующие в его центре пространственную сеть. После 40-45 лет появляются дистрофические изменения, которые с возрастом проявляются все больше. К стенкам кровеносных капилляров прилегают ретикулярные и эластические волокна и клеточные элементы (лимфоциты, тучные клетки и др.). Основными клеточными элементами являются лимфоциты, которые имеют локальные особенности расположения в лимфоидном узелке, в мантийной зоне малые и средние лимфоциты формируют характерные тяжи в направлении слизистой оболочки, которые показывают пути миграции их к эпителию для контакта с антигеном.

Выводы. Полученные данные капиллярного русла лимфоидных узелков сопоставимы с соответствующими изменениями волокнистых структур, описанных в литературе.

Перспективы дальнейших исследований: В дальнейших исследованиях планируется изучить морфологические особенности иммунносупрессии и иммуностимуляции в эксперименте на крысах, с соблюдением всех норм.

Библиографический список:

1. Гистология, цитология и эмбриология. Учебник. Авторы: Сергей Зиматкин, Ярослав Мацюк, Лариса Можейко, Елена Михальчук

2. Анатомия и физиология человека (с возрастными особенностями детского организма): Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — 3-е изд., стереотип. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 448 с, 8 л. ил.:

Грязева Елизавета Михайловна
GryazevaElizavetaMikhailovna
Студентка ФГБОУ ВО«Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ» 4 курс, лечебный факультет
E-mail: liza.gryazeva.97@mail.ru

Попов Алексей Владимирович
PopovAlexeyVladimirovich
к.м.н., главный врач БУЗ «Республиканский санаторий для детей «Ласточка» МЗ УР»

Попова Наталья Митрофановна
PopovaNataliaMitrofanovna
Научный руководитель
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»

УДК 614.2

ОСОБЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ УВИНСКОГО РАЙОНА УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

THE FEATURES OF RURAL HEALTH FOR EXAMPLE OF THE UVINSKY DISTRICT UDMURT REPUBLIC

Аннотация: Статья посвящена анализу деятельности фельдшерско-акушеских пунктов Увинского района Удмурсткой республики. Проведен анализ демографических показателей структуры заболеваемости и укомплектованности медицинскими работниками.

Annotation: The article is devoted to the analysis of the activity the first-aid stations of the Uvinsky district Udmurt republic. The study includes the demographic indicators of the rural population, the incidence of the structure and staffing of medical workers.

Ключевые слова: фельдшерско-акушерский пункт, сельское население, демографические показатели, заболеваемость, фельдшер.

Keywords: first-aid stations, rural population, demographic indicators, morbidity, paramedic.

Актуальность: На сегодняшний день приоритетной задачей в государственной политики и здравоохранения в современной России является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышение доступности и качества медицинской помощи, которые более актуальны для сельских населенных пунктов, чем для городских. Это можно объяснить как непростыми условиями жизни сельчан, так и несовершенством государственной социальной политики и невысоким качеством медицинского обслуживания в сельской местности [4, 35].

Сельское здравоохранение России многие годы строится на принципах этапности и преемственности в оказании медицинской помощи. Первым этапом оказания медицинской помощи жителям сельских поселений (сел, деревень) были и остаются фельдшерско-акушерские пункты. Во второй половине девяностых годов прошлого века и в первом пятилетии текущего века, характеризовавшихся в здравоохранении процессами оптимизации и реструктуризации, произошли существенные изменения в сельском здравоохранении России, коснулись они и фельдшерско-акушерских пунктов [5, 2].

По данным Министерства здравоохранения РФ в 2014 г., первичная медико-санитарная помощь сельскому населению оказывалась 36 307 фельдшерско-акушерскими и фельдшерскими пунктами (ФАП). Буквально за год реформы здравоохранения (2014–2015) на сельских территориях произошло сокращение числа лечебно-профилактических организаций практически на полторы тысячи (в 2013–37 790)[2, 97].

ФАП являются первым этапом оказания медицинской помощи сельскому населению. На этот уровень приходится основная часть посещений средних медработников сельскими жителями. Именно на этом этапе, в основном, происходит первичный контакт сельского населения с лечебно-

профилактическими службами, обеспечивается своевременность выявления заболеваний, закладывается успех профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения, реализуется доступность врачебной помощи в условиях специфических особенностей сельской местности и имеющихся социально-экономических трудностей. В Удмуртской Республике (УР) действуют многие программы в том числе, разработана программа социально-экономического развития Удмуртской Республики, предусматривающая постепенное, поэтапное реформирование сельского здравоохранения [3, 930].

Цель исследования: дать характеристику оказания медицинской помощи фельдшерско-акушерскими пунктами Увинского района УР.

Материалы и методы: данные годовых отчетов по фельдшерско-акушерским пунктам Увинского района УР за период 2015-2017гг.

Результаты и обсуждение.

Проведен анализ работы фельдшерско-акушерских пунктов Увинского района УР объемов оказываемой ими медицинской помощи по данным годовых отчетов с 2015 по 2017 гг.

На территории района расположены 38 фельдшерско-акушерских пунктов. Население на 2015 год составляло 13848 человек, из них 2433 дети от 0 до 14 лет, и подростки от 15-17 – 371 человек. На период 2016 года обслуживающий контингент составил 13477 человек, из них дети от 0 до 14 лет – 2444, подростки от 15 до 17 – 379 человек. На 2017 год 13447 человек, из них 2472 дети от 0 до 14 лет, 361 – подростки.

Особенностью можно отметить демографические показатели населения, проживающих на территории обслуживания ФАПов, так как основной демографической задачей являются прогнозы для формирования задач и направлений демографической политики. Уровень естественного прироста на территории медицинских организаций Увинского района УР отрицательный (противоестественная убыль населения), что говорит о сокращении численности постоянного населения. Важнейшая задача общества - создать необходимые социально-экономические условия для воспроизводства населения, превышения уровня рождаемости над смертностью и повысить уровень медицинского обслуживания населения.

Таблица 1. Уровень естественного прироста населения, проживающего на территории обслуживания ФАПов Увинского района Удмуртской Республики (в ‰).

	2015 год	2016 год	2017год.
Уровень естественного прироста	-0,8	-3,8	-2,2
Уровень рождаемости	11,5	10,2	8,7
Уровень смертности	12,3	14,0	10,9

Число обращений и регистрации заболеваний на 2015 год составляет в абсолютных числах 10449 случаев, тогда как на период 2016 года – 10176 случаев и в 2017 году заболеваемость составила 12708 случаев. Таким образом, на один ФАП Увинского района приходится в 2015 году – 275 обращений, в 2016 году – 268 обращений, а в 2017 году – 334 обращения. В структуре заболеваемости населения Увинского района сельских населенных пунктов на первом месте стоят болезни органов дыхания – 19,5% и кровообращения – 16,1%. Далее следуют травмы и отравления – 9,3%. Немалое количество случаев приходится на болезни органов пищеварения – 8,1% и мочеполовой системы – 7,3%. (рис.1, 2).

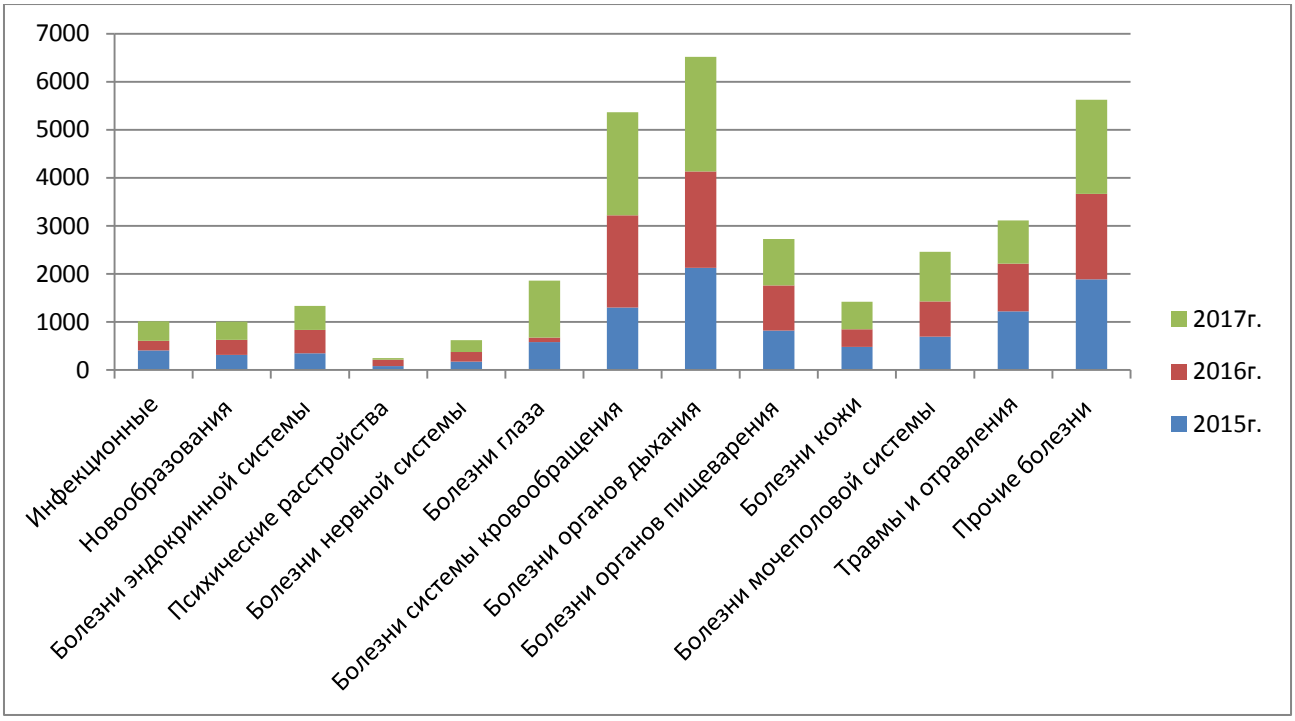


Рисунок 1. Общая заболеваемость населения, проживающего на территории обслуживания ФАПов, в Увинском районе УР за период с 2015-2017гг.

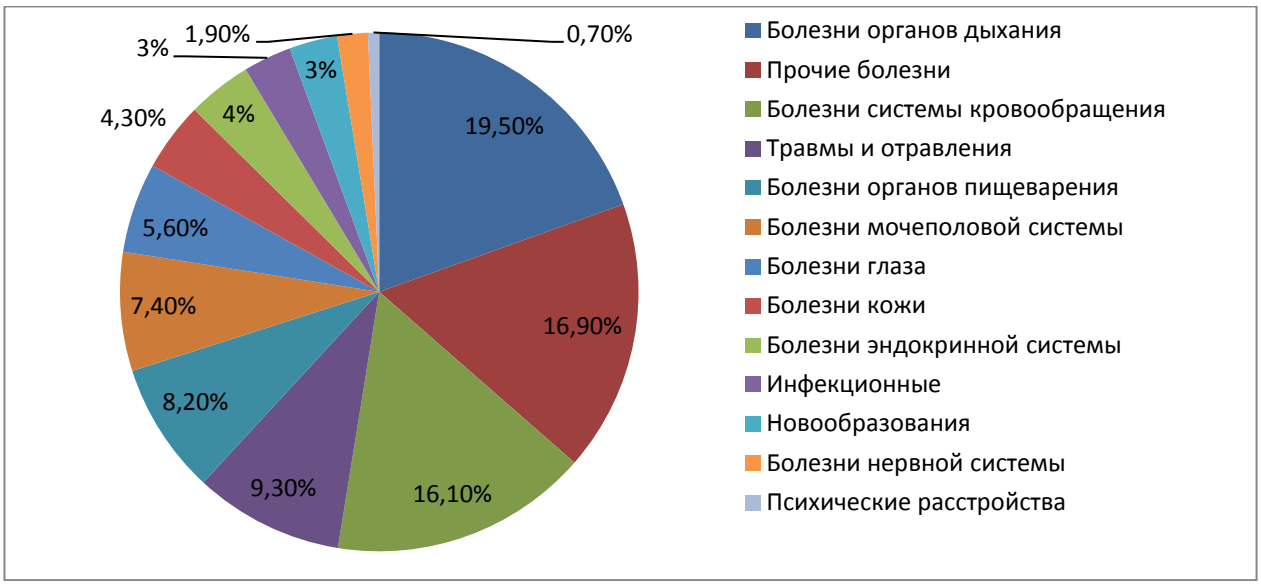


Рисунок 2. Структура заболеваемости населения, проживающего на территории обслуживания ФАПов Увинского района УР за период с 2015-2017гг.

Исходя из данных годового отчета сложившаяся ситуация по заболеваемости может быть объяснена с нескольких позиций.

Во-первых, для сельской местности характерны более сложные и неблагоприятные условия труда и быта по сравнению с городом. Трудовая деятельность на селе часто связана с минимальной защищенностью от воздействия неблагоприятных факторов. В сельских поселениях часто отсутствуют водопровод, канализация, система сбора и удаления мусора.

Во-вторых, в сельской местности осложнен доступ к квалифицированной медицинской помощи в силу географической удаленности и зачастую высокой стоимости

медицинских услуг.

В-третьих, сельское население отличается консервативностью взглядов и традиционализмом жизненного уклада, что, в свою очередь, порождает:

недоверие к официальной медицине, самолечение и обращение к «народным средствам», которым отдается предпочтение;

некоторые патологические состояния не воспринимаются как болезни, а интерпретируются

через призму бытовых представлений;

стремление скрыть некоторые заболевания, в частности психические болезни, из-за боязни осуждения или непонимания;

жесткая ориентация на групповые нормы, санкционирующие повреждающее

здоровье девиантное поведение (например, алкоголизация) [1, 1066].

Исходя из анализа числа посещений, приходящимся на один фельдшерско-акушерский пункт, важнейшей проблемой сельского здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах является достаточность кадрового состава. По данным отчетов проведен анализ кадрового потенциала (таблица 2) среднего медицинского персонала фельдшерско-акушерских пунктов. Укомплектованность медицинским персоналом (фельдшерами, акушерками, медицинскими сестрами) в 2015 году составила 91,7%, в 2016году – 91,7%, 2017 – 85,2%.На фоне имеющейся незначительной тенденции к снижению укомплектованности медицинским персоналом отмечается увеличение укомплектованности заведующими фельдшерско-акушерскими пунктами с 94,1 до 95,2%, тогда как происходит снижение укомплектованности акушерками – с 81,1 до 69,5% и медицинскими сестрами – со100 до 90,9% .

Таблица 2. Укомплектованность медицинским персоналом за 2015-2017гг. на территории ФАПов Увинского района УР.

Кадровый состав	2015 год.	2016 год.	2017 год.
Фельдшер	94,1%	96,8%	95,2%
Акушерка	81,1%	69,5%	69,5%
Медицинская сестра	100%	109%	90,9%

Выводы: Медицинская помощь должна быть доступна всем жителям. Это должна быть медицинская помощь, начиная от профилактики и заканчивая высокотехнологичными видами. Малая мощность учреждений сельского здравоохранения, дефицит медицинских кадров, недостаточный уровень квалификации медицинских работников ограничили возможность своевременного получения необходимой специализированной медицинской помощи сельскими жителями, что является одним из критериев неблагоприятной демографической обстановки в данном районе.

Неудовлетворительная транспортная доступность, удаленность федшерско-акушерских пунктов от центральных районных больниц и региональных медицинских центров еще больше усугубляют проблему сельского здравоохранения. Сейчас необходимы меры, такие как современные технологии, способные оптимизировать затраты на оказание медицинской помощи, повышение эффективности управления системой здравоохранения, разработка и внедрение федеральных и региональных целевых программ.

Библиографический список:

1. Андриянова Е.А., Масляков В.В., Федорова Л.М., Юрова И.Ю. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества. // Фундаментальные Исследования. 2014. № 7 С. 1065-1069.

2. Белова Н. И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы. // Социологические исследования. 2017. № 3. С. 97-105.

3. Исхакова Э.Я., Попов А.В., Попова Н.М. Разработка паспорта фельдшерско-акушерского пункта. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2014. Том 16 №5(2). С. 930-933.

4. Козырева П.М., Смирнов А. И. Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности. // Гуманитарий Юга России. 2018. Том 7 № 4. С.33-49.

5. Якушенко С.С. Сельское здравоохранение: особенности функционирования, дифференцированный подход к решению проблем на примере Комсомольского муниципального района. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2014. №2. С. 1-7.

Семибратова Екатерина Владимировна, Любимцева Мария Сергеевна
Semibratova Ekaterina Vladimirovna, Lyubimtseva Maria Sergeevna
студентки ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия"
кафедра общественного здоровья и здравоохранения
412 группы лечебного факультета

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalia Mitrofanovna
Научный руководитель: д. м. н., профессор

УДК 748

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ АБХАЗИЯ И УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

REPRODUCTIVE SETTINGS OF YOUNG WOMEN LIVING IN THE REPUBLIC OF ABKHAZIA AND THE UDMURT REPUBLIC

Аннотация: В статье проанализированы и обобщены результаты исследований репродуктивных установок молодых женщин в Республике Абхазия и Удмуртской республике. Выделены и проанализированы основные проблемы, связанные с репродуктивностью.

Annotation: The article analyzes and summarizes the results of studies of reproductive attitudes of young women in the Republic of Abkhazia and the Udmurt Republic. The main problems related to reproduction are identified and analyzed.

Ключевые слова: репродуктивные установки, репродуктивное поведение, семья, карьера, молодежь, студенты.

Keywords: reproductive attitudes, reproductive behavior, family, career, youth, students.

Цель: изучить репродуктивные установки молодых женщин в республике Абхазия и выявить их связь либо с трансформацией ценностей в отношении числа детей в семье, либо с разрывом между нормативными представлениями населения и его фактическим репродуктивным поведением.

Актуальность проблемы. Репродуктивные установки – это система отношений и психических состояний личности, курс действий, направленных на рождение детей или отказ от них. Данные установки складываются под влиянием окружающей социальной среды, в которой формируются убеждения и отношение к чему-либо (в нашем случае – к семье и детям).[5] Большую роль в этом окружении играет влияние западных репродуктивных паттернов, социально-экономическая нестабильность нашего общества и отсутствие уверенности в завтрашнем дне.

Вследствие роста занятости женщин и повышения их образовательного уровня макроэкономическая и социальная инфраструктура были переориентированы на двухдоходные семьи, что сделало традиционную модель семьи («мужчина-добытчик, жена-домохозяйка») экономически невыгодной.[6] Рост косвенных издержек рождения ребенка, равно как и конкуренция этого события с другими этапами жизненного цикла, сдвигают вступление в родительство к более поздним срокам и нередко приводят к снижению числа детей в целом.

Названные проблемы – самые актуальные на сегодняшний день, поскольку они определяют во многом репродуктивные установки определенной части современной молодежи.

Материалы и методы: Опрошено 117 молодых женщин в возрасте от 17 до 30 лет в Абхазском государственном университете и изучены полученные результаты. Так же были исследованы репродуктивные установки молодежи в Удмуртской республике по данным научной литературы.

