



ISSN 1994-8921

**ЗДОРОВЬЕ,
ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**№3
2018**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy

**ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY
OF FINNO-UGRIC PEOPLES**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 3

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *А.Е. Шкляев*

Editor-in-Chief A.Ye. Shklyayev

ИЖЕВСК • 2018

IZHEVSK • 2018

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.Е. Шкляев (Российская Федерация), главный редактор; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Н.М. Попова** (Российская Федерация), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

A.Ye. Shklyayev (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief*; **L. Lenard** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*; **N.M. Popova** (*Russian Federation*) *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Н. Буранова (Ижевск); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **А.И. Мартынов** (Москва); **Г.В. Павлова** (Ижевск); **А.А. Спасский** (Москва); **Д. Хонг** (Китай); **В. Шо** (Китай); **М. Цолаки** (Греция); **М.С. Табаров** (Таджикистан)

EDITORIAL COUNCIL

L.N Buranova (*Izhevsk*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **A.I. Martynov** (*Moscow*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **A.A. Spasskiy** (*Moscow*); **D. Hong** (*China*); **W. Shuo** (*China*); **M.Tsolaki** (*Greece*); **M.S. Tabarov** (*Tajikistan*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика, 426034,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009.
Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования.
Публикуемые статьи в полнотекстовом доступе размещаются на сайте
научной электронной библиотеки www.elibrary.ru.

© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Широбокова*
Художественный редактор *А.С. Киселёва*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 3.12.2018. Подписано в печать 22.11.2018.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 5,8. Уч.-изд. л. 4,8.
Тираж 500 экз. Заказ 2356.10.

РИО ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
Учредитель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, г. Ижевск,
ул. Коммунаров, 281.
Издатель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, г. Ижевск,
ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в ООО «Принт»
426039, г. Ижевск, ул. Дзержинского, 11.
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. М. Попова, В. Н. Савельев, Н. Н. Ежова
НАУЧНАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: К 80-ЛЕТИЮ ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... 5

N. M. Popova, V. N. Savelyev, N. N. Yezhova
SCIENTIFIC SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SERVICE 5

Д. А. Власов, Е. Ю. Шкатова, И. А. Кузьмин
СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ..... 10

D. A. Vlasov, E. Yu. Shkatova, I. A. Kuzmin
STATE AND TENDENCIES OF THE INCIDENCE OF THE DISEASES OF THE EAR AND MASTOID PROCESS IN THE UDMURT REPUBLIC, THE VOLGA FEDERAL DISTRICT, THE RUSSIAN FEDERATION 10

Е. В. Ивонина, Е. В. Овечкина
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ 13

E. V. Ivonina, E. V. Ovechkina
ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS..... 13

Т. П. Демичева, С. П. Шилова
МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 15

T. P. Demicheva, S. P. Shilova
MEDICAL EXAMINATIONS – THE IMPORTANT STAGE OF MEDICAL CHECKUPS OF PATIENTS WITH ENDOCRINE PATHOLOGY..... 16

Н. М. Попова, Е. В. Дюжева
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ..... 18

N. M. Popova, E. V. Dyuzheva
ANALYSIS OF MORBIDITY OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN CORRECTIONAL INSTITUTIONS..... 18

Л. В. Фирулев, А. Л. Калмыков, Е. Ю. Шкатова
ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ (САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ..... 21

L. V. Firulev, A. L. Kalmykov, E. Yu. Shkatova
ORGANIZATION OF SPECIALIZED EMERGENCY MEDICAL CARE (AIR MEDICAL SERVICE) IN THE TERRITORY OF THE UDMURT REPUBLIC 21

ДЕМОГРАФИЯ

М. Я. Подлужная, Н. В. Исаева, Е. А. Воронова
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ..... 25

M. Ya. Podluzhnaya, N. V. Isaeva, E. A. Voronova
DYNAMICS OF THE INDICES OF NATURAL MOVEMENT OF THE POPULATION IN PERM KRAI..... 25

Е. А. Воронова, М. Я. Подлужная, Н. В. Исаева, А. А. Черемных
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ 28

E. A. Voronova, M. Ya. Podluzhnaya, N. V. Isaeva, A. A. Cheremnykh
ANALYSIS OF MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES AMONG THE WORKING AGE POPULATION IN THE TERRITORY OF PERM KRAI ... 28

М. К. Иванова, А. Н. Бакшаева, Е. П. Кузнецова, М. Р. Сабитов, Н. Г. Лисицына
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ НЕФТЕДОБЫЧИ 30

M. K. Ivanova, A. N. Bakshaeva, E. P. Kuznetsova, M. R. Sabitov, N. G. Lisitsyna
FEATURES OF WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH AND HEALTH OF CHILDREN LIVING IN AREAS OF OIL EXTRACTION..... 31

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА*М. К. Ермакова*ВИРУС И АЛЛЕРГИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 36*M. K. Ermakova*THE VIRUS AND ALLERGY: DIFFERENTIAL
DIAGNOSIS AND TREATMENT 36*И. Н. Сушенцова, Э. П. Сорокин, Е. В. Шилыева*АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НО-
ЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОС-
ЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕ-
ТАННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ И ЖИВОТА. . . . 40*I. N. Sushentsova, E. P. Sorokin, Ye. V. Shilyaeva*ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR NOSO-
COMIAL INFECTIOUS COMPLICATIONS IN
PATIENTS WITH COMBINED INJURIES OF
CHEST AND ABDOMEN 41*Д. В. Чуркин, О. С. Антропова, Д. О. Ластков,
О. Н. Долгошапко*ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ ОРГА-
НА СЛУХА У ГРАЖДАН, РАНЕЕ РАБОТАВ-
ШИХ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО
ШУМА 43*D. V. Churkin, O. S. Antropova, D. O. Lastkov,
O. N. Dolgoshapko*PECULIARITIES OF MILITARY INJURY OF
THE ORGAN OF HEARING IN THE CITIZENS
WHO WERE PREVIOUSLY EXPOSED TO OC-
CUPATIONAL NOISE 43*Т. А. Кравчук, В. Я. Наумова, Е. М. Виноходова,
В. А. Куликов, Н. А. Балдыкова*ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТ-
РИОЗА 47*T. A. Kravchuk, V. Ya. Naumova, E. M. Vinokhodova,
B. A. Kulikov, N. A. Baldykova*

DIAGNOSIS OF GENITAL ENDOMETRIOSIS 47

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 378:061.6:614.2

Н. М. Попова, В. Н. Савельев, Н. Н. Ежова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

НАУЧНАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: К 80-летию ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Савельев Владимир Никифорович** – доктор медицинских наук, профессор; **Ежова Наталья Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор

В 2018 году кафедра общественного здоровья и здравоохранения ИГМА отмечает свой 80-летний юбилей. Статья посвящена истории образования, становления кафедры и научной школы общественного здоровья и здравоохранения.

Ключевые слова: Ижевская государственная медицинская академия; кафедра общественного здоровья и здравоохранения; история кафедры

N. M. Popova, V. N. Savelyev, N. N. Yezhova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

SCIENTIFIC SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SERVICE: FOR THE 80TH ANNIVERSARY OF THE ESTABLISHMENT OF THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SERVICE

Popova Natalia Mitrofanovna – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedraozz@mail.ru; **Savelyev Vladimir Nikiforovich** – Doctor of Medical Sciences, professor; **Yezhova Natalia Nikolaevna** – Doctor of Medical Sciences, professor

In 2018 the Department of Public Health and Health Care Service of ISMA celebrates its 80th anniversary. The article is devoted to the history of the establishment and development of the department and the scientific school of public health and health care service.

Key words: Izhevsk State Medical Academy; Department of Public Health and Health Care Service; history of the department

С момента создания кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения в ИГМИ в 1938 году (заведующий кафедрой профессор А. С. Дурново) осуществлялась научная работа по организации здравоохранения. Тематика разрабатывалась в строгом соответствии с запросами органов здравоохранения республики.

Изучались социально-гигиенические проблемы: демографические особенности населения Удмуртии, распространенность злокачественных новообразований в г. Ижевске, состояние диспансеризации и характеристика работы по принципу участковости в лечебно-профилактических учреждениях республики. А. С. Дурново лично занимался исследованием причин высокой детской смертности в Удмур-

тии в довоенное время, анализировал данные и докладывал Наркомздраву УАССР, а также вносил предложения по организации здравоохранения и профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта и пневмоний.

В период Великой Отечественной войны продолжались демографические исследования на кафедре организации здравоохранения и осуществлялся анализ заболеваемости детского и взрослого населения республики. Углубленный анализ состояния здоровья детей раннего возраста и распространения среди них различных острых заболеваний, а также смертности, проведенный кафедрами детских болезней, организации здравоохранения выявил причины неблагоприятных исходов.

В этот же период кафедрой проводилась серьезная работа по изучению изменений в здоровье населения Удмуртии под влиянием социально-экономических условий общества. Первой работой по этой проблеме была диссертация В. М. Зайцева (1944), посвященная углубленному изучению здоровья призывников г. Ижевска 1907 и 1917 гг. рождения. Он установил значительные положительные сдвиги их развития.

В послевоенный период с 1947 по 1966 г. кафедрой заведовал доцент М. М. Виленский – ученик академика АМН СССР проф. Л. В. Громашевского. М. М. Виленский прошел большую школу практической работы (госсанинспектор Дальневосточного рыболовецкого флота, заведующий Хабаровским крайздравотделом, директор Хабаровского мединститута, заведующий Алтайским крайздравотделом). В 50-х гг. доц. М. М. Виленский собрал значительные материалы по истории здравоохранения республики, охватывающие большой исторический период (с середины 18 века), которые легли в основу всех последующих работ по истории здравоохранения республики.

В 1967 г. кафедра была переименована в кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения. Ее возглавила доцент Н. Н. Ежова.

На кафедре изучалось физическое развитие детей и молодежи. Изучение физического развития новорожденных в г. Ижевске за 1944–1945 гг. позволило обосновать прямую зависимость развития плода от социально-экономических условий, в которых находилась мать в период беременности. Доцентом Н. Н. Ежовой впервые в республике осуществлено глубокое санитарно-гигиеническое исследование демографических процессов, охватывающее дореволюционный и советский периоды времени. Оно показало благоприятные результаты в состоянии здоровья населения Удмуртии. Выявлены имеющиеся резервы дальнейшего снижения смертности населения в различных возрастах, и даны рекомендации для проведения лечебно-профилактических мероприятий в целях укрепления здоровья отдельных групп населения. Был предложен алгоритм для расчета кратких таблиц смертности и продолжительности жизни. По данным материалам исследования Н. Н. Ежовой защищена докторская диссертация.

В период с 1970 по 1983 г. кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, общей гигиены, туберкулеза, госпитальной те-

рапии и курса онкологии вели научные исследования по проблеме «Социальная гигиена, организация и управление здравоохранением».

Научно-исследовательская работа сотрудников кафедры социальной гигиены проводилась совместно с МЗ УАССР с целью разработки рекомендаций практическому здравоохранению Удмуртии на основе углубленного анализа здоровья населения.

С 1976 по 1989 г. кафедрой заведовала профессор Н. Н. Ежова. В основу научно-исследовательской работы коллектива легли медико-демографические процессы в республике и их мониторинг. Изучение здоровья подрастающего поколения, влияния негативных условий минувшей Великой Отечественной войны на физическое развитие новорожденных г. Ижевска началось еще в 50-х гг. Работа проводилась в системе «Мать и ребенок» с характеристикой условий жизни в семье и экспертной оценкой качества медицинской помощи матери и ребенку на этапах ЛПУ. В последующем доцент Л. Ф. Молчанова выполнила докторскую диссертацию по проблеме здоровья детей дошкольного возраста.

Так, углубленный анализ детской смертности, проведенный Н. Н. Ежовой, А. И. Смирновой и Л. Ф. Молчановой, включающий не только социально-гигиеническую характеристику условий жизни и воспитания в семье или детском учреждении, но и объем и качество лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах, начиная с фельдшерско-акушерского пункта и кончая Республиканской больницей, позволил выявить дефекты обслуживания и на основе их наметить пути дальнейшего снижения детской смертности. Использование полученных данных позволило конкретизировать направление усилий педиатрической службы республики на устранение выявленных недостатков, что привело к 1982 г. к снижению детской смертности в республике на 22 % по сравнению с 1977 г.

Санитарно-гигиеническая оценка демографических процессов в УАССР в связи с Всесоюзными переписями населения 1970–1979 гг. (проф. Н. Н. Ежова и И. С. Чумарева) выявила неблагоприятные тенденции воспроизводства населения республики, особенно в сельской местности. Сопоставление демографических процессов с факторами лечебно-профилактического обслуживания населения выявило недостатки в работе некоторых медицинских служб, особенно на этапах первичного обслуживания, и осуществления

профилактики, в частности, диспансеризации. Это послужило основой выработанных рекомендаций для МЗ УАССР по устранению недостатков в обслуживании больных и проведении первичной и вторичной профилактики. На основе этих данных кафедра развернула исследования эпидемиологии хронических неспецифических заболеваний легких и дала оценку качеству лечебно-профилактических мероприятий при них с целью разработки мер профилактики и научного обоснования создаваемой в республике специализированной службы и значительного увеличения эффективности обслуживания пульмонологических больных на первичных этапах медицинской помощи. Исследования выполнялись в сотрудничестве со Всесоюзным НИИ пульмонологии в г. Ленинграде и входили во всеобщую целевую программу Государственного комитета по делам науки и техники.

Создание мощной материальной базы здравоохранения, все усложняющиеся задачи по охране и укреплению здоровья советских людей в начале 70-х гг. требовали поисков путей совершенствования методов и форм работы лечебно-профилактических учреждений и каждого врача в отдельности.

С 1990 по 2010 г. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения заведовал профессор В. Н. Савельев.

Научно-исследовательским направлением кафедры стала проблема, связанная с экономическими преобразованиями в системе здравоохранения, – «Изучение закономерностей сдвигов показателей здоровья населения и эффективности форм организации лечебно-профилактической помощи в Удмуртской Республике в условиях перехода к рынку».

Профессор В.К. Гасников, возглавлявший с 1995 г. на кафедре курс медицинской информатики, в диссертационной работе дал комплексное научное обоснование процесса управления здравоохранением на современном этапе. Интенсификация деятельности учреждений здравоохранения требовала повышения оперативности, четкости и объективности медицинской информации. В практике здравоохранения все шире начали использоваться компьютерные технологии. Возникла необходимость создания программных систем и усвоения навыков работы на компьютерах. Осуществлялось научно-методическое и аналитическое обеспечение развития информатизации здравоохранения Удмуртии. Результаты

легли в основу проекта программы модернизации здравоохранения УР на 2011–2012 гг. по разделу «Развитие современных информационных технологий». Сотрудники кафедры профессор В. Н. Савельев, профессор В. К. Гасников приняли участие в составлении государственной программы «Социально-экономическое развитие Удмуртской Республики на 2015–2020 гг.».

С 2010 г. кафедрой заведует Н.М. Попова, доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории, заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации.

Научная работа на кафедре ведется в рамках проблемы «Исследование закономерностей формирования здоровья населения и разработка путей оптимизации лечебно-профилактической деятельности». Тематика выполняемых работ ежегодно включалась в план научного совета «Общественное здоровье и здравоохранение, курируемое национальным НИИ общественного здоровья РАМН», кроме того, научная работа кафедры включена в отраслевую научно-исследовательскую программу «Экономика, организация и информатизация здравоохранения» (ответственная организация – ФГБУ ЦНИ-ИОИЗ МЗ РФ). Полученные результаты легли в основу подготовки и издания «Государственных докладов о состоянии здоровья населения УР», разработки программ «Дети Удмуртии» (2009–2012 гг.), «Демографического развития Удмуртской Республики на 2011–2015 гг.».

В диссертационной работе Н.М. Поповой «Комплексная характеристика здоровья подростков» (на модели Удмуртской Республики) проведен анализ состояния здоровья подростков Удмуртской Республики за 1996–2003 гг. и прогнозирование заболеваемости; оценено влияние комплекса социально-гигиенических факторов, психологического статуса и адаптационных возможностей организма на уровень здоровья подростков-школьников; изучен уровень физического здоровья подростков, обучающихся в школах с различным двигательным режимом; дана характеристика этнокультурных особенностей образа жизни и поведения подростков и их семей, проживающих в городе и селе; дана оценка сексуального поведения и выявлены факторы, способствующие распространению инфекций, передающихся половым путем среди подростков республики; получена соци-

ально-гигиеническая характеристика подростков, употребляющих психоактивные вещества и определены факторы, формирующие аддиктивное поведение. Разработаны: 1) скрининговые прогностические таблицы, позволяющие своевременно идентифицировать подростков группы риска частых и хронических заболеваний и осуществлять раннюю коррекцию отклонений в процессе диспансерного наблюдения; 2) компьютерный мониторинг здоровья и образа жизни подростков.

Продолжалось научно-методическое сопровождение развития телемедицинских технологий в здравоохранении Удмуртии. В диссертационной работе Н. Н. Максимова «Применение телемедицинских технологий при организации кардиохирургической высокотехнологичной медицинской помощи» (научный руководитель профессор Н. М. Попова) изучена заболеваемость, смертность от болезней сердечно-сосудистой системы, и дан прогноз заболеваемости городского и сельского населения Удмуртской Республики от болезней системы кровообращения. Приведена характеристика оказания высокотехнологичной кардиохирургической медицинской помощи, изучены клинико-социальные аспекты, качество жизни пациентов с болезнями системы кровообращения и разработаны организационные технологии по совершенствованию высокотехнологичной кардиохирургической помощи населению Удмуртской Республики.

Кафедра научно обосновала модернизацию медицинского образования в условиях реструктуризации здравоохранения; разработала рекомендации по совершенствованию медицинской помощи; занимается изучением эффективности деятельности сосудистого центра Республиканской клинической больницы; здоровья контингентов пенитенциарной системы; организационных мероприятий по профилактике заболеваний среди детей и подростков.

На основе анализа и оценки динамики демографических процессов в Удмуртии доказана обусловленность появления и развития демографических кризисов предшествовавшими им социально-экономическими кризисами, причем после позитивных социально-экономических кризисов демографические процессы развивались в положительную сторону, а после негативных – в отрицательную. Были сформулированы особенности протекания современного демографического кризиса как в России, так и в Удмуртии, этапы его раз-

вития, а также особенности российского антикризисного управления. Впервые научно обоснована необходимость использования механизмов подавления и развития «рефлекса цели» в разработке путей разрешения демографических кризисов.

Сотрудники кафедры по поручению Председателя Правительства Удмуртии принимают участие в изучении причинно-следственной связи первичной и повторной инвалидности и заболеваемости в Удмуртской Республике (2016–2018 гг.).

Кафедра является участником межрегионального проекта «Консолидация усилий гражданского общества и органов местного самоуправления по развитию и совершенствованию семейной и демографической политики «Крепка семья – сильна Россия», проводимого Ассоциацией «Здоровые города» по методике ВОЗ.

Продолжалось научно-методическое обеспечение мониторинга использования основных видов ресурсов здравоохранения Удмуртии, достижения целевых показателей медицинских организаций и оценки мнения населения о качестве медицинской помощи.

В соответствии с Планом мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» Минздрава России и Приказом № 290 н Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 года «Об утверждении отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-отоларинголога, врача-офтальмолога, врача-акушер-гинеколога, врача-фтизиатра, врача-инфекциониста, врача-ревматолога, врача функциональной диагностики» по заданию ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ в Удмуртской Республике кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ (профессор Н. М. Попова, доцент Д. А. Толмачев) были проведены фотохронометражные исследования норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей стоматолога, кардиолога, эндокринолога, ревматолога, инфекциониста.

В связи с тем, что с 1997 г. начал функционировать факультет высшего сестринского образования (декан – проф. Н. М. Попова) в 2000 г. сформировалось научное направление «Организация и управление сестринской деятельностью». Научное направление охватывало

различные области сестринского процесса, современные технологии организации и управления сестринскими кадрами.

Под руководством профессора Л.Ф. Молчановой с 2000 г. проводились научные исследования по изучению вопросов реформирования сестринского дела на современном этапе; освоению и использованию современных сестринских технологий в обучении среднего и младшего персонала больниц и пациентов здоровьесберегающему поведению; анализу условий труда и состоянию здоровья специалистов со средним медицинским образованием. В рамках этого направления проведено исследование по оценке эффективности современных сестринских технологий. Впервые обоснованы и внедрены инновационные сестринские технологии в МО и созданы программы обучения пациентов. Впервые разработаны методологическое и методическое обеспечение организации гастрошкол с применением инновационных сестринских технологий в комплексной терапии больных язвенной болезнью и структурированная модель терапевтического обучения пациентов на основе углубленного анализа их гигиенической грамотности и психологического статуса (д-р мед. наук Е. Ю. Шкатова, канд. мед. наук Г. М. Злобина).

Продолжены исследования (Н.В. Якимова, Е.В. Сычева, Н.Н. Артемьева, И.В. Глазкова) по внедрению логистического подхода в управлении сестринской деятельностью, оценке эффективности системы непрерывного повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием, изучение роли специалистов со средним медицинским образованием в реализации национального проекта в сфере здравоохранения и качества их жизни. Под руководством проф. Л. Ф. Молчановой подготовлена докторская работа Г. М. Злобиной «Научное обоснование концептуально-организационных подходов к управлению сестринским делом на уровне региона».

Большой интерес вызывает организация системы непрерывного обучения специалистов со средним медицинским образованием и совершенствования форм и методов образовательного процесса в системе повышения квалификации сестринского персонала (канд. мед. наук Н.В. Якимова).

В диссертационной работе К. А. Даниловой (научный руководитель профессор Н.М. Попова) «Использование новых сестринских технологий в совершенствовании медицинской

помощи детям, оставшимся без попечения родителей» изучено состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, дана социально-гигиеническая характеристика женщин, отказавшихся от родительских прав, выявлены мотивационно-поведенческие факторы, формирующие отказ от ребенка. Изучена организация медицинской помощи детям, оставшимся без попечения родителей. Разработан и внедрен мониторинг сестринского процесса и индикаторы качества оказания сестринской помощи в условиях стационара. Разработан, внедрен и оценен комплекс инновационных сестринских технологий в оказании медицинской помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

В работе Т. В. Макаровой (научный руководитель профессор Н. М. Попова) «Оценка эффективности работы специалистов сестринского дела на основе компетентного подхода к реализации программы поддержки грудного вскармливания» представлена организационно-функциональная модель организации медицинской помощи женщинам, имеющим грудных детей.

По проблемам общественного здоровья и организации здравоохранения активно работают зав. кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП д-р мед. наук, доцент Е. А. Кудрина, зав. кафедрой медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности доцент Е. Ю. Шкатова. Е. Ю. Шкатова являлась руководителем исследований: кандидатской диссертации по организации профилактических школ Л. В. Мышкиной. Научно обоснована методология обучения в «Гастрошколе» и «Школе здоровья для беременных с инфекциями мочевыводящих путей» с учётом психологического компонента пациентов, аргументирована целесообразность внедрения обучающих структурированных программ по модели «менеджер сестринского дела – медсестра – пациент» на основе инновационных сестринских технологий с использованием периоперационного процесса. Разработана методология обучения пациентов в клинике внутренних болезней и в стоматологии, внедрены интерактивные обучающие технологии, проведен мониторинг их медико-социальной и экономической результативности.