Результаты: Выявлено, что среди опрощенных нами молодых женщин оптимальным количеством является 2 ребенка - 51% , планировал родить только одного ребенка – 21%, больше трех детей – 28%. На вопрос о том, во сколько лет нужно родить первого ребенка 89% ответили, что от 20 до 30 лет. 64% девушек положительно относятся к многодетным детям, но сами бы не решились родить и воспитать больше трех детей. У большинства опрошенных полноценная семья, есть много братьев и сестер. Для 56% молодых женщин карьерный рост и высокий заработок стоит на первом месте, а затем создание семьи. А для 44% самое главное в жизни - это семья и дети. Большинство девушек знают о влиянии вредных привычек на репродуктивное здоровье женщины, поэтому 98% не

имеют вредных привычек. Большое влияние на рождаемость оказывает поддержка государства, которая, по мнению опрошенных девушек, на данный момент очень низкая. 93% молодых женщин считают, что материальное и социальное положение тоже влияет на количество детей.

По данным социологического опроса студентов, проживающих в Удмуртской республике установлено, что оптимальный возраст для рождения ребенка от 25 до 30 лет – 26,5%. Студенты не ориентированы на многодетную семью, на первом месте стоит саморазвитие и карьерный рост. Идеальной число детей они считают 2,2 ребенка. Оптимальным интергенетическим интервалом девушки считают 3,0 года.[2]

Заключение: Таким образом, одной из причин сокращения рождаемости является стремление молодых женщин к самореализации, карьерный рост преобладает над созданием семьи как в республике Абхазия, так и Удмуртии.

Низкая поддержка государства влияет на демографическую ситуацию. Ценности современной молодежи разняться с ценностями предыдущего поколения, что негативно сказывается на рождаемости как в республике Абхазия, так и Удмуртии.

Библиографический список:

1. Попов А.В. Репродуктивное здоровье студентов / А.В. Попов // Здоровье и безопасность жизнедеятельности молодежи: проблемы и пути решения: материалы Международной научно-практической конференции. – Уфа, 2006. – С. 125-128.
2. Попов А.В. Характеристика репродуктивного поведения студенток медицинской академии / Т.А. Соколова, А.В. Попов // Экология, демографии и здоровье финно-угорских народов: материалы международного симпозиума. – Ижевск, 2006. – С. 43-46.
3. Попов А.В. Изучение установок репродуктивного поведения студентов русской и удмуртской национальностей / Попов А.В. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов – Ижевск. – 2008. - № 1 – С.26-27.
4. Попов А.В. Планирование семьи студентами Удмуртской республики / Попов А.В. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Выпуск 1. – Москва, 2008. – С.118-120.
5. Полякова Н.М., Чернявский И.Я., Габидулина Т.В. Факторы репродуктивных установок студенческой молодежи // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 25.
6. Лиманская В.О. Брачно-семейная ориентация молодежи // Партнерство цивилизаций. 2015 №. 1—2.

Толмачев Денис Анатольевич
Кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Ижевская государственная медицинская академия
Tolmachev Denis Anatolevich
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Public Health and Health
Izhevsk state medical academy

Ракита Лиана Рамилевна
Ижевская государственная медицинская академия
Rakita Liana Ramilevna
Izhevsk state medical academy
E-mail: anlyrein152@gmail.com

Вахрушева Инга Владимировна
Ижевская государственная медицинская академия
Vakhrusheva Inga Vladimirovna
Izhevsk state medical academy

УДК 616.831-009.11

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С АДАПТАЦИЕЙ В ОБЩЕСТВЕ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE ADAPTATION IN SOCIETY OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Аннотация: В настоящем обзоре освещены современные проблемы детей с детским церебральным параличом, а также представлен новый метод коррекции заболевания с использованием тейпа.

Abstract: This review highlights the current problems of children with cerebral palsy, and also presents a new method for correcting the disease using taping.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, тейпирование.

Keywords: cerebral palsy, taping.

Введение

Во все времена среди обычных и здоровых людей встречались уникальные случаи людей с редкими заболеваниями. Но не всегда и не в каждом обществе их воспринимали нормально.

В периоды существования архаичного общества существовало право отцов и старейшин племен распоряжаться жизнью неполноценных детей, то есть применять инфантицид-убийство физически неполноценных младенцев. Во времена античного мира в законодательстве возникали первые упоминания о людях с ограниченными физическими и умственными возможностями, так, например, Аристотель в своих трудах провозглашал: «Пусть будет в силе тот закон, что ни одного калеки-ребенка кормить не следует». Именно поэтому с позиции закона и общества эти люди не являлись полноценными гражданами и по своему статусу приравнивались к животным или рабам.

Конечно, детоубийство не могло допускаться в период повсеместного принятия религий. Так, например, в период распространения христианства в большинстве стран Европы общество стало по-другому воспринимать людей с отклонениями и изменило взгляд на их положение в обществе [1]. Все происходило поэтапно, появлялись приюты для больных, где их обеспечивали питанием и всевозможной поддержкой.

Переосмысление отношения к неполноценным происходило не за одну эпоху, иногда общество, в силу своих особенностей и необразованности с предосторожностью и некоторым презрением относились к людям с отклонениями от нормы. Например, в период средневековья светские и церковные законы, традиции и взгляды в отношении к «инвалидам» были едины. Их считали «иными» людьми, отверженными и изгоями общества. Законы не признавали данных людей дееспособными, то есть они не обладали правами [1, 3]. Такое общество считало, что такие люди

могут просить только милостыню, что само по себе, по нашему мнению, является жестоким и несправедливым по отношению к данной категории людей.

Тенденции, к признанию права на существование в обществе людей с отклонениями в развитии, появились в эпоху Возрождения. Такие гуманисты как Томас Мор, Я.А Каменский, Д. Локк своими трудами сыграли позитивную роль в изменении отношения общества к человеку, имеющему физические и умственные отклонения - первые попытки реабилитировать людей с различными патологиями. Именно они призывали к тому, что поддержка со стороны общества должна проявляться не столько в подаче милостыни, сколько в помощи дать таким людям элементарное образование и воспитать в них нравственные качества.

Французская декларация прав человека и гражданина 1789 года существенно изменила статус инвалидов не только во Франции, но и во всей Европе, включая Россию. Постепенно стали открываться учреждения для умственно отсталых детей. В России такое учреждение появилось в 1854 г. в городе Рига, оно было открыто доктором Ф.Плацем, который ввел проведение занятий по медико-педагогической системе Э.Сегена. (Наиболее плодотворной из ранних попыток воспитания и обучения слабоумных была деятельность французского врача-педагога Эдуарда Сегена (1812—1880). Кроме того, он был одним из тех, кто сумел проанализировать, обобщить и оформить в виде целостной медико-педагогической системы собственную практику воспитания слабоумных. Сеген в 1841 году организовал собственную частную школу для слабоумных. В 1846 году вышел большой труд Сегена «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. Задача воспитания глубоко отсталых, по мнению Сегена, заключается в том, чтобы вывести их из инертного состояния, поставить в связь с внешним миром [6]. Конечная цель воспитания — развить способности, дать навыки производительного труда для того, чтобы глубоко отсталые могли своим заработком окупить свое содержание и перестали быть бременем для общества, были бы людьми полезными.)

Таким образом, общество от самого архаичного до современного постепенно формировало отношение к людям с физическими и умственными отклонениями. Жестокости и угнетения по отношению к этим людям было достаточно, чтобы прекратить этот хаос и узаконить статус такой группы людей. Сейчас в мире существует приоритет равенства прав и свобод человека и гражданина об этом свидетельствует ст.2 Декларации прав человека: «Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными настоящей Декларацией, без какого бы то ни было различия, как-то в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения».

Актуальность темы адаптации и реализации прав и интересов у детей и взрослых с ограниченными возможностями не угасает, так как в наше время особое значение имеет охрана семьи, материнства и детства.

В данной статье мы подробнее рассмотрим проблемы, которые возникают у детей и взрослых с ДЦП. Так же рассмотрим принципы их реабилитации обществе. Более подробно остановимся на новом методе -кинезиотейпировании.

Детские церебральный паралич — термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде (во время беременности, родов, первого месяца жизни или реже в раннем детстве) [7].

Распространённость детского церебрального паралича среди новорождённых: 2 к 1000 живорождённых (у мальчиков чаще в 1,33 раза).

Структурные проблемы в головном мозге наблюдаются в 80 % случаев, чаще всего в белом веществе. Считается, что более трёх четвертей случаев связаны с проблемами, возникающими именно во время беременности. Примерно у 30—50 % людей с ДЦП наблюдается нарушение интеллекта. Затруднения в мышлении и умственной деятельности более распространены среди пациентов со спастической квадриплегией, чем среди страдающих от других видов церебрального паралича. Повреждение мозга может повлиять также на освоение родного языка и речи. ДЦП не является наследственным заболеванием [2].

Распространённость форм детского церебрального паралича

спастическая тетраплегия — 2,0 %

спастическая диплегия — 40,0 %

гемиплегическая форма — 33,0 %
дискинетическая форма — 10,0 %
атаксическая форма — 15,0 %

Хотя в некоторых случаях нельзя точно установить причину, типичные причины включают проблемы внутриутробного развития (например, облучение, инфекция, ограничение роста плода), гипоксия головного мозга (тромботические события, состояния плаценты), травма во время родов или в раннем детстве [2,3].

Физиологические основы двигательного дефекта при детском церебральном параличе - развитие спастики - при сохранении позотонических рефлексов из-за поражения головного мозга и сопутствующем нарушении становления цепных установочных выпрямительных рефлексов.

По оценкам врачей, примерно у трети детей с диагнозом «детский церебральный паралич» — не детский церебральный паралич, а разные генетические заболевания, похожие на ДЦП только внешне [1,4]. Из-за ложного представления о том, что детский церебральный паралич главным образом вызван травмой во время рождения, по состоянию на 2005 год 60,0% случаев судебного преследования акушеров были связаны с церебральным параличом. Эти преследования стали причиной массового бегства акушеров из профессии. Во второй половине XX века судебные тяжбы по поводу ведения беременности и родов в контексте детского церебрального паралича привели к расширению практики т. н. оборонительной медицины.

При ДЦП на МРТ головного мозга может отмечаться корково-подкорковая атрофия, псевдопорэнцефалия, диффузное снижение плотности белого вещества [7].

Необходимо обязательно проводить дифференциальную диагностику с клинически схожими заболеваниями: последствия различных поражений головного мозга (черепно-мозговых травм средней тяжести и тяжёлых, нейроинфекций и инсультов), перенесённых после 1 месяца жизни; аутосомно-рецессивные формы наследственной спастической параплегии; синдром Джакомини; некоторые редкие формы доминантных наследственных спастических параплегий; ранние наследственные атаксии; врождённые непрогрессирующие мозжечковые атаксии; атаксия-телеангиэктазия; ранний детский аутизм; шизофрения; поражения спинного мозга ишемического и травматического характера; спинальная амиотрофия Вердинга-Гофмана; болезнь Штрюмпеля; болезнь Фара; гепатолентикулярная дегенерация; болезнь Галлервордена-Шпатца; болезнь Пелицеуса-Мерцбахера; синдром Шегрена-Ларссона; фенилкетонурия; галактоземия и др. [1,2];

Исключение данных заболеваний необходимо для выработки верной лечебной тактики.

Основная задача лечения детского церебрального паралича: максимально полное возможное развитие умений и навыков ребёнка и его коммуникативности. Основной способ коррекции спастических двигательных расстройств при ДЦП: онтогенетически последовательное становление двигательных функций путём стимуляции цепных установочных выпрямительных рефлексов при ослаблении патологический миелэнцефальной постуральной активности рефлекс-запрещающими позициями [5,6].

Применяется: массаж, лечебная гимнастика, в том числе Бобат-терапия, логопедическая работа, занятия с психологом, а также, при необходимости медикаментозная терапия (препараты снижающие тонус мышц). Оперативные ортопедические вмешательства: сухожильная пластика, сухожильно-мышечная пластика, коррегирующая остеотомия, артродез, хирургическое устранение контрактур вручную и с использованием дистракционных аппаратов [7]. Функциональная нейрохирургия: селективная ризотомия, селективная невротомия, хроническая эпидуральная нейростимуляция спинного мозга, операции на подкорковых структурах головного мозга. Лечение сопутствующих расстройств (эпилепсии и др.).

На ранней стадии: лечение основного заболевания, послужившего причиной развития ДЦП, санаторно-курортное лечение, анималотерапия.

Дети с ДЦП нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе. Основная задача — развитие предметно-манипулятивной деятельности, сенсорных функций, речевого и предметно-действенного общения с окружающими, социального поведения и самостоятельности [5]. Коррекционная работа должна проводиться дифференцированно с учётом формы заболевания и возраста ребёнка. На основе предметно-практической и игровой деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, стимулируют сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции. Используют методы торможения и облегчения. Тормозят нежелательные патологические движения, сопровождаемые повышением мышечного тонуса и одновременно облегчают произвольную сенсо-

моторную активность. Применяются различные приспособления для фиксации головы, туловища и конечностей с целью облегчения функции артикуляционного аппарата, тренировки зрительно-моторной координации и других реакций.

Более подробно хотелось бы остановиться на новом методе реабилитации-кинезиотейпировании.

Тейп, а с английского это слово можно перевести как «лента» или «тесьма» — это клейкая лента из ткани, чаще всего хлопка, которая очень напоминает обычный медицинский лейкопластырь. Первоначально тейпы использовались в спорте для фиксации и поддержки суставов, а сам процесс наложения тейпа называют тейпированием. После использования такой повязки, а для этого используется несколько разновидностей лент, получается очень эффективный самостоятельный фиксатор, или бандаж.

Тканные ленты – тейпы не содержат латекса, а за счет особого плетения нитей их эластичность схожа с эластичностью кожи. Наложенные методом кинезиотейтирования, они помогают обеспечить мышцам и суставам всю необходимую поддержку. Но при этом сохраняется полная их подвижность, улучшается кровообращение и лимфоток.

Не менее важно и то, что любые тейпы изготавливаются только из гипоаллергенного материала, а их особая структура позволяет коже дышать. Эти факторы являются основными показателями для того, чтобы использовать кинезиотейп для мышц на протяжении 5 суток, не снимая и не переклеивая сами ленты.

Сегодня кинезиотейпы используются не только в спортивной медицине, но и при лечении и реабилитации самых разных заболеваний, включая детский церебральный паралич [6]. Причём в реабилитации детишек с ДЦП используется метод, когда тейп наклеивается вокруг мышцы, а не поверх неё. При этом данная методика может сочетаться и с другим реабилитационным мероприятиями, например, массажем, гидротерапией, или электростимуляцией.

Сегодня тейпирование при ДЦП только набирает обороты, полученные данные говорят о том, что при правильном использовании данного метода можно получить отличные результаты, которые не могут не радовать врачей и родителей. Но не следует забывать, что неправильно наложенный тейп или – может нанести вред мышцам и связкам ребенка. Поэтому первые несколько процедур тейпирования доверьте профессионалам.

Для чего нужно тейпирование при ДЦП? Задача здесь только одна – обеспечить физиологическую подвижность суставов и мышц. Иными словами – кинезиотейпитование позволяет зафиксировать сустав в анатомически верном положении, не препятствуя его подвижности. Придать необходимую упругость паретичным мышцам, т.е. мышцам, которые являются антагонистами напряженных (спазмированных) мышц и одновременно разгрузить спазмированные мышцы. В результате достигается активация процессов восстановления и контроля над движениями.

Что же можно получить, используя кинезиотейп?

-Улучшение деятельности мышечной ткани, которое происходит за счёт регуляции её тонуса.

-Прекращение застойных процессов, отёков и гематом.

-Улучшение стабильности суставов и движений в них.

-Уменьшение симптомов болезненности в мышцах.

-Повышение выносливости мышечной ткани во время тренировок.

Противопоказание - это любые заболевания кожи на месте нанесения тейпа, а также присутствие царапин, ссадин или ран на месте приклеивания ленты.

Заключение

Хочется добавить, что эффективность реабилитации определяется не мерой соответствия заранее заложенным эталоном «нормы», как принято в клинической практике, а становлением способности к дальнейшей самореализации, саморазвитию, так как дети с ограниченными возможностями сталкиваются со многими проблемами:

-недостаточные формы социальной поддержки, недостаточность здравоохранения, культуры, бытового обслуживания.

-нарушение связей ребенка с ограниченными возможностями с миром, бедность контакта со сверстниками, в ограничении общения с природой, недостаточности ряда культурных ценностей и образования.

-отсутствие спецшкол и реабилитационных центров, специалистов дефектологов в местах проживания семей имеющих детей с ограниченными возможностями.

-проблема получения детьми с ограниченными возможностями престижной профессии, кроме того, осуществлять профессиональную подготовку по тем видам труда, в которых есть потребность в данном регионе.

-проблема неравенства возможностей.

Должна быть реабилитирована собственная потенциальная активность ребенка. Личность, умеющая проявлять независимость от болезни и обстоятельств, сделать при необходимости свой жизненный выбор, вполне соотносимый с ее собственными, а не заданными и диктуемыми извне намерениями, мотивами, установками. Следовательно, важен диалог и подлинное сотрудничество с ребенком.

Атмосфера совершенствования поведения ребенка с ограниченными возможностями предполагает развитие системы инновационных социологических служб, ориентированных на детей с ограниченными возможностями, открывающих им доступ к образованию, труду, спорту, искусству, широкому общению.

Библиографический список:

1. Заболевания нервной системы у детей. // Под ред. Ж. Айкарди. М., Бином. 2013. Т. 1, С. 221–259.

2. Толмачев Д.А., Попова Н.М., Попов А.В. Характеристика рождаемости на территории Приволжского федерального округа. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2014. №4. С. 22-26.

3. Попова Н.М., Наумова А.А., Тимофеева А.Д. Характеристика беременных с преэклампсией, исходы родов и здоровье новорожденных. // Синергия наук. 2018. №28. С. 546-550.

4. Семенова К. А., Левченкова В. Д. Особенности патогенетической терапии детского церебрального паралича, обусловленные характером патогенеза каждой из трех стадий этого заболевания // Социальные проблемы роста детской инвалидности: материалы II научно-практической междисциплинарной конференции с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения». 2012. С. 129-130.

5. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: пособие для психологов и педагогов -дефектологов. // Просвещение. 2007. С. 272.

6. Кожевникова В.Т. Современные технологии физической реабилитации больных с последствиями перинатального поражения нервной системы и детским церебральным параличом. // М., 2013. С. 567 .

7. Детский церебральный паралич: эффективные способы борьбы с двигательными нарушениями // Под ред. Умнова В. В. СПб, 2013. С. 235.

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalya Mitrofanovna
доктор медицинских наук, профессор,
врач высшей квалификационной категории,
«Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики»,
«Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации»,
заведующий кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения,
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия;

Петрова Ирина Петровна
Petrova Irina Petrovna
студентка;
лечебный факультет

Сендюкова Алия Рустамовна
Sendyukova Aliya Rustamovna
студентка;
лечебный факультет,
ФГБОУ ВО
Ижевская государственная медицинская академия.

УДК 616.3

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ

ESTIMATION OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS OF THE GASTROENTEROLOGICAL DEPARTMENT AND COMPARISON GROUP

Аннотация: в статье рассматривается психологическое состояние человека, как одна из проблем возникновения патологий, связанных с желудочно-кишечным трактом. В заключении дается психологическая характеристика стационарного больного гастроэнтерологического отделения.