Являясь членом координационного совета по демографической политике при Правительстве УР профессор Н. М. Попова принимала участие в составлении республиканских целевых программ «Дети Удмуртии» (2009–2012 гг.),

«Демографического развития Удмуртской Республики на 2011–2015 гг. ».

На кафедре продолжается изучение исторических аспектов организации здравоохранения Удмуртии (проф. В. Н. Савельев, проф. Н. М. Попова, доц. Л. Л. Шубин). Профессор Н. М. Попова и профессор В. Н. Савельев в 2018 г. получили грант РФФИ № 18–49–180002 «Здравоохранение в национальном регионе: становление и развитие (на примере Удмуртской Республики)».

Список литературы:

1. **Ежова, Н. Н.** Ижевский медицинский институт. 50 лет / Н. Н. Ежова. – Ижевск: Удмуртия, 1983. – 156 с.
2. Здравоохранение Удмуртии: история и современность / Министерство здравоохранения Удмуртской Республики. – Ижевск, 2012. – 180 с.

3. Ижевская государственная медицинская академия / под. ред. Н. С. Стрелкова. – Ижевск, 2013. – 160 с.

4. Кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ГОУ ВПО ИГМА – 15 лет / Н. С. Стрелков [и др.] // Здоровье финно-угорской молодежи. Роль семьи в формировании здоровья: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Ижевск, 2009. – С. 4–14.

5. **Коваленко, Т. В.** Кафедра педиатрии и неонатологии: история в лицах / Т. В. Коваленко, Е. Г. Вихарева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – № 1. – С. 5–7.

6. **Стрелков, Н. С.** Врач, организатор, ученый и общественный деятель: к 80-летию профессора В. Н. Савельева / Н. С. Стрелков, Н. М. Попова, В. К. Гасников // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 1. – С. 9–12

УДК 616.28+616.284.7]-036.2 (470.51)

Д. А. Власов¹, Е. Ю. Шкатова¹, И. А. Кузьмин²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²ООО «Дентал Форте Престиж», г. Набережные Челны

СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Власов Дмитрий Александрович – аспирант; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (982) 822-18-16, email: komers777@bk.ru; Шкатова Елена Юрьевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; Кузьмин Илья Александрович – врач-оториноларинголог

В статье проведен анализ динамики показателей общей и первичной заболеваемости населения Удмуртской Республики, Приволжского федерального округа, Российской Федерации болезнями уха и сосцевидного отростка по их видам, выявлен рост показателей заболеваемости в 2016 г. на территории УР.

Ключевые слова: болезни уха и сосцевидного отростка; первичная и общая заболеваемость

D. A. Vlasov¹, E. Yu. Shkatova¹, I. A. Kuzmin²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

²LLC «Dental Forte Prestizh», Naberezhnye Chelny

STATE AND TENDENCIES OF THE INCIDENCE OF THE DISEASES OF THE EAR AND MASTOID PROCESS IN THE UDMURT REPUBLIC, THE VOLGA FEDERAL DISTRICT, THE RUSSIAN FEDERATION

Vlasov Dmitry Aleksandrovich – graduate student, 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (982) 822-18-16, e-mail: komers777@bk.ru; Shkatova Elena Yurievna – Doctor of Medical Sciences, Associate professor, head of the department; Kuzmin Ilya Aleksandrovich – otorhinolaryngologist

The article analyzes the dynamics of indices of the incidence and prevalence of the diseases of the ear and mastoid process by their types among the population of the Udmurt Republic (UR). The analysis has shown an increase in the morbidity rates in 2016 in the territory of UR.

Key words: diseases of the ear and mastoid process; incidence and prevalence of the disease

Здоровье населения является одной из важнейших социальных ценностей. Именно от состояния здоровья зависит качество трудовых ресурсов страны. Болезни уха и сосцевидного отростка представляют одну из актуальных проблем оториноларингологии и остаются в центре

внимания ведущих исследователей. В последнее время наметилась устойчивая тенденция увеличения числа людей, заболевших болезнями уха и сосцевидного отростка, которое имеет волнообразный характер и зависит от разных факторов, требующих изучения [2–6].

Цель исследования: провести анализ динамики показателей общей и первичной заболеваемости населения Удмуртской Республики болезнями уха и сосцевидного отростка.

Материалы и методы исследования. В работе использованы статистические данные ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России о заболеваемости населения болезнями уха и сосцевидного отростка по группам: хронический отит, болезни наружного уха, болезни среднего уха и сосцевидного отростка, острый отит, болезни слуховой (евстахиевой) трубы, перфорации барабанной перепонки, болезни внутреннего уха, болезнь Миньера, отосклероз, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха с одной и двух сторон за пятилетний период (с 2012 по 2016 г.).

После сбора, проверки, группировки и сводки материала проведена его статистическая обработка: рассчитывали экстенсивные и интенсивные показатели. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы *STATISTICA 6.0*. В работе применены методы логического анализа, выкопировки данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективный анализ статистических данных за 2012–2016 гг. показал снижение уровня общей

заболеваемости (ОЗ) болезнями уха и сосцевидного отростка за исследуемый период времени как в УР, так и в РФ и ПФО (рис. 1). Однако на территории УР в 2016 г. вновь отмечается рост заболеваемости данными болезнями. Обращаем внимание, что ОЗ в УР выше, чем в РФ и ПФО.

Изучая общую заболеваемость в УР по видам болезней уха и сосцевидного отростка взрослого населения в сравнительном аспекте с РФ и ПФО имели место выраженные отличия в показателях (табл. 1). Самый высокий уровень общей заболеваемости приходится на болезни наружного и среднего уха.

В 2016 г. эти показатели в УР выросли по сравнению с 2015 г. Уровень ОЗ в Удмуртии вырос на 5,3 и 4,4 %, соответственно.

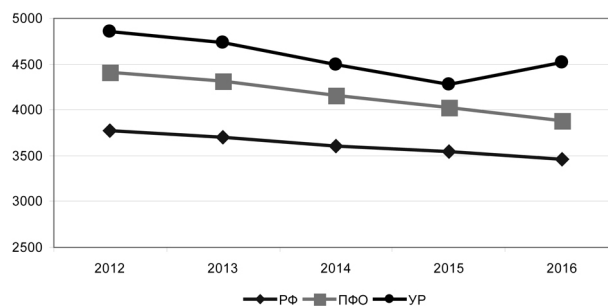


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в УР, ПФО и РФ (на 100 тыс. населения)

Таблица 1. Общая заболеваемость болезнями уха и сосцевидного отростка на 100 тыс. населения

Виды заболеваний	Годы									Рост /убыль 2016/2015 г. в % по УР
	2012			2015			2016			
	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО	УР	
Болезни уха и сосцевидного отростка	3769,1	4409,6	4852,7	3544,2	4032,3	4281,6	3467,5	3879,9	4520,4	5,6
Хронический средний отит	272,4	329,4	365,9	243,9	293,8	306,1	244,4	299,5	331,8	8,4
Болезни наружного уха	1446,8	1761,0	1864,1	1393,9	1625,5	1470,0	1375,6	1536,0	1547,2	5,3
Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	1178,2	1352,0	1330,2	1068,4	1146,9	1237,8	1060,1	1138,5	1292,4	4,4
Острый средний отит	478,4	512,3	375,6	424,5	433,5	412,0	425,1	431,7	425,1	3,2
Болезни слуховой (евстахиевой) трубы	259,0	280,2	359,8	245,2	249,3	339,9	242,7	237,8	341,1	0,4
Перфорация барабанной перепонки	13,7	16,3	12,3	11,4	11,73	5,4	10,3	10,8	6,9	28,5
Другие болезни среднего уха и сосцевидного отростка	69,3	102,8	111,3	54,5	75,8	86,5	50,6	67,6	85,8	-0,9
Болезни внутреннего уха	35,3	41,5	24,0	35,9	37,4	34,7	37,0	39,1	35,9	3,5
из них отосклероз	14,7	21,0	8,1	13,5	15,8	9,6	12,7	14,1	9,7	1,3
Болезнь Меньера	3,0	4,9	0,8	2,7	4,6	4,0	3,1	6,0	10,2	158,3
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	700,3	826,2	1140,4	670,8	792,0	1005,9	656,2	753,4	1092,3	8,6
Кондуктивная потеря слуха двусторонняя	52,7	55,0	22,2	47,2	37,5	16,8	45,4	31,1	20,0	19,1
Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя	505,8	611,9	847,2	500,1	628,7	810,5	494,3	599,1	872,7	7,7

Показатели общей заболеваемости практически по всем видам болезней уха и сосцевидного отростка в 2016 г. выросли в сравнении с 2015 г. Самый высокий темп прироста в УР в 2016 г. по отношению к 2015 г. приходится на болезнь Миньера, который составил 158,3%. Данное заболевание характеризуется кохлеовестибулярными расстройствами, обусловленными поражением внутреннего уха и снижением слуха, вызывая за собой нейросенсорную потерю слуха. Высокий рост данного показателя связываем с увеличением болезней нервной системы у населения УР с 3930,6 в 2015 г. до 3986,5 в 2016 г. на 100 тыс. населения. Стоит так же отметить рост частоты таких видов болезней, как кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха с одной и двух сторон, имеющие положительный темп прироста в 2016 г. по отношению к 2015 г. Рост данной патологии связываем с увеличением в республике пациентов с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением с 12960,9 в 2012 г. до 14438,8 в 2016 г. на 100 тыс. населения.

Уровень первичной заболеваемости (ПЗ) болезнями уха и сосцевидного в УР за исследуемый период так же имел тенденцию к снижению до 2015 г. с ростом в 2016 г. на 1,6%. Однако показатель ПЗ остается ниже уровня 2012 г. на 9,7%. В РФ и ПФО за пятилетний период наблюдается стойкая тенденция к снижению данного показателя на 8,1 и 14,7% соответственно.

Таблица 2. Первичная заболеваемость болезнями уха и сосцевидного отростка на 100 тыс. населения

Виды заболеваний	Год									Рост/убыль 2016/2015 г. в % по УР
	2012			2015			2016			
	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО	УР	РФ	ПФО	УР	
Болезни уха и сосцевидного отростка	2293,5	2683,0	2438,2	2138,4	2407,8	2167,1	2106,9	2289,4	2202,4	1,6
Хронический средний отит	47,7	49,9	30,3	43,2	53,5	30,8	42,4	50,3	24,4	-20,8
Болезни наружного уха	1201,4	1488,5	1260,4	1153,6	1372,6	1115,2	1143,6	1295,1	1162,8	4,8
Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	810,0	886,4	767,7	723,7	759,0	767,4	717,7	739,8	756,4	-1,4
Острый средний отит	478,4	512,3	375,6	424,5	433,5	412,0	425,1	431,7	425,1	3,2
Болезни слуховой (евстахиевой) трубы	207,6	229,6	294,3	188,4	203,0	280,0	185,6	188,8	261,7	-6,5
Перфорация барабанной перепонки	6,7	8,3	4,2	5,5	7,3	3,0	4,8	6,3	3,9	31,9
Другие болезни среднего уха и сосцевидного отростка	19,4	28,2	14,1	15,3	17,6	7,3	14,0	16,5	7,7	4,9
Болезни внутреннего уха	9,6	10,3	8,6	9,9	8,9	8,4	9,5	7,9	7,5	-9,8
из них отосклероз	3,1	4,5	1,9	3,4	3,2	1,4	3,1	2,8	1,5	6,3
Болезнь Миньера	0,7	1,0	0,2	0,6	0,9	1,1	0,6	0,7	1,0	-8,2
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	113,9	127,0	188,6	103,7	107,8	74,0	101,9	99,4	86,3	16,6
Кондуктивная потеря слуха двусторонняя	10,2	10,1	11,3	8,6	5,8	2,5	7,6	4,3	1,7	-32,0
Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя	75,4	83,5	113,0	71,7	78,5	47,6	69,2	71,9	61,1	28,4

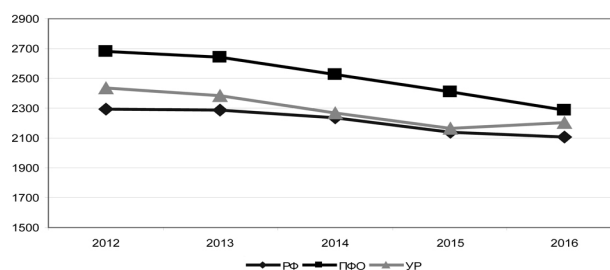


Рис. 2. Динамика ПЗ болезнями уха и сосцевидного отростка в УР, ПФО и РФ (на 100 тыс. населения)

Первые ранговые места по ПЗ занимают болезни наружного уха, среднего уха и сосцевидного отростка, а так же острый средний отит (табл. 2). Первичная заболеваемость болезнями наружного уха и острого среднего отита выросла в 2016 г. в сравнении с 2015 г. на 4,8 и 3,2%, среднего уха и сосцевидного отростка снизилась на 1,4%, соответственно. Если уровень болезней наружного уха, среднего уха и сосцевидного отростка за пятилетний период имеет динамику к снижению на 7,7 и 1,5%, соответственно, то уровень острого среднего отита вырос на 13,2%.

Проведенное нами исследование показало снижение показателей ОЗ и ПЗ в РФ и ПФО, в отличие от данных полученных М.А. Ивановой и соав. (2015 г.), показавшими рост заболеваемости за пятилетний период с 2007 по 2012 г. Авторы связывали рост заболеваемости как в РФ, так и по федеральным округам с дефицитом врачебных кадров по профилю оториноларингология, который составил в РФ к 2012 г. (-4,3%), а в ПФО - (-6,5%).

Снижение данных показателей за анализируемые нами года связываем с возросшей плановой мощностью медицинских организаций по данному классу болезней [1].

Однако в УР в 2016 г. отмечается рост уровня как общей, так и первичной заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка на 5,6% и 1,6% соответственно по сравнению с 2015 г.

Выводы. 1. Анализируя данные за 2012–2016 гг. установлено, что для РФ и ПФО наблюдается снижение показателей общей и первичной заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка, в то время как в УР в 2016 г. вновь наблюдается рост показателей заболеваемости.

2. Высокие уровни общей заболеваемости выявлены в УР по следующим видам болезней: болезни наружного уха (1547,2 на 100 тыс. населения), среднего уха и сосцевидного отростка (1292,4), кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (1092,3), а так же болезнь Миньера (10,2). Отмечен рост первичной заболеваемости за пятилетний период острым средним отитом на 3,2%.

3. Выявленный рост общей и первичной заболеваемости как всего класса болезней уха и сосце-

видного отростка, так и отдельных ее видов требует углубленного дальнейшего изучения данного вопроса с точки зрения уровня доступности медицинской помощи и качества ее оказания.

Список литературы:

1. Анализ впервые выявленной заболеваемости населения болезнями ЛОР-органов и обеспеченности врачами-оториноларингологами в Российской Федерации / М. А. Иванова [и др.] // РМЖ. – 2015. – № 23. – С. 1416–1419.
2. Власов, Д. А. Анализ заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в Удмуртской Республике / Д. А. Власов, Е. Ю. Шкатова, М. И. Бушмакина // Инструменты и механизмы современного инновационного развития: сборник статей Международной научно-практической конференции (5 марта 2018 г, г. Казань). – АЭТЕРНА, 2018. – С. 149–152.
3. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О. П. Щепин [и др.] // Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. – 2009. – С. 373–378.
4. Политика здравоохранения: вопросы теории и практики / В. Б. Филатов [и др.]; под научн. ред. акад. РАМН О. П. Щепина // Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. – 2007. – С. 276.
5. Турчаева, Н. Р. О заболеваемости населения болезнями уха / Н. Р. Турчаева // Закономерности и тенденции развития науки в современном обществе. – АЭТЕРНА, 2018. – С. 131–136.
6. Фомин, Е. П. Состояние и тенденции заболеваемости работающего населения / Е. П. Фомин, В. А. Чирков // Медицинский альманах. – 2013. – № 29 (5). – С. 25–27.

УДК: 616.36-002.14-036.12: 614.1»2014/2017»

Е. В. Ивонина, Е. В. Овечкина

БУЗ УР «Городская клиническая больница № 8 МЗ УР», г. Ижевск

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Ивонина Елена Валерьевна – заведующий поликлиникой кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. С. Ковалевской, 8, тел.: +7 (912)744-05-70, e-mail: elena.ivonina1968@yandex.ru; Овечкина Екатерина Валериевна – врач-инфекционист

В статье представлен анализ заболеваемости хроническими гепатитами за 2014-2017 гг., по данным БУЗ УР «Городской клинической больницы № 8 им. И. Б. Однопозова» МЗ УР (БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР). Проведен анализ уровня заболеваемости по полу, возрасту, исследована этиология заболевания.

Ключевые слова: хронические вирусные гепатиты; этиология заболевания

E. V. Ivonina, E. V. Ovechkina

Municipal Clinical Hospital No.8, Izhevsk

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS

Ivonina Elena Valeryevna – Candidate of Medical Sciences, Associate professor, Head of the polyclinic; 8 S. Kovalenskaya St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (912)744-05-70, e-mail: elena.ivonina1968@yandex.ru; Ovechkina Yekaterina Valeriyevna – infectious disease physician

The article presents the analysis of the incidence of chronic hepatitis in 2014–2017 on the basis of the data of the Municipal Clinical Hospital No.8 named after I. B. Odnozovov of the Ministry of Health of the Udmurt Republic. The authors analyze the incidence rate among men and women, its distribution according to age and the etiology of the disease.

Key words: chronic viral hepatitis; etiology of the disease

Цель исследования: дать характеристику заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в Удмуртской Республике по этиологии заболевания, возрасту, по данным БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР за 2014–2017 гг.

Хронический гепатит (ХГ) – это хроническое воспаление печени различной этиологии, продолжающееся без тенденции к улучшению в течение не менее 6 месяцев после первоначального выявления и/или возникновения болезни [1].

Заражение вирусными гепатитами может произойти половым (гомо- и гетеросексуальные контакты), бытовым гемоконтактным способом (при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек через бритвенные и маникюрные приборы), перинатальным (во время родов) и в неонатальном периоде (через микротравмы соска при кормлении). Парентеральный путь передачи реализуется при переливании инфицированной вирусным гепатитом крови и ее препаратов, лечебно-диагностических процедурах (гемодиализ), косметических процедурах (татуировки, пирсинг), при внутривенном употреблении наркотиков.

По данным Всемирной организации здравоохранения, одна треть населения мира инфицирована различными видами гепатотропных вирусов. Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в Российской Федерации к 2017 году достигла 44,52 случая на 100 000 населения, что в 1,2 раза ниже аналогичного показателя в 2014 году [2,3].

Уровень заболеваемости ХВГ по Удмуртской Республике (УР) составляет 45,35 случая на 100 000 населения (692 впервые выявленных случая) в 2017 году, что в 1,2 раза ниже по сравнению с 2014 годом (812 впервые выявленных случаев) [5].

Прослеживается снижение заболеваемости на 100 000 населения с 51,68 на 44,52 случая за период с 2014 по 2017 год (табл. 1).

Нами проведен анализ заболеваемости ХВГ в УР по возрасту, полу, этиологии заболевания, по данным БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР за 2014–2017 гг.

По этиологическому и патогенетическому принципам хронические гепатиты классифицируются на вирусные, лекарственные, токсические, криптогенные. В структуре хронических гепатитов основная доля приходится на гепатиты вирусной этиологии.

Таблица 1. Динамика заболеваемости хроническими гепатитами в Российской Федерации и Удмуртской Республике за период 2014–2017 гг. (на 100 000 населения)

Территория	Год			
	2014	2015	2016	2017
РФ	51,68	49,19	46,55	44,52
УР	52,7	41,25	52,68	45,35

Таблица 2. Распределение хронических вирусных гепатитов по этиологии за 2014–2017 гг., %

Этиология хронических гепатитов	2014	2015	2016	2017
ХГ вирусной этиологии	11 (100,0%)	110 (90,9%)	57 (93,4%)	224 (95,8%)
Токсический гепатит	0 (0,0%)	5 (4,1%)	2 (3,3%)	5 (2,1%)
Цирроз печени	0 (0,0%)	6 (5,0%)	2 (3,3%)	5 (2,1%)
Всего	11 (100,0%)	121 (100,0%)	61 (100,0%)	234 (100,0%)

Все пациенты с хронической патологией печени, которые наблюдаются в БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР, были обследованы на маркеры гепатитов В, С, Д. В этиологической структуре, по данным лабораторных исследований БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР, регистрируется ХВГ «С» – 80,8%, ХВГ «В» – 15,6%, ХВГ «Д» – 0,0%, микст-инфекция ХВГ «В+С» – 3,6%, ХВГ «В+Д» – 0,0%, ХВГ «В+С+Д» – 0,0%.

К формированию ХГ предрасполагает алкоголизм, злоупотребление некоторыми лекарственными препаратами (парацетамол).

Отмечается тенденция к увеличению заболеваемости ХГ, что объясняется несвоевременной обращаемостью за медицинской помощью и диагностикой, случайными половыми контактами, внутривенной наркоманией (табл. 2).

Ведущее значение в формировании хронических вирусных гепатитов принадлежит безжелтушным, субклиническим и иннапаратным формам остропротекающих гепатитов «В», «С», «Д».

Для профилактики парентеральных вирусных гепатитов рекомендуется использование одноразовых игл, шприцев, систем для переливания крови. Основной профилактикой вирусного гепатита В является вакцинация, что снижает заболеваемость хроническим вирусным гепатитом В. Вакцина против гепатита С в настоящее время не разработана. По данным БУЗ УР ГКБ № 8 МЗ УР, охват взрослого населения вакцинацией против гепатита В составляет 60–65 процентов.

В таблице 3 представлены данные о распределении хронических вирусных гепатитов по этиологии за 2014–2017 гг. Доминирующая роль принадлежит ХВГ «С», что обусловлено парентеральными манипуляциями, в том числе наличием в анамнезе внутривенной наркомании.

Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами доминирует у мужчин, что, возможно, обусловлено выявлением в ходе медицинского осмотра, употреблением алкогольных напитков, травматизацией на производстве, случайными половыми связями. Соотношение мужчин и женщин 1,5:1,0.

Таблица 3. Распределение хронических вирусных гепатитов по этиологии за 2014–2017 гг., %

Этиология ХВГ	2014	2015	2016	2017
ХВГ «В»	1 (9,1%)	21 (19,1%)	4 (7,0%)	35 (15,6%)
ХВГ «С»	10 (90,9%)	85 (77,3%)	53 (93,0%)	181 (80,8%)
ХВГ «В+С»	0 (0,0%)	4 (3,6%)	0 (0,0%)	8 (3,6%)
ХВГ «В+Д»	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
ХВГ «В+С+Д»	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Всего	11 (100,0%)	110 (100,0%)	57 (100,0%)	224 (100,0%)

Таблица 4. Структура возрастного состава за 2014–2017 гг., %

Возраст, лет	2014	2015	2016	2017
18–30	0 (0,0%)	5 (4,6%)	10 (17,5%)	10 (4,5%)
31–40	3 (27,2%)	36 (33,0%)	24 (42,1%)	61 (27,3%)
41–50	2 (18,2%)	28 (25,7%)	10 (17,5%)	59 (26,3%)
51–60	2 (18,2%)	16 (14,7%)	8 (14,1%)	37 (16,5%)
61–70	2 (18,2%)	15 (13,8%)	5 (8,8%)	33 (14,7%)
71 и старше	2 (18,2%)	9 (8,2%)	0 (0,0%)	24 (10,7%)
Всего	11 (100,0%)	109 (100,0%)	57 (100,0%)	224 (100,0%)

По данным таблицы 4 видно, что наибольшее количество заболевших хроническими вирусными гепатитами приходится на трудоспособный возраст (31 год – 60 лет).

Вывод. Отмечается увеличение заболеваемости хроническими вирусными гепатитами с 2014 по 2017 год в 1,2 раза; в этиологической структуре хронических вирусных гепатитов преобладает хронический вирусный гепатит С; выявляемость у мужчин – 64,6%, у женщин – 38,8%; более часто заболевание регистрируется у лиц в возрасте от 31 года до 60 лет. Необходимо усилить контроль за реализацией прививочной компании и вакцинации трудоспособного населения в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» для снижения показателей заболеваемости лиц в возрастной категории от 31 года

до 60 лет и тем самым способствовать снижению заболеваемости вирусным гепатитом В.

Список литературы:

1. **Белозеров, Е. С.** Медленные инфекции: монография / Е. С. Белозеров, Ю. И. Буланьков, Е. А. Иоанниди. – Элиста: ЗАО НПП «Джангар», 2009. – 320 с.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1008 с.
3. **Казанцев, А. П.** Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей / А. П. Казанцев, В. А. Казанцев. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. – 496 с.
4. **Ройтберг, Г. Е.** Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 640 с.
5. **Учайкин, В. Ф.** Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учебник / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 688 с.

УДК 616-084.3 (470.53-25)

Т. П. Демичева¹, С. П. Шилова²

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край
¹Кафедра эндокринологии и клинической фармакологии

²Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Демичева Татьяна Петровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук, 614081, г. Пермь, ул. Голева, д. 9 а, кв 92, тел.: (3412) 2393283, e-mail: demich-perm@mail.ru; Шилова Светлана Петровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук

Проанализированы данные медицинских осмотров взрослого населения Пермского края, проводимых в соответствии с приоритетным Национальным проектом «Здоровье». Выявлены высокая распространенность заболеваний щитовидной железы, ожирения, прямопропорциональная зависимость эндокринной патологии и возраста, выраженные гендерные различия. У женщин чаще регистрируется ожирение, болезни щитовидной железы и сахарный диабет. Максимальное количество больных выявлено в группе работников бюджетных сфер, минимальное – в сельскохозяйственном производстве.

Ключевые слова: медицинские осмотры; ожирение; сахарный диабет; болезни щитовидной железы; Пермский край

T.P. Demicheva¹, S.P. Shilova²

Perm State Medical University named after academician E.A. Vagner, Perm region

¹Department of Endocrinology and Clinical Pharmacology

²Department of Public Health and Health Care Service

MEDICAL EXAMINATIONS – THE IMPORTANT STAGE OF MEDICAL CHECKUPS OF PATIENTS WITH ENDOCRINE PATHOLOGY

Demicheva Tatyana Petrovna – Candidate of Medical Sciences, associate professor, 9a, apt. 92, Goleva St., Perm 614081, tel.: (3412) 2393283 e-mail: demich-perm@mail.ru; **Shilova Svetlana Petrovna** – associate professor Candidate of Medical Sciences

The authors analyzed the data on medical examinations of the adult population of the Perm krai conducted in accordance with the priority national project «Health». The study revealed high prevalence of obesity and thyroid diseases, positive relationship between endocrine pathology and age, pronounced gender differences. Women are more likely to have obesity, thyroid disease and diabetes mellitus. The maximum number of sick people was revealed in the group of the employees of state-financed organizations, the minimum number - in agricultural production group.

Key words: medical examinations; obesity; diabetes mellitus; thyroid diseases; Perm krai

Целенаправленная эффективная деятельность по профилактике и лечению хронической патологии, в том числе заболеваний эндокринной системы, невозможна без достоверной информации о ее масштабах. Особую значимость приобретают медицинские осмотры [6], которые позволяют не только выявлять и регистрировать патологию, но и решать профилактические задачи в отношении неинфекционных заболеваний, занимающих лидирующие позиции и являющихся основными причинами инвалидности и смертности [5]. Методом решения профилактических задач является диспансеризация [6], которая возобновилась в России на регулярной основе с 2006 года. Катализатором дальнейшего совершенствования этого направления явился Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья» № 323-ФЗ [2,3]. На данном этапе в числе главных задач, поставленных Президентом Российской Федерации (Указ от 7 мая 2018 года № 204), – ежегодный профилактический осмотр россиян.

Цель исследования: проанализировать данные медицинских осмотров, проведенных на территории Пермского края в период реализации Национального проекта «Здоровье».

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились работники предприятий, организаций и учреждений Пермского края (ПК). Число осмотренных составило 10548. Осмотром предусматривалось проведение инструментальных, лабораторных исследований: определение индекса массы тела, уровня гликемии, УЗИ щитовидной железы. В процессе анализа собранного материала рассчитывались структурные и интенсивные показатели, изучена возрастная характеристика осмотренных. Профессиональный состав был представлен работниками

промышленных предприятий, сельскохозяйственного производства и бюджетной сферы, невошедшие в эти группы включены в группу «прочих».

Результаты исследования и их обсуждения. По результатам проведенного исследования установлено, что среди обследованных преобладали городские жители – 71,8%. Соотношение мужчин и женщин приближалось 1:1 (51,9% мужчин и 48,1% женщин). По возрастному составу выделены группы с 10-летним периодом: в возрасте 40–49 лет – 32,8% осмотренных, 30–39 лет – 26,1% и 50–59 лет – 25,8%. Группа 20–29-летних – самая малочисленная (13,4%).

Профессиональный состав осмотренных неоднородный. Наиболее многочисленная группа представлена работниками промышленных предприятий (57,7%), в состав которых вошли инженеры, машинисты, слесаря, электромонтеры, операторы, руководители предприятий и структурных подразделений. Основными представителями сельскохозяйственного производства (15,0%) были доярки, телятницы, трактористы. Среди работников бюджетной сферы (11,8%) преобладали учителя, воспитатели, врачи, медицинские сестры, лаборанты. В подгруппу работников связи вошли телефонисты, операторы (4,5%), а в группу «прочих» – водители, пожарники, бухгалтера и др.

Анализ показал, что 56,7% из числа осмотренных не имели заболеваний со стороны эндокринной системы (63,8% мужчин и 36,2% женщин). По мере увеличения возраста количество этих лиц снижалось. У женщин в большей степени по сравнению с мужчинами (соответственно в 2,4 и в 1,4 раза с 20 до 60 лет). Анализ показал, что критическим возрастом для женщин является 40 лет, именно с этого периода процент осмотренных, не имеющих эндокринных заболеваний, резко уменьшался (в 1,7 раза).

Общий уровень всех диагностированных заболеваний, по данным медицинского осмотра, составил 1876,2 на 1000 осмотренных, т. е. на каждого осмотренного приходилось почти два заболевания. Гендерные различия были существенными. У мужчин выявлено в 1,8 раза меньше заболеваний по сравнению с женщинами (соответственно 1395,3 и 2423,8 на 1000).

Наибольшая доля заболеваний была выявлена врачом-эндокринологом (35,8%), врачом-терапевтом – 14,5%, гинекологом – 5,6%.

Частота регистрации эндокринных заболеваний составила 313,2 на 1000 осмотренных. В их структуре преобладали ожирение (78,8% или 163,0 на 1000 осмотренных), заболевания щитовидной железы (13,5% или 134,0 на 1000 осмотренных), сахарный диабет (7,7% или 17,3 на 1000 осмотренных).

Доля лиц с впервые выявленным ожирением из общего числа зарегистрированных составила 87,1%. Заболеваемость ожирением среди городского и сельского взрослого населения зафиксирована фактически на одном уровне (соответственно 183,5 и 183,0 на 1000 осмотренных). Женщины в 1,3 раза чаще страдали ожирением по сравнению с мужчинами (186,3 против 141,4 на 1000 осмотренных). По мере увеличения возраста число лиц, имеющих ожирение, растет. Показатель заболеваемости мужчин 60 лет в 4,3 раза выше, чем у 20–29-летних (соответственно 177,3 и 40,9 на 1000), а у женщин – в 2,2 раза (соответственно 211,0 и 94,3 на 1000). Темпы роста уровня заболеваемости мужчин в 2,7 раза выше по сравнению с таковыми у женщин. Ожирение нередко сопровождается другими заболеваниями, которые ухудшают прогноз [4]. Среди осмотренных в 16,6% случаев ожирение сочеталось с артериальной гипертензией.

Среди работников промышленных предприятий и бюджетной сферы ожирение распространено в одинаковой степени (189,2 и 188,3 на 1000 осмотренных). Максимальное количество больных ожирением установлено в группе поваров (343,7 на 1000) и бухгалтеров (314,3 на 1000). Наименьший показатель отмечен у работников сельского хозяйства (128,3 на 1000), минимальный – у трактористов (79,5 на 1000 осмотренных).

Частота регистрации избыточной массы тела (ИМТ), по данным медицинских осмотров, составила 161,4 на 1000 осмотренных. Согласно определению ВОЗ ИМТ относят к «предожирению». Избыточная масса тела была отмечена почти у каждого шестого осмотренного мужчи-

ны (172,0 на 1000 осмотренных) и почти у каждой седьмой женщины (150,0 на 1000 осмотренных). Результаты анализа распространенности ИМТ в различных возрастно-половых группах указали на прямую связь между уровнем заболеваемости и возрастом. Если у мужчин 20–29 лет частота ИМТ составила 117,2 на 1000, то в возрасте 50–59 лет – 211,1 на 1000 осмотренных, т. е. показатель увеличился в 1,8 раза. У женщин этот коэффициент вырос в 2,6 раза (с 83,5 в возрасте 20–29 лет до 215,9 в возрасте 50–59 лет на 1000 осмотренных).

Максимально высокий коэффициент ИМТ зарегистрирован у водителей и бухгалтеров (206,9 и 214,33 на 1000 осмотренных). Наименьший коэффициент ИМТ имеют воспитатели (71,4 на 1000 осмотренных) и медицинские работники (74,1 на 1000 осмотренных).

Тиреоидная заболеваемость, по данным медицинских осмотров, установлена на уровне 134,1 случаев на 1000 осмотренных. Впервые выявленная патология составила около 30% всех заболеваний щитовидной железы. У женщин эти заболевания регистрировались в 4,5 раза чаще по сравнению с мужчинами (соответственно 194,0 и 42,7 на 1000). Отмечена прямопропорциональная зависимость заболеваний щитовидной железы от возраста. Показатель в группе 50–59-летних в 3,5 раза выше (185,3 на 1000) по сравнению с показателем 20–29-летних (52,5 на 1000).

В структуре болезней щитовидной железы выделялся зоб (86,1% или 155,5 на 1000). Повозрастные показатели у мужчин и женщин существенно отличались. Разница между ними к 60 годам нарастала: если в группе 20–29 лет показатели отличались в 2,8 раза, в 30–39 лет – в 3,2 раза, в 40–49 лет – в 3,5 раза, то в 50–59 лет – в 7,3 раза. Установлено: каждый десятый осмотренный (7,5%) страдал гипотиреозом, 3,3% имели аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб (ДТЗ) зафиксирован у 0,9%, струмэктомия была проведена у 2,2%.

Третье место среди установленных эндокринных заболеваний занял сахарный диабет (СД) (17,3 на 1000 осмотренных). С такой же частотой регистрировались нарушения углеводного обмена: нарушение толерантности к углеводам (преддиабет) – 8,6 и натощаковая гипергликемия – 5,8 на 1000.

Заболеваемость СД женщин в 1,8 раза выше, чем у мужчин (22,8 против 12,3). Эта закономерность распространялась на все возрастные группы (за исключением 20–29-летних). Почти у каждого пятого осмотренного (19,7%) наследс-

твенность по СД была отягощена. Впервые выявленный СД составил 3,4% от общего числа зарегистрированного СД.

По частоте регистрации СД выделялись работники связи (17,4 на 1000) и группа «прочие» (16,9 на 1000) за счет поваров и бухгалтеров (соответственно 62,5 и 28,6 на 1000 осмотренных).

Выводы. Анализ материалов проведенного исследования позволил оценить значимость медицинских осмотров для выявления эндокринной патологии, выделить определяющие ее нозологические формы заболеваний, возрастно-половые и профессиональные группы риска, которые нуждаются в оздоровительных программах и профилактических мероприятиях. Полученные результаты указывают на необходимость более пристального внимания к проблеме эндокринной патологии. К сожалению, на федеральном и территориальном уровнях нет достаточного интереса к этой проблеме. В приоритетных проектах не всегда данная патология находит отражение.

УДК 614.1:313.13:616.97:616-022.7:343.81

Н. М. Попова¹, Е. В. Дюжева²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²ФКУ НИИ Федеральной службы исполнения наказаний России, г. Ижевск

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Дюжева Елена Викторовна – старший научный сотрудник; 426004, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 216, тел: 8 (909)060-41-10, filialniifsin@mail.ru

В статье проведен анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. Определены региональные показатели состояния здоровья лиц, содержащихся в местах лишения свободы.

Ключевые слова: заболеваемость; уголовно-исполнительная система; инфекции; передающиеся половым путем; сифилис

N. M. Popova¹, E. V. Dyuzheva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Public Health and Health Care Service

²Research Institute of Federal Penitentiary Service of Russia, Izhevsk

ANALYSIS OF MORBIDITY OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN CORRECTIONAL INSTITUTIONS

Popova Natalia Mitrofanovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the department; Dyuzheva Elena Viktorovna – Senior researcher; 216 Kommunarov St., Izhevsk 426004, tel.: 8 (909)060-41-10, e-mail: filialniifsin@mail.ru

The article analyzes the morbidity of sexually transmitted infections in the correctional institutions of the Russian Federation. Regional indicators of health status of people held in prisons are determined.

Keywords: morbidity; correctional system; sexually transmitted infections; syphilis

На современном этапе классические инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) (сифилис, трихомониаз, гонорея, хламидиоз), часто возникающие в комбинации с другими тяжелыми заболеваниями (ВИЧ, туберкулез, вирусный гепатит В, С), оказывают негативное влияние

Список литературы:

1. Демичева, Т. П. Распространенность эндокринных заболеваний среди взрослого населения Пермского края / Т. П. Демичева, С. П. Шилова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 6. – С. 42–44.
2. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты / Т. В. Яковлева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 4. – С. 38.
3. Диспансерное наблюдение больных с хроническими неинфекционными заболеваниями и риском их развития: реальная практика амбулаторно-поликлинических учреждений регионального уровня / С. А. Бойцов [и др.] // Профилактическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 1–15.
4. Ожирение – фактор ухудшающий прогноз и качество жизни пациентов с СД 2 типа / А. С. Аметов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 48–52.
5. Ретнев, В. М. Возможности улучшения проведения профилактических медицинских осмотров / В. М. Ретнев, С. В. Гребеньков // Здравоохранение РФ. – 2013. – № 4. – С. 47–49.
6. Семашко, Н. А. [Интернет]. <http://www.historymed.ru/dental/scientists/index.php?ELEMENTID=572>.

на сексуальное и репродуктивное здоровье нации и остаются актуальной проблемой здравоохранения страны [8].

Инфекции, передающиеся половым путем, являясь социально обусловленной патологией, относятся к болезням поведенческого характера.

Неправильное сексуальное поведение (вступление в половые связи с малознакомыми людьми, пренебрежение средствами индивидуальной защиты и контрацепции, частая смена половых партнеров) и возрастающая доля в обществе лиц из групп риска (потребители инъекционных наркотиков, гомосексуалы, работницы коммерческого секса, безработные, лица без определенного места жительства) способствуют росту контингента больных. В связи с этим, проблема ИППП является одной из наиболее значимых и актуальных среди социально обусловленных заболеваний [1–7].

Значительно высока концентрация представителей всех групп риска среди лиц, содержащихся в местах лишения свободы. Являясь потенциальными членами общества, в общей популяции населения они способны поддерживать высокий уровень инфекционных заболеваний, в том числе, инфекций, передающихся половым путем. В связи с этим, своевременный анализ заболеваемости ИППП, расширение профилактической работы среди подозреваемых, обвиняемых, осужденных с целью повышения информированности об этих заболеваниях и мерах их профилактики являются мероприятиями по снижению числа пациентов в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС).

Цель исследования: анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в уголовно-исполнительной системе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ форм ведомственной статистической отчетности за период 2013–2017 гг.: МЕД-1 (ФСИН-6) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отде-

льных показателей деятельности медицинской службы», ИНФ-12 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы», ВЕН-5 «Отчет о больных венерическими, паразитарными заболеваниями и микозами».

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно Приказу Министерства юстиции Российской Федерации от 28 декабря 2017 года № 285 «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы» выявление, учет и организация лечебно-диагностических мероприятий в отношении лиц с ИППП проводится на всех этапах содержания под стражей и отбывания наказания [9]. Благодаря этому, за последний пятилетний период наблюдается устойчивая тенденция снижения случаев ИППП в учреждениях УИС (табл. 1, 2).

Анализ данных показал, что среди изучаемой патологии наибольшее распространение имеет сифилитическая инфекция. Определено, что в структуре общей заболеваемости ИППП в 2013 году на долю сифилиса приходилось 73,5%, в 2017 году – 78,2%, в структуре первичной заболеваемости в 2013 году сифилис составил 52,1%, в 2017–53,6%. Среди территориальных органов Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) регистрировался максимальный уровень общей заболеваемости этой патологией в 2013 году в Сибирском федеральном округе (ФО), наименьший – в 2017 году в учреждениях УИС Центрального ФО (табл. 3).

Самый высокий уровень первичной заболеваемости сифилисом отмечался в 2013 году в учреждениях УИС Сибирского ФО, самый низкий – в 2017 году в Южном ФО (табл. 4).

Таблица 1. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, среди лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы в 2013–2017 гг. (на 100000 чел.)

Нозологическая форма	2013	2014	2015	2016	2017	Показатель наглядности 2013/2017	Темп убыли 2013/2017
Сифилис (все формы)	1520,68	1321,45	1204,0	1053,0	930,50	61,1%	-68%
Трихомониаз	462,71	313,36	320,58	247,87	223,63	48,3%	-51,6%
Гонококковая инфекция	58,37	45,38	32,04	20,97	18,65	31,9%	-27,4%
Герпес уrogenитальный	24,57	22,90	23,22	29,26	17,83	72,5%	-38,8%

Таблица 2. Первичная заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, среди лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы в 2013–2017 гг. (на 100000 чел.)

Нозологическая форма	2013	2014	2015	2016	2017	Показатель наглядности 2013/2017	Темп убыли 2013/2017
Сифилис (все формы)	455,98	356,41	317,8	249,4	198,80	43,60%	-56,4%
Трихомониаз	354,12	309,49	282,19	196,86	147,73	41,72%	-58,2%
Гонококковая инфекция	52,11	40,17	27,24	16,90	16,85	32,34%	-67,6%
Герпес уrogenитальный	13,77	11,30	5,88	6,89	6,87	49,89%	-50,1%

Таблица 3. Уровень общей заболеваемости сифилисом в учреждениях территориальных органов ФСИН России в 2013–2017 гг. (на 100000 чел.)

Федеральный округ	2013	2014	2015	2016	2017
Северо-Западный	1074,39	933,68	991,64	799,16	759,36
Центральный	986,59	738,27	676,34	621,94	504,93
Южный	1725,82	1429,18	1290,11	1164,30	884,17
Северо-Кавказский	1063,23	778,49	929,39	827,29	729,49
Приволжский	1837,00	1677,07	1406,00	1231,65	1012,08
Уральский	826,50	723,90	674,14	596,68	597,47
Сибирский	2153,08	1813,22	1797,90	1549,12	1468,28
Дальневосточный	1858,62	1955,54	1453,53	1256,13	1270,80

Таблица 4. Уровень первичной заболеваемости сифилисом в учреждениях территориальных органов ФСИН России в 2013–2017 гг. (на 100000 чел.)

Федеральный округ	2013	2014	2015	2016	2017
Северо-Западный	261,11	226,30	218,36	126,45	131,91
Центральный	371,97	273,99	250,65	218,43	163,36
Южный	198,40	143,98	86,78	39,11	22,94
Северо-Кавказский	542,33	217,03	299,96	107,06	154,89
Приволжский	337,12	439,57	391,70	339,94	245,31
Уральский	257,67	264,50	222,81	196,92	230,63
Сибирский	703,53	530,76	454,26	314,83	221,66
Дальневосточный	561,56	462,39	434,30	445,81	396,27

Наибольший уровень среднемноголетней общей заболеваемости зарегистрирован в учреждениях территориальных органов ФСИН России в Сибирском ФО – $1756,3 \pm 120,0^{0/0000}$, наименьший – в Уральском ФО, составивший $683,4 \pm 43,1^{0/0000}$ ($p < 0,001$). По уровню среднемноголетней первичной заболеваемости сифилитической инфекцией лидируют учреждения УИС Дальневосточного ФО – $460,1 \pm 27,6^{0/0000}$, наиболее низкий уровень определяется в Южном ФО – $125,9 \pm 56,8^{0/0000}$ ($p < 0,001$).

В структуре регистрируемых форм сифилитической инфекции в 2017 году в учреждениях УИС в сравнении с 2013 годом не изменилась доля больных ранним сифилисом – 52% и 51% соответственно, увеличилась доля пациентов со скрытым сифилисом – с 38% в 2013 году до 42% в 2017, почти в два раза снизилась доля больных первичным сифилисом половых органов и вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, составив по 3% соответственно в 2017 году (рис.).

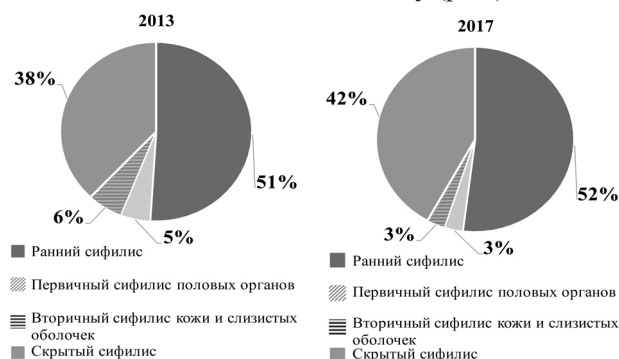


Рис. Структура нозологических форм сифилиса в 2013 г. и 2017 г.

Вывод. Анализ форм ведомственной статистической отчетности за период 2013–2017 гг. показал тенденцию снижения всех форм инфекций, передающихся половым путем. Однако, региональные особенности показателей здоровья свидетельствуют о наиболее неблагоприятной ситуации в территориальных органах ФСИН России Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Это обуславливает необходимость усиления контроля качества медицинской помощи больным с ИППП, оказываемой подозреваемым, обвиняемым, осужденным в медико-санитарных частях ФСИН России этих регионов.