Annotation: the article discusses the psychological status of the person, as one of the problems of pathologies associated to the gastrointestinal tract. In conclusion, the psychological characteristics are given of the inpatient in the gastroenterology department.

Ключевые слова: гастроэнтерологическое отделение, студенты , психологический статус, пациенты, заболевания желудочно-кишечного тракта, СМИЛ-тест.

Key words: gastroenterology department, students, psychological status, patients, diseases of the gastrointestinal tract, SMIL-test.

Введение: во время лечения пациентов врачи сталкиваются с множеством проблем, одна из них это медицинское оснащения данного лечебного учреждения, другая проблема – это отношение пациента к своему заболеванию и дальнейшему лечению. Отношение пациента к своему лечению зависит от особенностей личности данного человека. Но может ли психологическое состояние человека сформировать нозологию?

О взаимодействии «души» и «тела», между психическими и соматическими факторами в болезни было известно и обсуждалось со времен античности. Считалось, что сильные душевные волнения воздействовали на здоровье и способствовали возникновению телесных болезней от душевных страданий (М. Цицерон).

Известно, что поглощение и выделение являются основными функциями желудочно-кишечного тракта. Они в своих проявлениях находятся в тесных взаимосвязях с окружающим человека миром, а также они связаны с эмоциональным состоянием, с отношениями с другими людьми и конечно же с внешним жизненным пространством. Сам процесс добывание пищи уже является тесной взаимосвязью между человеком и окружающей природой. Моторные, вегетативные, гуморальные реакции, а также процессы, происходящие в центральной нервной системе активно

управляют процессом пищеварения. Но из этой соматической сферы также нельзя изолировать и душевное состояние человека. Эта внутренняя связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения-выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейшие процессы ее переваривания, [1,787]. Так состояния, которые активируют парасимпатическую нервную систему: стресс, агрессия, страх - тормозят деятельность желудочно-кишечного тракта.

Данная проблема актуальна на сегодняшний день, так как в ритме современного города человек испытывает на себе постоянное напряжение, стресс, переживания. Данные факторы влияют на психологическое состояние, и могут спровоцировать возникновение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Для оценки психологического состояния пациентов в клинике используют СМИЛ тест (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ представляет собой модификацию теста MMPI, созданного в 1942-49 гг. в целях профессионального отбора летчиков во время Второй мировой войны. Авторы - американские психологи И.Маккинли и С.Хатэуэй, [2,26;4,15]. Опростник состоит из 71 утверждения, на которые имеется два варианта ответа: «верно» - «неверно». При обработке анкеты выделяются базисные шкалы: 1-я шкала - шкала "невротического сверхконтроля", 2-я - "пессимистичности", 3-я -"эмоциональной лабильности", 4-я -"импульсивности", 6-я - "ригидности", 7-я - "тревожности", 8-я - "индивидуалистичности", 9-я - "оптимизма и активности". К базисным шкалам добавляются 3 шкалы оценивающие достоверность полученных результатов: шкала "L" - шкала "Лжи" – оценивает искренность исследуемого. Шкала "F" - шкала "достоверности" – выявляет откровенность тестируемого, а также надежность полученных результатов. Шкала "К" - шкала "коррекции" показывает степень искажения профиля, в зависимости от закрытости исследуемого, [3,24]. После обработки полученных данных выстраивается профиль, по которому делаются выводы о психологическом и эмоциональном статусе испытуемого.

Цель: исследование психологического состояния и особенности личности, связь психологических факторов с особенностями течения хронических соматических заболеваний пациентов в гастроэнтерологического отделении.

Материалы и методы: проведено анкетирование (с помощью теста СМИЛ) 50 пациентов гастроэнтерологического отделения на основе «Городской клинической больницы №8» Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики в возрасте от 19 до 80 лет, данные которых сравнивали с контрольной группой 50 студентов в возрасте с 19 до 22 лет.

Данное исследование проводилось в феврале – апреле 2018 года, на базе пациентов гастроэнтерологического отделения «Городской клинической больницы №8» Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики города Ижевска. В исследование приняло участие 50 пациентов данного отделения, из них женщин - 30, мужчин – 20. Для сравнения результатов использовались результаты лиц контрольной группы, не имеющей патологии по гастроэнтерологическому профилю. В контрольную группу вошли 50 студентов.

Для интерпретации теста разделим полученные результаты на: показатели находящиеся выше нормальных значений (баллы находятся на уровне 70 и выше), показатели находящиеся ниже нормальных значений (баллы находятся на уровне 40 и ниже). В первом случае, с показателями, находящимися выше нормальных значений, получились следующие данные: 1-я шкала - 20%, 2-я шкала – 18%, 3-я шкала - 26%, 4-я шкала – 6%, 6-я шкала – 8% , 7-я шкала – 4%, 8-я шкала – 4%, 9-я шкала – 2%; шкалы достоверности: шкала «лжи» - 4%, шкала «достоверности» - 14%, шкала «коррекции» - 0%. Во втором случае, это пациенты, у которых результаты имеют показатели ниже нормальных значений: 1-я шкала - 2%, 2-я шкала – 6%, 3-я шкала - 2%, 4-я шкала – 30%, 6-я шкала – 10% , 7-я шкала – 10%, 8-я шкала – 12%, 9-я шкала – 22%; шкалы достоверности: шкала «лжи» - 26%, шкала «достоверности» - 12%, шкала «коррекции» - 26%.

Исходя из полученных данных, был построен психологический профиль пациентов гастроэнтерологического отделения. Высокие показатели по шкале «достоверности» и низкие показатели по шкале «коррекции» отражают откровенность тестируемого и его самокритичность.

У пациентов гастроэнтерологического отделения с данным психологическим профилем наблюдается снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности. Люди выстраивают для себя «высокую планку» в достижении цели, которую в дальнейшем не могут достичь. Данные неудачи приводят к сильным расстройствам и неврозам человека. Но не смотря на это, пациенты хорошо

социально адаптированы, могут находить правильную линию поведения, также они имеют тенденцию к сохранению постоянных интересов. Но у них наблюдается тенденция к драматизации сложившихся обстоятельств и своего отношения к ним, стремление наговорить на себя и снижение работоспособности в результате болезненного состояния. Это проявляется в том, что пациенты делают сильный акцент на своих жалобах, преувеличивая тяжесть имеющихся симптомов.

Скупость эмоциональных проявлений, осторожность, осмотрительность. Противоречивое сочетание сдержанности и раздражительности, что создает смешанный тип реагирования, свойственный лицам с психосоматической предиспозицией, т.е. со склонностью к трансформации эмоциональной напряженности в болезненные реакции всего организма или отдельных органов.

При избыточной эмоциональной напряженности затрудненная дезадаптация проявляется повышенной сосредоточенностью на отклонениях от нормы как в плане межличностных отношений, где лиц этого типа раздражает безответственность и недостаточная нравственность поступков окружающих, так и в сфере самочувствия, где чрезмерное внимание к функциям собственного организма может перерасти в ипохондричность. Один из вариантов защиты у данных личностей является «бегство в болезнь», при этом болезнь является ширмой маскирующая стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, как оправдание своей пассивности. Возникает это в связи с тем, что люди ставят завышенные требования как к себе, так и к окружающим. А в случае поражения, они остро реагируют на данную ситуацию, у людей повышается чувство вины с самокритичным отношением к своим недостаткам. И в дальнейшем психологическая тревога трансформируется на организменном (биологическом) уровне в функциональные нарушения. У лиц с данным типом профиля борьба с болезнью трансформируется в борьбу за право считаться больным.

У студентов были получены следующие данные. Результаты с высокими показателями были следующие: 1-я шкала - 0%, 2-я шкала – 8%, 3-я шкала - 10%, 4-я шкала – 6%, 6-я шкала – 8% , 7-я шкала – 4%, 8-я шкала – 6%, 9-я шкала – 4%; шкалы достоверности: шкала «лжи» - 4%, шкала «достоверности» - 8%, шкала «коррекции» - 0%. Результаты с низкими показателями, относительно нормы, разделились следующим образом: 1-я шкала - 8%, 2-я шкала – 16%, 3-я шкала - 6%, 4-я шкала – 44%, 6-я шкала – 20% , 7-я шкала – 18%, 8-я шкала – 16%, 9-я шкала – 20%; шкалы достоверности: шкала «лжи» - 38%, шкала «достоверности» - 8%, шкала «коррекции» - 8%.

Студенты имеют низкий уровень тревоги, а также стремятся к своей независимости. Они эмоционально устойчивы, а также у них выявляется пониженная чувствительность к средовым воздействиям на проблемы социального характера, что проявляется менее гибким стилем межличностного взаимодействия и отсутствием «дипломатичности». Исследуемые не озабочены состоянием своего здоровья, у них отсутствует осторожность в поступках и щепетильность в вопросах морали. У студентов наблюдается циничный взгляд на жизненные явления, но при этом они способны трезво оценивать жизненную ситуацию. При различных ситуациях студенты могут рационально найти решение проблемы, однако при решении сложных ситуаций появляется препятствие, связанное с низкой мотивацией на достижение цели. Стремление приукрасить свой характер у данной исследуемой группы отсутствует.

Заключение: заболевания желудочно-кишечного тракта тесно связаны с психологическим и эмоциональным статусом человека. Выявление правильного психологического профиля пациента, дает возможность врачу правильно применить тактику лечения и получить хорошие результаты в конце проведенной терапии.

У группы сравнения выявлены: эмоциональная устойчивость и независимость, также они не обеспокоены состоянием своего здоровья. А пациенты, госпитализированные в гастроэнтерологическое отделение, обладают сниженным уровнем оптимизма, повышенным уровнем волнения и переживаний, также они склонны к преувеличению тяжести имеющихся у них симптомов, происходит это вследствие того, что данные люди стремятся к идеальным показателям здоровья, а малейшее отклонение от нормы для них воспринимается как серьезная патология, требующая незамедлительного лечения. При назначении терапии также необходимо учитывать данные особенности пациента.

Библиографический список:

1. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

2. Моисеева О. Ю. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 2. Психодиагностика характера: Учебно-методическое пособие / О. Ю. Моисеева. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2007. – 253 с.

3. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.

4. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (модифицированный тест MMPI). Вводные замечания / Л.Н. Собчик. - СПб.: Речь, 2006. – 180 с.

Эргашев У.М., Аширов С.К., Мадрахимов Б.С.
Ergashev U.M., Ashirov S.K., Madrahimov B.S.
Ташкентская Медицинская Академия

УДК 616.284-002.2

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

ALGORITHM FOR THE TREATMENT OF CHILDREN WITH EXUDATIVE SECONDARY OTITIS MEDIA

Аннотаця: Экссудативный средний отит (ЭСО) в детском возрасте не утрачивает свою актуальность, являясь основной причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет [1, 2]. На сегодняшний день для лечения ЭСО применяются консервативные и хирургические методы в зависимости от стадии процесса.

Abstarct: Exudative otitis media (EOM) in children does not lose its relevance, being the main cause of hearing loss in children aged 2 to 7 years [1, 2]. To date, conservative and surgical methods are used for the treatment of EOM, depending on the stage of the process.

Ключевые слова: экссудативный средний отит, лечебный алгоритм, хирургическая санация, мирингтомия.

Key words: exudative otitis media, medical algorithm, surgical sanation, myringotomy.

На первом этапе лечения ЭСО проводится санация верхних дыхательных путей и восстановление носового дыхания, что в подавляющем большинстве случаев положительно влияет на существующую дисфункцию слуховых труб. В детском возрасте санация верхних дыхательных путей чаще всего заключается в проведении аденотомии, аденотонзиллэктомии [3], которую целесообразно выполнять с применением общей анестезии для исключения психологической травмы у ребенка, а также возможности удаления лимфоидной ткани под визуальным контролем [4, 5].

В дальнейшем при сохранении тугоухости и типа С тимпанограммы повторяют курс консервативного лечения дисфункции слуховой трубы [6–8]. Курс консервативного лечения ЭСО в детском возрасте включает в себя продувание слуховых труб по Политцеру, анемизацию устьев слуховых труб, применение современных топических кортикостероидов, кинезитерапию, лечение флюктуирующими токами, физиотерапию (эндауральный электрофорез с йодидом калия, ацетилцистеином), пневмомассаж барабанных перепонок. Катетеризация устьев слуховых труб проводится по большей части у детей старшего школьного возраста [9].

Золотым стандартом хирургического лечения ЭСО является шунтирование барабанной полости [7, 8]. Однако не все авторы признают традиционный метод шунтирования как высокоэффективный и предлагают различные альтернативные варианты – лазерную тимпаностомию [10, 11], ретротимпанальное шунтирование [10–12] и т. д.

Целью нашего исследования явилась разработка лечебного алгоритма ведения детей с ЭСО.

Для достижения поставленной цели в отделе ЛОР патологии детского возраста ТМА на базе III ЛОР-отделения было обследовано и пролечено 56 детей в возрасте от 3 до 11 лет (33 мальчиков и 23 девочек), поступивших с диагнозом ЭСО за период с 2017 по 2018 гг. Двусторонний процесс отмечался у 44, односторонний – у 12 детей.

Всем детям проведено комплексное обследование: традиционный осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование носоглотки и полости носа, отомикро- и отоэндоскопия, акустическая импедансометрия, тест отоакустической эмиссии, тональная пороговая аудиометрия (если позволял возраст ребенка), компьютерная томография (КТ) височных костей.

Пациенты в зависимости от стадии заболевания [7] были разделены на 2 группы: 1 группа – 18 детей с катаральной стадией ЭСО; 2 группа – 38 детей с секреторной стадией ЭСО.

У всех детей 1-й группы процесс носил двусторонний характер. Ранее они прошли курс консервативного лечения по месту жительства без положительной динамики, в связи с чем были направлены на госпитализацию. При отоэндо- и отомикроскопии отмечали втяжение барабанной перепонки, при пневмоотоскопии – ограничение ее подвижности, изменение цвета от мутного до розового, укорочение светового конуса. Экссудат за барабанной перепонкой не визуализировали. По данным тональной пороговой аудиометрии, пороги воздушного звукопроведения не превышали 20

дБ, костное звуковосприятие нарушено не было. На тимпанограмме, как правило, определяли тип С с отклонением пика в сторону отрицательного давления до 200 мм вод. ст.

У 13 из 18 детей, по данным эндоскопии, носоглотки определили гипертрофию аденоидных вегетаций III–IV степени. У 8 детей был выявлен двусторонний острый гнойный гайморит, аденоиды II степени с явлениями хронического аденоидита. Лечение проводили в несколько этапов. На 1-м этапе 13 детям с III и IV степенью аденоидных вегетаций была проведена эндоскопическая аденотомия. У 5 детей был пролечен острый гнойный гайморит и аденоидит по стандартной методике.

При катамнестическом обследовании через 1 месяц у 10 из 13 оперированных детей отмечено полное восстановление аудиологических показателей, нормализация отоскопической картины. У 5 детей после лечения острого синусита и аденоидита также зафиксировано полное восстановление аудиометрических и тимпанометрических показателей, нормализация отоскопической картины. При эндоскопическом исследовании носоглотки диагностированы аденоидные вегетации I степени, располагающиеся в своде, не блокирующие устья слуховых труб.

У 2 из прооперированных детей сохранялся тип С на тимпанограмме. На втором этапе им был проведен курс консервативного лечения, направленный на устранение дисфункции слуховых труб, включавший продувание слуховых труб по Политцеру; прием препаратов, обладающих мукорегулирующим эффектом и улучшающих мукоцилиарный клиренс; эндауральный электрофорез с йодистым калием; десенсибилизирующую терапию; пневмомассаж барабанных перепонок; кинезитерапию для восстановления функции слуховой трубы; топические кортикостероиды эндоназально. После проведенного курса лечения отмечали полное восстановление аудиометрических и тимпанометрических показателей, нормализацию отоскопической и эндоэпифарингоскопической картины.

У 49 детей 2-й группы патологический процесс носил двусторонний характер, у 7 – односторонний. При отоскопии определяли утолщение барабанной перепонки, ее втяжение в верхних отделах, иногда с цианотичным оттенком, выбухание в нижних квадрантах. На аудиограмме отмечали повышение порогов воздушного звукопроведения до 20–40 дБ. У 6 больных были повышены пороги костного звукопроведения в высокочастотном диапазоне до 10 дБ, при акустической импедансометрии определяли тип В и отсутствие акустических рефлексов.

У 46 детей этой группы при эндоскопии носоглотки определялись гипертрофия аденоидных вегетаций II–IV степени, блокирующие устья слуховых труб, пролабирующие в хоаны без признаков хронического аденоидита. В 6 случаях выявлена гипертрофия тубарных миндалин при свободной носоглотке (этим детям ранее была выполнена аденотомия в других стационарах). У 4 детей ЭСО развился на фоне аллергического ринита (2) и острого верхнечелюстного синусита (2).

Всем детям с гипертрофией аденоидных вегетаций была выполнена аденотомия под контролем эндоскопа, а 6 пациентам с гипертрофией тубарных миндалин – их эндоскопическая коррекция с использованием электрохирургического аппарата. Одномоментно с аденотомией (или коррекцией тубарных миндалин) всем больным этой группы была выполнена миринготомия с одной или двух сторон. При получении интраоперационно вязкого густого экссудата в миринготомическое отверстие устанавливали титановый шунт. Шунты с двух сторон были установлены у 41 из 49 детей и у 8 – с одной стороны.

В послеоперационном периоде после шунтирования барабанных полостей всем детям транстимпанально под давлением вводили раствор комбинации ацетилцистеина и антибиотика, затем раствор дексаметазона. Указанные процедуры проводили ежедневно не менее чем в течение 7 дней. Одномоментно с этим в комплекс лечения ЭСО был включен эндауральный электрофорез с йодистым калием.

Детям после проведенной миринготомии аналогичные процедуры проводили в течение 2 дней до закрытия миринготомического отверстия.

Катамнестический осмотр проводили через 1, 3, 6, 9, 12 и 13 мес.

У 32 детей через 5–9 мес. шунты самостоятельно отторглись из барабанных перепонок с восстановлением целостности барабанных перепонок. В 26 случаях при аудиологическом исследовании отмечался тип А на тимпанограмме с двух сторон, регистрировался тест ОАЭ. У детей старшей возрастной группы, по данным тональной пороговой аудиометрии, слух был в пределах возрастной нормы. Отоскопически барабанные перепонки обычного цвета, световой конус присутствовал. У 8 детей на тимпанограмме отмечался тип С. Им был проведен курс консервативного

лечения по описанной выше схеме, используемой нами при лечении пациентам с катаральной стадией ЭСО. После проведенного лечения отмечено полное восстановление аудиологических показателей и отоскопической картины.

У 4 больных на тимпанограмме отмечался тип В. Курс консервативного лечения у них оказался недостаточно эффективным и им выполнено повторное шунтирование барабанных полостей. Все они наблюдаются в нашем отделе по настоящее время. У 14 детей произведено удаление шунтов из барабанных перепонок в связи с длительным отсутствием их отторжения (более 1 года) с одномоментной мирингопластикой пластинами, содержащими гиалуроновую кислоту. При осмотре через 1–1,5 мес.

У 24 отмечено купирование ЭСО с полным восстановлением аудиологических показателей. У 2 детей отмечен тип С на тимпанограмме с двух сторон, что нивелировалось после курса консервативного лечения. У 2 детей после удаления шунтов отмечен тип В на тимпанограмме с одной стороны и тип А с другой. После курса применяемого нами консервативного лечения с двух сторон определялся тип А на тимпанограмме, слух в пределах возрастной нормы.

При катамнестическом обследовании через 1 месяц у 10 из 13 оперированных детей отмечено полное восстановление аудиологических показателей, нормализация отоскопической картины

Из 28 детей после выполненной аденотомии с миринготомией купирование ЭСО с полным восстановлением аудиологических показателей отмечено у 18 пациентов. У 7 определялся тип С на тимпанограмме и у 2 – тип В, в связи с чем им был проведен курс консервативной терапии ЭСО, в результате которого лишь у 1 ребенка не было достигнуто положительного результата и ему выполнено шунтирование барабанных полостей. Больной находится под наблюдением до настоящего времени.

У 4 детей 2-й группы после проведенного курса лечения острого синусита и аллергического ринита отмечено полное восстановление аудиологических показателей.

Таким образом, разработанный и применяемый нами алгоритм ведения больных с ЭСО в зависимости от стадии процесса показал высокую эффективность лечения детей с вышеуказанной патологией. В случае неэффективности консервативного лечения секреторной стадии ЭСО одномоментно с хирургической санацией (или коррекцией структур) носоглотки, проводимой под эндоскопическим контролем, показано проведение миринготомии. Шунт при этом устанавливается в случае получения вязкого экссудата и при отсутствии возможности его полностью эвакуировать.

Библиографический список:

1. Рязанцев С. В. Отофа, Изофра и Полидекса — новые препараты для лечения отитов и риносинуситов. Новости оториноларингологии. СПб. 2011. С. 115–116.

2. Kligman E. W. Earache. In: Weiss B. D. et al. twenty common problem in primary care/Ist edition. New York: McGrow Yill. 2012. P. 123–144.

3. Baraibar R. Incidence and risk factors of acute otitis media in children. J. Clin. Microb. Infect. 2014; 3: 13–22.

4. Богомильский М. Р., Минасян В. С. Острый средний отит. Методические указания. 2013.

5. Maher A., Bassiouny A. et al. Otomycosis: an experimental evaluation of six antimycotic agents. L. Laryng. 2012; 6: 82–83.

6. Белоусов Ю. Б., Шатунов С. М. Антибактериальная терапия. М.: Ремедиум. 2011. С. 260–264.

7. Teele D. N., Klein J. O., Rosner B. et al. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston. J. Infect. Dis. 2009; 160: 83–94.

8. Карпова Е. П. Применение местных антибактериальных препаратов при острых отитах у детей. VII Научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». 2009.

9. Николаев М. П., Бойков Н. Э. Антибактериальная терапия воспаления среднего уха в детском возрасте. Вестник оториноларингологии. 2009; 6.

10. Балясинская Г. Л. Результаты применения ушных капель Отофа и Полидекса при лечении острых средних и наружных отитов у детей. Вестник оториноларингологии. 2013.

11. Свистушкин В. М., Овчинников А. Ю. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Россий ская оториноларингология. 2015; 3.

12. Орлов А. В. Дерматозы наружного слухового прохода. Дис. ... канд. мед. наук. 2010. С

Чолокова Гулнар Сатаркуловна
Заведующая кафедрой Детской стоматологии, Кыргызская Государственная Медицинская Академия им.И.К.Ахунбаева (Кыргызская Республика,г.Бишкек)

Абдылдаев Самат Тилекбекович
ассистент кафедры Детской стоматологии, Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева (Кыргызская республика,г.Бишкек), E-mail: abdyldaev.samat@gmail.com

Масаева Рахимат Аюбовна
клинический ординатор 2 года, Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева, кафедра детской стоматологии (Кыргызская Республика,г.Бишкек)
E-mail: rahimat.masaeva@gmail.com

Камчыбекова Акмаанай Шералиевна
ассистент кафедры Детской стоматологии, Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева (Кыргызская республика,г.Бишкек)
E-mail: valuable1992@mail.ru

Cholokova Gulnar Satarkulovna
head of departement Pediatric dentistry, The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev, Department of pediatric dentistry, (Kyrgyz Republic,Bishkek)

Abdyldaev Samat Tylekbekovich
teacher assistant, The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
Department of pediatric dentistry, (Kyrgyz Republic,Bishkek)
E-mail: abdyldaev.samat@gmail.com

Masaeva Rakhimat Ayubovna
resident of department, The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
Department of pediatric dentistry, (Kyrgyz Republic,Bishkek)
E-mail: rahimat.masaeva@gmail.com

Kamchybekova Akmaanay Sheralievna
teacher assistant, The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
Department of pediatric dentistry, (Kyrgyz Republic,Bishkek)
E-mail: valuable1992@mail.ru

УДК 616.31

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИКРОИМПЛАНТОВ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА

PRACTICAL APPLICATIONS OF ORTHODONTIC MICROIMPLANTS AS A SUPPORT FOR TREATMENT OF A DEEP BITE

Аннотация. Для того, чтобы понять, насколько удачным решением проблемы глубокого прикуса является применение микроимплантов, требуется провести ещё ряд исследований. Однако уже сейчас очевидно, что в некоторых случаях пациент только выигрывает от того, что у его лечащего врача есть метод микроинвазивного лечения глубокого прикуса .

Abstract. To understand how successful solution of the problem of a deep bite is application of microimplants, it is required to conduct some more researches. However already now it is obvious that in certain cases the patient only benefits from the fact that the doctor treating him has such method of microinvasive treatment of a deep bite.

Ключевые слова: брекеты, микроимпланты, глубокий прикус, лечение.

Keywords: brackets, microimplants, deep bite, treatment.

В настоящее время отечественные и зарубежные представители при решении исправления положения зубов и зубных рядов совместно с использованием брекет-систем широко применяют ортодонтические микроимпланты в качестве дополнительного контроля опоры, и в роли основной опоры при перемещении зубов. С точки зрения биомеханики исправления положения зубов возможность использования ортодонтических микроимплантов в качестве основной опоры является их главным достоинством, так как позволяют осуществить трехмерный контроль перемещения зубов с полным исключением передачи даже незначительных нагрузок на зубы, не нуждающихся в исправлении. Микроимпланты - это идеальная или абсолютная опора (абсолютный анкораж). Доказано, что абсолютную опору эффективно использовать для решения различных ортодонтических задач, таких как дистальное перемещение зубов, мезиальное смещение боковых зубов, выравнивание положения моляров, дистализации моляров, коррекции средней линии, интрузии передней и боковой группы зубов, коррекции наклона окклюзионной плосткости[1].

В связи с этим применение микроиплантов в качестве опоры для перемещения зубов становится все более актуальным.

Приведем пример.Пациент Алымбеков Э. 2006 года.рождения с мамой обратились к нам за помощью с жалобами эстетического характера - «кривые зубы» и «неправильный прикус». На вопрос : «Что бы вы хотели изменить?», ответили «Чтобы зубы были ровными». После первичного осмотра и сбора медицинского и стоматологического анамнеза были проведены следующие диагностические процедуры:

ортопантомограмма (ОПТГ),(рис.1), диагностические модели(рис.2), диагностические фотографии, определение прикуса

Изучив данные получили картину глубокого прикуса с дистопией в вестибулярном направлении зуба 1.3 и протрузией с поворотом вокруг оси мезиально зубов 1.1 и 2.1. Для устранения данной патологии прикуса пациентам был предложен план лечения включающий в себя экстирпацию зубов 1.4 и 2.4 с последующим применением брекет-систем для нивелировки зубного ряда и устранения ротации зубов 1.1 и 2.1, и дальнейшего устранения трем созданных после удаления вышеописанных зубов и коррекции соотношения зубных рядов в сагиттальном направлении.

Для дистализации было предложено установление микроимплантов в качестве опоры, так как применение щечных трубок привело бы к мезиальному перемещению жевательных зубов.

С пациентом и его матерью был обсужден план предстоящего лечения, а также возможные осложнения в процессе и после лечения. Было получено согласие родителя на предстоящее лечение.

Рисунок 1. ОПТГ пациента

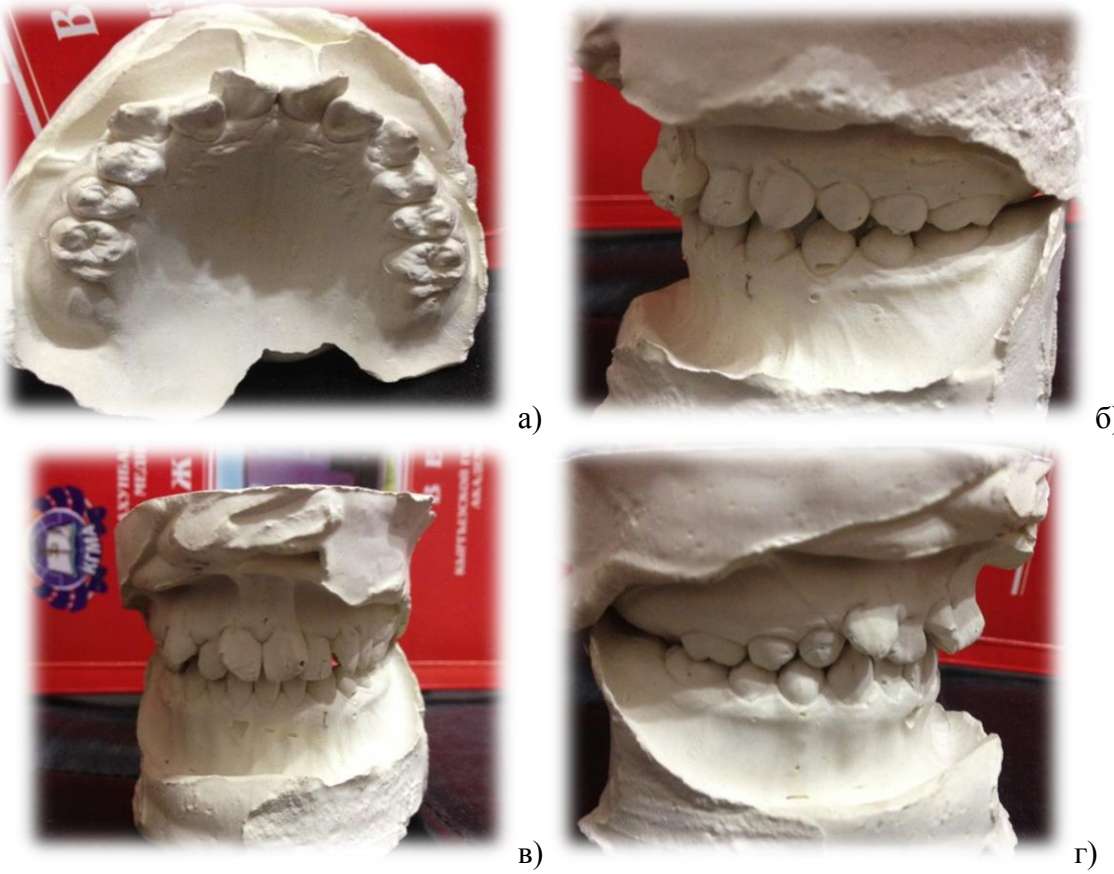


Рисунок 2. Диагностические модели пациента
а) вид с окклюзионной поверхности ,б) вид спереди,в) вид слева , г) вид справа

20 июля 2017 года была проведена операция удаления зубов 1.4 и 2.4.
31 июля 2017 была установлена брекет-система на верхнюю челюсть.
9 ноября 2017 Установлены микроимпланты в межкорневое пространство 1.5-1.6 и 2.5-2.6.

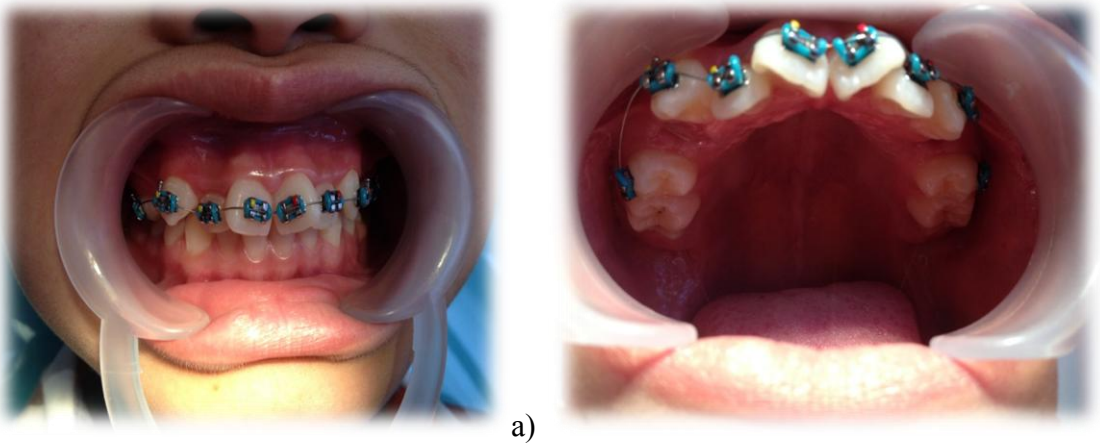
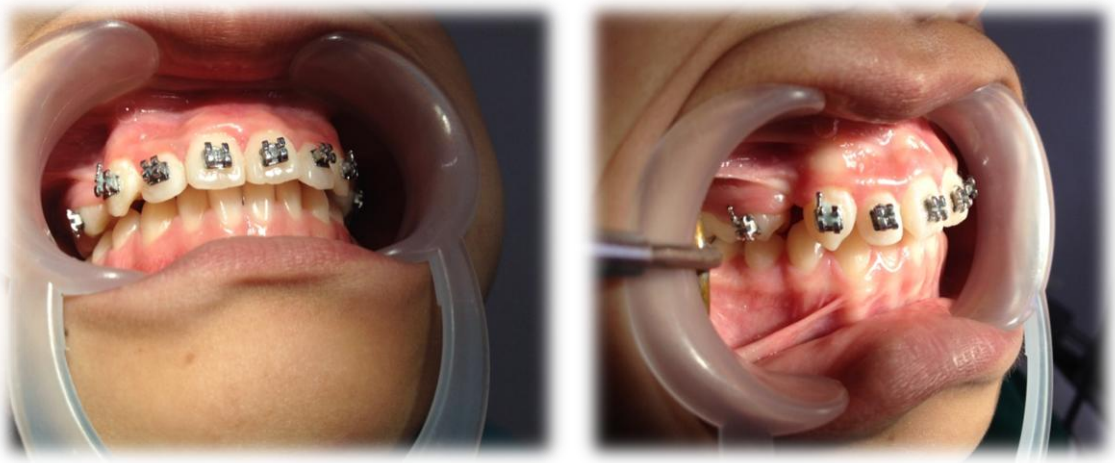


Рисунок 3. Установленная брекет-система
а) вид спереди,б)вид с окклюзионной поверхности



а) б)

Рисунок 4. Вид до установки микроимпланта. Картина после 5-месяцев ношения брекет-системы.
а)вид спереди б) вид сбоку

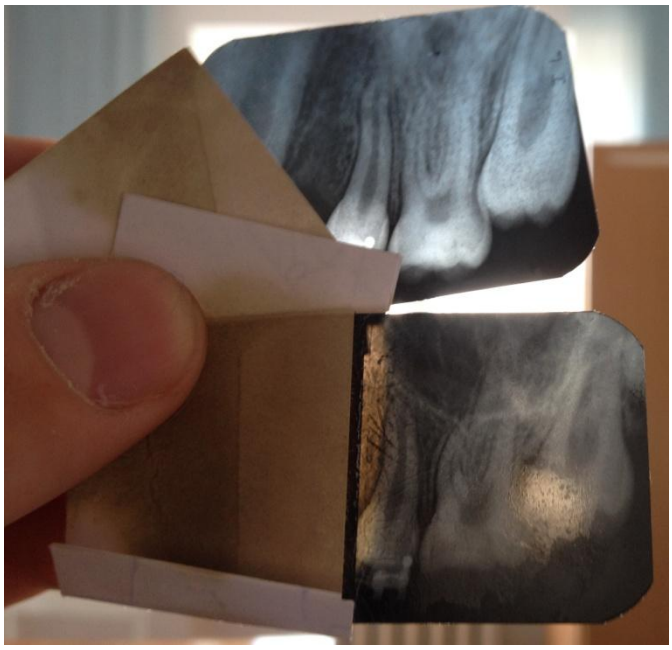
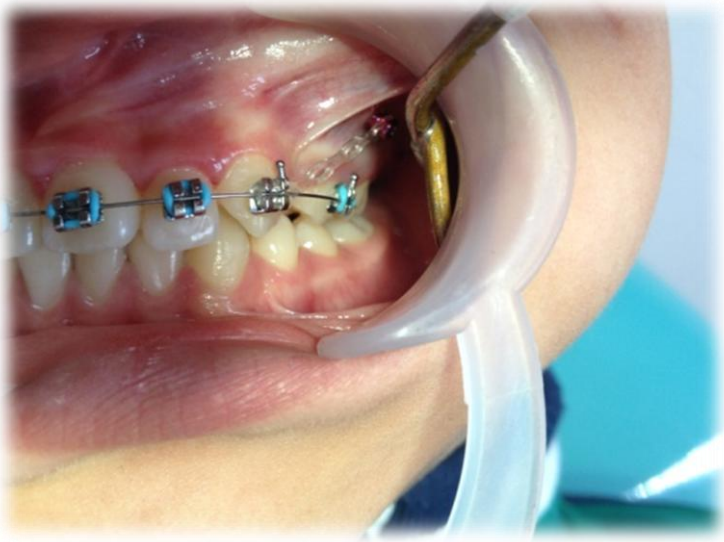
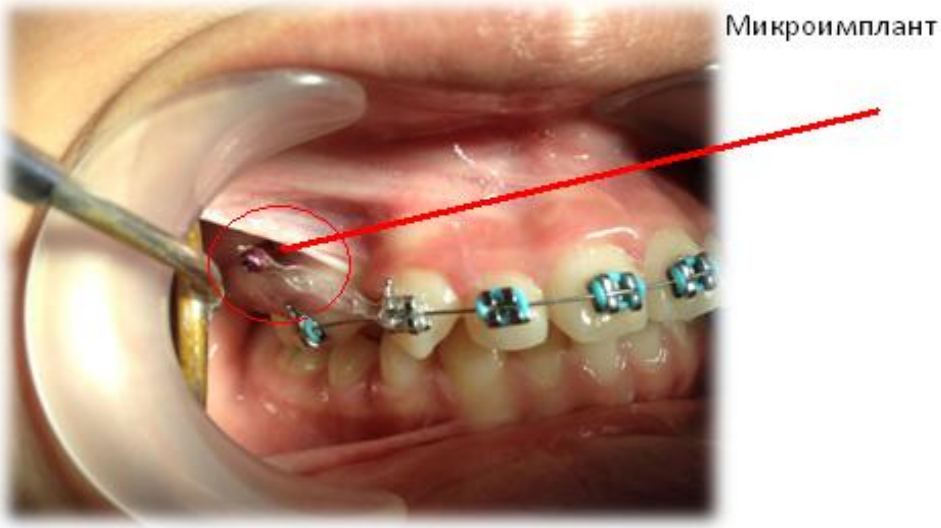


Рисунок 5. Прицельный рентген-снимок 1.5-1.6, 2.5-2.6 зубов. .Рентгенологическое планирование места установки микроимплантов [3].