Список литературы:

- Динамика заболеваемости сифилисом в Удмуртской Республике / Н. М. Попова [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – № 2. – С. 97–100.
- Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, и ВИЧ-статус студентов медицинского вуза / Н. М. Попова [и др.] // Авиценна. – 2018. – № 18. – С. 73–75.
- Попова, Н. М. Анализ заболеваемости сифилисом взрослого и детского населения Удмуртской Республики / Н. М. Попова, А. И. Демина, А. В. Шиллер // Авиценна. – 2018. – № 18. – С. 79–83.
- Попова, Н. М. Профилактика онкологических заболеваний кожи в Удмуртской Республике / Н. М. Попова, А. С. Осипова, Т. Ю. Ишбулатова // Синергия Наук. – 2018. – № 22. – С. 1301–1306.
- Попова, Н. М. Анализ информированности школьников старших классов о профилактике инфекций, передающихся половым путем / Н. М. Попова, А. С. Осипова, Т. Ю. Ишбулатова // Синергия Наук. – 2018. – № 23. – С. 1006–1011.

6. **Попова, Н.М.** Информированность учеников старших классов школ города Ижевска о заболеваниях, передающихся половым путем / Н.М. Попова, И.Ф. Мияссарова, А.Д. Васильева // Синергия Наук. – 2018. – № 23. – С. 962–966.

7. Анализ заболеваемости населения Российской Федерации инфекциями, передаваемыми половым путем, за период с 1997 по 2008 г. / М.А. Иванова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/138/27> [Дата обращения: 14.09.2018]

8. **Мавров, Г.И.** Влияние инфекций, передающихся половым путем, на сексуальное и репродуктивное

здоровье / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный, Т.В. Осинская. – Режим доступа: <https://www.eurolab.ua/encyclopedia/565/47808/> [Дата обращения: 14 сентября 2018]

9. Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы: Приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 28 декабря 2017 года № 285 [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. – 09.02.2018. – № 0001201802090028. – Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201802090028> (Дата обращения 17.09.2018).

УДК 616-083.98

Л. В. Фирулев¹, А. Л. Калмыков¹, Е. Ю. Шкатова²

¹БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

Республиканский центр экстренной медицинской помощи

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ (САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Фирулев Лев Викторович – врач анестезиолог-реаниматолог кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57, тел: 7 (3412)4654-83, e-mail: main@rkb1.udm.ru; **Калмыков Алексей Львович** – заведующий центром, врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории; **Шкатова Елена Юрьевна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент

В работе проведен анализ деятельности Республиканского центра экстренной медицинской помощи за 2015-2017 годы, показана высокая потребность здравоохранения республики в данном виде медицинской помощи.

Ключевые слова: Скорая специализированная медицинская помощь; санитарная авиация

L. V. Firulev¹, A. L. Kalmykov¹, E. Yu. Shkatova²

¹Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk

Republic Center for Emergency Medical Care

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Disaster Medicine and Health and Safety

ORGANIZATION OF SPECIALIZED EMERGENCY MEDICAL CARE (AIR MEDICAL SERVICE) IN THE TERRITORY OF THE UDMURT REPUBLIC

Firulev Lev Viktorovich – Candidate of Medical Sciences, anesthesiologist, resuscitation specialist; 57 Votkinskoe shosse St., Izhevsk 426034, tel.: 7 (3412) 46-54-83, e-mail: main@rkb1.udm.ru; **Kalmykov Alexey Lvovich** – Head of the center, Anesthesiologist, Resuscitation specialist of the highest category; **Shkatova Elena Yuryevna** – Doctor of Medical Sciences, Associate professor, Head of the department

The article analyzes the activities of the Republic Center for Emergency Medical Care in 2015–2017 and demonstrates a great need for this kind of medical care in public health service.

Key words: specialized emergency medical care; air medical service

Компактная территория Удмуртской Республики, низкая плотность населения, половина которого проживает в городах, развитая сеть автомобильных дорог определяют особенности организации оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи. Сложившаяся в Удмуртской Республике система оказания медицинской помощи способна обеспечить население отдаленных районов в основном стационарной помощью общего профиля, а оказание экстренных специализированных видов медицинской помощи возложено на Республи-

канский центр экстренной медицинской помощи (РЦЭМП) БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» (Первая РКБ).

Критические состояния пациентов, обусловленные массивной кровопотерей, патологией беременности, острым инфарктом миокарда с кардиогенным шоком, отеком легких, дыхательной недостаточностью различной этиологии, коматозными и другими состояниями из-за отсутствия адекватной экстренной специализированной медицинской помощи в местной медицинской организации следует рассматривать

как чрезвычайную ситуацию [1,4,5]. В связи с чем, проблема оказания данной медицинской помощи в отдаленных сельских районах далека от решения, и санитарная авиация практически является основным, а нередко и единственным средством сообщения с отдельными населенными пунктами [2, 3].

Цель исследования: дать характеристику организации санитарно-авиационной медицинской помощи в Удмуртской Республике.

Материалы и методы исследования. При анализе деятельности Республиканского центра экстремальной медицинской помощи использованы материалы официальных отчетных документов БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» за 2015–2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Республиканский центр экстремальной медицинской помощи Первой Республиканской клинической больницы является связующим звеном между районными медицинскими организациями (МО) и республиканскими специализированными центрами. Центр оснащен современными портативными средствами диагностики и медицинской аппаратурой для оказания экстренной специализированной медицинской помощи на месте и во время эвакуации пациентов на госпитальный этап.

В состав Первой РКБ станция санитарной авиации включена в 1959 г. и реорганизована в настоящее время в отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи. Отделение проводит следующие мероприятия: эвакуацию пострадавших и пациентов из МО УР в специализированные лечебные учреждения в соответствии с медицинскими показаниями; транспортировку квалифицированных специалистов-консультантов к пациенту для оказания экстренной медицинской помощи или консультации на месте; доставку компонентов крови, кровезаменителей и других медикаментов.

В РЦЭМП работает 7 бортврачей и 10 средних медицинских работников. Для проведения консультаций при необходимости приглашаются специалисты высокой квалификации других медицинских учреждений Удмуртской Республики и г. Ижевска. Сформированы и находятся в режиме постоянной готовности четыре специализированные бригады: взрослая хирургическая, детская хирургическая, токсико-терапевтическая и травматологическая.

При выездах в районы Удмуртской Республики для проведения операций врачей хирургического профиля сопровождают специалисты анестезиологической службы, что повышает качество оказываемой медицинской помощи на месте. К пациентам с инфарктом миокарда, сердечно-сосудистой недостаточностью, пневмониями, заболеваниями желудка и печени выезжают врачи терапевтического профиля. Специалистов для проведения интенсивной терапии вызывают главным образом к пациентам, находящимся в тяжелом состоянии с острыми нарушениями функции дыхания и кровообращения, шоком, комой и т. д. В арсенале средств, необходимых для качественного оказания неотложной медицинской помощи, у врачей-анестезиологов имеются мобильные укладки для осуществления искусственной вентиляции легких, дефибрилляции сердца, а также для проведения наркоза, трансфузии компонентов крови и кровезаменителей. При патологии беременности и родов медицинскую помощь на местах оказывают специалисты выездной акушерско-гинекологической реанимационно-консультативной бригады РЦЭМП.

В Первой РКБ для оказания санитарно-авиационной медицинской помощи населению Удмуртской Республики нет собственного авиационного парка. Российская оборонная спортивно-техническая организация «Пирогово» при необходимости на договорной основе выделяет вертолет «МИ-2». Авиационная техника оснащается соответствующим лечебным и диагностическим оборудованием. Срочный вызов не всегда может быть выполнен воздушным транспортом из-за отсутствия собственной авиационной единицы, погодных условий, ограниченной длительности светового дня, отсутствия посадочных площадок и др. В таких ситуациях используется санитарный автомобильный транспорт, с помощью которого обслуживаются вызова отдаленных районов Удмуртской Республики. В настоящее время санитарный автопарк РЦЭМП насчитывает 10 единиц техники, восемь из которых представлены реанимобилями комплектации «С», один из которых – неонатальный.

Главная цель работы центра – наиболее рациональное использование имеющихся ресурсов и сокращение времени доезда при организации оказания экстренной медицинской помощи. Для этого диспетчерская служба РЦЭМП принимает сообщения из районов Удмуртской Республи-

ки и передает информацию в соответствующие специализированные медицинские центры, используя мобильную связь между местным врачом и врачом-консультантом.

Функции дежурного диспетчера выполняют опытные фельдшера, имеющие многолетний стаж практической работы в здравоохранении и прошедшие аттестацию. Они имеют высшую и первую квалификационную категорию фельдшера скорой и неотложной помощи.

Одним из важных вопросов в работе РЦЭМП является определение критериев целесообразности вызова необходимого специалиста или бригады. Решение данного вопроса представляет определенные трудности, поскольку часто немедленная доставка медицинского персонала на место имеет решающее значение. При этом следует учитывать и то, что специализированные бригады врачей, как правило, существуют в единственном числе и доставка их к месту назначения сопряжена со значительными финансовыми затратами. С целью более оперативной систематизации информации о вызове и принятия правильного решения в оценке категории неотложности оказания медицинской помощи и разработке плана мероприятий по ее организации участвуют врач-консультант, заведующий РЦЭМП и заместитель главного врача по лечебной работе соответствующего медицинского центра. Такой подход поз-

воляет не только обеспечить оказание неотложной помощи в кратчайшие сроки, но и избежать необоснованных вызовов. Эффективность выработанного алгоритма работы РЦЭМП подтверждается динамикой количества санитарных заданий, выполненных за 2015–2017 гг. (табл. 1).

Из приведенных данных видно, что общее количество санитарных заданий за анализируемый период увеличилось за 3-летний период на 18,2%, число проконсультированных пациентов на 18,9%. Количество пациентов, доставленных в МО третьего уровня увеличилось на 27,8% (табл. 2). Большинство из них (71,1%) госпитализируются в Первую РКБ.

Следует отметить, что из общего числа больных, транспортированных в медицинские организации республиканского уровня, дети составили более 30%. При этом доля данного контингента пациентов ежегодно увеличивается.

Показатели работы специалистов хирургического профиля представлены в таблицах 3, 4.

Таблица 1. Количество санитарных заданий и проконсультированных пациентов за 2015–2017 гг. (абс. число)

Показатель	Год		
	2015	2016	2017
Общее количество санитарных заданий	1102	1291	1302
Проконсультировано пациентов	1644	1853	1955

Таблица 2. Число пациентов, доставленных в медицинские организации третьего уровня (чел.)

Общее количество			БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР			Республиканский клинико-диагностический центр			Республиканская клиническая инфекционная больница			Детская республиканская клиническая больница		
2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
471	497	602	285	352	428	21	51	81	82	52	47	83	40	46

Таблица 3. Показатели работы специалистов хирургического профиля

Специальность	Кол-во вызовов (всего)			Кол-во выполненных транспортировок					
	2015	2016	2017	2015		2016		2017	
				абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Сосудистый хирург	79	103	106	2	3	2	2	2	2
Анестезиолог	349	413	428	179	50	197	47	253	59
Анестезиолог родильного дома	34	11	13	15	44	6	53	7	54
Гинеколог	150	171	156	35	23	13	4	34	22
Детский анестезиолог	41	29	10	25	61	17	57	5	47
Детский хирург	83	71	70	17	21	12	17	14	20
Детский травматолог	3	9	13	1	33	2	30	2	15
Уролог	1	12	9	-	-	2	17	1	12
Нейрохирург	86	133	134	17	19	23	17	29	22
Стоматолог	6	8	9	-	-	-	-	-	-
Торакальный хирург	17	34	40	7	42	12	35	16	40
Травматолог	24	43	72	4	16	2	6	6	9
Хирург	165	169	150	15	9	19	12	17	11

Таблица 4. Показатели работы специалистов хирургического профиля

Специальность	Кол-во проведенных операции (наркозы)						Кол-во проведенных консультаций					
	2015		2016		2017		2015		2016		2017	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Сосудистый хирург	46	58	47	46	55	52	31	39	54	52	49	46
Анестезиолог	89	26	85	21	72	17	83	24	131	32	103	24
Анестезиолог родильного дома	19	56	4	36	5	38	1	1	-	-	1	8
Гинеколог	109	73	130	71	97	62	6	4	27	16	25	16
Детский анестезиолог	10	24	9	31	3	33	6	15	3	2	2	20
Детский хирург	7	8	1	1	6	9	59	71	58	82	50	71
Детский травматолог	-	-	1	10	2	15	2	66	6	60	9	70
Уролог	1	100	7	58	4	44	-	-	3	25	4	44
Нейрохирург	28	33	38	29	42	31	41	48	72	54	63	47
Стоматолог	4	67	2	25	3	33	2	33	6	75	6	67
Торакальный хирург	4	23	7	21	8	20	6	35	15	44	16	40
Травматолог	11	46	22	50	31	43	9	38	19	44	35	48
Хирург	119	72	101	59	106	71	31	19	49	29	27	18

Как видно из таблицы, сохраняется устойчивая тенденция ежегодного роста числа вызовов с проведением оперативных вмешательств населению районов Удмуртской Республики нейрохирургом, сосудистым хирургом, детским хирургом и травматологом, при росте числа консультаций анестезиологами и выполнении ими транспортировки пациентов. Считаем, что количество проведенных выездов на прямую зависит от уровня обеспеченности врачами медицинских организаций районов республики и от уровня их квалификации.

Выводы. Анализ деятельности РЦЭМП за период с 2015 по 2017 г. показал высокую потребность здравоохранения в данном виде медицинской помощи. Критическое состояние пациента при отсутствии возможности оказания адекватной экстренной специализированной медицинской помощи силами местных медицинских организаций следует рассматривать как чрезвычайную ситуацию, что требует реализации комплекса организационных мероприятий по изменению ситуации в максимально короткие сроки. С целью снижения числа санитарных заданий в МО УР и связанных с ними финан-

совых затрат необходимо повысить укомплектованность их квалифицированными врачами. Выработанный в РЦЭМП алгоритм принятия решения о целесообразности оказания неотложной медицинской помощи позволяет эффективно использовать имеющиеся финансовые и кадровые ресурсы.

Список литературы:

1. **Васильев, П. В.** К истории исследований по проблеме эвакуации раненых и больных авиационным транспортом / П. В. Васильев, А. А. Меденков // Воен.-мед. журн. – 2000. – Т. 321, № 4. – С. 78–81.
2. **Дзизинский, А. А.** Национальный проект «Здоровье» и новые задачи в управлении кадровыми ресурсами на этапе первичной медико-санитарной помощи / А. А. Дзизинский, Д. В. Пивень, В. В. Шпрах // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 2. – С. 48–53.
3. **Канидьев, А. Н.** Деятельность передвижных консультативно-диагностических бригад / А. Н. Канидьев // Здравоохранение. – 2006. – № 11. – С. 43–46.
4. **Кочетов, Л. И.** Опыт работы территориального центра медицины катастроф Воронежской области на базе санитарной авиации / Л. И. Кочетов // Медицина катастроф. – 2004. – № 2. – С. 49–50.
5. **Рогалев, К. К.** Опыт организации оказания скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи на территории Архангельской области / К. К. Рогалев, А. В. Преловский, Л. А. Бекряева // Медицина катастроф. – 2008. – № 3. – С. 49–51.

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 614.2:312.1]6 (470)

М. Я. Подлужная¹, Н. В. Исаева^{1,2}, Е. А. Воронова¹

¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДПО

²Кафедра эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФДПО

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Подлужная Мария Яковлевна – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Исаева Наталья Викторовна – заведующий кафедрой, профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Воронова Елена Александровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26, тел.: 7 (909)728-45-16, e-mail: ve-6971@mail.ru;

В статье представлен анализ показателей естественного движения населения на территории Пермского края за последнее десятилетие (2005–2017 гг.). Обращено внимание на коэффициенты рождаемости, общей смертности, естественного прироста населения, младенческой смертности в сравнении с данными РФ и Приволжского федерального округа.

Ключевые слова: естественное движение населения; показатели рождаемости; общей и младенческой смертности.

М. Ya. Podluzhnaya¹, N. V. Isaeva^{1,2}, E. A. Voronova¹

Perm State Medical University named after academician E. A. Vagner, Perm region

¹Department of Public Health and Health Care Service of the Faculty of Further Vocational Education

²Department of Epidemiology with a Course of Hygiene and Epidemiology of the Faculty of Further Vocational Education

DYNAMICS OF THE INDICES OF NATURAL MOVEMENT OF THE POPULATION IN PERM KRAI

Podluzhnaya Maria Yakovlevna – Doctor of Medical Sciences, professor; Isaeva Natalya Viktorovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, professor; Voronova Elena Aleksandrovna – Candidate of Medical Sciences, associate professor; 26 Petropavlovskaya St., Perm, tel. 614000, tel.: 7 (909) 728-45-16, e-mail: ve-6971@mail.ru

The article presents the analysis of the natural movement of population in the territory of Perm Krai during the last decade (2005-2017). The authors pay attention to the indices of birth rate; total mortality, natural movement of population and infant mortality in comparison with the data of the Russian Federation and Privolzhskiy Federal District.

Key words: natural movement of population; birth rate; total and infant mortality rate

В оценке социально-экономических изменений в обществе немаловажное значение придается демографическим процессам, в основе которых положено естественное движение населения. Оно показывает состояние воспроизводства населения, связанное с показателями рождаемости, смертности и естественного прироста. Постоянная динамика этих процессов приводит к необходимости проведения систематического анализа показателей для планирования и реализации соответствующих мер, обеспечивающих позитивные перемены, как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Цель исследования: провести анализ и дать оценку показателей воспроизводства населения

(рождаемости, смертности, естественного прироста) в Пермском крае в динамике за 2005–2017 годы.

Материалы и методы исследования. По материалам официальной статистики проведены расчеты и дана динамика показателей воспроизводства населения Пермского края за последнее десятилетие в сравнении с данными по РФ и Приволжскому федеральному округу.

В настоящее время демографические проблемы оцениваются и реализуются в соответствии с Указом Президента РФ «Об утверждении концепции демографической политики РФ на период до 2025 года», а также национальным проектом «Демография», утвержденным Указом Президента РФ от 07.05.2018 г.

В основу демографической политики РФ положены следующие принципы: комплексность решения демографических задач; учет региональных особенностей демографического развития и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных демографических программ.

Для реализации российской концепции предусмотрено три временных этапа с разработкой конкретных планов мероприятий: первый – с 2007 по 2010 гг.; второй – с 2012 по 2015 гг. и третий – с 2015 по 2025 годы. На первых двух этапах решались задачи по обеспечению роста рождаемости, снижению смертности, сокращению естественных потерь населения и формированию устойчивого миграционного прироста.

Численность населения в Российской Федерации составляла в 2005 г. – 143,3 млн, в 2017 г. – 146,9 млн [2]. В Пермском крае в течение 1995–2017 гг. численность населения сократилась на 327,8 тыс. человек, т. е. практически на 11,5%. Если в 1995 г. в Пермской области (с 1995 года – Пермский край – ПК) насчитывалось 2 964 тыс. человек, то на 1 января 2017 г. – 2 623,2 тыс. человек. Данная ситуация сформировалась за счет высокой смертности и низкой рождаемости и как следствие отрицательного прироста населения. Так, максимальный показатель убыли населения был достигнут в 2005 г., составляя минус 7,1 на 1000 человек, и только к 2012 г. уровень рождаемости превысил смертность, естественный прирост равнялся +0,6 на 1000, сохраняясь на таком уровне в 2015 г. Однако с 2017 г. вновь началась естественная убыль населения.

Одним из исходных показателей, характеризующих воспроизводство населения, является рождаемость. Исследования последних лет показывают, что в современной России меняется репродуктивное поведение, в 1913 г. уровень рождаемости был 47,5 а, в 2013 г. – 13,3 на 1000 населения [4]. Минимальный показатель в России был зафиксирован в 1999 г. и равнялся 8,3; в Пермском крае в 1997 г. – 9,0 на 1000 человек. За сто лет рождаемость в нашей стране сократилась более чем в 3,5 раза. Современные семьи чаще ориентированы на одного ребенка, максимум на 2 детей.

Анализ данных показал, что с 2005 г. появилась устойчивая тенденция к росту этого показателя как в целом по России, так и по Пермскому краю (РФ 2005 г. – 10,4; 2015–13,3 на 1000 населения; ПК 2005–11,4, 2015–14,7 на 1000 населения) [2]. Это самый высокий уровень за последние 20 лет. (рис. 1).

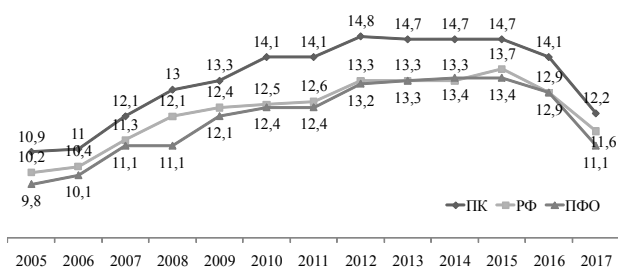


Рис. 1. Рождаемость по ПК, РФ, ПФО за период 2005–2017 гг. (на 1000 населения)

При этом в сельской местности он традиционно выше, чем в городских населенных пунктах (15,3 и 14,5 на 1000 населения соответственно). Регион по данному показателю занимает лидирующие позиции в российских рейтингах по итогам 2015 г.: 1-е место на уровне Приволжского федерального округа (ПФО) и 15-е – на уровне Российской Федерации. Увеличилось число многодетных семей в Пермском крае с 2011 по 2017 г. более чем на 30% (с 17 до 22 тысяч), в которых воспитывается более 72 тысяч детей. Доля вторых последующих рождений достигла 68% от общего числа родившихся. Несмотря на позитивные тенденции, уровень рождаемости в РФ, в т. ч. и Пермском крае, исходя из критериев оценочной международной шкалы, остается на низком уровне. Существенным фактором в поддержании приверженности к материнству является заметное повышение числа сохраненных детских жизней за счет снижения младенческой смертности, которую относят к числу социальных барометров в оценке процессов воспроизводства и состояния здоровья населения [1]. Динамика смертности детей первого года жизни в Пермском крае отражает общие тенденции снижения данного показателя, характерные для России в последние годы (рис. 2). Так, в 2012 г. уровень младенческой смертности в РФ равнялся 8,5, а к 2017 г. уменьшился до 5,5 на 1000 родившихся живыми при среднем темпе снижения 29–30%. В Пермском крае данный показатель снижался более высокими темпами (32–33%) и составил в 2015 г. 5,9‰, а в 2017 г. – 5,2‰.

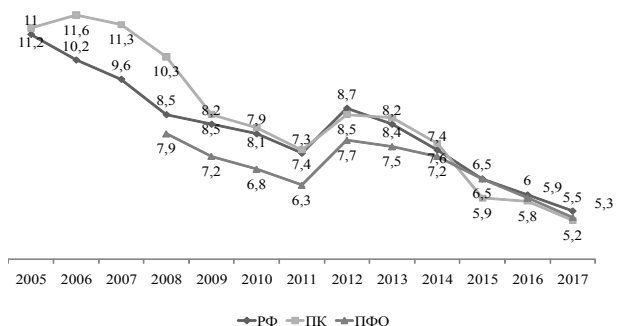


Рис. 2. Младенческая смертность в ПК, РФ и ПФО за период 2005–2017 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Радикальные изменения произошли с материнской смертностью, величина которой свидетельствует об эффективности проводимой политики по охране материнства и детства. Только за последние пять лет уровень её в масштабах Российской Федерации сократился фактически в два раза, с 16,2 в 2011 г. до 8,3 на 100 тысяч родившихся живыми к 2017 г. На территории Пермского края темпы падения материнской смертности ещё более разительные, за этот отрезок времени показатель сократился в 4,6 раза, с 24,3 в 2011 г. до 5,3 на 100 тысяч родившихся живыми в 2017 г.