Рисунок 6. Прицельный рентген-снимок с установленным микроимплантом.



а)



б)

Рисунок 7. Вид установленных микроимплантов в межкорневом пространстве 1.5-1.6 и 2.5-2.6 зубов (0.8х1.5мм) и процесс дистализации зубов 1.3-2.3 на эластических цепочках.
а) Вид слева,б)Вид справа

Динамика лечения положительная. Лечение продолжается. Состояние пациента может ухудшиться в первый год после лечения, в связи с чем успех его лечения во многом зависит от того, насколько строго пациент будет следовать указаниям врача в том, что касается ношения ретейнера и прочих процедур. Для того, чтобы понять, насколько удачным решением проблемы глубокого прикуса является применение микроимплантов, требуется провести ещё ряд исследований. Однако уже сейчас очевидно, что в некоторых случаях пациент только выигрывает от того, что у лечащего его врача есть такой метод микроинвазивного лечения глубокого прикуса .

Библиографический список:

1 Jae-Hyun Sung,Hee-Moon Kyung-Microimplants in Orthodontics.Dentos,2006-173с.

2 www.dentos.co.kr

3 Dr. Bjorn Ludwig-Mini-implants in Orthodontics: Innovative Anchorage Concepts. Quintessence Pub Co; 1 edition,2008-188с

Павлова Любовь Алексеевна
Pavlova Lyubov Alekseevna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет

Волкова Дария Олеговна
Volkova Dariya Olegovna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalya Mitrofanovna
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой "Общественного здоровья и здравоохранения"

УДК 616-006

ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРШИХ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ ПРИ АУТОПСИИ

ANALYSIS OF THE DEAD FROM MALIGNANT NEOPLASMS, WHICH WERE FIRST DIAGNOSED BY AUTOPSY

Аннотация: В данной статье проведен анализ смертности от злокачественных новообразований впервые выявленных при аутопсии в БУЗ УР «Республиканском патологоанатомическом бюро МЗ УР» и ГБУЗ «РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР».

The summary: In this article, an analysis of mortality from malignant neoplasms, which were first detected by autopsy in the Budgetary Healthcare Institution of the Udmurt Republic "Republican Pathologic Bureau of the Ministry of Healthcare of the Udmurt Republic" and the State Budgetary Institution of Healthcare "Republican Clinical Oncology Center named after S. G. Primushko of the Ministry of Healthcare of the Udmurt Republic ", was carried out.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, аутопсия, трудоспособный возраст, пенсионный возраст.

Keywords: malignant neoplasms, autopsy, employment age, retirement age.

Актуальность: Злокачественные новообразования остаются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Несмотря на все технические достижения, внедрение новых методов диагностики и лечения, заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире неуклонно растет. Ведущим фактором высокой смертности является диагностика опухолей на поздних стадиях.

Цель: представить характеристику злокачественных опухолей у пациентов, выявленных впервые во время аутопсии в течение 2016-2017 гг. в БУЗ УР «Республиканском патологоанатомическом бюро МЗ УР» и ГБУЗ «РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР».

Задачи:

1. Анализ структуры смертности и качество прижизненной диагностики пациентов со злокачественными образованиями;
2. Провести сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов у пациентов со злокачественными новообразованиями;
3. Выявить особенности структуры причин смерти и расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы исследования: Изучены протоколы аутопсий, проведенных в 2016-2017 гг. в БУЗ УР «Республиканском патологоанатомическом бюро МЗ УР» и база данных организационно-методического отдела ГБУЗ «РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР».

Результаты и их обсуждение: От злокачественных опухолей в Удмуртии умерло 4945 человек за 2016-2017 гг., из них в 553 случаях диагноз злокачественного новообразования установлен у пациентов на аутопсии, что составило 11,2%. Мужчины составили 335 (61%) человек, женщины – 218 (39%).

Анализ патологоанатомических вскрытий 553 пациентов показал, что длительность

госпитализации в большинстве случаев составила не более одной недели (40%). В виду тяжести состояния пациентов радикальных лечебных мероприятий провести им не удалось.

Многочисленной возрастной группой со злокачественными образованиями, являются пациенты от 51-70 лет, т.е. люди пожилого возраста (рис.1).

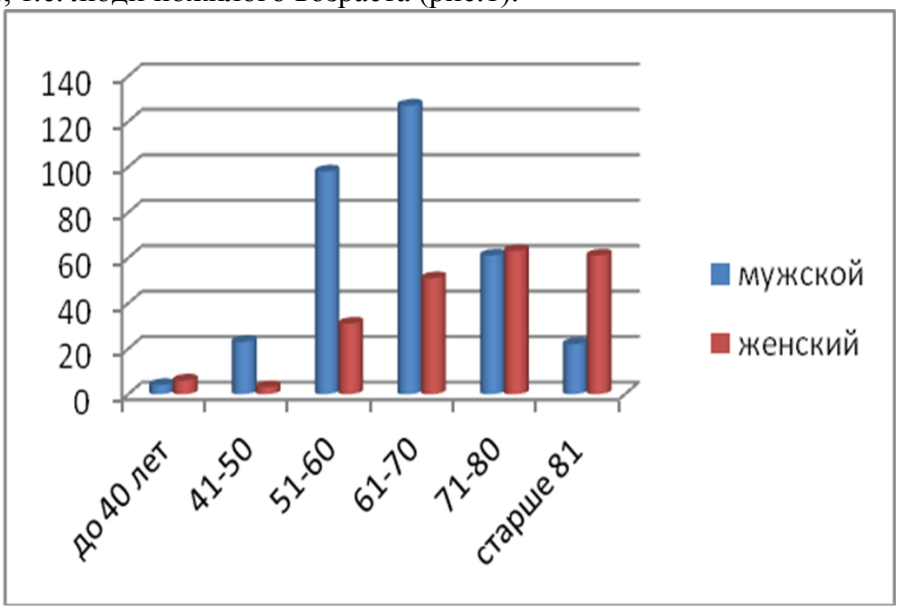


Рис.1. Распределение по полу и возрасту пациентов, диагноз злокачественного новообразования которых установлен на аутопсии.

По локализации процесса согласно патологоанатомическому диагнозу, наиболее часто встречающимся является рак желудочно-кишечного тракта (39%), второе место занимают опухоли системы дыхания (24%), третье место – опухоли печени (17%) (рис.2).

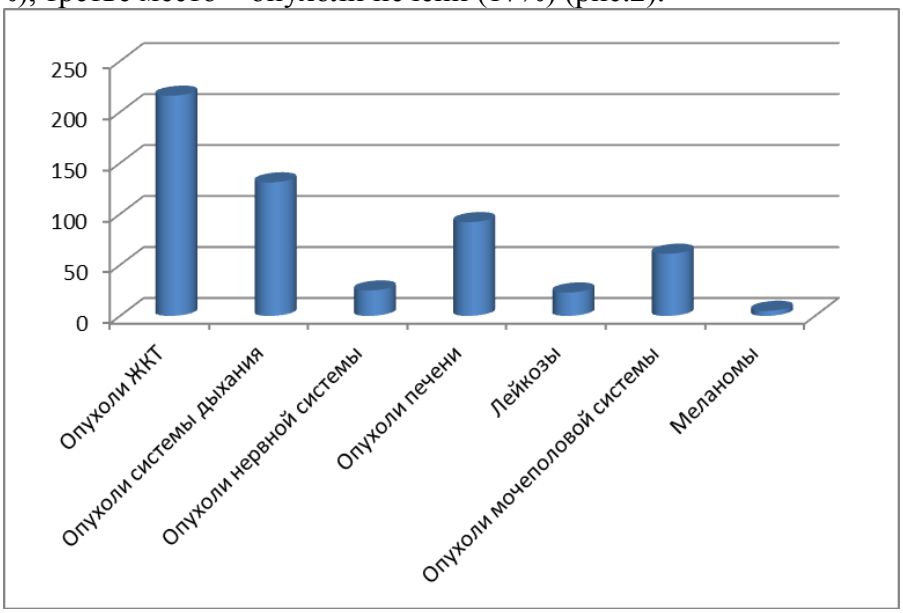


Рис. 2. Локализация опухолей, впервые выявленных при аутопсии у всех пациентов.

В трудоспособном возрасте преобладают опухоли желудочно-кишечного тракта (31%), системы дыхания (30%), печени (19%), опухоли мочеполовой системы (8%), так же небольшую часть составляют лейкозы (6%), опухоли нервной системы (5%) меланомы (1%) (рис.3).

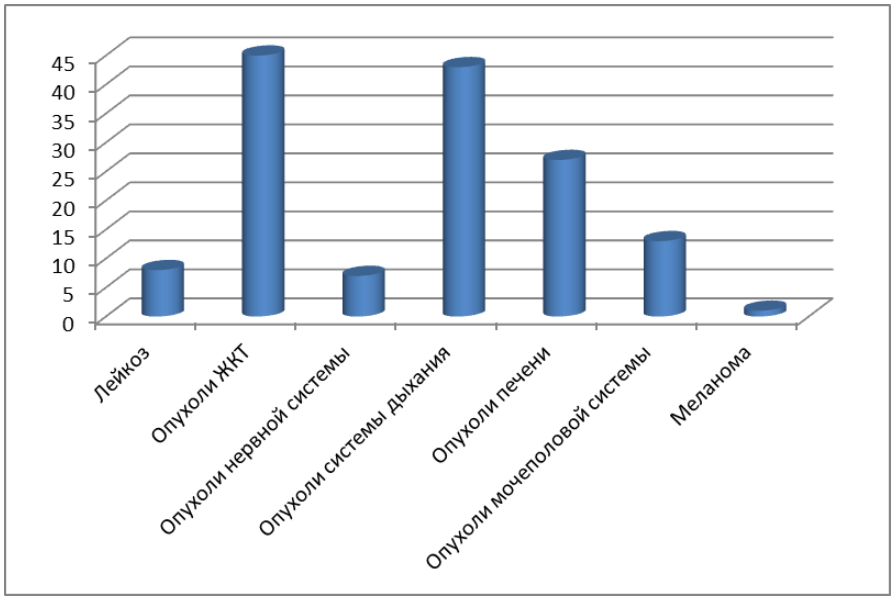


Рис. 3 Локализация опухолей у пациентов трудоспособного возраста.

В возрасте старше трудоспособного большую долю составляют опухоли желудочно-кишечного тракта (43%), дыхательной системы (29%), нервной системы (12%), печени (7%), небольшой процент составляют опухоли мочеполовой системы (4%), лейкозы (3%) и меланомы (2%) (рис.4).

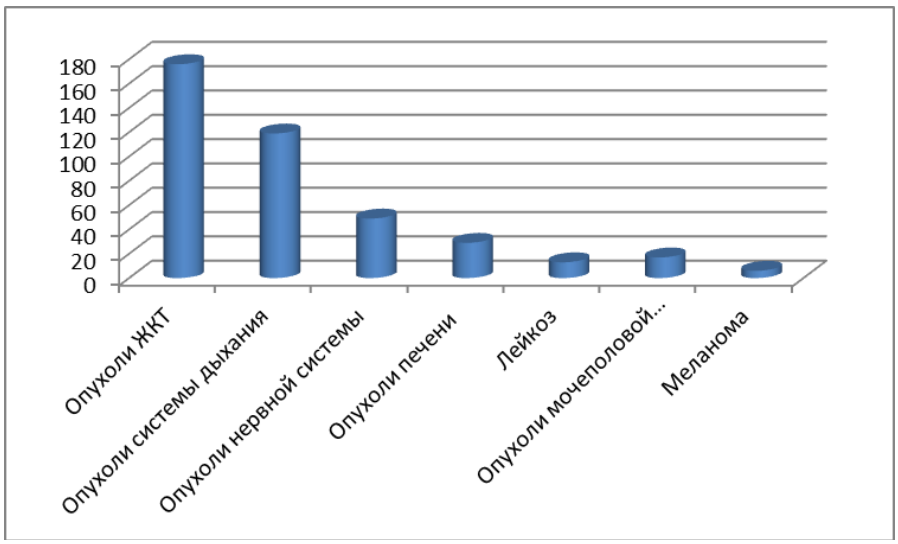


Рис. 4. Локализация опухолей у пациентов старше трудоспособного возраста.

Непосредственной причиной смерти пациентов злокачественными новообразованиями является полиорганная недостаточность. Связано это с тем, что в большинстве случаев происходит метастазирование в другие органы и ткани. Следующей причиной является синдром эндогенной интоксикации, который так же связан с поражением органов и систем организма, вследствие накопления эндогенных токсинов при распаде злокачественных опухолей. Также причинами смерти являются сердечно-легочная недостаточность и отек головного мозга. Отек головного мозга развивается вследствие нарушения микроциркуляторного русла. В основе формирования сердечно-легочной недостаточности лежит стойкая легочная гипертензия, на определенном этапе вызывающая срыв компенсаторных механизмов, в результате чего гипертрофированный правый желудочек перестает справляться со своей функцией. Другими причинами смерти стали: асфиксия, печеночная и почечная недостаточность (рис.5).

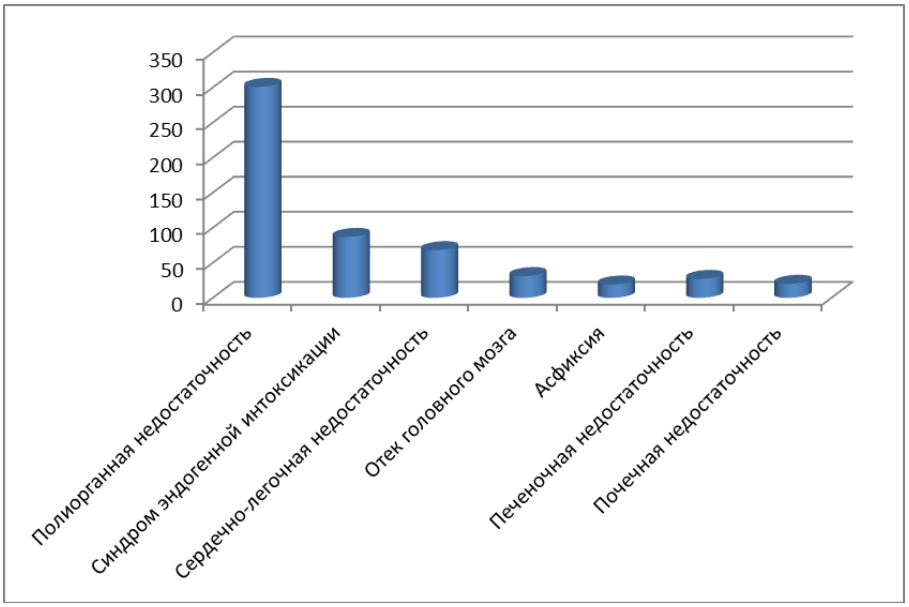


Рис. 5. Непосредственная причина смерти пациентов от злокачественных новообразований.

Проанализировав протоколы вскрытий, причинами поздней диагностики новообразований у пациентов стали: запоздалое обращение за медицинской помощью; постановка неправильного диагноза, вследствие ошибочной трактовки врачами результатов исследований; неполно собранный анамнез; трудность диагностики в связи нетипичных проявлений заболевания.

Заключение: Таким образом, в 553 случаях диагноз злокачественного новообразования у пациентов установлен на аутопсии. Мужчины составили 61%, женщины – 39%. Распределение умерших по полу и возрасту показало, что наибольше количество умерших приходится на возраст 51-70 лет. Ведущее место среди всех опухолей занимают опухоли желудочно-кишечного тракта, системы дыхании, печени и мочеполовой системы. У пациентов трудоспособного возраста преобладают опухоли системы дыхания, желудочно-кишечного тракта и печени. Для пациентов старше трудоспособного возраста характерны опухоли желудочно-кишечного тракта, дыхательной и нервной системы.

Представленные данные показывают, что своевременная диагностика злокачественных опухолей продолжает оставаться серьезной проблемой. Поэтому необходимо продолжать поиск путей, которые будут способствовать раннему выявлению опухолевого заболевания. Особое значение должно принадлежать ранней диагностике онкологических заболеваний врачами первичного звена. При этом необходимо диагностировать заболевания, которые предшествуют развитию опухолей.

Библиографический список:

1. Кирьянов, Н.А., Иванова, Г.С., Баженов, Е.Л. и др. Патологическая анатомия: общая патология: учебное пособие для аудиторной самостоятельной работы студентов лечебного и педиатрического факультетов / Ижевск, 2014. – 144 с.
2. Лалетина, В.Г., Щербатых, А.В. Клинические лекции по онкологии / Иркутск: Иркут. гос. мед. ун-т, 2009. – С. 82-89.
3. Струков, А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия / М.: Медицина, 2002. – С. 354-376.
4. Тюляндина, С.А., Моисеенко, В.М. Практическая онкология: избранные лекции / Санкт-Петербург: Центр ТОММ. 2004. – С. 465-483.
5. Чиссова, В.И., Дарьялова, С.Л. Онкология : учебник с компакт-диском / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 249-301.
6. Чураков, И.В., Кудрина, Е.А. Эпидемиология рака молочной железы за 24-летний период (с 1994 по 2017 гг.) в Удмуртии и России / Шкляев, А.Е., Ленард, Л., Попова, Н.М. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов / Ижевск: ИГМА, 2018. – №4.- С. 25-28.

Попова Наталья Митрофановна
Профессор, доктор медицинских наук
Popova Natalya Mitrofanovna
Professor, doctor of medical science

Макарова Евгения Александровна, Аммосов Роман Игоревич
Студенты
Ижевская государственная медицинская академия

Makarova Eugenia Alexandrovna, Ammosov Roman Igorevich
Students
Izhevsk State Medical Academy

УДК 616.97

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

EVALUATION OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON THE INCIDENCE OF GONORRHEA IN THE UDMURT REPUBLIC

Аннотация: Статья посвящена вопросам заболеваемости гонореей и факторам ее существования в Удмуртской Республике за 2014-2017 годы. Представлены статистические данные о данной инфекции на основе государственных докладов за соответствующие годы.

The summary: The article is about problems of the incidence of gonorrhea and the factors of its existence in the Udmurt Republic 2014-2017. Statistical data on this infection are presented on the basis of state reports for the respective years.

Ключевые слова: гонорея, заболеваемость, Удмуртская Республика

Key words: gonorrhea, morbidity, Udmurt Republic

Среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) гонококковая инфекция является одной из наиболее распространённых. Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания.

В Российской Федерации гонорея остается инфекцией, оказывающей социально значимое и неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье, что обусловлено ее широким распространением среди населения.

Удмуртская Республика занимает первое место в Приволжском федеральном округе по заболеваемости гонореей и восьмое место по России, и соответственно, является территорией риска.

Несмотря на существование в настоящее время эффективных средств лечения гонореи, проблема борьбы с этим недугом всё ещё является насущной, хотя по официальной статистике в последнее десятилетие заболевания социального неблагополучия (гонорея, сифилис и туберкулёз) в Российской Федерации.

Цель исследования – изучение заболеваемости гонореей и социальные факторы её существования в Удмуртской Республике за период 2014-2017 годы, а также эпидемиологических показателей, способствующих сохранению неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели, нами изучены официальные статистические материалы.

Результаты и их обсуждение.

Таблица. Заболеваемость гонореей в Удмуртской Республике за 2014-2017 гг. (на 100 тыс. населения).

Годы		2014	2015	2016	2017
Заболеваемость гонореей	УР	40,31	34,88	34,64	33,76
	РФ	23,39	18,17	14,15	12,42

Заболеваемость гонококковой инфекцией с 2014 по 2017 годы в Удмуртской Республике уменьшилась на 16,25%, в Российской Федерации данный показатель уменьшился на 46,9%. При этом заболеваемость гонореей в Удмуртской Республике примерно в 2 раза превышает показатель по Российской Федерации.

Среди заболевших на долю женского населения в 2014 г. приходилось 41,1%, на долю мужского 58,9%. В 2015 г. лица женского пола составили 39,8%, мужского – 60,2%; в 2016г. 39,5% и 60,5%, в 2017 г. 37,0% и 63,0% , соответственно.

Показатель заболеваемости гонореей среди детей до 17 лет в Удмуртской Республике в 2014 год составил 11,56, за 2015г. – 9,35, за 2016 г. 8,08, за 2017 г. 7,19 на 100 тыс. населения. В общей структуре заболевших на городское население приходилось в 2014г.- 42,4%, 2015г. - 63,0%, 2016г. - 58,7%, 2017г. – 60,2%.

Показатели встречаемости гонореи по социальной принадлежности за 2014-2017 годы колеблются незначительно. Так в 2017 году распределение по социальным группам выглядит следующим образом: неработающие составляют 60,7%, работающие 33,4%, на учащихся школ и студентов приходится 4,1% и 1,8% соответственно, [5–8].

Заболеваемость гонореей зарегистрирована практически во всех административных территориях Удмуртской Республики. Заболеваемость, превышающая среднереспубликанский показатель, отмечена в пяти административных территориях: Игринском, Ярском, Сарапульском, Каракулинском районах, г. Сарапул.

Таким образом, среди заболевших преобладали лица мужского пола. Подавляющая доля среди инфицированных приходится на неработающее население, а именно 60,7%. Наблюдается благоприятная динамика по снижению показателя заболеваемости детей. Заболеваемость гонореей в Удмуртской Республике примерно в 2 раза превышает показатель по Российской Федерации. Заболеваемость гонореей в Удмуртской Республике с годами имеет положительную динамику снижения (с 2014 по 2017 годы уменьшилась на 16,25%).

Библиографический список:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году» С. 169.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году» С. 164.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году» С. 172.
4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году» С. 170.
5. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Удмуртской Республике в 2014 году» С. 214-215.
6. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Удмуртской Республике в 2015 году» С. 116-117.
7. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Удмуртской Республике в 2016 году» С. 151-152.
8. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Удмуртской Республике в 2017 году» С. 138-139.

Каримова Гульфия Алмазовна
Karimova Gulfija Almazovna
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет,
E-mail: karimova.chuky02121997@mail.ru

Хамадуллин Айрат Айдарович
Khamadullin Airat Aidarovich
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет,
E-mail: airat1997.ru@yandex.ru

Савельев Владимир Никифорович
Savelyev Vladimir Nikiforovich
Научный руководитель
д.м.н., профессор, член научного совета ассоциации здравоохранения Урала

УДК 614

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ ИГМА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА С 1 ПО 6 КУРСЫ

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE IMAGE OF THE VITAL AND EGO INFLUENCES OF THE STUDENT AT THE ISMA FACULTY WITH 1 IN 6 COURSES

Аннотация: В статье представлены результаты анализа образа жизни и его влияние на здоровье **у** студентов ИГМА лечебного факультета с 1 по 6 курсы. Проведено исследование 300 студентов методом анкетирования.

Здоровье - одна из высших человеческих ценностей, один из источников счастья, радости, залог оптимальной самореализации. И его нужно охранять и укреплять. А это определяется образом жизни. Повышенное внимание к нему проявляется на уровне общественно сознания, в сфере культуры, воспитания, образования.

Abstract: The statutes present the results of the analysis of the image and the influence of the student at the IGMA medical faculty with 1 in 6 courses. Conducted study of 300 student method interviews.

Health is one of the highest human values, one of the sources of happiness, joy, the guarantee of optimal self-realization. And it must be protected and strengthened. And this is determined by the way of life. Increased attention to it is manifested at the level of social consciousness, in the sphere of culture, upbringing, education.

Ключевые слова: студенты, образ жизни, здоровье.

Key words: students, lifestyle, health.

Образ жизни - это устоявшаяся форма бытия человека в мире, находящая своё выражение в его деятельности ,интересах, убеждениях. Образ жизни студента есть не что иное, как определённый способ осуществления его потребностей и соответствующей им деятельности. Структура образа жизни выражается в тех отношениях, в которых находятся разные виды жизнедеятельности. Это проявляется в той доле времени личности, которая на них тратится; в том, на какие виды жизнедеятельности личность расходует своё свободное время, каким видам отдаёт предпочтение в ситуациях, когда возможен выбор. Если образ жизни не содержит творческих видов жизнедеятельности, то его уровень снижается. Одни студенты больше используют свободное время для чтения, другие - для занятий физическими упражнениями, третьи - на общение.

Цель нашего исследования: оценить и проанализировать образжизни и его влияние на здоровьеустудентов ИГМА лечебного факультета с 1 по 6 курсы.

Задачи: 1. Составить анкету, которая включала бы в себя вопросы, касающиеся образа жизни и его влияния на здоровье.

2. На основании полученных данных сравнить состояние здоровья у студентов с 1 по 6 курс лечебного факультета, а также выявить прямую связь между образом жизни и его влиянием на здоровье.

3.Сделать выводы из полученных данных.

Материалы и методы: Нами были проанкетированы 300 студентов лечебного факультета с 1 по 6 курсы ИГМА. Анкета содержала вопросы, направленные на выявление основных характеристик образа жизни. К которым относятся: режим труда и отдыха, качественная и количественная характеристика приемов пищи, условия проживания, занятия физической культурой, отношение к вредным привычкам (курение , алкоголь), подверженность психоэмоциональному стрессу. Также вопросы были направлены на выявление нарушении здоровья, связанным с образом жизни: общая слабость, быстрая утомляемость, заболевания ЖКТ, головные боли, нарушения со стороны зрения, нарушения позвоночного столба.

Вопросы анкетирования: 1)На каком курсе обучаетесь? 2)Где проживаете? 3)Сколько раз в день принимаете пищу? 4)Считаете ли вы свой рацион питания полноценным? 5)Сколько часов в день длиться ваш сон? 6)Сколько часов в день вы проводите на свежем воздухе? 7)Сколько раз в неделю занимаетесь спортом? 8)Сколько часов в день проводите за телефоном (компьютером)? 9)Как часто употребляете алкоголь, курите? 10) Влияет ли образ жизни на здоровье? 11)Какие изменения со стороны здоровья вы отмечаете, в связи в вашим образом жизни?

Полученные результаты и обсуждения:

Анализ полученных результатовсвидетельствует о неупорядоченности и хаотичной организации жизнедеятельности студентов. Это отражается в таких важнейших компонентах, как несвоевременный приём пищи, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнение самостоятельной учебной работы во время, предназначенное для сна, курение и др.

50% студентов отметили, что считают свой рацион питания неполноценным, в основном состоящий из перекусов с долгими промежутками между приемами пищи. Больше всех это наблюдается у студентов 1-3 курсов.

52% студентов выделяют менее 6 часов в сутки на сон и связывают это в большим объемом учебного материала, также чаще наблюдается у студентов 1-3 курсов.

56% студентов всех курсов одинаково отметили, что менее 1 часа в сутки проводят на свежем воздухе.

76% студентов всех курсов, кроме занятии физическом культурой ничем больше не занимаются.

40% студентов всех курсов отметили свое нейтральное отношение к вредным привычкам (алкоголь, курение) .

30% студентов, кроме занятий в академии, более 5 часа проводят за домашними заданиями, чаще 1-2 курс.

50% студентов почти каждый день подвергаются психоэмоциональному стрессу, чаще у студентов 1-3 курсов.

Заключение.

Накапливаясь в течение учебного года, негативные последствия такой организации жизнедеятельности наиболее ярко проявляются ко времени его окончания (увеличивается число заболеваний). А так как эти процессы наблюдаются в течение 5-6 лет обучения, то они оказывают существенное влияние на состояние здоровья студентов. Так, по данным обследования зафиксировано ухудшение состояния их здоровья за время обучения. Если принять уровень здоровья студентов I курса за 100%, то на II курсе оно снизилось в среднем до 91,9%, на III - до 83,1, на IV курсе - до 75,8%.

Библиографический список :

1. Запорожченко В.Г. Образ жизни и вредные привычки. Москва.: Медицина, 2004, 132 с.
2. Климова В.И. Человек и его здоровье. Москва.: Знание, 2004, 192 с.
3. Куркович А.О. Здоровый образ жизни, - Москва: Овал, 2002, 233 с.
4. Куценко Г.И., Новиков Ю.В. Книга о здоровом образе жизни, - Москва: Аверсев, 1997, 393 с.

Сидорова Анастасия Алексеевна
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет
E-mail: anastasiasid22496@gmail.com

Главатских Екатерина Алексеевна
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет

Толмачев Денис Анатольевич
кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия.

УДК 618.39

АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ АБОРТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ASPECTS OF STUDYING THE PROBLEM OF ABORTION AT A YOUNG AGE IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема абортов в республике Башкортостан, так как данная проблема остается одной из самых нерешенных и актуальных не только в Российской Федерации, но и по всему миру, особенно в молодом возрасте.

Abstract: This article addresses the issue of abortion in the Republic of Bashkortostan, since this problem remains one of the most unsolved and relevant not only in the Russian Federation, but throughout the world, especially at a young age.

Ключевые слова: женщины, аборт, возраст, сроки прерывания, виды абортов

Keywords: women, teenagers, abortion, age, terms of interruption, types of abortions

Проблема абортов определяется тем, что во многих странах мира, в том числе и в России, аборт является основным средством регуляции рождаемости. Несмотря на положительные тенденции, частота абортов в Российской Федерации все еще превышает показатели в экономически развитых странах, что во многом обусловлено малой долей женщин, применяющих эффективные методы контрацепции. Особенно острой проблемой является проблема абортов у подростков. Россия принадлежит к числу европейских стран с самыми высокими уровнями беременностей и абортов в возрасте моложе 20 лет.[5] Однако в последние годы вместе со всей страной существенно изменилась и ситуация в сфере сознательного регулирования рождаемости. В результате активного внедрения современных средств контрацепции и эффективных программ планирования семьи и безопасного материнства в Российской Федерации отмечается стойкая тенденция к снижению числа абортов во всех возрастных группах.[5]

Цель работы: изучить случаи беременности и абортов у девушек в подростковом возрасте в Республике Башкортостан.

Задачи работы:

1. Изучить литературу по данной теме
2. Изучить статистические данные по республике Башкортостан.
3. Провести анализ динамики частоты абортов.

Население Республики Башкортостан по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан к 1 января 2018 г. составило 4 063 293 человек, из них 39,6% проживает в сельской местности. Возрастной состав населения республики по данным переписи населения 2010 г. представлен следующим образом: дети до 0 -14 лет включительно - 17,0%; подростки 15 - 17 лет включительно - 3,7%; взрослые (старше 18 лет) - 79,3%; трудоспособный возраст - 61,6%.

В ниже представленных таблицах идет сравнение количества абортов по Республике Башкортостан с соседней республикой Удмуртией в целом на 1000 женщин фертильного возраста.[1,2,3,4]

Показатели абортов за 2013-2017 годы в Удмуртской Республике (на 1000 женщин фертильного возраста).

Таблица 1

Год	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Кол-во абортов	32	29,1	25	23,2	22,3	131,6

Динамика частоты абортов в республике Башкортостан за 2013-2017 гг. (на 1000 женщин фертильного возраста)

Таблица 2

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Частота абортов на 1000 женщин	21,6	19,5	18,6	18,0	17,2	94,9

По данным таблицам можно сделать следующий вывод: в Республике Башкортостан количество абортов значительно меньше, чем в Удмуртской Республике. О положительной тенденции также свидетельствует то, что снижение частоты абортов происходило ежегодно по отношению к предыдущему году. Цепной метод анализа динамического ряда свидетельствует, что более значительное снижение происходило в 2013 - 2015 гг.

Такая динамика обусловлена многими причинами. Из объективных причин можно отметить повышение уровня образования и культуры женщин, увеличение доступности контрацептивных средств женщинам разных социальных групп, активизацией информирования женщин о вреде аборта и пропаганды использования контрацептивных средств.

В последние годы увеличивается число абортов, выполненных в ранние сроки беременности как у женщин фертильного возраста в целом, так и в отдельно взятой возрастной категории 15-19 лет. Из них 90% - до 12 недель, 8,4% - в срок 12-21 неделя, 2,0% - в срок 22-27 недель (табл. 3).[1,2,3,4,5]

Распределение беременных женщин, прервавших беременность, по срокам прерывания, %

Таблица 3

Сроки прерывания беременности	Всего	Возрастная категория 15-19 лет
До 12 недель	92,9	90
В 12-21 недели	5,6	8,4
В 22-27 недель	1,7	2,0
Всего прерываний	100	100

Качество медицинской помощи в немалой степени определяется видом прерывания беременности. Среди прерываний беременности в сроках до 12 недель 22,5% составил самопроизвольный аборт, 69,5% - медицинский аборт, 2,2% - аборт по медицинским показаниям и 5,7% - аборт неуточненный (внебольничный) (табл. 4).[1,2,3,4]

Виды прерываний беременности при сроках до 12 недель, %

Таблица 4

Виды абортов	Всего абортов в возрасте от 15-49 лет	Возрастная категория 15-19 лет
Прерывание беременности до 12 недель	100	100
Самопроизвольные аборты	22,5	21,9
Медикаментозные аборты	69,5	66,0
Аборт по медицинским показаниям	2,2	3,0
Неуточненные	5,7	9,1

В возрасте 15 - 19 лет медикаментозные аборты занимают наибольшую долю по сравнению с другими видами абортов на ранних сроках.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что в Республике Башкортостан наблюдается положительная тенденция к снижению уровня абортов в молодом возрасте. Об этом можно судить по снижению частоты прерывания беременности. Среди всех прерываний беременности в Республике Башкортостан (в сумме за 2013—2017 гг.) 92,9% составили прерывания до 12 недель беременности, среди них около 30,0% прерываний

беременности было выполнено в ранние сроки. Среди прерываний беременности при сроках беременности до 12 недель в возрасте 15-19 лет 21,9% составил самопроизвольный аборт, 66,0% - медицинский аборт, 3,0% - аборт по медицинским показаниям и 9,1% - аборт неуточненный (внебольничный).

Библиографический список:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Башкортостан в 2013 году. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан, 2013 – 336 с.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Башкортостан в 2014 году. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан, 2014 – 120 с.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Башкортостан в 2015 году. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан, 2015 – 201 с.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Башкортостан в 2017 году. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан, 2017 – 243 с.
5. Приказ от 9 декабря 2003 года n 1131-о «О мерах по профилактике и снижению абортов, материнской смертности после абортов»
6. Вич-позитивные беременные женщины. Самокаева А.А., Толмачев Д.А., Синергия наук. 2018. №19. с.864-868
7. Анализ информированности школьников старших классов о профилактике инфекций, передающихся половым путем. Попова Н.М., Осипова А.С., Ишбулатова Т.Ю. Синергия наук. 2018. №23. С.1006-1011.

Эргашев У.М., Уринов Т.Ш., Мадрахимов Б.С.
Ergashev, U.M., Urinov, T.Sh., Madrahimov, B.S.
Ташкентская Медицинская Академия

УДК 616.8

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF ACUTE COCHLEAR NEURITIS IN CHILDREN WITH NEUROLOGICAL PATHOLOGY

Аннотация: Проведен сравнительный анализ распространенности тугоухости у больных с неврологической патологией и целью работы явилось оценка эффективность ВИТАМИН Б комплекса в комплексной терапии НСТ с неврологической патологией. Под наблюдением находилось 32 больных в возрасте от 9 до 48 лет. Сравнение тональных пороговых аудиограмм до и после лечения выявило улучшение слуховой чувствительности по костному звукопроведению в пределах 5 - 10 дБ у 80% больных с низким и высоким диапазоном частот

Abstarct: A comparative analysis of the prevalence of hearing loss in patients with neurological pathology was carried out and the aim of the work was to evaluate the effectiveness of VITAMIN B komplex in the complex therapy of SHL with neurological pathology. 32 patients aged from 9 to 48 years were under observation. Comparison of tonal threshold audiograms before and after treatment revealed an improvement in hearing sensitivity by bone conduction within 5–10 dB in 80% of patients with the low and high frequency range.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, неврологическая патология, комплексная терапия, кохлеар неврит.

Keywords: sensorineural hearing loss, neurological pathology, complex therapy, cochlear neuritis.

Актуальность работы: Сенсоневральная тугоухость (СНТ) в широком смысле этого понятия включает в себя поражения звуковоспринимающего аппарата и (или) центрального отдела слухового анализатора. Чаще всего СНТ обусловлена патологией рецептора (органа Корти) и корешков преддверно-улиткового нерва. Причины СНТ разнообразны, важную роль в её развитии играют реологические нарушения и расстройство микроциркуляции в сосудах головного мозга, питающих внутреннее ухо, особенно его стволовой отдел – главным образом, в сосудах вертебробазилярной системы [10].

Анатомо-физиологическое строение кровеносной системы внутреннего уха, головного мозга и их связь с сосудами вертебробазилярной системы имеют свою особенность, из-за которой вопрос изучения механизма развития СНТ сосудистого генеза и методы её предотвращения, лечения и реабилитации не теряют своей актуальности [11].

Известно, что одним из ведущих факторов в патогенезе СНТ являются сосудистые нарушения [4]. Ухудшение микроциркуляции во внутреннем ухе или более грубые нарушения в виде кровоизлияния во внутреннее ухо, спазма или тромбоза лабиринтной артерии приводят к гипоксии и метаболическому ацидозу волосковых клеток спирального органа и их дегенеративно-атрофическим изменениям [6, 7, 8]. В ранние сроки поражения нейроэпителий может находиться в состоянии угнетения или парабиоза, а изменения носить функциональный характер. Именно в этой стадии, проявляющейся капиллярным стазом в сосудистой полоске, набуханием ядер волосковых клеток, метаболическими нарушениями, эффективно применение терапии, направленной на улучшение микроциркуляции и увеличение доставки кислорода к внутреннему уху [5-7].