Формированию положительной динамики критериев, характеризующих здоровье матери и ребенка, способствовал комплекс эффективных мер на государственном уровне, в основном, социально-экономического характера, в том числе введение материнского капитала, выплаты на второго ребенка, строительство и увеличение количества детских садов и др. Был также внедрен в практику ряд организационных технологий, изменена маршрутизация медицинской помощи женщинам с преждевременными родами, проводится реабилитация беременных женщин из группы риска непосредственно после стационарного лечения. Значительно расширен состав комиссии по проведению пренатального консилиума, дополнительно включены такие специалисты как: юрист, детский хирург, детский кардиолог, детский кардиохирург, генетик. В 2014 г. в ПК создан и успешно функционирует центр акушерского дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий. Транспортировка детей с низкой и экстремально низкой массой тела осуществляется на новых реанимобилях. Кроме того в Пермском крае сократилось на 40 % количество аборт.

Существенное влияние на воспроизводство населения и последующий репродуктивный потенциал общества оказывает общая смертность. За 2005–2017 гг. наметилась явная тенденция снижения этого показателя в целом по России с 16,1 до 12,4, по Приволжскому федеральному округу с 16,5 до 14,2, по Пермскому краю с 17,7 до 14,2 на 1000 населения, т. е. на 20,0 с лишним процентов. Тем не менее, уровень смертности всего населения по нашей территории выше, чем в России почти на 10 % (рис. 3).

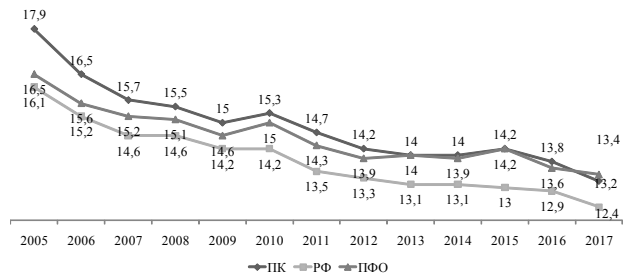


Рис. 3. Смертность населения по ПК, РФ, ВФО за период 2005–2017 гг. (на 1000 населения)

В структуре общей смертности населения первенство принадлежит болезням системы кровообращения (55%), на втором месте – злокачественные новообразования (15%), на третьем – смертность в связи с внешними причинами (10%). Эти заболевания составляют в общей сложности 80% всех причин естественной убыли населения в нашей стране.

Несмотря на наметившиеся положительные сдвиги в общей, младенческой смертности большую озабоченность вызывает данный показатель среди трудоспособных контингентов населения (преждевременная смертность).

Уровень её в Пермском крае выше, чем в Российской Федерации. Так, в 2015 г. показатель был 7,6 против 6,5 на 1000 лиц соответствующего возраста, преждевременная смертность по-прежнему у мужчин превышает таковую у женщин более чем в 3 раза (11,3 против 3,3 на 1000 трудоспособных лиц соответственно).

При этом в структуре причин смертности трудоспособного населения по данным 2015 г. лидировали внешние причины (34,7%), на втором месте были болезни системы кровообращения (32,8%), на третьем – злокачественные новообразования (12,9%).

За счет проводимых реформ и мероприятий в рамках национальных проектов по здоровью и здравоохранению изменились показатели средней ожидаемой продолжительности жизни, на основе которых оценивается не только состояние здоровья населения, но и в равной мере уровень и качество жизни, своевременность и доступность медико-санитарного обеспечения. В 2017 г. этот интегральный критерий в РФ составил 71,8 года, что на 7 лет выше, по сравнению с 2005 г. В Пермском крае средняя продолжительность предстоящей жизни в этот период равнялась 70 годам, т. е. несколько ниже. При этом сохраняется до сих пор большой разрыв в этом показателе между мужским и женским населением: в РФ 12 лет, в Пермском крае – 13,4 года [4].

Вывод. Оценивая сложившуюся ситуацию в Пермском крае, динамику её основных критериев можно отметить, что в настоящий период отмечается неустойчивость в характеристике показателей естественного движения населения. При намечившемся снижении коэффициентов смертности наблюдается заметный спад рождаемости, что несомненно повлечет уменьшение естественного прироста населения. Это приводит к необходимости уточнения и осуществления конкретных мероприятий в сфере семьи и детства, здравоохранения, включения соответствующих демографических задач в программы социально-экономического развития региона. Реализация их позволит создать более устойчивую демографическую ситуацию.

УДК [616.12-053.8:312.2]

Е. А. Воронова¹, М. Я. Подлужная¹, Н. В. Исаева^{1,2}, А. А. Черемных

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения дополнительного профессионального образования

²Кафедра эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФДПО

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Воронова Елена Александровна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26, тел.: 7 (909)728-45-16, e-mail: ve-6971@mail.ru; **Подлужная Мария Яковлевна** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Исаева Наталья Викторовна** — заведующий кафедрой профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Черемных Андрей Артурович** — аспирант

Дан анализ показателей смертности всего населения и трудоспособной его части Пермского края, описана структура внешних причин за 2005–2017 годы, дана оценка показателям.

Ключевые слова: трудоспособное население; внешние причины; смертность

E. A. Voronova¹, M. Ya. Podluzhnaya¹, N. V. Isaeva², A. A. Cheremnykh

Perm State Medical University named after academician E. A. Vagner, Perm region

¹Department of Public Health and Health Care Service of the Faculty of Further Vocational Education

²Department of Epidemiology with a Course of Hygiene and Epidemiology of the Faculty of Further Vocational Education

ANALYSIS OF MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES AMONG THE WORKING AGE POPULATION IN THE TERRITORY OF PERM KRAI

Voronova Elena Aleksandrovna — Candidate of Medical Sciences, associate professor; 26 Petropavlovskaya St., Perm, tel. 614000, tel.: 7 (909) 728-45-16, e-mail: ve-6971@mail.ru; **Podluzhnaya Maria Yakovlevna** — Doctor of Medical Sciences, professor; **Isaeva Natalya Viktorovna** — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, professor; **Cheremnykh Andrey Arturovich** — graduate student

The article presents the analysis of mortality of the total population and the working age population of Perm Krai, describes the structure of the external causes of death in 2005-2017, and evaluates the indices.

Key words: working age population; external causes; mortality

Состояние здоровья населения относится к важнейшим оценочным критериям социально-экономических перемен в обществе. Несмотря на многочисленные показатели, применяемые

Список литературы:

1. **Иванов, Е.И.** Смертность российских мужчин (причины и региональные различия) / Е.И. Иванов // Социологические исследования. – 2010. – №5. – С. 87–99.

2. О ходе реализации демографической политики в регионах Приволжского федерального округа: доклад. – Ижевск, 2012. – 42 с.

3. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации В. Путина. – 9 октября 2007 г. № 1351.

4. **Тишук, Е.А.** Современное состояние и прогнозные оценки медико-демографических процессов в РФ / Е.А. Тишук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 23 (5). – С. 3-5.

5. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в списке официальной статистики [Электронный ресурс] / А.А. Баранов [и др.]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения: 10.12.2015).

в оценке уровня здоровья населения, по-прежнему в центре внимания остается смертность и производные от неё критерии. К ним относятся, прежде всего, младенческая смертность и преждевремен-

ная, т.е. смертность лиц в трудоспособном возрасте. Они отражаются на формировании такого интегрального показателя, как средняя продолжительность предстоящей жизни людей [4].

В последние годы произошло снижение общей смертности в России и отдельных её регионах, в т.ч. и в Пермском крае, уровень её уменьшился с 17,9 в 2005 г. до 13,2 на 1000 населения в 2017 г. Более чем в 2 раза сократилась младенческая смертность – с 11,2 в 2005 г. до 5,2 на 1000 живорожденных в 2017 г. Отмечаются положительные сдвиги в отношении преждевременной смертности с 10,3 в 2005 г. до 5,8 на 1000 населения соответствующего возраста в 2017 г. Снизилась доля умерших в трудоспособном возрасте с 57,5% в 2005 г. до 43,6% от всех случаев смерти в 2017 г. Однако, не смотря на положительную динамику, трудоспособная, наиболее экономически активная часть населения вносит существенный вклад в формирование общего показателя смертности.

Имеются различия в структуре причин смертности всего населения и трудоспособной его части. В обеих группах лидируют болезни системы кровообращения (50,4% и 30,5% соответственно), злокачественные новообразования (14,0% и 12,6% соответственно), внешние причины (10,7% и 26,5% соответственно), таким образом, практически четверть от всех случаев смерти населения трудоспособного возраста приходится на внешние причины, что приводит к необходимости проведения глубокого анализа причин внутри этого класса.

Цель исследования: провести анализ и дать оценку смертности трудоспособного населения Пермского края от внешних причин.

Материалы и методы исследования. По данным официальных статистических материалов проведен расчет и дана оценка показателей смертности (структурных и интенсивных) трудоспособного населения Пермского края за 2005–2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе детального анализа демографической ситуации и смертности населения обращено внимание, прежде всего, на возраст и причины, способствующие активному росту показателей естественного оттока населения [3]. Анализ смертности всего населения Пермского края показал, что трудоспособная её часть вносит наибольший вклад в формирование общего показателя смертности, доля его составляет более 25% (табл. 1).

Таблица 1. Смертность всего населения и трудоспособной части в Пермском крае за 2005–2017 гг. (на 1000 населения)

Год	Все население	Трудоспособное население	Доля умерших в трудоспособном возрасте от всех случаев смерти (%)
2005	17,9	10,3	36,4
2006	16,4	8,9	34,7
2007	15,7	8,1	33,2
2008	15,5	7,8	32,1
2009	15,0	7,4	31,0
2010	14,9	7,2	31,6
2011	14,7	7,1	30,2
2012	14,2	6,7	28,5
2013	14,0	6,6	28,2
2014	14,0	6,6	27,5
2015	14,2	6,5	27,0
2016	13,8	6,5	26,5
2017	13,3	5,8	24,6

Ежегодные потери вследствие преждевременной смертности в масштабах России составляют более 300 тысяч человек [2].

При этом коэффициент смертности среди мужского трудоспособного населения в 3–4 раза выше такового женского. Превышение в несколько раз уровней смертности у мужчин этой группы по сравнению с женщинами получило название мужской сверхсмертности [1]. Это явление естественно приводит к потере трудового и экономического потенциала, измеряемого в человеко-годах несостоявшейся трудовой деятельности. Так, в Пермском крае в последние годы в результате преждевременной смертности было потеряно 142,7 тысячи человеко-лет трудовой деятельности, а размер упущенной выгоды, экономических потерь в производстве составил 1585,5 млн рублей [5].

Анализ внешних причин смертности трудоспособного населения показал, что в данном классе лидируют травмы, в т.ч. дорожно-транспортные, а также самоубийства, убийства, алкогольные отравления. На протяжении последнего десятилетия формируется устойчивая тенденция к снижению показателя смертности от внешних причин с 178,6 на 100 тыс. в 2005 г. до 87,8 на 100 тыс. в 2017 г. более чем в 2,5 раза (рис. 1), но обращает на себя внимание перераспределение причин смертности внутри класса.

Анализ структуры смертности от внешних причин показал, что на долю травм, в т.ч. дорожно-транспортных, приходится более половины всех случаев смерти трудоспособного населения, причем на протяжении последних десяти лет отмечается её увеличение с 48,4% до 57%.

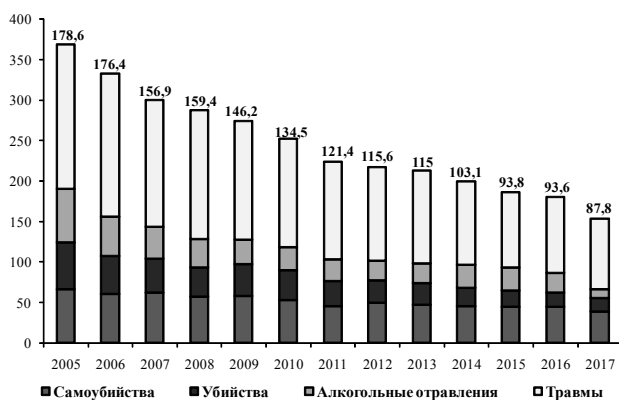


Рис. 1. Показатели внешних причин смерти населения Пермского края в динамике за 2005–2017 гг. (на 100 тыс. населения)

Второе место занимают суициды, доля которых в течение последнего десятилетия возросла с 18% в 2005 г. до 25% в 2017 г., т.е. каждый четвертый из числа умерших в трудоспособном возрасте от внешних причин совершил суицид. Отмечается уменьшение доли умерших в трудоспособном возрасте по причине алкогольного отравления с 17,8% в 2005 г. до 7,0% в 2017 г. и от убийств с 15,8% в 2005 г. до 10,9% в 2017 г. (рис. 2) Приведенные данные свидетельствуют о том, что проблема смертности трудоспособного населения от внешних причин не столько медицинская, сколько межведомственная и межсекторальная. К сожалению, в процессе планирования различных мер по её снижению не всегда фиксируется внимание на структуре внутри класса с выделением наиболее приоритетных составляющих, которые влияют на показатели смертности от всего класса внешних причин и меняются под воздействием различных факторов. Так, в настоящее время лидируют травмы и самоубийства, доля которых составляет более 80%.

УДК 613.99:613.95:622.323 (1)

М. К. Иванова¹, А. Н. Бакшаева^{1,2}, Е. П. Кузнецова², М. Р. Сабитов², Н. Г. Лисицына²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра гигиены

²БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск
Центр экстракорпорального оплодотворения и репродукции человека

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ НЕФТЕДОБЫЧИ

Иванова Марина Константиновна – профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел: 52 62 01, e-mail: hygiene@igma.udm.ru; Бакшаева Анна Николаевна – аспирант кафедры врач акушер-гинеколог; Кузнецова Елена Петровна – руководитель центра доктор медицинских наук, доцент; Сабитов Марат Рашидович – врач акушер-гинеколог; Лисицына Наталия Григорьевна – врач акушер-гинеколог

В статье представлена характеристика показателей заболеваемости врожденными аномалиями среди новорожденных, детей в возрасте 0–14 лет, гинекологической патологией женщин фертильного возраста, проживающих на территории активной нефтедобычи в сравнении с аналогичными показателями заболеваемости на территориях, свободных от нефтяной отрасли производства.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье женщин; заболеваемость детей до 14 лет; нефтяной техногенез; врожденные пороки развития; бесплодие

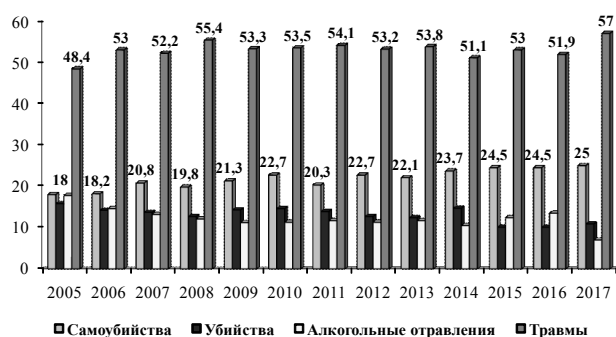


Рис. 2. Структура смертности от внешних причин трудоспособного населения Пермского края в динамике за 2005–2017 гг. (%)

Вывод. На территории Пермского края, как и в масштабах Российской Федерации, смертность от внешних причин трудоспособных контингентов вносит весомый вклад в общую смертность всего населения. Данный факт необходимо учитывать при разработке комплексных межведомственных программ как на федеральном, так и региональном уровнях по профилактике и снижению смертности трудоспособного населения от внешних причин.

Список литературы:

1. Иванов, Е. И. Смертность российских мужчин (причины и региональные различия) / Е. И. Иванов // Социологические исследования. – 2010. – № 5. – С. 87–99.
2. Комаров, Ю. М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю. М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 20–26.
3. Комаров, Ю. М. Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь / Ю. М. Комаров. – М., 2017. – 292 с.
4. Королев, О. П. Заболеваемость, смертность и потери трудового потенциала от преждевременной смертности населения Московской области и Российской Федерации / О. П. Королев // Научные труды Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерии потери здоровья населения». – М., 2006. – С. 51–56
5. Подлужная, М. Я. Экономическая оценка потерь трудового потенциала вследствие инвалидности населения на региональном уровне / М. Я. Подлужная, Ю. А. Мавликаева // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 7. – С. 23–26.

M.K. Ivanova¹, A.N. Bakshaeva^{1,2}, E.P. Kuznetsova², M.R. Sabitov², N.G. Lisitsyna²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Hygiene

²Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk
Center for in vitro fertilization and reproduction

FEATURES OF WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH AND HEALTH OF CHILDREN LIVING IN AREAS OF OIL EXTRACTION

Ivanova Marina Konstantinovna – Doctor of Medical Sciences, professor of the department; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 52 62 01, e-mail: hygiene@igma.udm.ru; Bakshaeva Anna Nikolaevna – graduate student of the department, obstetrician-gynecologist; Kuznetsova Elena Petrovna – Doctor of Medical Sciences, associate professor, head of the center; Sabitov Marat Rashidovich – obstetrician-gynecologist; Lisitsyna Nataliya Grigorevna – obstetrician-gynecologist

The article presents the characteristics of morbidity indices for congenital anomalies among newborns and children aged 0-14 years, as well as the incidence of gynecological pathologies in women of childbearing age living in the territory of active oil extraction in comparison with similar morbidity indices in territories free from oil production.

Key words: reproductive health of women; morbidity in children under 14; oil technogenesis; congenital malformations; infertility

Нефтедобывающую промышленность относят к отраслям производств, негативно воздействующих на репродуктивное здоровье населения. Репродуктивная система женщин является наиболее чувствительной к загрязнению окружающей среды [1,6]. Особую опасность составляют вещества, оказывающие отдаленные последствия, способные влиять на генетические структуры клеток, обладающие гонадотоксическим, эмбриотоксическим, бластомогенным действием. Отдаленные эффекты могут развиваться у лиц, которые подвергаются систематическому воздействию веществ, даже в последующих поколениях [4,5,8]. При цитогенетическом исследовании распространенность хромосомных перестроек в группе пациентов с бесплодием неясного генеза значительно превышает общепопуляционную [7]. У детей, проживающих в зоне нефтеперерабатывающего комплекса, уровень заболеваемости врожденными аномалиями развития, частота встречаемости полиморфизма хромосом значительно выше, чем у детей, проживающих в условиях санитарно-гигиенического благополучия [10].

Процесс нефтяного техногенеза затрагивает все сферы окружающей природной среды, в большей степени водных экосистем, почвы. В настоящее время известно более 600 химических веществ, оказывающих воздействие на репродуктивную систему женщины, которые способны проникать от матери к плоду через плаценту и отрицательно влиять на его развитие. По степени значимости преобладают тяжелые металлы, продукты переработки нефти и газа [5].

Состояние иммунной системы человека – один из маркеров экологического неблагополучия [12].

У женщин выявлены изменения параметров Т-клеточного и гуморального В-звена иммунитета: снижение фагоцитоза, уменьшение концентрации иммуноглобулинов основных классов *IgA*, *G* [3,6,11]. Выявлено повышение содержания *IgE*, свидетельствующее об иммуносупрессии и аллергически измененной реактивности [6]. При изменении местного и общего иммунитета нарушается микроэкология репродуктивного тракта, что в свою очередь способствует формированию хронических воспалительных болезней женских тазовых органов, наблюдается высокая частота осложнений, приводящих к утрате репродуктивной функции [6].

По данным Росстата, в 2011 году Удмуртская Республика (УР) занимала тринадцатое место в РФ по объёму добычи нефти. На территории Удмуртской Республики выделены районы с максимальными показателями объемов нефтедобычи (Воткинский, Игринский, Каракулинский, Шарканский, Як-Бодьинский) – первая группа, и районы с отсутствием нефтедобычи (Алнашский, Селтинский, Сюмсинский, Юкаменский, Ярский) – вторая группа [2]. Число женщин, проживающих на территории районов первой группы по данным 2017 года составляет 19,0% от числа фертильных женщин, проживающих в сельской местности.

Цель исследования: провести анализ частоты врожденных аномалий, выявленных при ультразвуковом исследовании плода, при рождении, у детей в возрасте 0–14 лет, показателей репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста в районах активной нефтедобычи и аналогичных показателей в районах без

нефтедобывающей отрасли в структуре народного хозяйства.

Материал и методы исследования. Информация о рождаемости, естественном приросте, числе женщин фертильного возраста за 2007–2017 гг. получена из территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Удмуртской Республике. Частота развития самопроизвольных аборт оценивалась по данным отчетной формы № 13 «Сведения о беременности с абортным исходом» за 2007–2016 гг.

Данные о числе врожденных пороков развития (ВПР), выявленных при ультразвуковом исследовании получены из отчетной формы № 30 «Сведения о медицинской организации» (таблица 3.5116 «Выявлено плодов с врожденными аномалиями и пороками развития»). Информация о числе ВПР, выявленных у новорожденных и детей в возрасте 0–14 лет получена из отчетной формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания поликлиники» (таблица 1000 «Дети 0–14 лет») за 2007–2016 гг.

Общая и первичная заболеваемость женщин репродуктивного возраста болезнями мочеполовой системы изучалась по данным формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания поликлиники» (таблица 3000 «Взрослые 18 лет и более») за 2007–2016 гг. Вышперечисленные материалы предоставлены БУЗ УР «Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром МЗ УР».

После сбора, проверки, группировки и сводки материала проведена его статистическая обработка: проведены расчеты экстенсивных и интенсивных показателей, ошибки репрезентативности. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы *STATISTICA 6.1* (*StatSoft Inc.*), *Microsoft Excel 2010* (*Microsoft Corp.*). В работе применены методы логического и статистического сравнительного анализа, кластерного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. За период с 2007 по 2017 г. в Удмуртской Республике абсолютное число женщин фертильного возраста сократилось на 19,1% (с 438484 до 354839 человек, $p < 0,001$). В период с 2000 по 2012 г. в УР регистрировался рост показателя рождаемости с 10,2 на 1000 населения

в 2000 г. до 15,3 в 2012 г. С 2013 г. отмечается постепенное снижение до 11,8‰ в 2017 г. Положительный естественный прирост отмечен в период с 2009 по 2016 г. (от 0,6‰ до 1,2‰) с максимумом в 2012 г. – 2,4‰. По итогам 2017 г. в Удмуртской Республике вновь зарегистрирована естественная убыль населения.

В период с 2007 по 2016 г. в группе районов с активной нефтедобычей отмечен значительный рост частоты мертворождений (в 3,2 раза), снижение числа самопроизвольных аборт в сроке до 12 недель на 29,5%, в сроке 12–22 недели – на 58,8%. В районах с отсутствием нефтедобычи частота мертворождений снизилась на 30,4%, отмечен рост числа самопроизвольных аборт в сроке до 12 недель на 82,1%, в сроке 12–22 недели – на 57,1%.

За период наблюдения для районов первой группы характерен рост частоты врожденных аномалий, выявленных при УЗИ, на 37,7%, тогда как во второй группе – убыль на 31,3%. Рост частоты врожденных аномалий, выявленных при рождении в первой группе отмечен на 28,1%, во второй группе снижение на 80,7%. Частота ВПР в первой группе в 2,1 раза больше, чем во второй (12,4 против 5,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, $p < 0,05$).

Частота всех врожденных аномалий развития детей, проживающих на территории с активной нефтедобычей, в возрасте 0–14 лет возросла: первичная заболеваемость – на 115,4% ($p < 0,05$), общая заболеваемость – на 68,7% ($p < 0,05$). Анализ структуры врожденных аномалий по нозологиям показал значительный рост аномалий системы кровообращения: первичная заболеваемость – в 3,8 раза ($p < 0,05$), общая заболеваемость – на 89,1% ($p < 0,05$), деформаций бедра (первичная заболеваемость – на 50,0%, общая заболеваемость – на 18,5%), аномалий глаза и придаточного аппарата (первичная заболеваемость – в 6,4 ($p < 0,05$), общая заболеваемость – в 2,8 раза). Первичная заболеваемость врожденными аномалиями женских половых органов за период наблюдения изменялась незначительно, тогда как общая заболеваемость возросла в 3 раза ($p < 0,05$). В отношении врожденных аномалий нервной системы зафиксировано снижение первичной заболеваемости на 7,7%, рост общей заболеваемости на 22,4%.

За период наблюдения отмечается рост уровня заболеваемости врожденными аномалиями

среди детей, проживающих на территориях с отсутствием нефтедобычи, в возрасте 0–14 лет: первичная заболеваемость – на 69,0% ($p<0,05$), общая заболеваемость – на 73,4% ($p<0,05$). Рост отмечен в подклассе врожденных аномалий системы кровообращения: первичная заболеваемость – в 1,4 раза, общая заболеваемость – на 84,3% ($p<0,05$), врожденных деформаций бедра (первичная заболеваемость изменялась статистически незначимо, общая заболеваемость возросла в 4,1 раза). Стоит отметить, что общая заболеваемость врожденными аномалиями глаза и придаточного аппарата возросла в 4 раза ($p<0,05$). В классе врожденных аномалий наибольший рост заболеваемости отмечен в подклассе врожденных аномалий женских половых органов, первичная заболеваемость которыми возросла в 8 раз ($p<0,05$), общая заболеваемость в 13 раз ($p<0,05$). Частота врожденных аномалий нервной системы за период наблюдения изменялась статистически незначимо.

При сравнении средних показателей заболеваемости вышеописанных нозологий статистически значимая разница установлена в отношении первичной и общей заболеваемости врожденными аномалиями, первичной заболеваемости врожденными аномалиями системы кровообращения, первичной и общей заболеваемости деформаций бедра, первичной и общей заболеваемости врожденных аномалий глаза и придаточного аппарата (больше в первой группе) (табл. 1).

Для оценки репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста был проведен анализ первичной и общей заболеваемости воспалительными (сальпингит и оофорит, воспалительные болезни матки, воспалительные болезни шейки матки, болезни бартолиновой железы) и невоспалительными (эндометриоз, эрозия, эктропион шейки матки, расстройства менструаций, дисфункция яичников, доброкачественная дисплазия молочной железы, женское бесплодие) болезнями женских половых органов.

Первичная заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов в первой группе снизилась на 14,8%, во второй возросла на 51,1% ($p<0,05$), тогда как общая заболеваемость в первой группе возросла на 85,0% ($p<0,05$), во второй – на 102,1% ($p<0,05$). В первой группе первичная заболеваемость сальпингитом и оофоритом снизилась на 15,0%, общая заболеваемость возросла на 5,3%, в второй группе первичная заболеваемость увеличилась на 16,3%, общая – на 33,6% ($p<0,05$) (табл. 2).

По нашему мнению, особое внимание стоит уделить заболеваемости эндометриозом, которая за период наблюдения в обеих группах характеризовалась наибольшим ростом. В первой группе первичная заболеваемость выросла в 3,7 раза ($p<0,05$), общая заболеваемость – в 12,4 раза ($p<0,05$), во второй группе первичная заболеваемость – в 1,4 раза, общая заболеваемость – в 5,8 раза ($p<0,05$).

Таблица 1. Первичная и общая заболеваемость врожденными аномалиями среди детей в возрасте 0–14 лет (на 1000 человек)

Вид заболевания	1 группа	2 группа	<i>p</i>
Врожденные аномалии суммарно Q00 – Q99			
первичная заболеваемость	6,7	4,5	$p<0,05$
общая заболеваемость	27,3	22,1	$p<0,05$
Врожденные аномалии системы кровообращения Q20 – Q28			
первичная заболеваемость	3,7	2,3	$p<0,05$
общая заболеваемость	14,5	13,0	$p>0,05$
Врожденные аномалии бедра Q65			
первичная заболеваемость	0,5	0,04	$p<0,05$
общая заболеваемость	1,2	0,3	$p<0,05$
Врожденные аномалии глаза и придаточного аппарата Q10 – Q15			
первичная заболеваемость	0,65	0,03	$p<0,05$
общая заболеваемость	1,3	0,3	$p<0,05$
Врожденные аномалии нервной системы Q00 – Q07			
первичная заболеваемость	0,11	0,05	$p>0,05$
общая заболеваемость	0,53	0,34	$p>0,05$
Врожденные аномалии женских половых органов Q50 – Q52			
первичная заболеваемость	0,1	0,3	$p>0,05$
общая заболеваемость	0,1	0,5	$p>0,05$

Таблица 2. Первичная и общая заболеваемость болезнями мочеполовой системы женщин фертильного возраста (на 1000 женщин фертильного возраста)

Вид заболевания	1 группа	2 группа	<i>p</i>
Воспалительные болезни суммарно N70-N73, N75-N76			
первичная заболеваемость	58,7	71,8	<i>p</i> >0,05
общая заболеваемость	191,4	190,7	-
Сальпингит и оофорит N70			
первичная заболеваемость	5,47	15,22	<i>p</i> <0,05
общая заболеваемость	45,8	40,4	<i>p</i> >0,05
Эндометриоз N80			
первичная заболеваемость	0,6	1,0	<i>p</i> <0,05
общая заболеваемость	2,5	9,1	<i>p</i> <0,05
Расстройства менструаций N91-N94			
первичная заболеваемость	14,6	11,2	<i>p</i> >0,05
общая заболеваемость	36,0	26,9	<i>p</i> <0,05
Дисфункция яичников E28			
первичная заболеваемость	0,02	0,07	<i>p</i> <0,05
общая заболеваемость	0,016	0,380	<i>p</i> <0,05
Доброкачественная дисплазия молочной железы N60			
первичная заболеваемость	3,1	5,5	<i>p</i> <0,05
общая заболеваемость	10,3	15,6	<i>p</i> >0,05
Эрозия, эктропион шейки матки N86			
первичная заболеваемость	5,9	8,3	<i>p</i> >0,05
общая заболеваемость	32,8	28,8	<i>p</i> >0,05
Женское бесплодие N97			
первичная заболеваемость	1,1	1,3	<i>p</i> >0,05
общая заболеваемость	6,6	4,6	<i>p</i> <0,05

Группа нозологий, объединенная под термином «Расстройства менструаций» характеризовалась ростом в обеих группах: в первой группе первичная заболеваемость на 63,3 % (*p*<0,05), общая заболеваемость в 4,9 раза (*p*<0,05), во второй – первичная заболеваемость на 57,3 % (*p*<0,05), общая заболеваемость в 2,7 раза (*p*<0,05).

Группа нозологий, объединенная под термином «Дисфункция яичников», в первой группе характеризовалась незначительным ростом только общей заболеваемости – на 15,8 %, тогда как во второй группе отмечен рост первичной заболеваемости – в 5 раз, общей заболеваемости – в 27,5 раза (*p*<0,05).

Первичная заболеваемость доброкачественной дисплазией молочной железы в первой группе возросла на 93,3 % (*p*<0,05), общая заболеваемость – в 5,4 раза (*p*<0,05). Темп роста указанной нозологии во второй группе значительно меньше: первичная заболеваемость – на 34,3 % (*p*<0,05), общая заболеваемость в 1,9 раза (*p*<0,05).

Для показателей заболеваемости шейки матки (эрозия, эктропион) в первой группе характерно снижение первичной заболеваемости на 49,1 %, при росте общей заболеваемости на 82,7 % (*p*<0,05), во второй группе – рост первичной и общей заболеваемости на 34,9 (*p*<0,05) и 85,1 % соответственно (*p*<0,05).

Все вышеописанные нозологии как по отдельности, так и в сочетании приводят к нарушению репродуктивной функции. Следовательно заболеваемость бесплодием можно рассматривать как интегральный показатель экологического неблагополучия региона. За период наблюдения первичная заболеваемость женским бесплодием в первой группе выросла в 2,6 раза, общая заболеваемость – в 2,3 раза (*p*<0,05), для второй группы характерно снижение первичной заболеваемости в 2,2 раза при росте общей заболеваемости в 1,5 раза (*p*<0,05).

Стоит отметить, что средний уровень заболеваемости как первичной, так и общей статистически значимо выше в районах с отсутствием нефтедобычи, но уровень общей заболеваемости женским бесплодием выше в районах с активной нефтедобычей, что говорит о тяжести патологического процесса, его декомпенсации у женщин, проживающих на этой территории, и неэффективности лечебных мероприятий. Кластерный анализ первичной, общей заболеваемости всех вышеперечисленных нозологий среди районов обеих групп определил Шарканский район как территорию с наивысшими показателями.

Выводы. Таким образом, для исследуемой территории характерен высокий уровень и высокий темп роста врожденных аномалий развития, выяв-

ленных при рождении у детей в возрасте 0–14 лет, а также при относительно низкой заболеваемости гинекологической патологией высокий уровень женского бесплодия, что требует дальнейшего изучения, профилактических мероприятий в условиях экологического неблагополучия.

Список литературы:

1. **Айламазян, Э.К.** Общие и частные проблемы экологической репродуктологии / Э.К. Айламазян, Т.В. Беляева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. – № 2. – С. 4–10.
2. **Артемьева, А.А.** Динамика показателей состояния здоровья и качества медицинского обслуживания населения в разрезе муниципальных районов Удмуртии с разной степенью нефтедобычи / А.А. Артемьева // Вестник Удмуртского университета. – 2015. – № 25 (4). – С. 136–141.
3. **Богдасаров, А.Ю.** Патология шейки матки у женщин в зависимости от техногенной нагрузки и условий проживания. Пути профилактики: дис. ... д-ра мед. наук / А.Ю. Богдасаров. – М., 2006. – 215 с.
4. **Большаков, А.М.** Общая гигиена: учеб. пособие для вузов / А.М. Большаков, В.Г. Маймулов. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 729 с.
5. **Вдовенко, И.А.** Экологические проблемы репродуктивного здоровья / И.А. Вдовенко, Н.П. Сетко, О.Д. Константинова // Гигиена и санитария. – 2013. – № 4. – С. 24–28.
6. **Ермолаева, Е.М.** Клинико-гигиеническая характеристика воспалительных заболеваний придатков матки у женщин в условиях антропогенных факторов крупного города: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.М. Ермолаева. – Казань, 2008. – 24 с.
7. **Ковалев, В.В.** Цитогенетическая феноменология бесплодия неясного генеза / В.В. Ковалев, Е.В. Кудрявцева, Т.Б. Третьякова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – № 1. – С. 19–21.
8. **Озолия, Л.А.** Влияние различных факторов на плод / Л.А. Озолия, И.В. Бахарева, А.В. Тягунова. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 224 с.
9. Опыт оценки канцерогенной и мутагенной опасности территорий нефтяного техногенеза / И.Д. Ситдикова [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 161–163.
10. **Устинова, О.Ю.** Влияние факторов среды обитания на формирование врожденных аномалий развития у детей, проживающих в зоне воздействия предприятий нефтеперерабатывающего комплекса / О.Ю. Устинова, И.А. Пермяков // Вестник Пермского университета. – 2012. – № 1. – С. 64–66.
11. **Целкович, Р.Б.** Состояние репродуктивной функции у женщин с бактериальным вагинозом в зависимости от экологических особенностей среды проживания: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Б. Целкович. – М., 2005. – 32 с.
12. Физиология иммунной системы и экология / В.А. Черешнев [и др.] // Иммунология. – 2001. – № 3. – С. 12.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.98:578.1+616-056.3-07-08

М. К. Ермакова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии

ВИРУС И АЛЛЕРГИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Ермакова Маргарита Кузьминична — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426075, г. Ижевск, ул. Ленина 164-164; тел.: 8 (912)769-33-32, e-mail: ermakovamk2@rambler.ru

Проблема ОРВИ остается актуальной, особенно для детей раннего возраста. ОРВИ является неблагоприятным фоном для развития аллергических заболеваний, в том числе атопического дерматита, бронхиальной астмы и др. Для комплексного и адекватного лечения необходимо учитывать этиологию заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма; вирусные инфекции; аллергия

М. К. Ermakova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Propaedeutics of Childhood Diseases with a Course of Polyclinic Pediatrics

THE VIRUS AND ALLERGY: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Ermakova Margarita Kuzminichna — Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; apt.164, 164, Lenina St., Izhevsk 426075; tel.: 8 (912)769-33-32; e-mail: ermakovamk2@rambler.ru

The problem of ARVI is still relevant, especially for young children. ARVI is an unfavorable background for the development of allergic diseases, including atopic dermatitis, asthma, etc. For the integrated and adequate treatment it is necessary to consider the etiology of the disease.

Key words: asthma; viral infections; allergy

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей – одна из наиболее актуальных медицинских и социально-экономических проблем. По данным Роспотребнадзора, заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей примерно в 4–5 раз выше, чем среди населения всех возрастов и составляет более 90% от всех регистрируемых в России инфекционных и паразитарных заболеваний.

ОРВИ представляют собой полиэтиологичную группу инфекций. Известно более 300 вирусов, размножение которых в клетках эпителия респираторного тракта вызывает развитие клинических признаков воспаления. Для ОРВИ характерна выраженная сезонность, высокая контагиозность, аэрогенный путь передачи, острое течение. Степень тяжести данных инфекций и возможность развития осложнений зависят от многих факторов, присущих как возбудителю

(антигенные свойства, лекарственная устойчивость), так и макроорганизму (особенности иммунного ответа, степень зрелости иммунитета, наличие фоновых заболеваний) [9, 13].

Эпидемический характер распространения ОРВИ, наносимый ими экономический ущерб, повышенный риск заболеваемости у детей обуславливают не только медицинскую, но и социальную значимость ОРВИ.

Ежегодно ОРВИ, включающие грипп и ОРВИ негриппозной этиологии, регистрируются в течение всего года, часто в виде смешанных вирусно-вирусных инфекций. В России регистрируют ежегодно от 27,3 до 41,2 млн заболевших гриппом и ОРВИ [11]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире гриппом ежегодно болеют от 3 до 5 млн человек, из которых от 250 до 500 тыс. человек погибают от этого заболевания и его осложнений [18].

Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в первые три года жизни. ОРВИ у детей могут вызываться различными возбудителями, принадлежащими, как минимум, к 6 семействам (ортомиксо-, парамиксо, пикорна-, корона, парво-, адено- вирусов, а также к представителям семейства *Micoplasmataceae*. Дети, особенно раннего возраста, не только являются самой уязвимой группой населения, доля которых в возрастной структуре гриппа и ОРВИ составляет от 50% до 75%, но и наиболее часто госпитализируются в связи с осложненным течением ОРВИ и гриппа [10, 15]. Экономический ущерб от гриппа и ОРВИ составляет 86% потерь от всех инфекционных заболеваний, являясь существенным экономическим бременем и обуславливая необходимость разработки эффективных и безопасных средств лечения гриппа и ОРВИ негриппозной этиологии у детей [16].

Немаловажную роль играет ОРВИ в обострении аллергических заболеваний, особенно аллергической патологии респираторного тракта. Бронхиальная астма (БА), аллергический ринит (АР) также являются актуальной проблемой педиатрии, о чем свидетельствует высокая распространенность и рост заболеваемости во всех возрастных группах. Именно инфекция респираторной системы среди многочисленных этиологических факторов обуславливает формирование БА, а в последующем ее обострения [2,4,5,6,7,12]. В последние 20 лет отмечается значительный рост заболеваемости БА среди детского населения. Астма является распространенным хроническим заболеванием, поражающим 1–18% населения в разных странах [12].

У большинства детей появлению первых типичных приступов экспираторной одышки могут предшествовать проявления атопического дерматита, острые аллергические реакции на различные пищевые продукты, медикаменты, повторные респираторные заболевания. Подобные начальные проявления респираторной аллергии нередко расцениваются врачами как ОРВИ, бронхиты. Больные при этом неадекватно лечатся антибиотиками, что способствует лекарственной сенсibilизации. Неблагоприятным фоном для развития БА у детей являются перинатальные повреждения центральной нервной системы.

Респираторные инфекции у детей поражают эпителий дыхательных путей, способствуют гиперпродукции *IgE*, изменениям в системе ци-

токинов, развитию гиперреактивности бронхов и сенсibilизации организма к неинфекционным аллергенам. В связи с анатомо-физиологическими особенностями бронхиального дерева у детей раннего возраста (узкий просвет бронхиального дерева, значительное развитие кровеносных и лимфатических сосудов) часто отмечается бронхообструктивный синдром (БОС) на фоне ОРВИ. Повторные эпизоды БОС наблюдаются у большинства детей в возрасте до 5 лет и младше на фоне инфекций дыхательных путей, которые встречаются в этой возрастной группе примерно 6–8 раз в год, в связи с особенностями строения бронхолегочной системы. Некоторые вирусные инфекции (респираторно-синцитиальный вирус (*RSV*) и риновирус) могут обуславливать периодически возникающий БОС на протяжении всего детства.

При повторяющихся БОС у детей диагноз БА основан на наблюдении за больным и оценке симптомов (свистящие хрипы, кашель, одышка, а также развитие симптомов в ночное время или при пробуждении) при исключении других причин БОС, наличии факторов риска развития БА, ответе на терапию. В патогенезе обострений БА у детей раннего возраста бронхоспазм обычно не является у них ведущим механизмом из-за слабо развитого мышечного слоя, а на первое место выступает воспаление слизистой оболочки бронхов, ее отек и гиперсекреция слизи.

Учитывая схожесть клинических проявлений ОРВИ, рецидивирующего БОС на фоне ОРВИ и обострений БА нередко у детей в раннем возрасте приходится проводить дифференциальную диагностику этих заболеваний. Можно выделить три аспекта взаимодействия острых респираторных инфекций и аллергических заболеваний дыхательных путей:

- рецидивирующие респираторные инфекции как маркер недиагностированных АР и БА;
- респираторные инфекции как триггер обострений АР и БА;
- специфические синдромы/осложнения ОРВИ, характерные для пациентов с аллергическими заболеваниями.

Одним из основных факторов риска рецидивирования респираторных инфекций (ранее такие пациенты наблюдались в диспансерной группе «часто и длительно болеющих детей») являются недиагностированные и, главное, не леченные аллергические заболевания дыха-

тельных путей [20]. Соответственно, диагностический поиск в направлении АР и/или БА у пациентов из этой группы представляется наиболее эффективным профилактическим мероприятием, наряду с коррекцией быта и характера социализации ребенка. Нередко для пациентов с впервые выявленным АР или БА адекватно назначенные ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) оказывают клинически заметное действие и позволяют ребенку и его родителям вырваться из череды рецидивов ОРВИ [12].

В настоящее время сохраняется гиподиагностика БА у детей, особенно легкой степени тяжести. Поздняя постановка диагноза БА и отсутствие базисной противовоспалительной (контролирующей) терапии приводит к ремоделированию слизистой бронхиального дерева, что ухудшает течение заболевания и в последующем требуется больший объем базисной терапии. В последнее время при БА предлагается выделение отдельных фенотипов, что может оказаться целесообразным для выработки индивидуального подхода к ведению каждого пациента. У детей один из фенотипов БА – это вирусиндуцированная БА [6]. Как известно, ОРВИ являются наиболее частыми провоцирующими факторами БОС у детей. Вирусная инфекция является адьювантом воспалительного ответа у детей с БА. Для некоторых вирусов (например, риновирусов типа С, парагриппа, *RSV*, метапневмовируса) известно прямое сократительное действие на рецепторы гладких мышц бронхиальной стенки детей. Кроме того, описана индукция избыточного синтеза цистеиниловых лейкотриенов эпителием дыхательных путей в ответ на вирусную инфекцию независимо от ее этиологии [19]. Одна из гипотез, объясняющая взаимосвязь респираторных вирусных инфекций с atopическими заболеваниями, в частности с БА, заключается в том, что в ответ на респираторные вирусы, в частности *RSV*, синтезируются вирус-специфические и неспецифические иммуноглобулина Е (*IgE*), которые могут стимулировать экспрессию высокоафинных *IgE* рецепторов на легочных дендритных клетках [17]. Сенсibilизации способствуют как антигенные свойства самих вирусов, так и индуцируемое ими угнетение системы интерферона- γ (ИНФ- γ), а также усиление синтеза интерлейкина-4 и *IgE*, поэтому стимуляция образования ИНФ- γ является перспективной для коррекции сдвига иммунного ответа в сторону

Th-1 при БА. На фоне обострения БА при наложении ОРВИ выявлены изменения в цитокиновом статусе в виде дисбаланса основных цитокинов (ИНФ- γ , ФНО- α , ИЛ-4) [2].

Дебют БА у 70–80% больных относится к раннему детскому возрасту. Раннему развитию БА у детей может способствовать внутриутробная сенсibilизация плода вследствие повышенной проницаемости фетоплацентарного барьера, обусловленной различными воздействиями. Неблагоприятное влияние оказывают профессиональные вредности, активное и пассивное табакокурение матери. Редкий вариант БА в виде кашлевых приступов наблюдается преимущественно у детей раннего и дошкольного возраста, так называемая «кашлевая астма». Ведущим клиническим симптомом является приступообразный кашель. Патогенетическая основа кашля – аллергическое воспаление бронхов [12].

У детей первых двух лет жизни заподозрить БА можно при наличии наследственной отягощенности аллергическими заболеваниями, особенно по материнской линии, высокой частоты аллергических реакций на пищевые продукты, медикаменты, выраженные кожные аллергические проявления, бурное течение БОС с ранним началом во время ОРВИ, отчетливый эффект бронхолитической терапии. Однако практически ни один из этих показателей в отдельности, в том числе уровень *IgE*, не может служить достоверным дифференциально-диагностическим критерием обструктивного бронхита и БА. В этом возрасте необходимо исключать также другие причины БОС, обусловленные прежде всего *RSV*, риновирусной и другими респираторными инфекциями с поражением нижних дыхательных путей. Причинами БОС в этом возрасте могут быть бронхолегочная дисплазия, гастроэзофагеальный рефлюкс, аспирация инородного тела, врожденные аномалии легких и сердца, первичная цилиарная дискинезия и др. Позволяют заподозрить БА у детей в возрасте 5 лет и младше также следующие данные: возникновение затрудненного или тяжелого дыхания или одышки при физической нагрузке, смехе или плаче, клиническое улучшение в течение 2–3 месяцев терапии, направленной на контроль заболевания (антилейкотриеновыми препаратами или низкими дозами ИГКС) и ухудшение состояния после ее прекращения.