Лечение и реабилитация пациентов с заболеваниями слухового анализатора является одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. Слуховой анализатор обеспечивает центральную нервную систему информацией об окружающей среде [5], а снижение слуховой функции становится основной причиной ухудшения качества жизни [1,7] и может привести к развитию неврозов и неврозаподобных состояний [8,9]. В Узбекистане насчитывается около 150 тысяч детей приобретенной НСТ с неврологической патологией [2,3]. Если нарушение слуха у ребенка не выявлено в раннем возрасте, состояние отягощается, и формируется задержка психического развития, которое приводит к нарушение функционального состояния мозга, что отражается на физическом здоровье ребенка Причины, лежащие в основе формирования

приобретенной НСТ, связаны с метаболическим и гипоксическим поражением нервной ткани. Актуальность изучения эффективности сопряженности протекания процессов роста и созревания психофизиологических и физических функций определяется необходимостью получения информации о закономерностях деятельности центральной нервной системы при формировании НСТ, в условиях становления мыслительной деятельности [4]. В свою очередь, имеющиеся у слабослышащих детей психоневрологические изменения, низкая познавательная активность обусловливают целесообразность изучения нейрофизиологических основ дисфункций мозга. Эти обстоятельства еще более акцентируют необходимость получения сведений о влиянии НСТ на биоэлектрические процессы в коре и сопряженные с ними психические и регуляторные функции мозга. Метаболические нарушения ведут к дистрофическим дегенеративным изменениям нервной ткани, нарушении функции периферических соматических и вегетативных нейронов с развитием нейропатии и поражением центральной нервной системы.

Целью нашей работы явилось изучение распространенности тугоухости у больных с неврологической патологией и оценить эффективность ВИТАМИН Б комплекса в комплексной терапии НСТ с неврологической патологией.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе отделения неврологии и ТМА на базе III ЛОР-отделения с 2017- 2018гг. Было обследовано 32 больных, в возрасте от 9 до 48 лет. Основную группу составили 18 больных, которым был проведено комплексное лечение с применением препарата «Витамин Б комплекс», контрольную группу составило 14 больных с НСТ, с неврологической патологией которые получали традиционное лечение. Учитывая тот факт что тревожность повышена при нервопсихических и хронических соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы и в ситуации неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом [6], у больных с сенсоневральной тугоухостью. Поражение слуховой системы оценивалась по балльной системе с использованием классификации нейросенсорной тугоухости (кохлеопатии): по степени понижения слуха – тугоухость I степени 21-40 дБ – 1балл, II степени – 41 -60 дБ – 2 балла, III степени – 61-80дБ 3 балла, IY – 81- 100дБ – 4балла, глухота – 12 баллов, по локализации процесса – одно- и двусторонняя; по преимущественному охвату частот – до 500 Гц – низкочастотная до 2000 Гц – среднечастотная, свыше 2000 Гц – высокочастотная. Также учитывался возраст заболевания: до 10 лет – 7 баллов, до 20 лет 6 баллов, до 30 лет 5 баллов, до 40 лет – 4балла, до 50 лет – 3 балла, до 60 лет – 2 балла, свыше 60 лет -1 балл. Так как мы проводили обследование пациенте от 9 до 48 лет, у них наблюдалось понижение слуха до 40 – 50 дБ, и оценивалось по 7 балльной системе.

Результаты: Сравнение тональных пороговых аудиограмм до и после лечения выявило улучшение слуховой чувствительности по костному звукопроведению в пределах 5 - 10 дБ у 80% больных с низким и высоким диапазоном частот. Одновременно больные отмечают снижение шума в ушах, повышение разборчивости речи, и снижение неврологических состояний. Как правило, течение заболевания у больных основной группы протекал более благоприятно, уже на 5 – 6 сутки у 70% больных получавших дополнительно Витамин Б комплекс неврозы и неврозаподобные состояния уменьшились, также здесь имеет место правильной дозировки витаминов группы В, что в свою очередь действует целенаправленно на нервные клетки.

Выводы. Таким образом, медикаментозный метод лечения позволяет достичь улучшения состояние пациентов в НСТ с неврологической патологией. Включение в комплексную терапию комбинированный препарат «Витамин Б комплекс» может способствовать улучшению функционального состояния вестибулярного нерва и предотвратить прогрессирование ухудшения слуха, повышает умственную способность пациентов и действует успокаивающе.

Библиографический список:

1 Бердникова И.П., Мальцева Н.В. О реабилитации пациентов с сенсоневральной тугоухостью // Материалы конференции с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара: 2013. - С. 98-99.

2 Хакимов А.М., Агзамходжаев С.С., Муратходжаева М.В. Актуальные вопросы в Оториноларингологии // Сборник научных трудов. – Ташкент: 2016. – С. 21-23.

3 Дубровинская Н.В. Нейрофизиологические механизмы внимания // Онтогенетическое исследование. - Л.: Наука, 2015. -144 с.

4 Кузовков В.Е., Янов Ю.К., Левин С.В. Аномалии развития внутреннего уха и кохлеарная имплантация // Рос. Оторинолар. – 2011. - №1. - С. 105 – 109.

5 Матвеев В.Ф. «Психические нарушения при дефектах зрения и слуха». - М.: Медицина, 2017. – 184 с.

6 Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. - М.: МЕД пресс-информ, 2012. – 608 с.

7 Таваркиладзе К.А. Реабилитационная аудиология: основы принципы перспективы // Российская оториноларингология. -2011. - №3(6). - С. 132-135.

8 Самойлова И.Г. Реабилитация больных с нарушением слуховой функции // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2015. - №2(10). – С. 83-85.

9 Самойлова И.Г., Лысенко Л.В. Экзогенные психотравмирующий фактор как одна из причин развития невротических реакций у лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью // Вестник оториноларингологии. – 2012. - №4. - С. 15-17.

10 Petersena M., Willebs P. Non-syndromic, autosomal-recesive deafness // Clinical genetics. - 2014. - V.69. - N.6. - P. 371-392.

11 Butler S.R., Gluss A. Asymmetries in the electroencephalogramassocifted with cerebral dominance // EEG and Clin. Neuroph. - 1010. - V. 36. - № 5. - P. 481-491.

Попов Алексей Владимирович
Popov Aleksey Vladimirovich
К.м.н., главный врач санатория «Ласточка»

Вильданова Ленара Ильдаровна
Vildanova Lenara Il`darovna
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет,
Email: vildanova_8@mail.ru

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalya Mitrofanovna
Научный руководитель
Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой «Общественного здоровья и здравоохранения»
ФГБОУ ВО «ИГМА»

УДК 61

ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

APPEAL OF THE POPULATION TO OUTPATIENT CLINICS

Аннотация: Изучение анализа обращаемости населения в поликлинику является весьма актуальным вопросом, так как учет обращений за медицинской помощью является методом изучения заболеваемости населения.

Abstract: the Study of the analysis of the population's appeal to the polyclinic is a very important issue, since the accounting of requests for medical care is a method of studying the morbidity of the population.

Ключевые слова: медицина, статистика, обращаемость, поликлиника.

Key words: medicine, statistics, circulation, polyclinic.

Наиболее массовым видом медицинского обслуживания является амбулаторно-поликлиническая помощь. Высокая обращаемость населения за медицинской помощью в медицинские организации связана с высокой распространенностью болезней различных органов и систем. При достаточности сети медицинских учреждений удается выявить наиболее полные сведения о заболеваемости населения. По частоте обращаемости населения в медицинские учреждения, а также по количеству обращений по данному заболеванию, можно выявить рост уровня заболеваемости различных групп населения в зависимости от возраста и пола.

Обращаемость населения в медицинские учреждения зависит от социально-экономического развития, культуры населения и личной ответственности граждан за свое здоровье. Наше государство гарантирует право на охрану здоровья всему населению, право на получение квалифицированной и своевременной медицинской помощи, но этим правом каждый человек пользуется в соответствии со своим представлением о здоровье и медицинской культурой.

Для исследования качества медицинского обслуживания в БУЗ УР Первой республиканской клинической больнице МЗ УР и БУЗ УР Городская Клиническая Больница № 6 МЗ УР г. Ижевск.

Цель: провести анализ обращаемости населения в БУЗ УР Первой республиканской клинической больнице МЗ УР и БУЗ УР Городская Клиническая Больница № 6 МЗ УР г. Ижевск.

Материал и методы: анонимное анкетирование пациентов, обработка анкетных данных.

В опросе приняло участие 168 человек, из них 90 человек опрошено в БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР и 78 человек в БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР г.Ижевска, обратившихся в амбулаторно – поликлинические учреждения. В анкетировании участвовали лица в возрасте от 18 до 70 лет.

Из 168 пациентов, обратившихся в поликлинику, наибольшее число опрошенных в БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР было в возрастном интервале от 51-60 лет (53,3%) .В БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР возрастной интервал был от 61-70 лет (41,0%) (табл.1).

Таблица 1.

Распределение пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения по возрасту

Возраст	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
18-30 лет	12	13,3%	20	25,6%
31-50 лет	20	22,2%	12	15,3%
51-60 лет	48	53,3%	14	17,9%
61-70 лет	10	11,1%	32	41,0%
Всего:	90	100,0%	78	100,0%

Среди опрошенных в БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР доля женщин (64,4%) превышала долю мужчин (35,6%), а в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР наоборот, доля женщин (48,8%) была ниже мужчин (51,2%) (табл. 2).

Таблица 2.

Соотношение мужчин и женщин, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения

Пол	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютный показатель	%	Абсолютный показатель	%
Мужчины	32	35,6%	40	51,2%
Женщины	58	64,4%	38	48,8%
Всего	90	100,0%	78	100,0%

Большинство опрошенных в БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР обратились к врачам с 8:00 до 12:00 (61,0%), в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР также большинство пациентов посетили врачей с 8:00 до 12:00 (52,5%) (табл. 3).

Таблица 3.

Посещение пациентов в течение дня в амбулаторно-поликлинические учреждения

Время	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
8:00-12:00	55	61,0%	41	52,5%
13:00-18:00	35	39,0%	37	47,5%
Всего	90	100%	78	100%

Целями обращения в поликлинику по поводу заболевания являются лечебно-диагностические (50,5%), консультативные случаи (29,7%), а также обращения по поводу диспансерного наблюдения (17,8%) и реабилитации (1,7%)(табл. 4).

Таблица 4.

Структура обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения

Поводы обращения	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Лечение и диагностика	45	50,0%	40	51,2%
Консультация	24	26,6%	26	33,3%
Диспансерное наблюдение	18	20,0%	12	15,3%
Реабилитация	3	3,3%	-	-
Всего	90	100,0%	78	100,0%

По данным анкетирования самым посещаемым пациентами врачом в обеих больницах оказался терапевт. В БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР к нему обратились 35,5% опрошенных, а в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР 34,6%. Также анкетированные обращались к хирургу, кардиологу, пульмонологу, гастроэнтерологу и другим специалистам (табл. 5).

Таблица 5.

Обращаемость пациентов к специалистам амбулаторно-поликлинического учреждения

Специалисты	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Терапевт	32	35,5%	27	34,6%
Хирург	28	31%	23	29,4%
Кардиолог	11	12,2%	8	10,0%
Пульмонолог	5	5,5%	7	9,0%
Гастроэнтеролог	7	7,0%	8	10,0%
Другие специалисты	8	8,8%	5	7,0%
Всего	90	100,0%	78	100,0%

По количеству обращений с данным заболеванием пациенты разделились на повторно обращенных и пациентов, обращенных в поликлинику первый раз. В БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР повторно обращенных по данному заболеванию оказалось 62,2%, а в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР 43,5% (табл. 6).

Таблица 6.

Количество обращений пациентов в поликлинику по данному заболеванию

Количество обращений	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Повторно обращенные	56	62,2%	34	43,5%
Первично обращенные	34	37,8%	44	56,5%
Всего	90	100,0%	78	100,0%

В БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР опрошенные пациенты обращались при возникновении неотложного состояния в 68,8% случаев, а в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР в 75,6% случаев (табл. 7).

Таблица 7.

Повод обращения в поликлинику

Характер обращений	БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР		БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Неотложное состояние	62	68,8%	59	75,6%
Профилактика	28	31,2%	19	24,4%
Всего	90	100,0%	78	100,0%

Выводы: Средний возраст опрошенных был от 51 -70 лет, в БУЗ УР Первую РКБ МЗ УР доля, обращенных женщин превышала долю мужчин, в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР ситуация обратная. За помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения пациенты обращались чаще в первую половину дня. Пациенты БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР и БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР обращались за помощью чаще всего по неотложным состояниям. В БУЗ УР Первую РКБ МЗ УР чаще обращались повторно, в БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР обращение чаще было первичным. В большинстве случаев пациенты обращались за помощью к терапевту с лечебно-диагностической целью.

Библиографический список:

1. Артюхов И.П. Статистический анализ основных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения: учебное пособие / И.П. Артюхов, В. А. Борцов, А. В. Шульмин [и др.]. – Красноярск : КрасГМУ, 2008. – С. 121.

2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.

3. Попова Н.М. Социологический опрос пациентов, посетивших поликлинические учреждения города Ижевск в 2016 году / Попова Н.М., Хилаев А.А., Исмагилов И.Ф.// Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016 . – № 5-1. – С. 143-145.

4. Тишук Е.А. Современное состояние и особенности заболеваемости населения Российской Федерации , Профилактика заболеваний и укрепление здоровья/ Тишук Е.А. 2009.-N 1.-С.3-13

5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» , ред. № 21 от 13.07.2015, ст. 97

Толмачев Денис Анатольевич
Кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Ижевская государственная медицинская академия
Tolmachev Denis Anatolevich
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Public Health and Health
Izhevsk state medical academy

Ракита Лиана Рамилевна
Ижевская государственная медицинская академия
Rakita Liana Ramilevna
Izhevsk state medical academy
E-mail: anlyrein152@gmail.com

Вахрушева Инга Владимировна
Ижевская государственная медицинская академия
Vakhrusheva Inga Vladimirovna
Izhevsk state medical academy

УДК 616.37

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ ЛЮДЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF MORTALITY OF PEOPLE WITH SURGICAL PATHOLOGY IN THE UDMURT REPUBLIC

Аннотация: В статье проведено сравнительное исследование показателей смертности от панкреонекроза на основе материалов РПАБ, а также обзор современного состояния проблемы острого панкреатита в Удмуртской Республике.

Abstract: The article carried out a comparative study of mortality rates from pancreatic necrosis based on RPAS materials, as well as a review of the current state of the problem of acute pancreatitis in the Udmurt Republic.

Ключевые слова: панкреонекроз, острый деструктивный панкреатит, поджелудочная железа, ургентная хирургия.

Keywords: pancreas, pancreatic necrosis, acute destructive pancreatitis, emergency surgery.

Введение

Острый деструктивный панкреатит - одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данная патология является причиной не только медицинских, но и социально-экономических проблем, так как затрагивает преимущественно работоспособное население (в среднем 30-50 лет) [1,3]. Заболеваемость острым панкреатитом во всем мире варьирует от 4,9 до 73,4 случаев на 100000 населения и имеет выраженную тенденцию к росту. В России частота этого заболевания колеблется от 10 до 13% от общего количества пациентов, страдающих хирургической патологией органов брюшной полости.

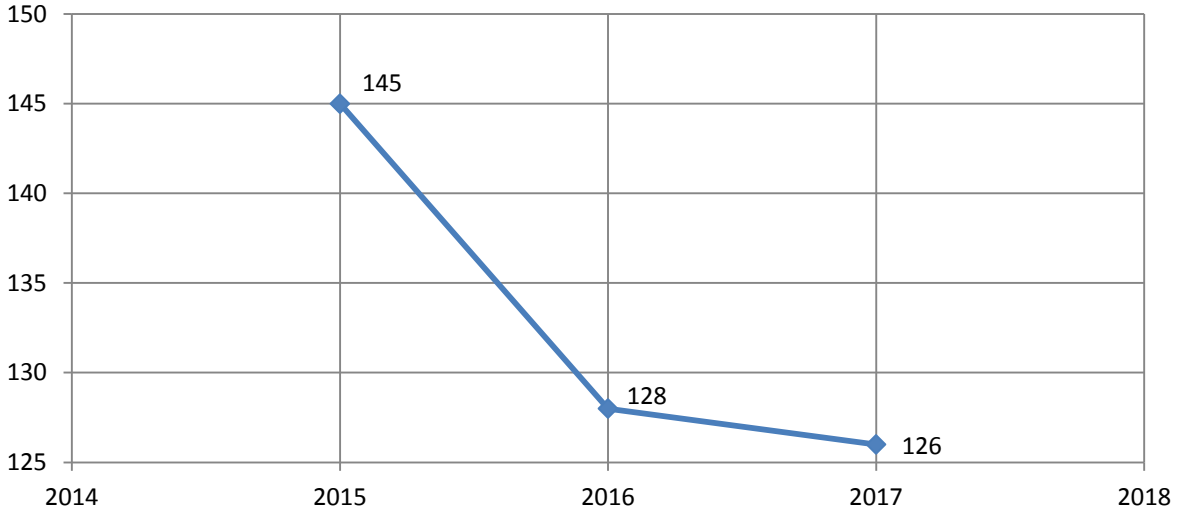
В последние годы острый панкреатит стал занимать ведущее место в структуре ургентной хирургии. Увеличение заболеваемости связано, с одной стороны, особенностями режима питания, возрастающим злоупотреблением алкоголя и его суррогатов, распространенностью желчно-каменной болезни и, как следствие, увеличением абсолютного количества больных, а с другой стороны, улучшением клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания [1,2,4].

В Удмуртской Республике панкреонекроз по частоте является самым тяжелым проявлением острого панкреатита и грозным хирургическим заболеванием.

Летальность при панкреонекрозе, зарегестрированная в Удмуртской Республике по данным РПАБ за 2015-2017 годы неуклонно растет и занимает одно из первых мест в хирургических стационарах. За 2015 год зарегестрировано 145, за 2016 год 128, за 2017 год 126 случаев смерти. По

сравнению с 2015 годом, в два последующих года произошел некоторый спад смертности от панкреонекроза, но летальность все равно остается довольно высокой (рис 1).

*Рис 1.***Смертность населения в Удмуртской Республике от панкреонекроза**



Ведется постоянный поиск путей снижения этих показателей. Судьба больного с острым панкреатитом во многом определяется объемом некроза поджелудочной железы и присоединением инфекции. Отсутствие какого-либо хирургического вмешательства в этой ситуации приближает процент летальности к 100.

Можно перечислить основные и наиболее типичные причины, которые обусловливают высокую летальность, частоту осложнений и инвалидизации больных, препятствующие ощутимому прогрессу в лечении этого заболевания [1,5]:

- несвоевременное выявление некротического панкреатита;
- несвоевременная оценка тяжести заболевания, его прогноза и несвоевременное начало адекватной интенсивной терапии;
- большая частота ранних оперативных вмешательств в связи с ошибками диагностики или прогрессирующим ухудшением состояния больного;
- использование неадекватных методов детоксикации и антибактериальной терапии;
- трудность различения системного ответа на воспаление и гнойного процесса;
- позднее выявление гнойных осложнений;
- ограниченное использование миниинвазивных методов дренирования;
- неадекватная частота планируемых санационных релапаротомий;
- отсутствие системы реабилитации больных, перенесших панкреонекроз.

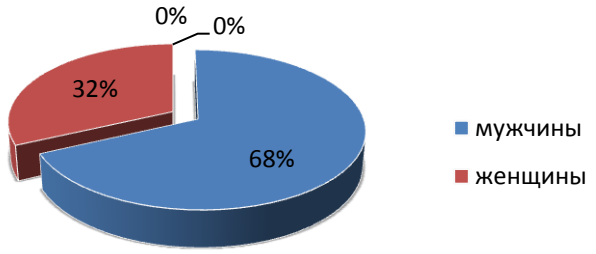
Цель исследования – сравнительное изучение и сопоставление показателей общероссийской статистики с данными РПАБ по Удмуртской Республике, с последующим определением места острого деструктивного панкреатита в структуре ургентной хирургической патологии, определение взаимосвязи заболеваемости с половым и возрастным факторами.

По статистическим данным разных авторов, за последние 3-5 лет острый панкреатит по частоте возникновения стойко занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, обгоняя острый аппендицит и острый холецистит [3,4].

Проведенный анализ статических данных клинического материала по РПАБ за период времени с 2015 по 2017 г.г. показал картину смертности от острого деструктивного панкреатита в Удмуртской Республике.

За время исследования было выявлено 399 случаев смерти от панкреонекроза. Основная причина смерти - с К85.0 по К86.8. Изучен возрастной фактор заболевания со смертельным исходом. Больные были в возрасте от 20 до 90 лет, средний возраст составил 55±2 лет**.**

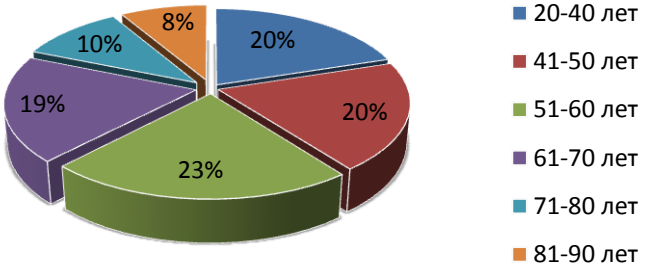
Соотношение мужчин и женщин составил 2:1 (рис 2).



Количество смертей от панкреонекроза в зависимости от пола

Рис 2.

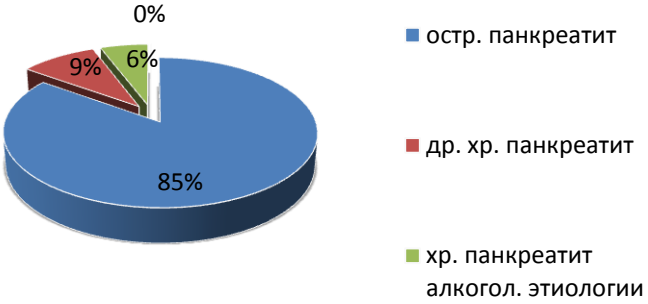
Наибольшее количество больных отмечено в возрастном интервале 20–40 (20,05%) лет, что соответствует активному трудовому возрасту. На возраст 70 и более лет приходится спад заболеваемости до 18,79% (рис 3).



Возрастной состав пациентов с панкреонекрозом в Удмуртской Республике по материалам РПАБ

Рис 3.

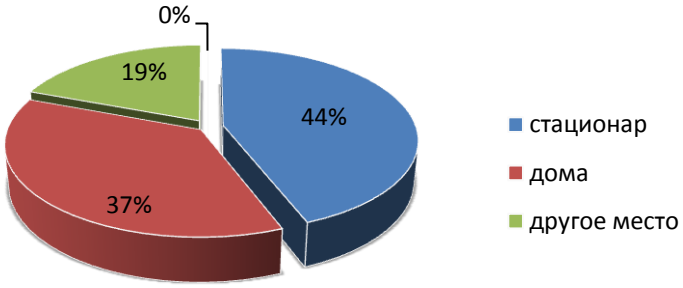
Анализ клинических данных показал, что среди пациентов мужского и женского пола летальность наступает преимущественно от острого панкреатита, на долю которого приходится 85,0% (рис 4).



Доля летальности в зависимости от формы панкреатита

Рис 4.

Процесс реализуется в основном при выраженной панкреатической гиперсекреции и повышении вязкости панкреатического секрета, вызванных прямым воздействием этанола. Для алкогольного панкреатита характерен геморрагический компонент. Преимущественно поражается тело и хвост поджелудочной железы. Гнойные осложнения при этой этиологической форме острого панкреатита часто локализуются слева в виде левостороннего паранефрита, параколита (рис 5).



Структура регистрации смертельного исхода от панкреатита в зависимости от места смерти

Рис 5.

Такая высокая летальность в группе больных с острым панкреатитом объясняется несколькими

факторами: фактом позднего обращения больных за медицинской помощью населения, высоким процентом острого панкреатита в случаях, где основным этиологическим фактором выступает алкоголь, высокий процент тяжелых, деструктивных форм, острого панкреатита, который осложняет многие заболевания, включая сахарный диабет. Все это обуславливает осложнения, а отсюда и процент летальности в данной нозологии значительно выше.

Основные причины возникновения панкреатита

Злоупотребление алкоголем – основная причина острого панкреатита (ОП) у мужчин (25-35%). Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – основная причина острого панкреатита у женщин (40-70%). Кроме того, причинами ОП могут быть гипертриглицеридемия, паразиты (аскариды), механическая травма железы (в том числе операционная), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (пенетрация гастродуоденальной язвы в железу), гипопаратиреоз, вирусные инфекции, тяжелая пищевая аллергия, тканевая ишемия (атеросклеротическое поражение сосудов), вирсунголитиаз, химиотерапия (лекарственный панкреатит). В группу риска входят люди, имеющие наследственную предрасположенность, а также нарушения липидного обмена. Так, ожирение увеличивает вероятность развития тяжелого панкреатита втрое и смертность от него - в 2 раза. Фактор риска - злоупотребление жирной и острой пищей [1,2,4].

Отмечается определенная сезонность заболеваемости: наибольшее поступление больных в зимние месяцы и значительное снижение заболеваемости, особенно деструктивными формами в летний период, что связано, прежде всего, с изменениями характера питания - увеличения летом употребления свежих овощей, фруктов и уменьшением в рационе мясной и жирной пищи.

Заключение

Неуклонный рост заболеваемости, высокий процент летальности в структуре острого панкреатита, в основном в группе трудоспособного населения мужского пола, определяет высокую медико-социальную актуальность проблемы. По количеству смертей среди неотложной патологии органов брюшной полости острый деструктивный панкреатит занимает одно из ведущих мест. Таким образом, чтобы снизить летальность от панкреонекроза нужен комплексный подход для ранней диагностики и лечения тяжелых форм острого панкреатита и их осложнений, учитывающий этиопатогенетический фактор заболевания.

Библиографический список:

1. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Люлько И.В. и др. Острые панкреатиты: эпидемиология, патогенез, диагностика, организация лечения, хирургическое лечение, интенсивная терапия // Киев: Четверта хвиля, 2005. С. 256.

2. Толмачев Д.А., Попова Н.М., Савельев В.Н., Попов А.В. Оценка качества медицинской помощи в поликлинике и стационаре г. Ижевска. // Синергия наук. 2017. №11. С. 694-698.

3. Попова Н.М., Толмачев Д.А., Савельев В.Н., Попов А.В. Характеристика смертности на территории Приволжского Федерального округа. // В сборнике: Труды Ижевской государственной медицинской академии. 2015. С. 25-28.

4. Буторова, Л. И. Хронический панкреатит как медико-социальная проблема // Л. И. Буторова, А. Л. Васильев, И. М. Козлов // Рус. мед. журн. — 2008. — № 3 — С. 60–75.

5. Р.В. Ващетко [и др.] Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей // – СПб., 2010. С. 320.

Камалеева Айгуль Рамилевна
Kamaleeva Aigul Ramilevna
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет
E-mail: aigul.kamaleeva@mail.ru

Баллеева Елена Валерьевна
Balleyeva Elena Valer'evna
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет

Ананин Владислав Олегович
Ananin Vladislav Olegovich
Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет

Савельев Владимир Никифорович
Savelyev Vladimir Nikiforovich
Научный руководитель
д.м.н., профессор, член научного совета ассоциации здравоохранения Урала

УДК 371.7

ЗАВИСИМОСТЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ОТ ПОЛА

THE DEPENDENCE OF THE LIFESTYLE OF STUDENTS ON GENDER

Аннотация: в данной статье представлены сведения о распространенности употребления алкоголя, курения среди студентов мужского и женского пола ВУЗов города Ижевск за 2018 год.

Abstract: In this article presented information on prevalence of alcohol uses, smoking among male and female students Universities in the city of Izhevsk in 2018.

Ключевые слова: образ жизни, студенты ВУЗов Ижевска, табакокурение, алкоголь, привычка, зависимость.

Key words: lifestyle, Universities students in the city Izhevsk, smoking, alcohol, habit, dependence.

Актуальность: исследование данной проблемы актуально в связи с изменением образа жизни, ускорения ее темпа, которые связаны с наличием большого количества умственных и эмоциональных нагрузок в повседневной жизни. К сожалению, некоторые методы, используемые людьми для того, чтобы избавится от этого хронического стресса, не совсем полезны для организма – а именно употребление алкоголя и курение. Способствует распространению этих вредных привычек и интернет, на который люди тратят большую часть своего свободного времени. Ведь именно в социальных сетях эти привычки преподносят как нечто нормальное, приносящее удовольствие, несерьезное, невредное. И проводя время за этим «несерьезным» занятием, люди не замечают, что оно уже стало их привычкой, зависимостью.

Целесообразность изучения такой проблемы заключается в том, что получая информацию об уровне, качестве, стиле жизни студентов мы можем дать прогноз о состоянии здоровья в будущем взрослого населения, оценить то, как это повлияет на общую картину заболеваемости в городе Ижевск Удмуртской Республики , и, в целом, в

Российской Федерации. Кроме того, разработать план мероприятий, направленных на изменение образа жизни в лучшую сторону путем проведения санитарно-просветительских работ, пропаганды здорового образа жизни.

Целью нашего исследования было определить распространенность табакокурения и употребления алкоголя среди студентов четвертого курса мужского и женского пола ВУЗов города Ижевск за 2018 год.

Задачи:

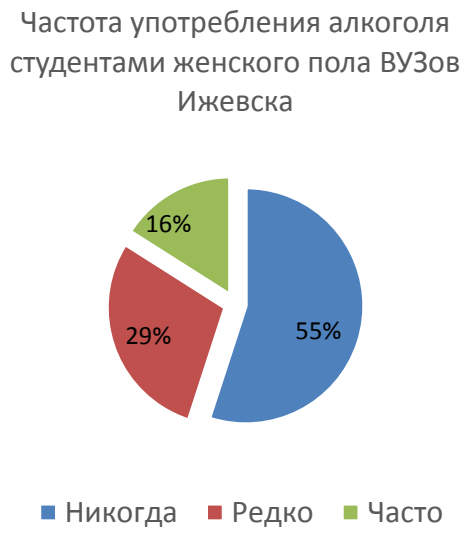
1. Составить анкету с учетом признаков и условий жизни
2. Провести анализ статистических показателей
3. Принять решение по использованию превентологических мероприятий при формировании здорового образа жизни

Материалы и методы: нами были проанализированы полученные данные статистического опроса, проведенного среди студентов мужского и женского пола четвертого курса ВУЗов Ижевска.

Полученные результаты:

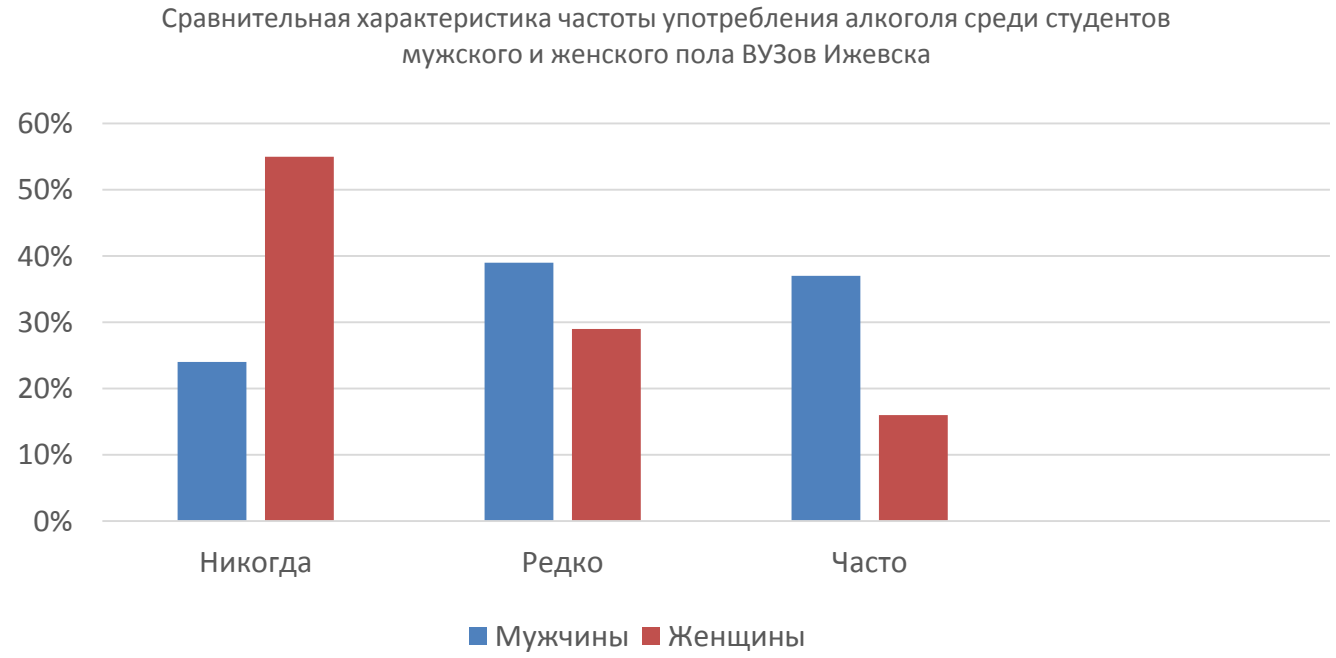
Пол	Количество	Употребляют алкоголь						Курят					
		Часто		Редко		Никогда		Курю много		Курю редко		Не курю	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мужской	74	25	37	30	39	19	24	3	15	23	35	48	55
Женский	220	33	16	65	29	122	55	0	0	5	5	215	95

Анализ результатов анкетирования показал, что большинство (55 %) студентов женского пола четвертого курса ВУЗов Ижевска не употребляли и не употребляют алкоголь. 29% -редко употребляют и 16 %- часто.



Среди студентов мужского пола число ответивших «Редко» (39%) практически приравнивается к числу ответивших «Часто» (37%). 24% -никогда не употребляли алкоголь.

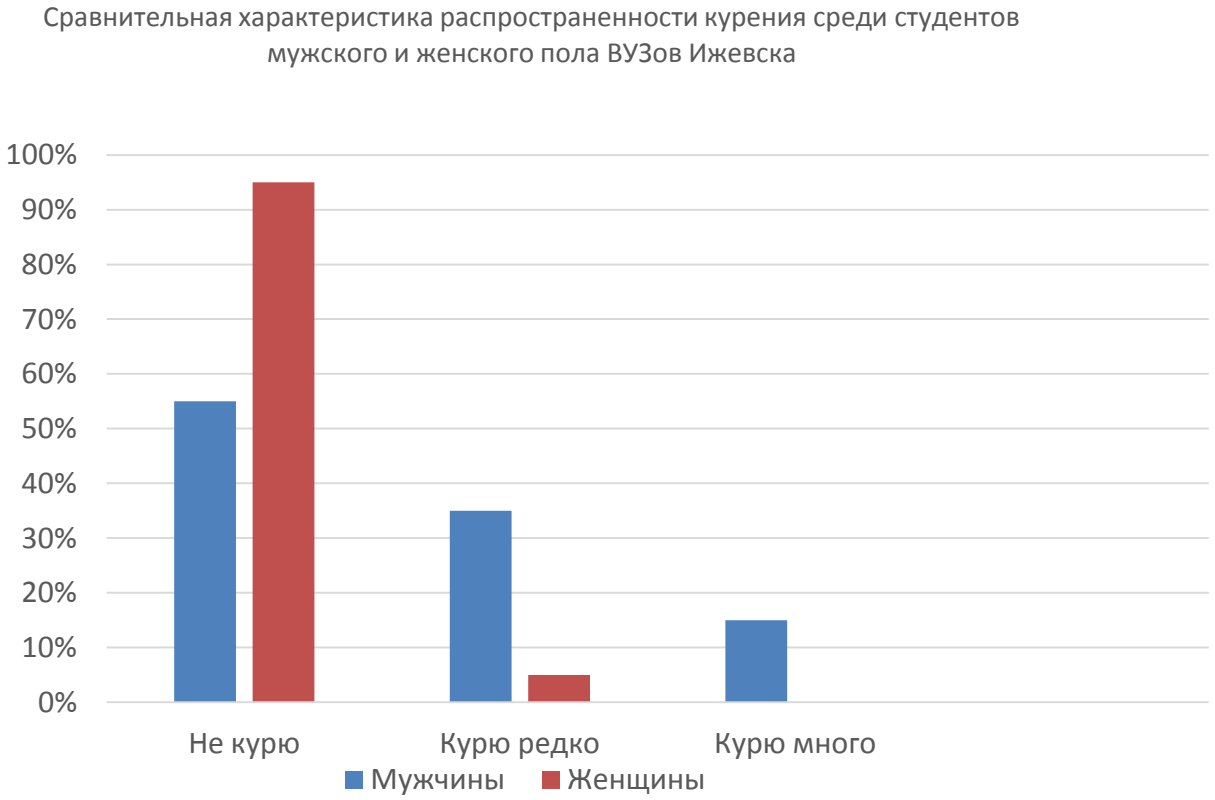
Если сравнить частоту употребления алкоголя между студентами женского и мужского пола, то получим следующую картину:



Получив данные по курению, выяснилось, что большинство студентов женского пола (95%) - не курят вообще и только 5% среди них курят, но редко.

Среди студентов мужского пола показатели отличаются: 15 % опрошенных ответили, что «Курят много», 35 % - «редко», 55% - «не курят вообще».

Аналогично сравнив данный показатель между женским и мужским полом, получим следующее:



Выводы по работе:

Распространенность курения и употребления алкоголя среди студентов мужского пола в среднем выше, чем среди женского.

Употребление алкоголя преобладает над курением, как среди мужского, так и среди женского пола.

Библиографический список :

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.

2. Основы современной профилактики. Савельев В. Н. 2009.

3. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Под. Ред. Кучеренко В.З. 2011.

4. Статистические методы анализа в здравоохранении. Краткий курс лекций [Электронный ресурс] / Леонов С.А., Вайсман Д.Ш., Моравская С.В, Мирсков Ю.А. - М. : Менеджер здравоохранения, 2011. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785903834112.html

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018