В лечении детей с ОРВИ, в том числе с обострением БА на фоне ОРВИ, показаны противо-

вирусные препараты. Наиболее часто используются препараты с прямым противовирусным действием, ИНФ и индукторы ИНФ. ИНФ, являющиеся естественной защитной системой организма, ингибируют репликацию вирусов. Препараты экзогенного ИНФ, применяемые для лечения заболеваний, вызываемых респираторными вирусами, доступны в двух лекарственных формах: для интраназального применения и рекомбинантные формы в виде свечей. ИФН ингибируют внутриклеточные этапы репродукции вирусов в зараженных клетках и обеспечивают невосприимчивость к вирусам окружающих здоровых клеток [8]. Нарушение в системе ИФН приводит к повышенной восприимчивости макроорганизма к вирусным инфекциям, недостаточно эффективной защите его от вирусов, что в свою очередь способствует хронизации инфекционного процесса и более тяжелому течению вирусной инфекции. Индукторы ИФН являются препаратами с комбинированным эффектом: этиотропным, направленным непосредственно на вирус-возбудитель, и иммуномодулирующим, т.е. корригирующим нарушения системы иммунитета; они активируют макрофаги, цитотоксические Т-клетки, антителообразующие В-клетки, естественные киллеры. Применение ИНФ и индукторов ИНФ в ранние сроки (первые 2–3 суток появления симптомов заболевания, когда идет активная репликация вируса) способствует регрессу всех симптомов заболевания, в т.ч. лихорадочного и интоксикационного. При включении противовирусных препаратов в терапию отмечаются положительные сдвиги – укорочение лихорадочного и катарального периодов ОРВИ, приступного периода астмы.

При лечении БОС на фоне ОРВИ используют короткодействующие бронхолитики различных групп. Предпочтение отдается ингаляционному пути введения препаратов, позволяющих получить быстрый эффект и уменьшить общее воздействие на организм ребенка. Стимуляторы адренергических рецепторов – β_2 -агонисты – при ингаляционном применении дают быстрый (через 3–5 мин), бронходилатирующий эффект. Применяются в форме дозированных аэрозольных ингаляторов со спейсером через небулайзер.

При БА для проведения неотложной помощи β_2 -агонисты используются в комбинации с ипратропиум бромидом. Фиксированная комбинация фенотерола и ипратропиум бромида

является первой линией терапии БОС, хорошо зарекомендовавшей себя у детей, начиная с раннего возраста.

В случае тяжелого течения БОС в терапию включают ИГКС будесонид суспензию, обладающую выраженной противовоспалительной активностью. Быстрый клинический эффект и улучшение функциональных показателей наблюдается в течение 15–20 мин с максимальным улучшением через 3–6 часов [3]. Позволяют сократить длительность и снизить тяжесть инфекционного процесса противовирусные и иммуномодулирующие препараты.

В оптимальном варианте защиты организма острая инфекция должна разрешаться в среднем в течение 2–4 недель от начала заболевания. Переход острого инфекционного воспаления в затяжное или хроническое, тем более наличие хронического процесса (БА), который продолжается месяцы или годы, говорят о несостоятельности иммунитета, следовательно, о необходимости его коррекции. Кроме того, роль иммунной системы не ограничена лишь защитными функциями при взаимодействии с патогенами. После ликвидации инфекционного агента и элиминации из организма веществ инфекционной природы иммунная система целенаправленно восстанавливает ткани и способствует регенерации дефектов, возникших на фоне инфекции [1].

При остром инфекционном воспалении применение иммуномодулятора уменьшает глубину повреждений в воспаленной ткани, сокращает сроки выздоровления, предотвращает хронизацию процесса [14]. При рецидивирующем течении хронической инфекции применение иммуномодулятора позволяет существенно увеличить продолжительность ремиссии, снизить выраженность и длительность клинических проявлений болезни при ее обострении. В настоящее время широко используются бактериальные иммуномодуляторы – эффективные и безопасные средства неспецифической профилактики ОРВИ у детей.

Таким образом, наблюдение в динамике за пациентами с БОС на фоне ОРВИ и ответа на противовоспалительную терапию позволяют заподозрить БА. Для лечения ОРВИ и обострения аллергических заболеваний на фоне ОРВИ имеются различные лекарственные препараты. Необходимо проведение вакцинаций от гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекции, которые позволяют снизить вирусные инфекции.

Список литературы:

1. **Атауллаханов, Р. И.** Принципы иммунокоррекции. Иммуноterapia: руководство для врачей / Р. И. Атауллаханов; под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова. – М., 2011.
2. Вирусная инфекция и аллергическая патология у детей / М. К. Ермакова [и др.] // Труды ИГМА: сб. статей. – Ижевск, 2014. – Том 52. – С. 73–74.
3. **Геппе, Н. А.** Бронхолитическая терапия синдрома бронхиальной обструкции у детей / Н. А. Геппе, Н. Г. Колосова, С. И. Шаталина // Вопросы практической педиатрии. – 2017. – Т. 12. – № 2. – С. 58–64.
4. **Ермакова, М. К.** Современные данные об этиологических факторах бронхиальной астмы у детей: обзор литературы / М. К. Ермакова // Труды ИГМА: сборник научн. статей. – Ижевск, 2010. – Том 48. – С. 97–98.
5. **Ермакова, М. К.** Значение вирусной инфекции при кожных и респираторных проявлениях аллергии у детей / М. К. Ермакова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов: м-лы межрегион конф., посвященной 75-летию кафедры дерматовенерологии и 65-летию Республиканского кожно-венерологического диспансера МЗ УР «Актуальные проблемы дерматовенерологии, иммунологии, педиатрии и косметологии», 6–7 октября 2011 года г. Ижевск. – Ижевск, 2011. – С. 26–27.
6. **Ермакова, М. К.** Вирусиндуцированный фенотип астмы у детей: анамнестические и клинические особенности / М. К. Ермакова // М-лы Междунар. науч.-практ. конф. «Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации», 28–29 сентября 2011 года г. Ижевск. – Ижевск, 2011. – С. 238–240.
7. **Ермакова, М. К.** Вирусная инфекция при дермореспираторном синдроме у детей / М. К. Ермакова // М-лы Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием, посвященной XX-летию Института педагогики, психологии и социальных технологий и 90-летию образования специализированного Дома ребенка г. Ижевска «Воспитание и Безопасность: социальные, педагогические, психологические и медицинские аспекты», 14–16 ноября 2012 г. – Ижевск, 2012. – Том. 2. – С. 21–23.
8. **Ершов, Ф. И.** Антивирусные препараты: справочник / Ф. И. Ершов. – 2-е изд. – М., 2006. – 368 с.
9. **Железникова, Г. Ф.** Острые респираторные вирусные инфекции / Г. Ф. Железникова, В. В. Иванова, Н. Е. Моныхова. – СПб.: Фолиант, 2007. – 253 с.
10. **Зайцев, А. А.** Лечение острых респираторных вирусных инфекций / А. А. Зайцев // Лечащий врач. – 2008. – № 8. – С. 42–45.
11. **Ключников, С. О.** Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие / С. О. Ключников. – М., 2009. – 36 с.
12. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 5-е изд., перераб. и доп. – М., 2017. – 159 с.
13. **Позднякова, М. Г.** Эпидемиология ОРВИ и возможность их профилактики / М. Г. Позднякова, С. Е. Шелехова, М. К. Ерофеева // РМЖ. – 2011. – № 23. – С. 1434–1435.
14. **Хаитов, Р. М.** Иммуномодуляторы: определение, классификация, механизмы действия и области клинического применения / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин; под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова // Иммуноterapia: руководство для врачей. – М., 2011.
15. **Харламова, Ф. С.** Грипп у детей: лечение и профилактика осложнений / Ф. С. Харламова // Лечащий врач. – 2007. – № 1. – С. 23–28.
16. **Яковлева, Т. В.** Инфекционные и паразитарные заболевания детей: социальные и демографические аспекты / Т. В. Яковлева // II Международный форум «Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: Российский опыт». – 2012. – Режим доступа: http://sites_default_files_attachment_1_день_Яковлева.
17. Cutting edge: Cd49d+neutrophils induce FcεpsilonRI expression on lung dendritic cells in a mouse model of postviral asthma / D. S. Cheung [et al.] // J. Immunol. – 2010. – 185. – 4983–7.
18. **Fleming, D. M.** Mortality in children from influenza and respiratory syncytial virus / D. M. Fleming, R. S. Pannell, K. W. Cross // J. Epidemiol. Community Health. – 2005. – 59. – 586–590.
19. **Stanton, N.** Reducing uncertainty in managing respiratory tract infections in primary care / N. Stanton, N. A. Francis, C. C. Butler // Brit. J. of Gen Pract. – 2010. – 60 (581). – S. 466–475.
20. Risk factors for chronic and recurrent otitis media: a metaanalysis / Y. Zhang [et al.] // PLoS One. – 2014. – 9 (1). – S. 86397.

УДК 617.54/.55-001-022.1.3

И. Н. Сушенцова, Э. П. Сорокин, Е. В. Шиляева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ И ЖИВОТА

Сушенцова Инна Николаевна – врач анестезиолог-реаниматолог; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел: 8 (912)744-79-94, e-mail: innasushencova@mail.ru; **Сорокин Эдуард Павлович** – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; **Шиляева Елена Викторовна** – врач анестезиолог-реаниматолог.

Проведен ретроспективный анализ 70 медицинских карт стационарных больных с сочетанными травмами груди и живота, полученными в результате дорожно-транспортных происшествий, за период с 2013 по 2016 г. Были определены частота развития нозокомиальных инфекционных осложнений и влияние на их возникновение возраста пациентов, наличия сопутствующей патологии дыхательной системы, тяжести травмы по шкале ISS, оперативных вмешательств.

Ключевые слова: сочетанная травма; нозокомиальные инфекционные осложнения; ISS

I. N. Sushentsova, E. P. Sorokin, E. V. Shilyaeva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Surgical Diseases With Course of Anesthesiology And Resuscitation

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR NOSOCOMIAL INFECTIOUS COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH COMBINED INJURIES OF CHEST AND ABDOMEN

Sushentsova Inna Nikolaevna – anesthesiologist, resuscitation specialist; 52 Promyshlennaya St., Izhevsk 426063, tel.: 8 (912)744-7994; e-mail: innasushencova@mail.ru; Sorokin Eduard Pavlovich – Candidate of Medical Sciences, associate professor; Shilyaeva Yelena Viktorovna – anesthesiologist, resuscitation specialist

We carried out a retrospective analysis of 70 medical records of inpatients with combined injuries of the chest and abdomen obtained after road accidents for the period 2013–2016. We determined the frequency of nosocomial infectious complications and how their development is influenced by patients' age, the presence of concomitant pathology of the respiratory system, injury severity according to ISS and surgeries.

Key words: combined injury; nosocomial infectious complications; ISS

В настоящее время травма является не только медицинской, но и серьезной социально-экономической проблемой наряду с болезнями системы кровообращения и новообразованиями [4,8]. Смертность среди населения в возрасте до 45 лет от травм во всем мире стоит на 1-м месте и является ведущей причиной потери потенциала трудоспособности [6]. Сочетанная травма – проблема, требующая специального внимания. Высокая распространенность, возрастающее число летальных исходов, рост больных, оставшихся глубокими инвалидами, значительные экономические затраты при оказании специализированной медицинской помощи характеризуют сочетанную травму XXI века [7].

Тактика ведения больных с тяжелой травмой в большинстве случаев предполагает проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), катетеризации мочевого пузыря, периферических и центральных вен [1,2,5]. Это объясняет важность изучения осложнений, возникающих при проведении данных манипуляций. Высокая частота нозокомиальных инфекций среди пациентов с тяжелой сочетанной травмой приводит к увеличению длительности и стоимости лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии и высокой летальности. Поэтому их предотвращение является одной из важнейших задач при лечении этой категории пациентов [4,5,6].

Цель исследования: анализ частоты и факторов, предрасполагающих к развитию нозокомиальных инфекционных осложнений у пациентов с сочетанными травмами груди и живота.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР». Проведен ретроспективный анализ 70 медицинских карт стационарных больных (форма 003/у) с сочетанными травмами груди и живота, полученными в результате дорожно-транспортных

происшествий (ДТП), за период с 2013 по 2016 г. методом сплошной выборки. Критериями исключения явились черепно-мозговые травмы, скелетные и другие повреждения, тяжесть которых превышала тяжесть травм груди или живота, возраст младше 18 лет и старше 70 лет, беременность.

Средний возраст пациентов составил $36,7 \pm 12,7$ года. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: 1-я – от 18 до 34 лет, 2-я – от 35 до 49 лет, 3-я – от 50 лет и старше. В 1-ю группу вошли 31 (44,3%) пациент, во 2-ю – 28 (40,0%), в 3-ю – 11 (15,7%). Среди пострадавших преобладали мужчины – 47 (67,1%) человек. В исследовании учитывалось наличие сопутствующей патологии дыхательной системы и оперативные вмешательства во время данной госпитализации.

Тяжесть травмы оценивалась по шкале ISS. Средняя тяжесть травмы у пациентов составила $16,4 \pm 7,5$ балла. Для оценки влияния тяжести травмы по шкале ISS на частоту развития нозокомиальных инфекционных осложнений все пациенты были разделены на 4 группы:

- 1) 1–9 баллов – повреждение легкой степени тяжести – 15 (21,4%) пациентов;
- 2) 10–15 баллов – повреждение средней степени тяжести – 22 (31,4%) пациента;
- 3) 16–24 балла – тяжелое повреждение – 26 (37,2%) пациентов;
- 4) более 24 баллов – крайне тяжелое повреждение – 7 (10,0%) пациентов.

При анализе полученных данных использованы следующие статистические методы: определение относительных и средних величин, определение коэффициента репрезентативности и достоверности разности относительных величин, также был использован онлайн-калькулятор расчета показателей вариационного ряда (на сайте www.medstatistic.ru).

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что

нозокомиальные инфекционные осложнения развились у 12 (17,0%) пациентов с сочетанной травмой груди и живота. К ним были отнесены нозокомиальные пневмонии – 7 (10,0%) случаев, сепсис – 3 (4,2%) случая, посткатетеризационные циститы – 2 (2,8%) случая.

Среди пострадавших в 1-й возрастной группе (от 18 до 34 лет) инфекционные осложнения были выявлены у 2 (6,5%) пациентов, во 2-й группе (возраст от 35 до 49 лет) – у 4 (14,3%) человек, в 3-й группе (возраст от 50 до 70 лет) – у 6 (54,5%) пациентов.

Сопутствующая патология дыхательной системы была выявлена в анамнезе у 8 (11,4%) человек (хроническая обструктивная болезнь легких – 6 (8,5%) пациентов, перенесенный туберкулез – 2 (2,9%) пациента). У 6 (75,0%) пациентов с данной соматической патологией развились нозокомиальные инфекционные осложнения.

Также был оценен еще один фактор риска развития инфекционных осложнений – оперативные вмешательства. Из 70 пациентов с сочетанной травмой груди и живота было прооперировано 58 (82,9%) пациентов. У 46 (79,3%) прооперированных пациентов в дальнейшем не развились инфекционные осложнения. Все больные, у которых в дальнейшем развились инфекционные осложнения, были прооперированы в первые сутки после поступления в стационар. У 10 (17,2%) пациентов были повторные операции, у 6 из них (60,0%) развились инфекционные осложнения. Таким образом, подвергшиеся повторным оперативным вмешательствам пациенты имели более высокий риск развития нозокомиальных инфекционных осложнений.

Следующим фактором риска в развитии нозокомиальных инфекционных осложнений, который был исследован в данной работе, явилась тяжесть полученной травмы по шкале *ISS*. У пациентов с легкими и повреждениями средней степени тяжести инфекционные осложнения не развились. Основная часть пациентов, у которых развились нозокомиальные инфекционные осложнения, относилась к группе с тяжелыми повреждениями – 10 (83,3%) пострадавших. Частота развития данных осложнений оказалась ниже у пациентов с крайне тяжелым повреждением. Это можно объяснить тем, что летальный исход у 4 (57,1%) пациентов, имеющих крайне тяжелые повреждения, наступил в течение первых трех суток после поступления в стационар, когда нозокомиальные инфекционные осложнения еще не успели развиться. В 2 (66,7%) случаях, когда летальный исход при

крайне тяжелых повреждениях наступил позднее трех суток стационарного лечения, нозокомиальные инфекционные осложнения развились.

Летальность среди пациентов, имевших сочетанные повреждения груди и живота вследствие ДТП, составила 8 (11,4%) пострадавших. Нозокомиальные инфекционные осложнения были выявлены у 4 (50,0%) погибших больных. Все случаи (4 (50,0%) пациента), когда инфекционные осложнения не развились, характеризовались летальным исходом в первые трое суток после поступления в стационар. 8 (66,7%) пациентов, у которых возникали инфекционные осложнения, после проведенного лечения с улучшением состояния были переведены в профильные отделения, после чего выписаны из стационара. Благоприятный исход отмечен в 54 (93,1%) случаях без инфекционных осложнений. Летальность выше у пациентов, имевших инфекционные осложнения – 4 (33,3%) случая.

Основная часть пациентов с сочетанной травмой груди и живота – это мужчины трудоспособного возраста. Это объясняется тем, что данная категория граждан наиболее часто попадает в дорожно-транспортные происшествия.

Возраст пациентов является значимым фактором риска в развитии нозокомиальных инфекционных осложнений. Резистентность входных ворот инфекции (дыхательные пути) при хронических заболеваниях дыхательной системы снижена, поэтому риск возникновения инфекционных осложнений значительно выше у пациентов, имеющих в анамнезе ХОБЛ, перенесенный туберкулез, чем у пациентов без патологии органов дыхания. Оперативные вмешательства и тяжесть полученной травмы также снижают способность организма противостоять инфекции, поэтому они являются важным фактором риска развития нозокомиальных инфекционных осложнений у пациентов с сочетанной травмой груди и живота.

В ходе исследования выявлено, что прогноз у пациентов, получивших сочетанную травму груди и живота, напрямую зависит от развития инфекционных осложнений, так как они зачастую сопровождаются развитием органной дисфункции, эндогенной интоксикации и дисфункции иммунной системы.

Выводы: 1) нозокомиальные инфекционные осложнения развиваются у 17,0% пациентов с сочетанной травмой груди и живота после ДТП.

2) к статистически значимым факторам риска развития инфекционных осложнений у пациен-

тов с сочетанными травмами груди и живота относятся возраст пациентов старше 50 лет, наличие легочной патологии в анамнезе, проведение оперативных вмешательств.

3) риск развития нозокомиальных инфекционных осложнений при сочетанных травмах груди и живота выше у пациентов с тяжестью повреждения более 16 баллов по шкале ISS.

4) при развитии нозокомиальных инфекционных осложнений у пациентов с сочетанными травмами груди и живота возрастает вероятность неблагоприятного прогноза.

Список литературы:

1. Багирова, Н.С. Инфекции, связанные с внутрисосудистыми устройствами: терминология, диагностика, профилактика и терапия / Н.С. Багирова // Злокачественные опухоли. – 2014. – № 3. – С. 164–171.

2. Вентилятор-ассоциированная пневмония: диагностика, профилактика, лечение (современное состояние вопроса) / Н.И. Егорова [и др.] // Общая реаниматология. – 2010. – № 1. – С. 79–88.

3. Инфекционные легочные осложнения в реанимации и интенсивной терапии у пострадавших с сочетанной травмой / М.Ш. Хубутия [и др.] // Общая реаниматология. – 2011. – № 4. – С. 24–27.

4. Инфекционные осложнения у пострадавших с поли-травмой / И.М. Самохвалов [и др.] // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2012. – № 1. – С. 98–99.

5. Киреев, С.С. Интенсивная терапия внутрибольничной инфекции в отделении реанимации и интенсивной терапии / С.С. Киреев, Л.В. Матвеевкова // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 4. – С. 92–97.

6. Критерии высокого риска развития инфекционных легочных осложнений при тяжелой сочетанной травме / А.К. Шабанов [и др.] // Общая реаниматология. – 2015. – № 2. – С. 16–20.

7. Максимов, А.В. Анализ дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой / А.В. Максимов // Судебная медицина. – 2015. – № 1. – С. 19–20.

8. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

9. Чучалин, А.Г. Нозокомиальная пневмония у взрослых (национальные рекомендации) / А.Г. Чучалин, Б.Р. Гельфанд // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2009. – № 2. – С. 100–142.

УДК 616.28-001:355.01:613.644

Д. В. Чуркин¹, О. С. Антропова², Д. О. Ластков³, О. Н. Долгошапка

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкая Народная Республика

¹Кафедра военной медицины и медицины катастроф

²Кафедра судебной медицины

³Кафедра гигиены и экологии

ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ ОРГАНА СЛУХА У ГРАЖДАН, РАНЕЕ РАБОТАВШИХ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА

Чуркин Дмитрий Владимирович – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 283003, г. Донецк, ул. Полоцкая, д.1, тел.: +380713053899, e-mail: dmihur@mail.ru; Антропова Оксана Сергеевна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Ластков Дмитрий Олегович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Долгошапка Ольга Николаевна – проректор по лечебной работе доктор медицинских наук, профессор

Предшествующий профессиональный маршрут определяет тип тугоухости и тяжесть поражения звуковоспринимающего аппарата у лиц, принимавших участие в боевых действиях в составе нерегулярных воинских формирований. Неотъемлемо динамическое диспансерное наблюдение таких граждан, своевременный перевод на другие профессии.

Ключевые слова: военная травма; ополчение; производственный шум; тугоухость; диспансерное наблюдение

D. V. Churkin¹, O. S. Antropova², D. O. Lastkov³, O. N. Dolgoshapko

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk People's Republic

¹Department of Military and Disaster Medicine

²Department of Forensic Medicine

³Department of Hygiene and Ecology

PECULIARITIES OF MILITARY INJURY OF THE ORGAN OF HEARING IN THE CITIZENS WHO WERE PREVIOUSLY EXPOSED TO OCCUPATIONAL NOISE

Churkin Dmitry Vladimirovich – Candidate of Medical Sciences, lecturer; 1 Polotskaya St., Donetsk 283003; tel.: +380713053899, e-mail: dmihur@mail.ru; Antropova Oksana Sergeevna – Candidate of Medical Sciences, associate professor; Lastkov Dmitry Olegovich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; Dolgoshapko Olga Nikolaevna – Doctor of Medical Sciences, professor, vice-rector for medical work

Previous occupational history determines the type of hearing loss and the severity of the damage to the sound perceiving apparatus in people who participated in hostilities in irregular military formations. Dynamic supervision of such citizens and their timely transfer to other positions are necessary.

Key words: military injury; militia; occupational noise; hearing loss; regular medical check-ups

Военная травма органа слуха клинически разделяется на акутравму, баротравму и сочетанное поражение органа слуха. Акутравма

возникает у участников боевых действий при отсутствии либо недостаточной эффективности средств индивидуальной защиты органа слуха.

Поражение развивается в результате воздействия высокочастотных высокоамплитудных импульсных шумов, связанных с боевым применением стрелкового оружия и артиллерийских систем.

Баротравма развивается в результате механического воздействия избыточного давления во фронте ударной волны, возникающей, как правило, при разрыве артиллерийских боеприпасов.

В 58–72% случаев поражение органа слуха бывает смешанным и сочетается с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) [2].

Исход травмы органа слуха определяется глубиной и тяжестью первичного поражения, сроками оказания и объемом квалифицированной и специализированной врачебной помощи.

В ходе военного конфликта в Донбассе в 2014–2015 гг. в отрядах Народного Ополчения Донецкой Народной Республики доля лиц в возрасте 35–39 лет, ранее работавших в условиях производственного шума, достигала 40% [4]. Стаж работ свыше 10 лет в шумных производственных условиях может привести к формированию ранних форм сенсоневральной тугоухости (СНТ) и снижению уровня слуха на частотах 2,0 кГц и 4,0 кГц [3]. Снижение слуха на частоте 2,0 кГц может быть выявлено при периодических профилактических медицинских осмотрах, раннее снижение слуха на более высоких частотах обычно остается нераспознанным.

Смешанная акутравма и баротравма могут привести к выраженному снижению слуха на частотах 2,0 кГц и 4,0 кГц, что связано с частотным диапазоном шумов, возникающих от применения стрелкового оружия и артиллерийских систем [5]. В исходе таких поражений может развиваться хроническая прогрессирующая СНТ. При отсутствии необходимого лечения и последующей реабилитации такие пострадавшие могут оказаться непригодными по основной гражданской специальности.

Цель исследования: определить особенности военной травмы (сочетанной акутравмы и баротравмы) органа слуха у граждан, ранее работавших в условиях производственного шума.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на базе Первого военного госпиталя Донецкой Народной Республики (ПВГ ДНР) (начальник медицинской службы О. Н. Долгошапко) с июля 2014 по декабрь 2015 г.

В основную группу 1 включили 30 участников Народного Ополчения ДНР (НО ДНР) в воз-

расте 35–39 лет, ранее работавших в условиях производственного шума не менее 10 лет.

В основную группу 2 включили 30 участников НО ДНР в возрасте 35–39 лет, со стажем работ в условиях перепада температур на рабочем месте.

В контрольную группу включили 20 участников НО ДНР в возрасте 35–39 лет, ранее работавших в шумных производственных условиях, которые находились на лечении в ПВГ в связи с общесоматическими заболеваниями.

Характеристики лиц основных и контрольной групп представлены в табл. 1.

Все исследуемые при поступлении в приемно-сортировочное отделение ПВГ (заведующий отделением Д. В. Чуркин) осматривались неврологом и оториноларингологом – выполнялась отоскопия, проба Вальсальвы, оценка проходности слуховых труб по Политцеру. Повторно обследование у оториноларинголога проводилось спустя 6 месяцев после выписки из ПВГ. Также при выписке и спустя 6 месяцев выполняли пороговую тональную аудиометрию на частотах 0,5 кГц, 1,0 кГц, 2,0 кГц, 4,0 кГц. Все исследования выполнялись согласно принятым методикам.

Лечение в ОГ1 и ОГ2 проводили согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Состояние слуха до поступления в НО ДНР оценивали по результатам профилактических осмотров за 2013–2014 гг., которые проводились согласно Приказу № 246 и Приказу № 736 Министерства здравоохранения Украины (осмотр оториноларинголога во всех группах, тональная пороговая аудиометрия на частотах 0,5 кГц, 1,0 кГц, 2,0 кГц в ОГ1 и КГ, акуметрия в ОГ2).

Статистическую обработку данных после установления нормальности распределения проводили с использованием параметрических критериев, статистическую достоверность различий средних величин оценивали при помощи *t*-критерия Стьюдента.

Таблица 1. Характеристики лиц основных и контрольной групп

Исследуемый показатель, <i>M+m</i>	Исследуемые группы		
	ОГ1	ОГ2	КГ
Возраст, лет	37,3+1,4	36,4+0,9	38,1+1,2
Стаж общий, лет	16,6+1,6	14,8+1,3	17,5+1,3
Стаж во вредных условиях, лет	13,8+1,2	12,6+1,1	14,3+1,2
Индекс массы тела	23,9+0,9	24,4+0,9	24,1+0,9

Примечания – ОГ1 – основная группа 1, ОГ2 – основная группа 2, КГ – контрольная группа.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке результатов профилактического осмотра в 2013–2014 гг. у исследуемых всех групп отсутствовала неврологическая патология, а также патология звукопроводящего аппарата. Данные аудиометрии в ОГ1 и КГ за 2013–2014 гг. и акуметрии в ОГ2 указывают на отсутствие нарушений функции звуковоспринимающего аппарата.

У поступивших в ПВГ лиц ОГ1 и ОГ2 при обследовании невролога и оториноларинголога диагностирована сочетанная черепно-мозговая травма (ЧМТ) с поражением звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата.

Тяжесть ЧМТ была оценена как среднетяжелая у всех обратившихся. Структура поражения органа слуха в ОГ1 и ОГ2 при поступлении в ПВГ ДНР представлена в таблице 2.

Более высокая доля распространенности острой СНТ в ОГ1 может быть связана с предшествующим опытом работ в условиях производственного шума, при этом суммарная доля поражений, сопровождающихся нарушением слуха, соотносима в обеих группах.

Исходы лечения поражений звукопроводящего аппарата в ОГ1 и ОГ2 по результатам осмотра оториноларинголога представлены в таблице 3.

Суммарная доля перфоративных форм исходов совпадает в обеих группах, что объясняется общностью механизмов поражения и подходов к лечению пострадавших. Большая распространенность дисфункции слуховой трубы в исходе лечения в ОГ2 может быть связана с условиями предшествующего труда, способствовавшего развитию ранних форм воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. Структура тугоухости в ОГ1 и ОГ2 спустя 6 месяцев после выписки из ПВГ ДНР представлена в таблице 4.

Таблица 2. Структура поражения органа слуха при поступлении в ПВГ ДНР

Клиническая форма	Группы исследуемых (%)	
	ОГ1	ОГ2
Посттравматический тубоотит	6,7	10,0
Острый перфоративный отит изолированный	10,0	16,7
Острый перфоративный отит с тугоухостью	50,0	50,0
Острая сенсоневральная тугоухость изолированная	33,3	23,3
ВСЕГО	100,0	100,0

Таблица 3. Исходы лечения поражения органов слуха

Исход лечения		Группы исследуемых (%)	
		ОГ1	ОГ2
Заживление барабанной перепонки	С нормальной функцией слуховой трубы	56,1	59,4
	С дисфункцией слуховой трубы	16,5	13,2
Перфорация барабанной перепонки	С нормальной функцией слуховой трубы	13,2	16,5
	С дисфункцией слуховой трубы	14,2	10,9
ВСЕГО		100,0	100,0

Таблица 4. Структура тугоухости спустя 6 мес. после выписки в ОГ1 и ОГ2

Форма тугоухости	Группы исследуемых (%)	
	ОГ1	ОГ2
С поражением звукопроводящего аппарата	16,7	62,5
С поражением звуковоспринимающего аппарата	66,6	25,0
Смешанная форма	16,7	12,5
ВСЕГО	100,0	100,0

Преобладание кондуктивной и смешанной форм тугоухости в ОГ2 позволяет прогнозировать возможность восстановления слуха после хирургического лечения либо комплекса реабилитационных мероприятий.

В ОГ1 дальнейшая тактика будет связана с повторными курсами антинеуритической терапии.

Различия в структуре тугоухости связаны с различными вредными факторами предшествующего труда, создающими предпосылки для поддержания и развития патологического состояния.

Уровни слуха по воздуху и по кости при выписке и через 6 месяцев в ОГ1, ОГ2 и КГ приведены в таблице 5. Ухо, в котором снижение слуха выражено больше, обозначили как ухо 1, второе ухо обозначили как ухо 2.

Различия на частоте 2,0 и 4,0 кГц с первичным показателем в более пораженном ухе в КГ при отсутствии костно-воздушного разрыва указывают на формирование ранних форм снижения слуха по типу звуковосприятия, связанных с участием в боевых действиях и применением стрелкового оружия и артиллерийских систем.

Асимметричность поражения органа слуха в ОГ2 определяется различным механизмом развития травмы и различными исходами заболевания.

Таблица 5. Уровни снижения слуха в ОГ1, ОГ2 и КГ при выписке и через 6 месяцев

Группа	Ухо	Частота, кГц	Уровни слуха, – дБ, М+т			
			При выписке из ПВГ ДНР		Через 6 месяцев после выписки	
			Воздух	Кость	Воздух	Кость
ОГ1	УХО 1	0,5	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		1,0	9,5+1,0	9,5+1,0	9,5+1,0	9,5+1,0
		2,0	34,5+2,5 К	30,0+2,5 К2	25,5+2,0*К	22,5+1,5*К
		4,0	42,5+2,5 К	35,5+2,5 К	30,0+2,0*К	25,5+2,0*К
	УХО 2	0,5	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		1,0	9,5+1,0	9,5+1,0	9,5+1,0	9,5+1,0
		2,0	32,5+2,5 К	25,5+2,0 К	20,0+2,0*К	15,5+1,5*КУ
		4,0	32,5+2,5 КУ	25,5+2,0 КУ	20,5+2,0*КУ	15,5+1,5*КУ
ОГ2	УХО 1	0,5	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		1,0	18,5+2,0 К	10,5+2,0 В	12,5+1,0*К	10,5+1,0
		2,0	32,5+2,5 К	20,5+2,0 КВ	23,0+2,0*К	15,0+2,0*В
		4,0	42,5+2,5 К	31,5+2,0 КВ	29,0+2,0*К	20,0+2,0*ВК
	УХО 2	0,5	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		1,0	12,5+2,0 К	9,5+2,0	12,5+2,0	9,5+2,0
		2,0	24,5+2,0 К	20,0+2,0	19,5+2,0 К	15,0+2,0
		4,0	30,0+2,0 КУ	25,0+2,0 К	22,5+2,0*К	16,0+1,5*
КГ	УХО 1	0,5	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		2,0	6,5+1,0	6,5+1,0	9,5+1,0*	9,5+1,0*
		4,0	9,5+1,0	9,5+1,0	12,5+1,0*	12,5+1,0*
	УХО 2	0,5	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0	6,5+1,0
		2,0	9,5+1,0	9,5+1,0	11,5+1,0	11,5+1,0
		4,0	9,5+1,0	9,5+1,0	11,5+1,0	11,5+1,0

Примечания: * – различия значимы с показателем, определенным первично, К – различия значимы с КГ, У – различия значимы с ухом 1, В – различия значимы с показателем, определенным по воздуху, 2 – различия значимы с группой ОГ2, значимость различий $p < 0,05$.

В более пораженном ухе снижение слуха на частотах 2,0 кГц и 4,0 кГц, сопровождающееся костно-воздушным разрывом, указывает на формирование тугоухости смешанного типа с наличием перфорации барабанной перепонки. В менее пораженном ухе сохраняющиеся изменения с первичным показателем на частоте 2,0 кГц указывают на дисфункцию слуховой трубы, возможно с наличием трансудата в барабанной полости, что подтверждается отсутствием костно-воздушного разрыва на частотах 2,0 кГц и 4,0 кГц. Разрешение процесса возможно путем пластики барабанной перепонки в более пострадавшем ухе, восстановлением функции слуховой трубы, при необходимости дренирования барабанной полости в менее пострадавшем ухе.

Резко выраженная асимметрия поражения в ОГ1 с отсутствием костно-воздушного разрыва указывает на формирование хронической посттравматической СНТ 1 степени на более пораженном ухе. Отсутствие значимых различий между уровнями слуха по воздуху и по кости могут указывать на более глубокое по сравне-

нию с ОГ 2 поражение звуковоспринимающего аппарата, связанное с предшествующим трудом в условиях производственного шума, что подтверждается различиями с ОГ2 по кости на частоте 2,0 кГц. С предшествующим профессиональным маршрутом также может быть связано раннее прогрессирование процесса с формированием клинической формы хронического поражения звуковоспринимающего аппарата.

Выводы. 1. Шум, связанный с использованием стрелкового оружия и артиллерийских систем у лиц, ранее работавших в условиях производственного шума, способствует формированию ранних форм сенсоневральной тугоухости.

2. Диагностика ранних форм СНТ на ранних этапах затруднена, поскольку требуется определение уровня слуха на частоте 4,0 кГц.

3. В исходе смешанной травмы органа слуха у лиц, ранее работавших в условиях неблагоприятного температурного режима, формируется патология звукопроводящего аппарата с развитием тугоухости по кондуктивному или смешанному типу, что может быть скорректировано хирургическим методом.

4. В исходе смешанной травмы органа слуха у лиц, ранее работавших в условиях производственного шума, формируется хроническая сенсоневральная тугоухость перцептивного типа.

5. Формирование хронической сенсоневральной тугоухости перцептивного типа требует проведения курсов антиневритической терапии, при глубоком поражении слухопротезирования.

Список литературы:

1. **Аманбеков, У.А.** Влияние экопроизводственных факторов на орган слуха / У.А. Аманбеков, О.А. Газазова // Гигиена труда и медицинская экология. – 2015. – № 2. – С. 3–17.

2. **Ведерникова, Н.П.** Анализ нейросенсорной тугоухости, выявленной при медицинском освидетельствовании сотрудников ГУВД по Иркутской области / Н.П. Ведерникова, И.Н. Козлов // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России. – 2010. – № 3. – С. 99–106.

3. **Илькаева, Е.Н.** Оценка вероятности формирования профессиональных нарушений органа слуха у работников, подвергающихся воздействию производственного шума / Е.Н. Илькаева, А.Д. Волгарева, Э.Р. Шайхлисламова // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 9. – С. 27–30.

4. **Чуркин, Д.В.** Особенности диспансеризации военнослужащих с учетом предшествующего профессионального маршрута / Д.В. Чуркин, Е.В. Цыганков, Д.О. Ластков // Система медицинского обеспечения в локальных войнах: в 2 т.: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием/ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д.: РостГМУ, 2016. – Т 2. – С. 271–273.

5. **Чуркин, Д.В.** Особенности проведения профилактических медицинских осмотров у военнослужащих со стажем предшествующего труда во вредных производственных условиях / Д.В. Чуркин, О.С. Антропова, Д.О. Ластков // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – № 2. – С. 84–87.

УДК 618.14-002-079.4

Т. А. Кравчук¹, В. Я. Наумова¹, Е. М. Виноходова², В. А. Куликов², Н. А. Балдыкова²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра акушерства и гинекологии

²БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск
Гинекологическое отделение

ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Кравчук Татьяна Аркадьевна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел. 8 (912)749-41-13, e-mail: rector@igma.udm.ru; **Наумова Валентина Яковлевна** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Виноходова Елена Михайловна** – заведующий гинекологическим отделением кандидат медицинских наук; **Куликов Владимир Анатольевич** – врач акушер-гинеколог; **Балдыкова Наталья Аркадьевна** – врач акушер-гинеколог

При ретроспективном исследовании медицинской документации изучена частота аденомиоза, ассоциирование его с другими заболеваниями. Выявлено преобладание аденомиоза (48,5%) в структуре генитального эндометриоза, частые ассоциации с миомой матки 82,8%, гиперплазией эндометрия 59,5%.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз; структура; ассоциации; хирургическое лечение

T. A. Kravchuk¹, V. Ya. Naumova¹, E. M. Vinokhodova², V. A. Kulikov², N. A. Baldykova²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Obstetrics and Gynecology

²Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk
Gynecological Department

DIAGNOSIS OF GENITAL ENDOMETRIOSIS

Kravchuk Tatyana Arkadyevna – Candidate of Medical Sciences, associate professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel. 8 (912)749-41-13, e-mail: rector@igma.udm.ru; **Naumova Valentina Yakovlevna** – Candidate of Medical Sciences, lecturer; **Vinokhodova Elena Mikhailovna** – Candidate of Medical Sciences, head of the Gynecological Department; **Kulikov Vladimir Anatolievich** – obstetrician-gynecologist; **Baldykova Natalia Arkadyevna** – obstetrician-gynecologist

A retrospective study of the frequency of adenomyosis and its association with other diseases was carried out. A thorough examination of 335 patients revealed the leading position of adenomyosis (48,5%) in the structure of genital endometriosis, its frequent association with uterine myoma (82,8%) and endometrial hyperplasia (59,5%).

Key words: genital endometriosis; structure, associations; surgical treatment

Эндометриоз признан одним из самых частых заболеваний среди женщин репродуктивного возраста. Его доля в структуре гинекологической патологии составляет не менее 50%. Являясь подобием элементов эндометрия, эндометриоз относится к дисгормональным гиперпластическим процессам, однако зачастую приобретает черты, сходные с распространением раковой

опухоли. Поздняя диагностика и запущенные формы заболевания приводят к калечащим радикальным операциям, становятся причиной тяжелых нарушений репродуктивного здоровья женщины, сложных медицинских и социальных проблем. В то же время диагностика эндометриоза представляет определенные трудности. Клиника отличается большим разнообразием

симптомов, поэтому значительная доля случаев эндометриоза остается неучтенной в обыденной статистике [1–4]. Это обстоятельство послужило поводом для настоящего исследования

Цель исследования: определить частоту аденомиоза среди гинекологической патологии и изучить ассоциированные с ним заболевания у женщин Удмуртской Республики.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы 3116 карт стационарного больного в гинекологическом отделении Первой Республиканской клинической больницы Удмуртской Республики (1 РКБ) в период с 2016 по 2017 г., в том числе 335 пациентов с диагнозом аденомиоз. Всем больным выполнено хирургическое лечение. Большая часть пациенток (64,7±2,6%) подвергнута лапаротомной гистерэктомии, другим (35,3±2,6%) проведена эндоскопическая операция. Возраст больных составил 41,5±2,5 года. Длительность клинических проявлений составила в среднем 8,6±0,4 года с колебаниями от 1 года до 15 лет. В группе больных с гистерэктомией, имевших средний возраст 46,2±2,2 года, особенностями репродуктивного анамнеза явились большое число аборт, длительное использование внутриматочного контрацептива, необоснованные внутриматочные манипуляции (диагностические выскабливания в первой фазе цикла, внутриматочные инстиляции). Соматический анамнез в большинстве наблюдений был отягощен эндокринопатиями, патологией гепатобилиарной системы. Среди жалоб преобладали меноррагии с анемизацией, тазовые боли циклического характера. В группе пациентов, подвергнутых эндоскопическим операциям, средний возраст которых составил 31,2±1,4 года, единственной жалобой у 36 (15,9±1,9%) явилось бесплодие – первичное или вторичное.

В дополнение к ретроспективному анализу архивного материала (карты стационарных больных, протоколы лапаротомных и эндоскопических операций) использовались клиничко-анамнестические, морфологические, ультразвуковые, рентгенологические и гормональные методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота аденомиоза среди 3116 гинекологических пациенток составила 11,6%. В структуре генитального эндометриоза, выявленного у 717 пациенток (23,1±2,3%), аденомиоз составил 48,5±2,7%, в ряде случаев скрываясь под маской миомы матки (82,8±2,1%) или оставаясь бессимптомным у пациенток с бесплодием (13,9±2,1%). В 5 случаях эндометриоз скрывался под масками колоректального рака, рака легкого, полипозного холецистита [4,5].

Следует отметить большую частоту ассоциированных с аденомиозом заболеваний: в 82,8%, как указывалось выше, обнаружено сочетание внутреннего эндометриоза с миомой матки, а также с воспалительными заболеваниями гениталий, в 59,2±2,7% аденомиозу сопутствовали гиперпластические процессы эндометрия, а сочетание с наружными и экстрагенитальными формами эндометриоза отмечено в 13,9±2,1% случаев, мастопатии в 49,2±2,6% случаев.

Вывод. Следует отметить преобладание аденомиоза в структуре генитального эндометриоза (48,5±2,7%), а также высокую частоту генитального эндометриоза (23,1±2,3%) и аденомиоза (11,6±1,7%) среди общей гинекологической заболеваемости. Полученные результаты свидетельствуют об актуальности проблемы и требуют разработки алгоритма обследования на догоспитальном этапе, что позволит повысить результативность ранней диагностики аденомиоза и сохранить репродуктивное здоровье женщин.

Список литературы:

1. Адамян, Л.В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация / Л.В. Адамян // Клинические рекомендации по ведению больных. – Москва, 2016–338 с.
2. Кулаков, В.И. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции: практическое руководство / В.И. Кулаков, А.С. Гаспаров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 798 с.
3. Mauricio, S. Consideracion in managing endometriosis / S. Mauricio // Jornal of Endometriosis. – 2012. – Vol. 205.
4. Levakhov, S.A.L. Features endometriosis associated cancers / S.A. Levakhov, A.G. Kedrova // Jornal of Endometriosis. – 2012. – Vol. 205.
5. Sony Sukhbir Singh A stepwise approach to the management of endometriosis associated pain / Sony Sukhbir Singh // Jornal of Endometriosis. – 2012. – Vol. 205.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В международном журнале «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» публикуются статьи по актуальным вопросам организации здравоохранения, общественного здоровья, демографии и экологии финно-угорских народов, рассматривается широкий спектр проблем клинической медицины.

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

1. В редакцию необходимо направлять бумажный вариант (2 экземпляра) и электронную версию на диске или по адресу электронной почты – hde_fu_journal@mail.ru.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа через 1,5 интервала, поля текста: верхнее и нижнее – по 2 см, правое – 1 см, левое – 3 см. Шрифт *Times New Roman* 14. Рекомендуемый объем оригинального исследования – 5 страниц (до 9 000 символов), объем передовых и обзорных статей – до 10 страниц (до 18000 символов).

3. В начале первой страницы указывают на русском и английском языках: полужирным прописным начертанием – название статьи, под названием – инициалы и фамилии авторов (курсивное начертание), научные звания, должности и место работы авторов, а также адрес электронной почты каждого автора, корреспондентский почтовый адрес и телефон основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее через 2 интервала, с абзацного отступа (1 см), – текст статьи.

4. Статья должна быть подписана всеми авторами и сопровождаться направлением от учреждения, в котором выполнена работа.

5. Структура статьи включает: краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи; цель настоящего исследования; материалы и методы; результаты работы и их обсуждение; выводы; список использованной литературы в конце статьи.

6. Статья может быть опубликована на русском или английском языке. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Ключевые слова или сло-

восочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: порядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка может быть представлена в форматах *Corel Draw 10–13; Adobe Illustrator 9–11*.

8. Таблицы (печатаются кеглем 10) должны быть пронумерованы, иметь заголовки и четко обозначенные графы, содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы.

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation 3.0; Math Type 4.0*.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи приводят цифрами в квадратных скобках в соответствии с указанным списком литературы, составленным в алфавитном порядке.

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1.-2003 и должен составлять не менее 6–8 источников. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

12. В конце статьи указываются фамилия, имя, отчество, занимаемая должность автора, его почтовый и электронный адрес, телефон.

13. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ.

14. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

Электронная почта: hde_fu_journal@mail.ru

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.

The article should be presented according to the rules:

1. *The article should be submitted by the author in a set of two printed copies. Electronic variant of the article can be sent on e-mail address: hde_fu_journal@mail.ru or presented on a disk.*

2. *The article should be printed on one side of a sheet by Times New Roman 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3-5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).*

3. *The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.*

4. *The article must be signed by all authors and be submitted with the permission for publication given by the Head of organization where the work is done.*

5. *The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.*

6. *Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.*

7. *Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.*

8. *Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.*

9. *Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.*

10. *The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 –2003. The author is responsible for data adequacy.*

11. *The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.*

12. *In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.*

13. *Rejected articles are not given back to the authors.*

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru.