



НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК
ОМСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

Том 3
Выпуск 2 (10)

**Омский государственный
медицинский университет**

**«Научный вестник Омского
государственного медицинского
университета»** - научно-

практический рецензируемый
медицинский журнал.

Сетевое издание.

Выходит 4 раза в год.

Основан в 2020 году.

Адрес редакции:

644099, Омская область,

г. Омск, ул. Ленина, 12, каб. 237

med@omgtu.ru

+7 (3812) 21-11-30

Зав. редакцией: Н.А. Николаев

Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.science-med.ru Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя.

Компьютерный набор и верстка:

К.А. Андреев

Литературный редактор:

И.Л. Шарапова

ISSN (Online) 2782-3024

Свидетельство о регистрации

СМИ ЭЛ № ФС 77 - 79095

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Н.А. НИКОЛАЕВ, д.м.н., доц.(Омск)

Редакционный совет

М.А. ЛИВЗАН, член-корр. РАН, д.м.н. (Омск) – председатель

О.В. КОРПАЧЕВА, д.м.н., доц. (Омск) – зам. председателя

Д.С. БОРДИН, д.м.н., проф. (Москва)

В.Д. ВАГНЕР, д.м.н., проф. (Москва)

О.М. ДРАПКИНА, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

В.П. КОНЕВ, д.м.н., проф. (Омск)

А.В. КОНОНОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Т. ЛЮКЕ, проф. (Бохум, Германия)

И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

А.И. МАРТЫНОВ, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

Г.И. НЕЧАЕВА, д.м.н., профессор (Омск)

О.Б. ОСПАНОВ, д.м.н., проф. (Астана)

Т. ШЕФЕР, проф. (Бохум, Германия)

Научные редакторы

Клиническая медицина: С.В. БАРИНОВ д.м.н., проф. (Омск), Г.И. НЕЧАЕВА, д.м.н., проф. (Омск), Е.Б. ПАВЛИНОВА, д.м.н., доц. (Омск)

Фундаментальная медицина: О.В. КОРПАЧЕВА, д.м.н., доц. (Омск)

Фармация и фармакология: Е.А. ЛУКША, к.фарм.н., доц. (Омск)

Микробиология: Н.В. РУДАКОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Науки о здоровье и профилактическая медицина: В.Л. СТАСЕНКО, д.м.н., проф. (Омск)

Медицинская и биологическая статистика: Д.В. ТУРЧАНИНОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Философские, гуманитарные и социальные науки: Л.А. МАКСМЕНКО, д.фил.н., доц. (Омск)

Работы молодых ученых и студентов: Т.П. ХРАМЫХ, д.м.н., доц. (Омск)

Члены редколлегии

Баринов С.В. (Омск), д.м.н., проф., Кравченко Е.Н. (Омск), д.м.н., проф., Савельева И.В. (Омск), д.м.н., доц., Викторова И.А. (Омск), д.м.н., проф., Друк И.В., (Омск) д.м.н., доц., Кореннова О.Ю. (Омск), д.м.н., проф., Морова Н.А. (Омск), д.м.н., проф., Овсянников Н.В. (Омск), д.м.н., доц., Гудинова Ж.В. (Омск), д.м.н., проф., Никитин Ю.Б. (Омск), к.ф.м.н., доц., Пасечник О.А. (Омск), д.м.н., доц., Плотникова О.В. (Омск), д.м.н., доц., Турчанинов Д.В. (Омск), д.м.н., проф., Ашвиц И.В. (Омск), д.м.н., доц., Говорова Н.В. (Омск), д.м.н., проф., Мордык А.В. (Омск), д.м.н., проф., Пузырева Л.В. (Омск), к.м.н., Рудаков Н.В. (Омск), д.м.н., проф., Стасенко В.Л. (Омск), д.м.н., проф., Ахмедов В.А.(Омск), д.м.н., проф., Шредер А.Ю. (Омск), к.п.н., доц., Акулинин В.А. (Омск), д.м.н., доц., Московский С.Н. (Омск), к.м.н., доц., Путалова И.Н. (Омск), д.м.н., проф., Русаков В.В. (Омск), д.м.н., доц., Храмых Т.П. (Омск), д.м.н., доц., Вьюшков Д.М. (Омск), к.м.н., Игнатъев Ю.Т. (Омск), д.м.н., проф., Хомутова Е.Ю. (Омск), д.м.н., доц., Кротов Ю.А. (Омск), д.м.н., проф., Ларькин В.И., (Омск), д.м.н., проф., Лебедев О.И. (Омск), д.м.н., проф., Антонов О.А. (Омск), д.м.н., доц., Белан Ю.Б. (Омск), д.м.н., проф., Павлинова Е.Б. (Омск), д.м.н., проф., Пискавков А.В. (Омск), д.м.н., проф., Котенко Е.Н. (Омск), к.п.н., доц., Максименко Л.А. (Омск), д.ф.н., доц., Мусохранова М.Б. (Омск), д.ф.н., к.п.н., доц., Усов Г.М. (Омск), д.м.н., доц., Григорович Э.Ш. (Омск), д.м.н., доц., Ломиашвили Л.М. (Омск), д.м.н., проф., Скрипкина Г.И. (Омск), д.м.н., доц., Стафеев А.А. (Омск), д.м.н., проф., Сулимов А.Ф. (Омск), д.м.н., проф., Худорошков Ю.Г. (Омск), к.м.н., доц., Василевская Е.С. (Омск), к.м.н., доц., Ефременко Е.С. (Омск), д.м.н., доц., Индутный А.В. (Омск), д.м.н., доц., Лукша Е.А. (Омск), к.ф.н., доц., Орлянская Т.Я. (Омск), д.б.н., доц., Степанова И.П. (Омск), д.б.н., проф., Фоминых С.Г. (Омск), д.м.н., доц., Деговцов Е.Н. (Омск), д.м.н., доц., Дзюба Г.Г. (Омск), д.м.н., доц., Новиков Ю.А. (Омск) д.м.н., доц., Полуэктов В.Л. (Омск), д.м.н., проф., Цуканов А.Ю. (Омск), д.м.н., проф., Черненко С.В. (Омск) к.м.н., доц.

Оглавление

Павлинова Е.Б., Липперт В.Н., Дакуко А.Н. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ: ПОИСК ВЗАИМОСВЯЗИ И КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ.....	2
Сафиулина Т.А., Морова Н.А., Бикбавова Г.Р. РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.....	10
Анпилова Н.Г., Гетман Н.А., Котенко Е.Н., Леонов И.В., Пасечник О.А., Бурашникова И.П. ФОРМИРОВАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ И МАГИСТРАНТОВ - УЧАСТНИКОВ ОЛИМПИАДЫ «ШКОЛА ЛИДЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»	21
Иванова Н.А., Бурашникова И.П. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК СПОСОБ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ.....	30
Падолько А. А. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБЛУЖИВАНИЯ И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРОЖИВАЮЩИХ	34
Маркитович Н.Б. АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБЛУЖИВАНИЯ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	43
Краткие сообщения магистрантов	
Кирсанов А.С., Сабаев А.В. ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	49
Шишкин А.В., Пасечник О.А. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ПРОКОПЬЕВСКИЙ»	51
Мусаинова Д.К., Пасечник О.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	53
Рыбьякова В.Н., Голева О.П. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. ОМСКА.....	55
Амельченко М.Н. ПРОЕКТИРОВАНИЕ ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ АСОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗА ЛЮДЕЙ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ.....	58
Кнаспер С.А., Голева О.П. ОРГАНИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	63
Шипилова Е.В., Бурашникова И.П. ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ИДЕИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА.....	64
Вирченко О.А., Тасова З.Б. ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	67
Штейнборн И.Г. ¹ , Пасечник О.А. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ	70

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ: ПОИСК ВЗАИМОСВЯЗИ И КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Павлинова Е.Б.¹, Липперт В.Н.¹, Дакуко А.Н.¹.

¹—федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-2-9

Автор, ответственный за переписку:

Липперт Владимир Николаевич, ординатор 2 года кафедры госпитальной педиатрии с курсом ДПО ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12, vladimir_lippert@mail.ru

Артериальная гипертензия является распространенной проблемой в педиатрии, требующей пристального внимания со стороны педиатров и детских кардиологов. Научные открытия, описывающие молекулярно-генетические взаимодействия при прогрессировании болезни, к сожалению, не всегда помогают практикующим врачам и пациентам достигнуть контроля над заболеванием в полной мере. Анатомо-физиологические особенности детского периода вынуждают исследователей искать новые опорные точки, способные помочь клиницистам в выборе эффективной терапии. За последние годы врачи и психологи отмечают неуклонный рост тревожных расстройств в детском и подростковом возрасте. Примерно у 32% подростков имеются симптомы тревоги, которые в большинстве случаев игнорируются и не корректируются. В будущем у таких пациентов значительно повышаются риски развития не только психических отклонений, но и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Оценка психоэмоционального статуса пациента может стать важным фактором при подборе комплексного лечения, что обеспечит персонализированный подход к терапии артериальной гипертензии у ребенка и предотвратит развитие ее отдаленных последствий.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, психоэмоциональный статус, нарушение сна, детский возраст, новая коронавирусная инфекция (COVID-19).

PSYCHOEMOTIONAL STATUS AND ARTERIAL HYPERTENSION IN CHILDREN: SEARCH FOR CORRELATION AND CLINICAL APPLICATION

Pavlinova E.B., Lippert V.N., Dakuko A.N.

Omsk State Medical University

Arterial hypertension is a common problem in pediatrics that requires close attention from pediatricians and pediatric cardiologists. Scientific discoveries describing molecular-genetic interactions in disease progression unfortunately do not always help practitioners and patients to achieve full control of the disease. The anatomico-physiologic features of childhood have forced researchers to search for new reference points that can help clinicians select effective therapies. In recent years, clinicians and psychologists have noted a steady increase in anxiety disorders in childhood and adolescence. Approximately 32% of adolescents have symptoms of anxiety that are mostly ignored and not corrected. In the future, such patients have a significantly increased risk of developing not only psychiatric abnormalities, but also cardiovascular diseases. Assessment of the patient's psychoemotional status may become an important factor in the selection of complex treatment, which will provide a personalized approach to the therapy of arterial hypertension in a child and prevent the development of its long-term consequences.

Key words: Arterial hypertension, psychoemotional status, sleep disturbance, childhood age, new coronavirus infection (COVID-19).

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является многофакторным заболеванием, развитие которого связано с взаимодействием генетических, нейрогуморальных, гемодинамических и метаболических факторов, взаимоотношение которых влияет на эффективность проводимой терапии, на течение и прогноз заболевания. АГ определяется как состояние, при котором средний уровень систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД), рассчитанный на основании трех отдельных измерений, равен или превышает 95-й перцентиль распределения артериального давления (АД) в популяции для соответствующего возраста, пола и роста [2, 3].

В настоящее время АГ считается самым частым заболеванием сердечно-сосудистой системы, (ЗССС), а за последние десятилетия ее распространенность в детской популяции значительно выросла [23, 25]. Согласно данным эпидемиологических исследований заболевание выявляется у 18% детей школьного возраста, а в

подростковом периоде стало чаще отмечаться прогрессирующее течение болезни [23]. Артериальная гипертензия в раннем детском возрасте чаще бывает симптоматической и развивается на фоне пороков сосудов сердца и почек, опухолевых заболеваний, а с 7-летнего возраста начинается дебют эссенциальной (первичной) АГ [2, 3]. До сих пор остается множество открытых вопросов, связанных с развитием и течением заболевания, рисками поражения органов-мишеней и отдаленных сердечно-сосудистых рисков. Применение даже комбинированной гипотензивной терапии не всегда позволяет обеспечить адекватный уровень контроля над заболеванием.

Основная часть

В последнее время ученые уделяют более пристальное внимание раскрытию и детальному изучению нарушений ауторегуляции гемодинамики. Т. Карпан в 1998 г. изложил основной путь патогенеза, связанный с несоответствием сердечного выброса к общему периферическому сопротивлению сосудов [21]. Это несоответствие

истощает защитные механизмы организма, приводя к стойкому повышению системного артериального давления. Детальное изучение путей патогенеза в последующие годы позволило ученым и врачам-клиницистам применять эффективные антигипертензивные препараты и их комбинации, однако достичь полного контроля над заболеванием у некоторых пациентов получается не всегда. За долгие годы исследований в патогенезе АГ большее место занимало изучение генетических факторов, развития эндотелиальной дисфункции, отягощенного семейного анамнеза и сопутствующих заболеваний, способных влиять на сосудистую стенку [2, 3]. В ходе научных поисков так и не удалось обнаружить “генов-виновников”, но довольно подробно был описан полиморфизм генов, участвующих в регуляции ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и механизма вазодилатации сосудов [26]. Наиболее изученным оказался полиморфизм гена, отвечающего за активность ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), но даже носительство мутантных вариантов лишь повышало риски развития и прогрессирования заболевания [12, 26]. Другие исследования выявили взаимосвязь между генами, отвечающие за синтез ангиотензиногена и повышенной активностью АПФ. Некоторые ученые убеждены, что мутантные варианты в генах, отвечающих за синтез вазодилататоров (преимущественно изучается оксид азота и рецепторы сосудистой стенки к нему), не препятствуют вазоконстрикции и имеют большее значение в патогенезе заболевания [6]. Важно отметить, что в детском возрасте строение сосудистой стенки отличается от сосуда взрослого и имеет меньшее количество рецепторов к сигнальным молекулам, что не объясняет абсолютную связь между развитием эссенциальной АГ в детском

возрасте даже при наличии у пациента подтвержденных мутаций.

Более значимый эффект на повышение системного давления в детском возрасте оказывает высокая лабильность психического статуса и реактивность вегетативной нервной системы. Психический статус – это состояние психики, включающее интеллектуальные, эмоциональные и физиологические возможности пациента [36]. В патогенезе АГ ключевую роль занимают эмоционально-физиологические аспекты психики ребенка. Преобладание активности симпатического отдела оказывает выраженное воздействие на гемодинамику, повышает частоту сердечных сокращений, минутный объем сердца, увеличивает периферическое сопротивление сосудов. Высокая зависимость артериального давления от тонуса вегетативной нервной системы объясняет часто встречающуюся в детской популяции лабильную АГ, которая не всегда требует медикаментозной коррекции [1].

Изучение влияний вегетативного статуса на реакцию сердечно-сосудистой системы активно используется в рутинной практике врачами-педиатрами, специалистами функциональной диагностики и детскими кардиологами. Применяются различные функциональные пробы (Мартине-Кушелевского, Котова-Дешина, Руфье, Летунова, Гарвардский степ-тест) [20], однако в настоящее время не существует единого подхода к их интерпретации. Определенные трудности возникают при проведении стандартных функциональных проб у детей-спортсменов, имеющих более тренированные механизмы регуляции артериального давления и частоты сердечных сокращений [5, 8].

С 2018 года европейские ученые несколько изменили поисковую позицию, пытаясь взглянуть на заболевание глазами пациента, оценить его внутренние переживания и чувства.

Важно понимать, что в педиатрической практике врач значимо ограничен в терапевтических возможностях, ведь большинство кардиологических препаратов имеют возрастные ограничения. Но при этом доктор должен достичь высокого комплаенса со стороны пациента и не потерять доверие в глазах его родителей. Психика ребенка отличается ранимостью и пластичностью, в детском возрасте формируются модели поведения на различные раздражители, ребенок обучается социальному взаимодействию со сверстниками и взрослыми из разных социальных и возрастных групп. Наличие каких-либо ограничений или страхов, связанных с течением заболевания у ребенка, может нарушить процессы социальной адаптации, привести к психологическим проблемам, замкнутости, что окажет негативное влияние на прогноз и степень контроля над болезнью [1]. Известно, что у детей на фоне психоэмоционального стресса повышение АД отмечается на 15% чаще, чем в общей популяции. [23]

Наиболее крупные исследования по оценке психоэмоционального статуса проходили параллельно с пересмотром нескольких клинических рекомендаций Американского и Европейского обществ кардиологов [7]. Новые протоколы ведения больных в большей мере учитывали вопросы качества жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Многие исследователи критикуют определенные аспекты обновленных рекомендаций, ссылаясь на низкую практическую значимость и обтекаемость приводимых формулировок. Современные требования врачей-клиницистов направлены на получение практических советов, которые можно применить в комплексном обследовании и лечении пациента [10]. Также исследователи отмечают трудности при оценивании психического статуса у детей, поскольку на него оказывает выраженное воздействие факторы внешней

окружающей среды, внутренние переживания ребенка, акцентуация характера в препубертатном и пубертатном периодах жизни [31].

В рутинной практике для оценки уровня тревожности и депрессии применяют стандартизованные шкалы [16]. Шкалы Гамильтона и Монтоммери-Асберга обычно используют врачи-психиатры не только для выявления тревожных расстройств, но и для оценки ответа на проводимое лечение. Шкала Цунга применяется для самооценки уровня депрессии, но с учетом психоэмоционального статуса у детей могут возникать трудности в интерпретации и анализе представленных суждений [32]. Наиболее простой и распространенной в общемедицинской практике признана госпитальная шкала тревоги и депрессии, позволяющая провести быстрое и понятное для пациента скрининговое исследование тревожно-депрессивных расстройств [22, 32].

Наряду с оценкой психоэмоционального фактора развития АГ учеными активно изучается влияние раздражающих факторов внешней среды. Но первые исследования о влиянии шума на развитие ишемической болезни сердца у взрослых не выявило значимую взаимосвязь, но подтвердились риски развития АГ (превышение дневного шума на 1 децибел увеличивает риски развития АГ на 0,17%, цереброваскулярных заболеваний на 0,66%) [17, 28]. В настоящее время ведутся исследования, изучающие влияния шума на эмоциональную сферу с последующей оценкой развития кардиоваскулярной патологии. В детской популяции влияние шума сводилось к повышению систолического и диастолического артериального давления до 5 мм. рт. ст., увеличению частоты сердечных сокращений на 2 уд/мин, что исследователи расценили как нормальную реакцию сердечно-сосудистой системы [4]. При этом шумовое “загрязнение” в ночное время

часто приводит к нарушению сна и повышает уровень стресса организма [30].

Пристальное внимание учеными уделяется нарушению засыпания, продолжительности сна. Полученные данные указывают на то, что снижение продолжительности и качества сна являются факторами риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, а короткая продолжительность сна достоверно связана с повышением АД, биохимическими маркерами ожирения, а в некоторых случаях значительно повышаются риски развития инсулинорезистентности [9, 15, 33].

Аналогичная тенденция была зафиксирована в исследованиях, проведенных во время карантинных ограничений для предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Социальная изоляция от сверстников, родственников, привычного круга друзей, экономические сложности, которыми дети столкнулись во время пандемии, значительно повысили уровень тревожности и стресса [13, 35]. Отмечается, что у пациентов с установленной АГ, заболевание во время пандемии контролировалось труднее, а на фоне высокой загруженности системы здравоохранения своевременная консультация врача-педиатра или детского кардиолога была крайне затруднительна [24, 35]. Нарушение режима питания в период изоляции усугубляло степень ожирения и избыточной массы тела, что негативно сказывалось и на уровне системного артериального давления, повышая риски отдаленных сердечно-сосудистых событий.

У детей за время пандемии значительно снизилась физическая активность, многократно выросло время нахождения у мониторов и гаджетов, сказывалось влияние фрустрации и чувства нехватки личного пространства [24]. В анкетах, направленных на выявление посттравматического стресса в

выборочных тест-группах отмечалось 4-х кратное увеличение баллов [34]. Согласно ретроспективным данным, собранным в разных странах, после пандемии значительно повысился риск развития депрессии, ухудшилось качество и продолжительность сна, примерно в трети случаев у детей отмечались когнитивные нарушения [29]. Временные рекомендации Минздрава РФ по выявлению и лечению новой коронавирусной инфекции, разработанные совместно с Союзом педиатров России, рекомендуют проводить психологическую реабилитацию всем реконвалесцентам инфекции [27]. В силу объективных обстоятельств эта рекомендация не распространена в рутинной практике, что может стать фундаментом для развития психических отклонений и прогрессирования соматических заболеваний, в частности АГ.

Экономические и социальные потрясения, возникшие в период пандемии, привлекли внимание министерств и служб социальной защиты к малообеспеченным семьям [24, 29]. В ходе исследований зарубежные коллеги пришли к выводу, что дети из менее обеспеченных семей чаще сталкиваются с семейными конфликтами. Это в свою очередь повышает у них уровень тревоги и депрессии, влияет на пищевое поведение и формирует привычки, способствующие развитию и быстрому прогрессированию ожирения, что, в свою очередь, напрямую приводит к развитию АГ в детском и молодом возрасте [11, 35]. Индийские исследователи также оценили осведомленность детей из малообеспеченных семей об артериальной гипертензии (815 респондентов): около 40% опрошенных понимали причины возникновения заболевания, менее 10% осознавали последствия болезни и только 11% знали о методах лечения их контроля заболевания. Более 22% респондентов имели ошибочные представления о

заболевании, его лечении и прогнозе [14, 18]. Исследователи убеждены, что низкая осведомленность детей и членов их семей приводит к формированию неправильной модели поведения, что может негативно сказаться на здоровье ребенка в будущем [18].

Заключение

Артериальная гипертензия является мультифакториальным заболеванием, требующим комплексного многостороннего подхода в диагностике и лечении. Научные открытия прошлых лет довольно подробно описали генетический полиморфизм и предложили эффективные схемы терапии. Современные исследования широко оценивают качество жизни пациентов, их социальную адаптацию, психоэмоциональный статус. Отечественные эксперты также отмечают важность психологической

помощи и реабилитации [19]. В настоящее время в действующих Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению АГ у детей, а также в проекте их новой версии нет упоминаний ни о влиянии психоэмоционального статуса на течение болезни, ни рекомендаций о выявлении и коррекции тревожных расстройств [2, 3]. В практическом здравоохранении детям с АГ необходимо оценивать уровень тревожности и депрессии, при высоких или пороговых значениях для адекватного лечения необходимо привлекать психолога или психотерапевта. Только слаженная междисциплинарная работа специалистов позволит достичь не только контроль над заболеванием, но и предотвратит отдаленные последствия психоэмоционального стресса и тревожности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Akarachkova E.S., Verzhinina S.V., Kotova O.V., Rjabokon' I.V. Stress in children and adolescents: causes and consequences, treatment and prevention: A guide for doctors. M.; 2018. Russian (Акарачкова Е.С., Вершинина С.В., Котова О.В., Рябоконт И.В. Стресс у детей и подростков: причины и последствия, лечение и профилактика: Методическое пособие для врачей. М.; 2018).
2. Aleksandrov A.A., Kisliak O.A., Leontyeva I.V., et al. Arterial hypertension diagnosis, treatment and prevention in children and adolescents (clinical guidelines). *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika* 2009;8(4):1-32. Russian (Александров А. А., Кисляк, О. А., Леонтьева, И. В., и др. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков (клинические рекомендации). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2009; 8 (4): 1-32).
3. Aleksandrov A.A., Kisliak O.A., Leontyeva I.V., et al. Arterial hypertension diagnosis, treatment and prevention in children and adolescents (clinical guidelines). *Systemic Hypertension* 2020;17(2):7-35. Russian (Александров А.А., Кисляк О.А., Леонтьева И.В. и др. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков (клинические рекомендации). *Системные гипертензии* 2020; 17 (2): 7-35. doi: 10.26442/2075082X.2020.2.200126).
4. Antza C., Stabouli S. Blood pressure response to noise in children and adolescents. *The Journal of Clinical Hypertension* 2020;22(8):1442.
5. Aronov D.M., Lupanov V.P. *Funkcional'nye proby v kardiologii*. M.: MEDpress-inform; 2007. Russian (Аронов Д.М., Лупанов В.П. *Functional tests in cardiology*. M.: МЕДпресс-информ; 2007).
6. Bairova T. A., Shadrina N. A., Bimbaev A. B-zh, Khoykova O. Ch. The role of angiotensinogen gene T174M polymorphism in the implementation of symptomatic arterial hypertension. *Acta Biomedica Scientifica* 2005; 5. Russian (Баирова Т. А., Шадрина Н. А., Бимбаев А. Б-ж, Хойкова О. Ч. Роль полиморфизма T174M гена ангиотензиногена в реализации симптоматической артериальной гипертензии. *Acta Biomedica Scientifica* 2005; 5).
7. Budts W. et al. Recommendations for participation in competitive sport in adolescent and adult athletes with Congenital Heart Disease (CHD): position statement of the Sports Cardiology & Exercise Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC), the European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Adult Congenital Heart Disease and the Sports Cardiology, Physical Activity and Prevention Working Group of the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPCC). *European Heart Journal* 2020;41(43):4191-4199.

8. Буикова О.М., Булнаева Г.И. Functional tests in medical and mass physical culture (textbook). Irkutsk: IGMU; 2017. Russian (Буйкова О.М., Булнаева Г.И. Функциональные пробы в лечебной и массовой физической культуре (учебное пособие). Иркутск: ИГМУ; 2017).
9. Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res* 2020;29:13074.
10. Chong L. S. H. et al. Children's experiences of congenital heart disease: a systematic review of qualitative studies. *European journal of pediatrics* 2018;177(3):319-336.
11. East P. et al. Childhood socioeconomic hardship, family conflict, and young adult hypertension: The Santiago Longitudinal Study. *Social Science & Medicine* 2020; 253: 112962.
12. Elkina A.Yu., Akimova N.S., Schwartz Yu.G. Polymorphic variants of the angiotensin-converting enzyme, angiotensinogen, type 1 angiotensin-II receptor gene as genetic predictors of arterial hypertension. *Russian journal of cardiology* 2021;26(1):4143. Russian (Елькина А.Ю., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г. Полиморфные варианты генов ангиотензинпревращающего фермента, ангиотензиногена, гена рецептора 1 типа к ангиотензину-II как генетические предикторы развития артериальной гипертензии. Российский кардиологический журнал 2021; 26(1): 4143).
13. Ettman SK, Abdalla SM, Cohen GH, et al. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2020.
14. Falkner B, Lurbe E. Primordial prevention of high blood pressure in childhood: an opportunity not to be missed. *Hypertension* 2020;75:1142-1150.
15. Fobian, A.D., Elliott, L. & Louie, T. A Systematic Review of Sleep, Hypertension, and Cardiovascular Risk in Children and Adolescents. *Curr Hypertens Rep* 2018;20:42.
16. Fedotova A. V. Anxiety and depressive disorders in general clinical practice. *RFK* 2008; 3. Russian (Федотова А. В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике. РФК 2008; 3).
17. Floud S, Blangiardo M, Clark C, et al. Exposure to aircraft and road traffic noise and associations with heart disease and stroke in six European countries: a cross-sectional study. *Environ Health* 2013;12:89.
18. Hariharan M. et al. Conceptualizing hypertension: A developmental trend in school children. *International Journal of Health & Allied Sciences* 2018;7(3):177.
19. Ibatov A.D., Morozova I.V. Psychoemotional status in patients with hypertension. *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N. I. Pirogova* 2018. Russian (Ибатов А.Д., Морозова И.В. Психоэмоциональный статус у больных гипертонической болезнью. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова 2018).
20. Kalenchic T. I., Rysevce E. V., Antonovich Zh. V. Functional stress tests (educational manual). Minsk.: BGMU; 2018. Russian (Каленчиц Т. И., Рысевец Е. В., Антонович Ж. В. Функциональные нагрузочные пробы (учебно-методическое пособие). Минск.: БГМУ; 2018).
21. Kaplan, N.M., Victor, R.G. Kaplan's clinical hypertension. Lippincott Williams & Wilkins 2014.
22. Kotova O.V., Beljaev A.A., Akarachkova E.S. Modern methods of diagnosis and treatment of anxiety and depressive disorders. *RMZh. Medicinskoe obozrenie* 2021; 5 (10) :648-653. Russian (Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств. РМЖ. Медицинское обозрение 2021; 5 (10): 648-653).
23. Korovina N.A., Tvorogova T.M., Kuznetsova O.A. Primary arterial hypertension in pediatric practice. *breast cancer*. 2007;1:2. Russian (Коровина Н.А., Творогова Т.М., Кузнецова О.А. Первичная артериальная гипертензия в практике педиатра. РМЖ. 2007; 1: 2).
24. Kreutz R. et al. Lifestyle, psychological, socioeconomic and environmental factors and their impact on hypertension during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Journal of hypertension* 2021;39(6):1077-1089.
25. Ledjaev M.Ja., Dergachev E.S., Svetlova L.V. Arterial hypertension in children and adolescents. *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal* 2009; 4. Russian (Ледяев М.Я., Дергачев Е.С., Светлова Л.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков. Волгоградский научно-медицинский журнал 2009; 4).
26. Levickij S.N., Pervuhina O.A., Bebjakova N.A. The role of gene polymorphism of the renin-angiotensin system in the formation of cardiovascular pathology. *Vestn. Sev. (Arktich.) feder. un-ta. Ser.: Med.-biol. nauki* 2016; 4: 30-39. Russian (Левицкий С.Н., Первухина О.А., Бебякова Н.А. Роль полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы в формировании сердечно-сосудистой патологии. Вестн. Сев. (Арктич.) федер. ун-та. Сер.: Мед.-биол. науки 2016; 4: 30-39. DOI: 10.17238/issn2308-3174.2016.4.30.)
27. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей (методические рекомендации). https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/00/050/914/original/03062020_дети_COVID-19_v2.pdf. Дата обновления: July 03.3 2020. Дата последнего доступа: October 21 2022.
28. Ndrepepa A, Twardella D. Relationship between noise annoyance from road traffic noise and cardiovascular diseases: a meta-analysis. *Noise Health* 2011;13(52):251-259.

29. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 2020;16:57.
30. Schmidt FP, Basner M, Kroger G, Weck S, et al. Effect of nighttime aircraft noise exposure on endothelial function and stress hormone release in healthy adults. *Eur Heart J* 2013;34:3508–3514.
31. Silverman W.K., Field A. Anxiety disorders in children and adolescents. Cambridge University Press; 2011.
32. Smulevich A.B. Depression in General Medicine: A Guide for Physicians. М.: МИА, 2007. Russian (Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.:МИА, 2007)
33. Sun, Jiahong et al. Sleep duration and cardiovascular risk factors in children and adolescents: A systematic review. *Sleep medicine reviews* 2020; 53: 101338.
34. Tison GH, Avram R, Kuhar P, Abreau S, et al. Worldwide effect of COVID-19 on physical activity: a descriptive study. *Ann Intern Med* 2020;173:767–770.
35. Vasileva AV. Pandemic COVID-19 and mental disorders international experience and therapeutic approaches. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(9):121-129. Russian (Васильева А.В. Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(9):121-129).
36. Valiullina M.E., Gabdreeva G.Sh., Mendelevich V.D., Prohorov A.O. Psychology of states (textbook). М.: Izd-vo Kogito-Centr; 2011. Russian (Валиуллина М.Е., Габдреева Г.Ш., Менделевич В.Д., Прохоров А.О. Психология состояний (учебное пособие). М.: Изд-во Когито-Центр; 2011).

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

Сафиулина Т.А., Морова Н.А., Бикбавова Г.Р.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-10-20

Автор, ответственный за переписку:

Сафиулина Тамара Александровна, студентка 6 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. t.a.safiulina@gmail.com

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из наиболее частых причин смертности населения как в Российской Федерации, так и во всем мире. Стабильно высокие статистические значения, несмотря на известные факторы риска, побуждают искать новые аспекты этиологии, патогенеза и течения данных заболеваний. Особого внимания требует группа ишемической болезни сердца, большую часть нозологий которой представляют заболевания, ассоциированные с атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Несмотря на устоявшуюся концепцию патогенеза атеросклероза, связанную с “ответом на эндотелиальное повреждение”, появляется все больше данных об участии в возникновении и прогрессировании данного процесса метаболитов и генетического материала кишечной микрофлоры, сформировавшееся в теорию “атерогенного микробиома”. Основными бактериальными факторами, влияющими на патогенез атеросклероза считаются такие метаболиты как триметиламин-N-оксид, липополисахарид, короткоцепочечные жирные кислоты, а также дезоксирибонуклеиновая кислота. Они принимают участие в изменении липидного обмена и иммунологической реактивности макроорганизма, индуцируют вялотекущее воспаление, что приводит к прогрессированию атеросклеротического поражения артерий, в том числе и коронарных. Целью данного обзора является анализ литературных источников о роли микробиоты кишечника в патогенезе атеросклероза коронарных артерий, ее влиянии на липидный обмен, связи изменения микробиома и развития атеросклеротического поражения сосудов, особенностей “атерогенного микробиома”. Поиск литературы проводился в системах PubMed и Google Scholar среди

полнотекстовых статей, опубликованных на русском и английском языках до января 2023г по ключевым словам: атеросклероз, кишечная микробиота, сердечно-сосудистые заболевания.

Ключевые слова: атеросклероз, кишечная микробиота, сердечно-сосудистые заболевания, триметиламин-N-оксид.

THE ROLE OF THE GUT MICROBIOTA IN THE DEVELOPMENT OF CORONARY ARTERY ATHEROSCLEROSIS

Safiulina T.A., Morova N.A., Bicbavova G.R.

Omsk State Medical University

Cardiovascular diseases are one of the most common causes of death in the Russian Federation and worldwide. Consistently high statistical values, despite known risk factors, encourage us to look for new aspects of the etiology, pathogenesis and course of this group of diseases. The group of coronary heart disease requires special attention, most of the nosologies of which are diseases associated with atherosclerotic lesions of the coronary arteries. Despite the well-established concept of the pathogenesis of atherosclerosis associated with the “response to endothelial damage”, there is more and more data on the participation of gut microbiota metabolites in the occurrence and progression of this process, which has formed into the theory of “atherogenic microbiome”. The main bacterial factors influencing the pathogenesis of atherosclerosis are considered to be such metabolites as trimethylamine-N-oxide, lipopolysaccharide, short-chain fatty acids, and deoxyribonucleic acid. They take part in changes in lipid metabolism and immunological reactivity of the macroorganism, induce low-grade inflammation, which leads to the progression of atherosclerotic lesions of arteries, including coronary arteries. The purpose of this review is to analyze the literature on the role of the gut microbiota in the pathogenesis of coronary artery atherosclerosis, its effect on lipid metabolism, the relationship between changes in the microbiome and the development of atherosclerotic vascular lesions, and features of the “atherogenic microbiome”. Literature search was carried out in PubMed and Google Scholar systems among full-text articles published in Russian and English until January 2023 for the keywords: atherosclerosis, gut microbiota, cardiovascular diseases.

Key words: atherosclerosis, gut microbiota, cardiovascular disease, trimethylamine-N-oxide.

Введение

В России по данным Росстата в 2020г смертность от болезней органов системы кровообращения как в целом, так и среди трудоспособного населения занимает лидирующее место, что является остросоциальной проблемой [1]. Показатели остаются стабильно высокими на протяжении многих лет. В 2020г смертность от болезней системы кровообращения составила 640,8 на 100 000 населения, а в 2022г - 640,3 на 100 000 населения, при этом они составляют от 23,3% всех смертей у женщин трудоспособного возраста и 32,6% у мужчин [1,2]. Атеросклероз коронарных артерий вносит значительный вклад в развитие патологии сердечно-сосудистой системы, являясь причиной большей части нозологий входящих в группу ишемической болезни сердца (ИБС), а смертность от ИБС в 2020 году является подавляющей причиной смерти от заболеваний системы кровообращения и составляет 347,3 на 100 000 населения [1]. Несмотря на активное проведение профилактических мероприятий, направленных на борьбу с модифицированными факторами кардиоваскулярного риска, стремительные урбанизация и индустриализация ведут к изменению образа жизни все большей части населения, что приводит к “пандемии” метаболических заболеваний, атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Данная проблема побуждает исследовать данную группу заболеваний, искать новые механизмы патогенеза и новые подходы к терапии. Целью настоящего обзора является анализ научных источников о механизмах влияния микрофлоры кишечника на липидный обмен и их роли в развитии атеросклероза коронарных артерий, также будут рассмотрены связи изменения микробиома и липидного обмена.

Современные представления о кишечной микрофлоре

Кишечная микрофлора состоит из огромного количества бактерий, которое превышает общее количество клеток человека в 10 раз и насчитывает около 100 триллионов. Усовершенствованные методы секвенирования позволили идентифицировать в кишечнике человека более 22 миллионов различных микробных генов, что превышает количество генов человека более чем в 100 раз [4]. Исследования микробиоты желудочно-кишечного тракта позволили выделить около 2172 видов микроорганизмов, большая часть из которых (93,5%) принадлежит к Proteobacteria, Firmicutes, Actinobacteria и Bacteroidetes [5]. Благодаря международным проектам Human Microbiome Project (США) и MetaHIT (Проект Европейского союза по метагеномике кишечника человека, 2008-2012гг) были выявлены взаимосвязи с наследственностью, возрастом, весом, изменением обмена веществ и метаболическими заболеваниями, что дало толчок развитию индивидуальной (персонализированной) медицины [6,7]. В рамках исследования MetaHIT в 2011г в журнале Nature M. Арумугам с соавторами в статье “Enterotypes of the human gut microbiome” выделили три энтеротипа в зависимости от преобладания типа микроорганизмов. Первый энтеротип характеризуется доминированием Bacteroidetes. Для данного энтеротипа характерно высокая активность в отношении разложения углеводов и синтеза антиоксидантных витаминов. Второй энтеротип с преобладанием бактерий рода Prevotella имеет способность к расщеплению слизи. Третий энтеротип с преобладанием Ruminococcus, которые характеризуются расщеплением и трансмембранным транспортом углеводов [8]. Энтеротип 1 считается наиболее благоприятным в отношении прогноза атеросклеротического поражения

сосудов, в то время как энтеротипы 2 и 3 предрасполагают к более раннему развитию атеросклероза.

Дислипидемические нарушения часто сочетается со значительными дисбиотическими нарушениями в кишечнике, а именно связаны со снижением бифидо- и лактобактерий [9].

Патогенез атеросклероза

Теорий развития атеросклероза существовало множество: инфильтрационная (Н.Н. Аничков), нервно-метаболическая (А.Л. Мясников), иммунологическая (А.Н. Климов, В.А. Нагорнев), рецепторная (Гольдштейна-Брауна), бактериальная (вирусная), моноклональная, перекисная, генетическая [10].

На данный момент “классической” в патологической анатомии принята теория “ответа на эндотелиальное повреждение” [11], которая объединяет и дополняет вышеперечисленные. Суть этой теории заключается в воздействии повреждающих факторов на эндотелий сосудов (гемодинамические, иммунологические, химические), приводящие к дисфункции эндотелия на фоне существующей дислипидемии, с последующим запуском ключевых патогенетических звеньев эндотелиального повреждения - оксидативного стресса и активацией провоспалительных цитокинов. Оксидативный стресс связан с повреждением антиоксидантной системы, а именно с нарушением секреции супероксиддисмутазы. При этом липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) попадают в субэндотелиальный слой и под действием активных форм

кислорода происходит их модификация до окисленных ЛПНП, которые индуцируют пролиферацию провоспалительных транскрипционных факторов, что приводит к экспрессии хемокинов и факторов адгезии на поверхности эндотелия, способствуя рекрутизации моноцитов с их активной миграцией в субэндотелиальное пространство и преобразованием в макрофаги [11]. Макрофаги продуцируют медиаторы и активные формы кислорода, что приводит к большему окислению модифицированных ЛПНП с их последующим фагоцитозом (формирование “пенистых клеток”, которые образуют ядро атероматозной бляшки). Продукция макрофагами медиаторов воспаления способствует пролиферации гладкомышечных клеток и миофибробластов с образованием фиброзной покрышки [11].

Исследования последних лет изменили вектор поиска возможных причин развития атеросклероза и мер его профилактики. На 81-м Конгрессе Европейского атеросклеротического общества в Лионе в 2013г обсуждалась теория “атеросклеротического микробиома”, которая отражает связь между развитием атеросклероза и особенностями микрофлоры кишечника. Вклад микробиома в развитие нарушений липидного обмена и атеросклероза определяется несколькими механизмами: синтез проатерогенных метаболитов (триметиламин-N-оксид, короткоцепочечные жирные кислоты), изменение иммунологической реактивности организма, индукция вялотекущего воспаления (рис. 1) [12].

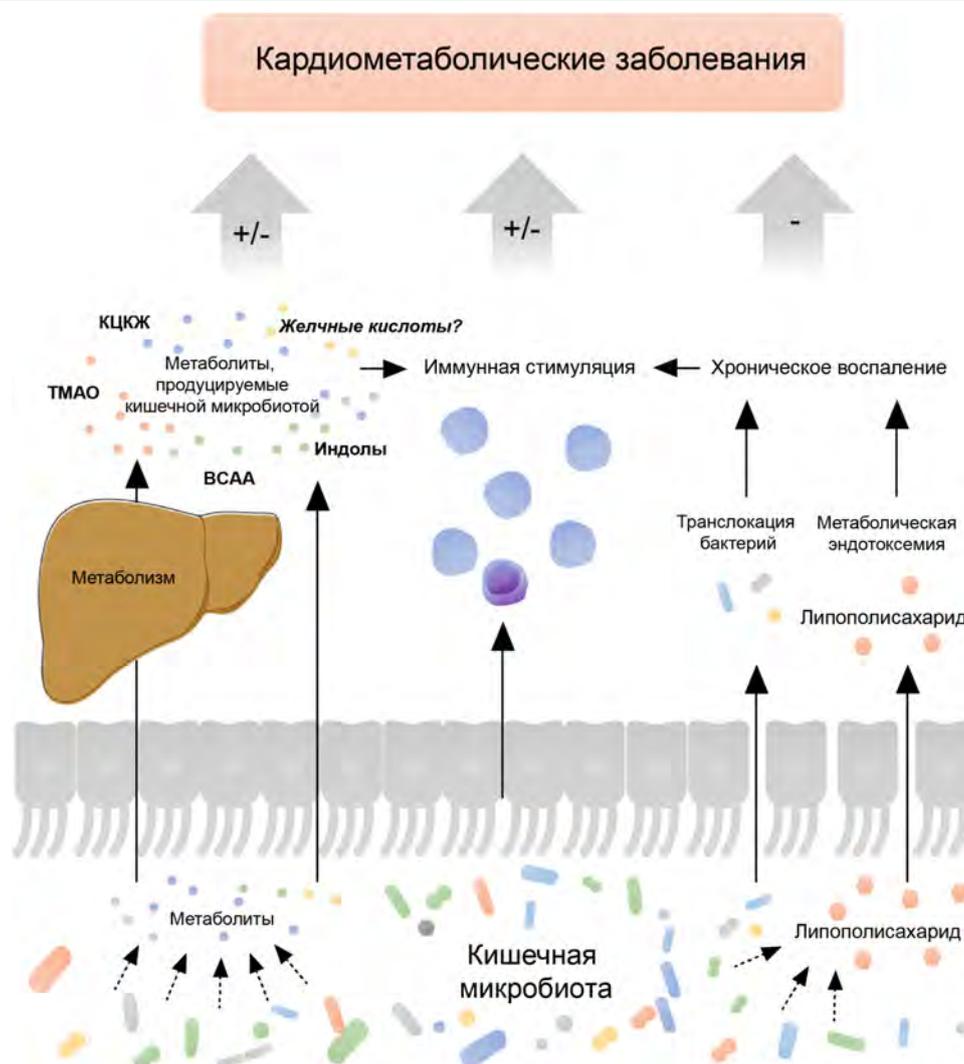


Рисунок 1. Основные механизмы развития кардиометаболических заболеваний, ассоциированные с кишечной микробиотой. ТМАО: триметиламин-N-оксид, КЦКЖ: короткоцепочечные жирные кислоты, ВСАА: аминокислоты с разветвленной цепью. “±” указывает либо на положительное, либо на отрицательное влияние, “-“ указывает на отрицательное влияние. Адаптировано из Karpel, B.A., Federici, M. Gut microbiome and cardiometabolic risk. *Rev. Endocr. Metab. Disord* 20, 399–406 (2019). DOI: 10.1007/s11154-019-09533-9

Триметиламин-N-оксид

Вклад микробиоты в синтез проатерогенных веществ заключается в способности некоторых микроорганизмов кишечной микрофлоры к превращению лецитина, L-карнитина и холина, содержащегося в продуктах животного происхождения, в триметиламин (ТМА), который в свою очередь в печени человека под действием флавиносодержащей монооксигеназы 3 (ФМО3) трансформируются в триметиламин-N-оксид (ТМАО) [13,14,15,16]. Роль ТМАО в развитии атеросклероза и ИБС заключается в наличии нескольких механизмов:

способности ТМАО к ингибированию обратного транспорта холестерина, регуляции экспрессии генов эндотелиальных и иммунных клеток, стимуляции образования пенных клеток из макрофагов, повышению адгезии тромбоцитов [17]. Образованию пенных клеток из макрофагов способствует возможность ТМАО к активации белка теплового шока HSP60, и как следствие запуска данного процесса через активацию Toll-подобных рецепторов макрофагов [18]. Среди микроорганизмов достоверно повышающим уровень ТМАО относят микроорганизмы типа Firmicutes, а

именно Clostridium, Enterococcus, Streptococcus [18, 19]. В крупном исследовании, которое было проведено в 2013г Уилсон Танг и соавторами и результаты которого были опубликованы в The New England Journal of Medicine, была установлена абсолютная связь микробиоты с повышением уровня ТМАО. При этом применение антибактериальных препаратов достоверно снизило уровень триметиламин-N-оксида в плазме исследуемых [20]. Исследования показали, что уровни ТМАО в плазме крови связаны с риском ССЗ и ИБС в том числе [21]. А опубликованное в 2021г исследование Уилсон Танг и его соавторов, рассматривает возможность использования ТМАО как маркера риска коронарного атеросклероза независимо от традиционных факторов риска [22].

Желчные кислоты

Помимо синтеза проатерогенного ТМАО некоторые представители микробиоты кишечника способны изменять метаболизм холестерина, действуя через модификацию желчных кислот (ЖК). Рассматриваются варианты действия микроорганизмов на обмен ЖК, заключающиеся в их деконъюгации [23]. Данный механизм осуществляется за счет наличия у бактерий фермента под названием гидролаза желчных солей (ГЖС), который имеется у грамположительных кишечных бактерий, включая Lactobacillus, Clostridium, Listeria и Bifidobacterium. Представители рода Bacteroides являются единственными грамотрицательными бактериями, обладающими активностью ГЖС. В результате деконъюгации формируются свободные холевые кислоты, которые плохо реабсорбируются в кишечнике. Следствием избытка свободных холевых кислот является активация фарнезоидных X-рецепторов в печени, которая ведет к подавлению фермента 7 α -гидроксилазы (СYP7A1), ответственного за превращение холестерина в ЖК [24].

Данные реакции приводят к изменению соотношения холестерин - ЖК, в сторону повышения уровня холестерина.

Генетический материал бактерий

Признаком участия микробиоты в атерогенезе является наличие остатков генетического материала бактерий (дезоксирибонуклеиновой кислоты) в атеросклеротических бляшках [25]. И если ранее это рассматривалось учеными как непосредственное повреждение стенки сосудов патогенными бактериями, циркулирующими в крови [26], то сейчас благодаря результатам последних исследований и наличию данных о метагеноме известно, что это генетический материал микробиоты кишечника.

Исследования атеросклеротических бляшек коронарных артерий после аутопсии показывали наличие в них дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) бактерий и чаще всего в них определялась Chlamydia pneumoniae. При этом достоверных доказательств связи Chlamydia pneumoniae с нестабильностью атеросклеротических бляшек не выявлено. Кроме Chlamydia pneumoniae по результатам исследования аутопсийного материала определялось более 50 видов бактерий [27]. Исследования, проведенные Д. Фукуда и соавт., подтверждают наличие связи циркулирующих бактериальных ДНК с активацией Toll-подобными рецепторами 9 типа и их общей связи с прогрессированием коронарного атеросклероза в прямой зависимости от концентрации циркулирующей ДНК [28].

Короткоцепочечные жирные кислоты

Короткоцепочечные жирные кислоты (КЦКЖ) выполняют функции сигнальных молекул в организме человека, связываясь с рецепторами GPR41 и GPR43, участвуют в регуляции иммунных клеток и синтезе цитокинов

[29]. Считается, что КЦЖК, а именно пропионат, бутират, ацетат являются результатом их метаболизма бактериями кишечника сложных углеводов. Выявлены представители микрофлоры кишечника, ответственные за синтез тех или иных КЦЖК. Основными бактериями, производящими КЦЖК, являются виды *Eubacterium*, *Roseburia*, *Faecalibacterium* и *Coprococcus* [30]. К наиболее значимым продуцирующим ацетат и пропионат бактериям относится тип *Bacteroidetes*, тогда как бактерии типа *Firmicutes* продуцируют большое количество бутирата [31]. Относительно КЦЖК и их роли в прогрессировании атеросклероза данные не столь однозначны. Бутират по мнению многих исследователей считается метаболитом, улучшающим прогноз течения атеросклероза. Исследования указывают на изменения соотношения микробиоты, продуцирующей КЦЖК у людей, страдающих атеросклерозом. Так следует отметить уменьшение количества бутират-продуцирующей флоры, к которой относятся *Roseburia intestinalis*, *Faecalibacterium prausnitzii*, по сравнению со здоровыми людьми [32,33]. Существуют данные о благоприятном влиянии диеты, содержащей 1% бутирата, на уменьшение и стабилизацию атеросклеротических бляшек у мышей. Исследование проводимое Агилар и соавт. в течение 10 недель, показало снижение атеросклероза аорты, уменьшение макрофагальной инфильтрации и повышение коллагена в атеросклеротической бляшке, а соответственно ее стабилизации [33]. Помимо этого, бутират способен ингибировать 3-гидрокси-3-метилглутарилкоэнзим А-редуктазу, что ведет к предотвращению синтеза холестерина [34].

В исследованиях на крысах было установлено, что пропионат ингибирует включение ацетата в жирные кислоты и холестерина в гепатоциты крыс, тем

самым снижая уровень холестерина в сыворотке крови, ацетат же наоборот стимулирует синтез холестерина, так как является его субстратом [35].

Однако достоверные данные о КЦЖК и их влиянии на атеросклероз подтверждаются по большей части исследованиями на животных, а данных об исследованиях с участием людей проведено мало, что требует дополнительного изучения функций этих метаболитов.

Липополисахарид

Важную роль в исследовании влияния микробиоты кишечника на липидный обмен имеет липополисахарид (ЛПС), входящий в состав наружной мембраны грамотрицательных бактерий. Микробиота кишечника является основным источником липополисахарида, способствуя до 1 г липополисахарида в качестве кишечного резервуара [36]. Основной особенностью для реализации данного механизма является наличие незначительного повышения ЛПС, получившего название “метаболическая эндотоксемия” [37]. Считается, что ЛПС способен выступать в качестве сигнальной молекулы для Toll-подобных рецепторов 4 типа с активацией провоспалительных сигнальных путей [38,39], что также приводит к формированию пенистых клеток, и опосредованно увеличивает оксидативный стресс, что было показано в исследовании Р. Корневале и соавторов в 2018г [40]. Исследования подтверждают наличие корреляции уровня ЛПС и показателей липидного профиля, однако требуются расширенные исследования по возрасту и численности выборок [41].

Заключение

Исследования последних лет выявили множество новых особенностей микробиоты кишечника человека. Участие кишечной микробиоты в липидном обмене и атерогенезе является

актуальной проблемой в аспекте стабильно лидирующих позиций сердечно-сосудистой патологии. Исследование роли микробиоты кишечника в развитии атеросклероза коронарных артерий крайне перспективное направление, которое меняет взгляд на традиционные методы профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. На данный момент уже выявлено несколько доказанных механизмов влияния метаболитов микробиоты на развитие и прогрессирование атеросклероза, которые захватывают большую часть звеньев патогенеза общепринятой теории развития атеросклероза [42]. Так проведенные исследования относительно микробиотического метаболита ТМАО уже предлагают его как независимый фактор риска развития ССЗ и атеросклероза коронарных артерий [43]. КЦКЖ связаны с составом микробиоты кишечника и зависят от преобладания той или иной флоры. Их роль в прогрессировании ИБС неоднозначна, но имеет место предположение о благоприятном влиянии бутирата, как метаболита снижающего процессы воспаления и стабилизирующего

атеросклеротическую бляшку. ДНК кишечной микробиоты способствует хроническому воспалению и связан с развитием атеросклероза коронарных артерий. ЛПС грамотрицательных бактерий следует считать не менее важными в патогенезе атеросклероза, так как ЛПС является мощнейшим повреждающим эндотелий и активирующим иммунные клетки фактором. Таким образом, можно сделать вывод о том, что кишечная микробиота достоверно влияет на развитие атеросклероза коронарных артерий. Может выступать как инициатором процесса, так и приводить к его прогрессированию. Описанные факты дают предпосылки к развитию нового взгляда на течение и прогноз коронарного атеросклероза. Роль кишечной микробиоты и возможности ее коррекции требуют дальнейшего исследования, но открывают широкие перспективы и стратегии в решении глобальной проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смелов П. А., Никитина С. Ю., Агеева Л. И. и др. Статистический сборник. 2021. [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoo_hran-2021.pdf (дата обращения: 19.01.2023) Smelov P.A., Nikitina S.Yu., Ageeva L.I. et al. Healthcare in Russia. 2021: statistical compendium [Electronic resource]. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoo_hran-2021.pdf (date of the application: 19.01.2023) [in Russian]
2. Галкин С.С., Бобылев С.Н., Бурлакова Е.А. и др. Российский статистический ежегодник. 2022 [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2022.pdf (дата обращения: 19.01.2023) Galkin S.S., Bobylev S., Burlakova E.A. et al. Russian Statistical Yearbook 2022. [Electronic resource]. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2022.pdf

3. Афинеевская А.Ю., Мальков О.А., Говорухина А.А. Роль кишечной микробиоты в патогенезе атеросклероза и перспективные меры профилактики (обзор). Журн. мед.-биол. исследований. 2020. Т. 8, No 2. С. 184–193. DOI: 10.37482/2542-1298-Z009 Afineevskaya A.Yu., Mal'kov O.A., Govorukhina A.A. The Role of Intestinal Microbiota in the Pathogenesis of Atherosclerosis and Promising Preventive Measures (Review). Journal of Medical and Biological Research, 2020, vol. 8, no. 2, pp. 184–193. DOI: 10.37482/2542-1298-Z009 [in Russian]
4. Kappel, B.A., Federici, M. Gut microbiome and cardiometabolic risk. Rev. Endocr. Metab. Disord 20, 399–406 (2019). DOI: 10.1007/s11154-019-09533-9
5. Никонов Е. Л., Попова Е.Н. Микробиота. Москва, Медиа Сфера, 2019. 256 с.

- Nikonov E.L., Popova E.N., eds. *Microbiota*. Moscow: Media Sphera; 2019. 256 p. [in Russian]
6. Metagenomics of the Human Intestinal Tract. [Электронный ресурс]. URL: <https://cordis.europa.eu/article/id/91747-human-intestinal-tract-understanding-from-the-inside-out> (дата обращения: 19.01.2023)
7. Драпкина О.М., Кабурова А.Н. Состав и метаболиты кишечной микробиоты как новые детерминанты развития сердечно-сосудистой патологии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2020;1 6(2):277-285. DOI:1 0.20996/1 81 9-6446-202004-02
- Drapkina O.M., Kaburova A.N. Gut Microbiota Composition and Metabolites as the New Determinants of Cardiovascular Pathology Development. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2020;1 6(2):277-285. DOI:1 0.20996/181 9-6446-2020-04-02 [in Russian]
8. Кайбышева В.О., Жарова М.Е., Филимендикова К.Ю., Никонов Е.Л. Микробиом человека: возрастные изменения и функции. Доказательная гастроэнтерология. 2020;9(2):42-55. DOI:10.17116/dokgastro2020902142
- Kaibysheva VO, Zharova ME, Filimendikova KYu, Nikonov EL. Human Microbiome: age-related changes and functions. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2020;9(2):42-55. DOI:10.17116/dokgastro2020902142 [in Russian]
9. Ойноткинова О.Ш., Никонов Е.Л., Демидова Т.Ю. и др. Изменения кишечной микробиоты как фактор риска развития дислипидемии, атеросклероза и роль пробиотиков в их профилактике. Терапевтический архив. 2020; 92 (9): 94-101. DOI: 10.26442/00403660.2020.09.000784
- Oynotkinova O.S., Nikonov E.L., Demidova T.Y., et al. Changes in the intestinal microbiota as a risk factor for dyslipidemia, atherosclerosis and the role of probiotics in their prevention. *Therapeutic Archive*. 2020; 92 (9): 94-101. DOI: 10.26442/00403660.2020.09.000784 [in Russian]
10. Пауков В.С. Атеросклероз. В кн.: Патологическая анатомия. Т. 1, под ред. В. С. Паукова Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 338-351. Paukov V.S. Atherosclerosis. *Pathological anatomy*. Vol. 1, ed. V.S. Paukov Moscow: GEOTAR-Media, 2020; 338-351. [In Russian]
11. Kumar V., Abbas A.K. et al. Chapter 11: Blood Vessels. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*, 8th ed. ELSEVIER, 2014: 487-529.
12. Kappel, B.A., Federici, M. Gut microbiome and cardiometabolic risk. *Rev. Endocr. Metab. Disord* 20, 399–406 (2019). DOI: 10.1007/s11154-019-09533-9
13. Драпкина О.М., Широбокых О.Е. Роль кишечной микробиоты в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и метаболического синдрома. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2018;14(4):567-574. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-144-567-574
- Drapkina O.M., Shirobokikh O.E. Role of Gut Microbiota in the Pathogenesis of Cardiovascular Diseases and Metabolic Syndrome. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(4):567-574. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-4-567-574 [in Russian]
14. Никонов Е. Л., Попова Е.Н. Микробиота. Москва, Медиа Сфера, 2019. 256 с.
- Nikonov E.L., Popova E.N., eds. *Microbiota*. M.: Media Sphera; 2019. 256 p. [in Russian]
15. Heianza Y, Ma W, DiDonato JA, Sun Q, Rimm EB, Hu FB, Rexrode KM, Manson JE, Qi L. Long-Term Changes in Gut Microbial Metabolite Trimethylamine N-Oxide and Coronary Heart Disease Risk. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Feb 25;75(7):763-772. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.11.060.
16. Sanchez-Rodriguez E, Egea-Zorrilla A, Plaza-Díaz J, Aragón-Vela J, Muñoz-Quezada S, Tercedor-Sánchez L, Abadia-Molina F. The Gut Microbiota and Its Implication in the Development of Atherosclerosis and Related Cardiovascular Diseases. *Nutrients*. 2020 Feb 26;12(3):605. DOI: 10.3390/nu12030605.
17. Григорьева И.Н. Атеросклероз и триметиламин-N-оксид — потенциал кишечной микробиоты. Российский кардиологический журнал. 2022;27(9):5038. DOI: 10.15829/1560-4071-2022-5038
- Grigorieva I.N. Atherosclerosis and trimethylamine-N-oxide — the gut microbiota potential. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(9):5038. DOI: 10.15829/1560-4071-2022-5038 [in Russian]
18. Драпкина О.М., Жамалов Л.М. Микробиота кишечника — новый фактор риска атеросклероза? Профилактическая медицина. 2022;25(11):92–97. DOI:10.17116/profmed20222511192
- Drapkina OM, Zhamalov LM. Gut microbiota: a new risk factor for atherosclerosis? *The Russian Journal of Preventive medicine*. 2022;25(11):92–97. DOI:10.17116/profmed20222511192 [in Russian]
19. Горбенко А.В., Скирденко Ю.П., Андреев К.А., Федорин М.М., Николаев Н.А., Ливзан М.А. Кишечная микробиота и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы влияния и возможности коррекции. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2023;19(1):58-64. DOI:10.20996/1819-6446-2023-01-03.
- Gorbenko A.V., Skirdenko Y.P., Andreev K.A., Fedorin M.M., Nikolaev N.A., Livzan M.A. Microbiota and Cardiovascular Diseases: Mechanisms of Influence and Correction Possibilities. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2023;19(1):58-64. DOI:10.20996/1819-6446-2023-01-03 [in Russian]
20. Драпкина О.М., Широбокых О.Е. Роль кишечной микробиоты в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и метаболического синдрома. Рациональная Фармакотерапия в

- Кардиологии 2018;14(4):567-574. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-144-567-574
- Drapkina O.M., Shirobokikh O.E. Role of Gut Microbiota in the Pathogenesis of Cardiovascular Diseases and Metabolic Syndrome. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(4):567-574. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-4-567-574 [in Russian]
21. Sanchez-Rodriguez E, Egea-Zorrilla A, Plaza-Díaz J, Aragón-Vela J, Muñoz-Quezada S, Tercedor-Sánchez L, Abadia-Molina F. The Gut Microbiota and Its Implication in the Development of Atherosclerosis and Related Cardiovascular Diseases. *Nutrients*. 2020 Feb 26;12(3):605. DOI: 10.3390/nu12030605.
22. Tang WHW, Li XS, Wu Y, Wang Z, Khaw KT, Wareham NJ, Nieuwdorp M, Boekholdt SM, Hazen SL. Plasma trimethylamine N-oxide (TMAO) levels predict future risk of coronary artery disease in apparently healthy individuals in the EPIC-Norfolk prospective population study. *Am Heart J*. 2021 Jun;236:80-86. DOI: 10.1016/j.ahj.2021.01.020.
23. Никонов Е. Л., Попова Е.Н. Микробиота. Москва, Медиа Сфера, 2019. 256 с. Nikonov E.L., Popova E.N., eds. *Microbiota*. М.: Media Sfera; 2019. 256 p. [in Russian]
24. Vourakis M, Mayer G, Rousseau G. The Role of Gut Microbiota on Cholesterol Metabolism in Atherosclerosis. *Int J Mol Sci*. 2021 Jul 28;22(15):8074. DOI: 10.3390/ijms22158074.
25. Драпкина О.М., Ширококих О.Е. Роль кишечной микробиоты в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и метаболического синдрома. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2018;14(4):567-574. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-144-567-574
- Drapkina O.M., Shirobokikh O.E. Role of Gut Microbiota in the Pathogenesis of Cardiovascular Diseases and Metabolic Syndrome. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(4):567-574. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-4-567-574 [in Russian]
26. Пауков В.С. Атеросклероз. В кн.: Патологическая анатомия. Т. 1., под ред. В. С. Паукова Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 338-351. Paukov V.S. Atherosclerosis. *Pathological anatomy*. Vol. 1, ed. V.S. Paukov Moscow: GEOTAR-Media, 2020; 338-351. [In Russian]
27. Драпкина О.М., Жамалов Л.М. Микробиота кишечника — новый фактор риска атеросклероза? *Профилактическая медицина*. 2022;25(11):92–97. DOI:10.17116/profmed20222511192
- Drapkina OM, Zhamalov LM. Gut microbiota: a new risk factor for atherosclerosis? *The Russian Journal of Preventive medicine*. 2022;25(11):92–97. DOI:10.17116/profmed20222511192 [in Russian]
28. Fukuda D, Nishimoto S, Aini K, Tanaka A, Nishiguchi T, Kim-Kaneyama JR, Lei XF, Masuda K, Naruto T, Tanaka K, Higashikuni Y, Hirata Y, Yagi S, Kusunose K, Yamada H, Soeki T, Imoto I, Akasaka T, Shimabukuro M, Sata M. Toll-Like Receptor 9 Plays a Pivotal Role in Angiotensin II-Induced Atherosclerosis. *J Am Heart Assoc*. 2019 Apr 2;8(7):e010860. DOI: 10.1161/JAHA.118.010860.
29. Kappel, B.A., Federici, M. Gut microbiome and cardiometabolic risk. *Rev. Endocr. Metab. Disord* 20, 399–406 (2019). DOI: 10.1007/s11154-019-09533-9
30. Vourakis M, Mayer G, Rousseau G. The Role of Gut Microbiota on Cholesterol Metabolism in Atherosclerosis. *Int J Mol Sci*. 2021 Jul 28;22(15):8074. DOI: 10.3390/ijms22158074.
31. Зорькина М.А., Скирденко Ю.П., Горбенко А.В., Николаев Н.А., Андреев К.А. Фибрилляция предсердий и микробиота кишечника: есть ли связь? *Профилактическая медицина*. 2022;25(5):110–114. DOI: 10.17116/profmed202225051110
- Zor'kina MA, Skirdenko YuP, Gorbenko AV, Nikolaev NA, Andreev KA. Atrial fibrillation and the gut microbiota: is there a link? *The Russian Journal of Preventive medicine*. 2022;25(5):110–114. DOI: 10.17116/profmed202225051110 [in Russian]
32. Драпкина О.М., Кабурова А.Н. Состав и метаболиты кишечной микробиоты как новые детерминанты развития сердечно-сосудистой патологии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2020;16(2):277-285. DOI: 10.20996/1819-6446-202004-02
- Drapkina O.M., Kaburova A.N. Gut Microbiota Composition and Metabolites as the New Determinants of Cardiovascular Pathology Development. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2020;16(2):277-285. DOI:10.20996/1819-6446-2020-04-02 [in Russian]
33. Shen X, Li L, Sun Z, Zang G, Zhang L, Shao C, Wang Z. Gut Microbiota and Atherosclerosis-Focusing on the Plaque Stability. *Front Cardiovasc Med*. 2021 Aug 3;8:668532. DOI: 10.3389/fcvm.2021.668532.
34. Edenil C, Aguilar, Lana Claudinez dos Santos, Alda J, Leonel, et al. Oral butyrate reduces oxidative stress in atherosclerotic lesion sites by a mechanism involving NADPH oxidase down-regulation in endothelial cells, *The Journal of Nutritional Biochemistry*. 2016 Aug; 34: 99-105. DOI: 10.1016/j.jnutbio.2016.05.002.
35. Vourakis M, Mayer G, Rousseau G. The Role of Gut Microbiota on Cholesterol Metabolism in Atherosclerosis. *Int J Mol Sci*. 2021 Jul 28;22(15):8074. DOI: 10.3390/ijms22158074.
36. Pussinen PJ, Kopra E, Pietiäinen M, Lehto M, Zaric S, Paju S, Salminen A. Periodontitis and cardiometabolic disorders: The role of lipopolysaccharide and endotoxemia. *Periodontol* 2000. 2022 Jun;89(1):19-40. DOI: 10.1111/prd.12433.
37. Kappel, B.A., Federici, M. Gut microbiome and cardiometabolic risk. *Rev. Endocr. Metab. Disord* 20, 399–406 (2019). DOI: 10.1007/s11154-019-09533-9

38. Pussinen PJ, Kopra E, Pietiäinen M, Lehto M, Zaric S, Paju S, Salminen A. Periodontitis and cardiometabolic disorders: The role of lipopolysaccharide and endotoxemia. *Periodontol 2000*. 2022 Jun;89(1):19-40. DOI: 10.1111/prd.12433.
39. Gorabi AM, Kiaie N, Khosrojerdi A, Jamialahmadi T, Al-Rasadi K, Johnston TP, Sahebkar A. Implications for the role of lipopolysaccharide in the development of atherosclerosis. *Trends Cardiovasc Med*. 2022 Nov;32(8):525-533. DOI: 10.1016/j.tcm.2021.08.015.
40. Драпкина О.М., Жамалов Л.М. Микробиота кишечника — новый фактор риска атеросклероза? Профилактическая медицина. 2022;25(11):92–97. DOI:10.17116/profmed20222511192
- Drapkina OM, Zhamalov LM. Gut microbiota: a new risk factor for atherosclerosis? *The Russian Journal of Preventive medicine*. 2022;25(11):92–97. DOI:10.17116/profmed20222511192 [in Russian]
41. Пауков В.С. Атеросклероз. В кн.: Патологическая анатомия. Т. 1., под ред. В. С. Паукова Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020; 338-351.
- Paukov V.S. Atherosclerosis. *Pathological anatomy*. Vol. 1, ed. V.S. Paukov Moscow: GEOTAR-Media, 2020; 338-351. [In Russian]
42. Никонов Е. Л., Попова Е.Н. Микробиота. Москва, Медиа Сфера, 2019. 256 с.
- Nikonov E.L., Popova E.N., eds. *Microbiota*. M.: Media Sphera; 2019. 256 p. [in Russian]
43. Tang WHW, Li XS, Wu Y, Wang Z, Khaw KT, Wareham NJ, Nieuwdorp M, Boekholdt SM, Hazen SL. Plasma trimethylamine N-oxide (TMAO) levels predict future risk of coronary artery disease in apparently healthy individuals in the EPIC-Norfolk prospective population study. *Am Heart J*. 2021 Jun;236:80-86. DOI: 10.1016/j.ahj.2021.01.020.

ФОРМИРОВАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ И МАГИСТРАНТОВ - УЧАСТНИКОВ ОЛИМПИАДЫ «ШКОЛА ЛИДЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Анпилова Н.Г., Гетман Н.А., Котенко Е.Н., Леонов И.В., Пасечник О.А., Бурашникова И.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-21-29

Автор, ответственный за переписку: Гетман Наталья Александровна, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет», кандидат педагогических наук, доцент, кафедра педагогики и психологии ДПО, доцент кафедры, gettmann_natali@mail.ru

В данной статье рассмотрена проблема реализации олимпиадного движения в вузе. Основным предметом обсуждения в статье является использование в медицинском вузе олимпиады, как наиболее эффективного способа формирования универсальных компетенций студентов и магистрантов. Целью данной работы стало описание подготовки и проведения кафедрами общественного здоровья и здравоохранения и педагогики и психологии ДПО олимпиады «Школа лидерства в здравоохранении», направленной на формирование и проверку качества сформированности универсальных компетенций, таких как: способность осуществлять критический анализ проблемных ситуаций; способность управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла; способность организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели; способность применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия и т.д., являющихся основой развития лидерских качеств, социально-профессиональной мобильности выпускников. По данным психолого-педагогических исследований олимпиадного движения в медицинских вузах авторы

отмечают, что актуальность применения олимпиады заключается в возможности для магистрантов и студентов не только повысить уровень своих знаний по той или иной специальности, но и развить способности к общению и коллективной работе, получить практические навыки и умения. Кроме того, участие в студенческой олимпиаде предоставляет обучающимся ряд преимуществ: пополнение портфолио, дополнительные баллы при поступлении в ординатуру или аспирантуру по специальности. Наше исследование базируется на компетентностном и деятельностном подходах. Используются теоретические методы: анализ научно-педагогической литературы, систематизация, обобщение; эмпирические методы: диагностические (наблюдение, опрос); прогностические (экспертная оценка). В соответствии с поставленной целью нашего исследования, авторы определили, что участие в олимпиадном движении позволяет студентам и магистрантам учиться взаимодействовать между собой, что способствует формированию универсальных компетенций в рамках компетентностно-ориентированного подхода; компетентностно-ориентированные технологии в медицинском вузе способствуют развитию и закреплению лидерских навыков, необходимых будущим организаторам здравоохранения для принятия эффективных решений; совершенствование подготовки специалистов с высшим медицинским образованием в ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, основанное на использовании компетентностно-ориентированных технологий обучения, способствует успешной интеграции выпускников в медицинском сообществе, адаптации к новым вызовам и угрозам, в том числе связанным с распространением инфекционных заболеваний, что соответствует достижению целей государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала.

Ключевые слова: олимпиадное движение, универсальные компетенции, лидерские навыки, кластер, межличностное взаимодействие.

FORMATION OF UNIVERSAL COMPETENCIES OF UNDERGRADUATE AND GRADUATE STUDENTS - PARTICIPANTS OF THE OLYMPIAD "SCHOOL OF LEADERSHIP IN HEALTHCARE"

Anpilova N.G., Getman N.A., Kotenko E.N., Leonov I.V., Pasechnik O.A., Burashnikova I.P.

Omsk State Medical University

This article considers the problem of realization of the Olympiad movement in higher education institution. The main subject of discussion in the article is the use of Olympiads in medical school as the most effective way to form universal competencies of undergraduate and graduate students. The aim of this paper was to describe the preparation and conduct of the Olympiad "School of Leadership in Health Care" by the Departments of Public Health and Public Health and Pedagogy and Psychology, aimed at the formation and quality control of universal competencies, such as: the ability to carry out a critical analysis of problem situations; the ability to manage the project at all stages of its life cycle; the ability to organize and manage the work of the team, developing a team strategy to achieve the goal; According to the data of psychological and pedagogical studies of the Olympiad movement in medical universities, the authors note that the relevance of the application of the Olympiad lies in the opportunity for undergraduates and graduate students not only to improve their knowledge in a particular specialty, but also to develop the ability to communicate and teamwork, to obtain practical skills and abilities. In addition, participation in the student Olympiad provides students with a number of advantages: portfolio replenishment, additional points when entering residency or postgraduate studies in a specialty. Our study is based on the competence and activity approaches. We use theoretical methods: analysis of scientific and pedagogical literature, systematization, generalization; empirical methods: diagnostic (observation, survey); prognostic (expert evaluation). In accordance with the goal of our study, the authors determined that participation in the Olympiad movement allows undergraduate and graduate students to learn to interact with each other, which contributes to the formation of universal competencies within the competence-based approach; competence-based technologies in medical school contribute to the development and consolidation of leadership skills necessary for future health care organizers to make effective decisions; improving the training of specialists with higher education.

Key words: Olympiad movement, universal competences, leadership skills, cluster, interpersonal interaction.

Введение

В современном быстроразвивающемся обществе ключевой функцией системы образования становится универсальность как подготовка к деятельности вообще, а не к конкретной профессиональной деятельности. Универсальный характер деятельности обучающихся обеспечивается сформированностью у них кластера «...компетенций, состоящего из четырех компонентов:

– креативного, включающего умения генерировать, искать и анализировать новые идеи в своей профессиональной области;

– организаторского, содержащего умение принимать управленческие решения по формированию коллективов для осуществления инновационных проектов и мотивации персонала к дальнейшему продвижению выдвинутых идей в условиях психологического сопротивления изменениям;

– педагогического, основанного на готовности к саморазвитию в творческом применении профессиональных знаний, умении организовать педагогическое сопровождение творческого становления членов трудового коллектива;

– ресурсного, включающего умение привлекать материальные, финансовые, трудовые и информационные ресурсы, минимизировать и оптимизировать их использование» [6].

Одним из аспектов цели государственной политики в сфере сбережения народа России выступает совершенствование подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, что с учетом долгосрочных тенденций развития ситуации в Российской Федерации и в мире соответствует ее национальным интересам. В Указе от 02.07.2021 N 400 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации" обозначены цели государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала, такие как: устойчивый естественный рост

численности укрепление здоровья граждан, повышение уровня образования населения. В статье 22 данного указа подчеркивается, что «...основными факторами, определяющими положение и роль Российской Федерации в мире в долгосрочной перспективе, становятся высокое качество человеческого потенциала, способность обеспечить технологическое лидерство, эффективность государственного управления и перевод экономики на новую технологическую основу. Состояние науки, инновационной сферы, промышленности, системы образования, здравоохранения и культуры превращается в ключевой индикатор конкурентоспособности России» [8].

Материалы и методы. Наше исследование базируется на компетентностном и деятельностном подходах. Используются теоретические методы: анализ научно-педагогической литературы, систематизация, обобщение; эмпирические методы: диагностические (наблюдение, опрос); прогностические (экспертная оценка).

Для повышения качества жизни граждан, обеспечения конкурентоспособности России, развития экономической, социально-политической, культурной и духовной сфер жизни общества, совершенствования системы государственного управления на основе использования информационных и телекоммуникационных технологий была разработана государственная программа Российской Федерации «Информационное общество». В подпрограмме 2 «Информационная среда», целью которой является развитие информационной среды и обеспечение равного доступа населения к медиасреде, одной из задач определено «... увеличение в национальном информационном пространстве доли информации, ориентированной на здоровый образ жизни, социально ответственное поведение,

заинтересованность в образовании и профессиональном росте, традиционные культурные, нравственные и семейные ценности, отвечающие приоритетам развития социальной политики государства» [3].

В новом типе информационного общества 21 века основным ресурсом является мобильный высококвалифицированный человек. Формирование таких высококвалифицированных кадров - задача системы высшего образования

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России постоянно внедряет технологии обучения, способствующие развитию универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций с целью дальнейшей социально-профессиональной мобильности выпускников, что позволит им успешно адаптироваться в разных социальных и профессиональных сообществах [1,7].

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения совместно с кафедрой педагогики и психологии ДПО разработали и успешно реализуют компетентностно-ориентированные технологии обучения, способствующие овладению навыками межличностного взаимодействия, которые приобретают особую значимость в профессиональной деятельности будущих организаторов здравоохранения при возникновении конфликтных ситуаций, в ходе организации первичной медицинской профилактики и вопросам образа жизни, касающихся здоровья. «...Понятие технологии отражает направленность прикладных исследований на радикальное усовершенствование человеческой деятельности, повышении ее результативности (в смысле гарантии цели достижения), интенсивности инструментальности, технической вооруженности» [7, С. 10].

Одной из традиционных форм индивидуального обучения студента в российских медицинских вузах является научный кружок. При всех достоинствах

такой формы обучения она обладает и рядом недостатков, среди которых – направленность на получение теоретических знаний, а не формирование профессиональных компетенций. Однако именно профессиональные навыки и компетенции определяют уровень подготовки студента, рейтинг вуза и в итоге, качество медицинской помощи в регионе. Решением данной проблемы становится участие студентов в олимпиадном движении.

Под олимпиадным движением мы понимаем «...комбинированную форму организации обучения в вузе, определяющую характер согласованной деятельности всех участников образовательного процесса в основных взаимосвязанных компонентах (олимпиадах, обеспечивающих интеллектуальную активность; занятиях в олимпиадной микрогруппе, самообразовании в единой олимпиадной информационной сети и т.д.)» [6].

В отличие от школьных олимпиад история олимпиад для студентов медицинских вузов насчитывает совсем немного времени. Известно, что одними из первых были олимпиады по хирургии, проводимые Первым МГМУ им. И.М. Сеченова в 1988 году.

Актуальность применения олимпиады заключается в возможности для магистрантов и студентов не только повысить уровень своих знаний по той или иной специальности, но и развить способности к общению и коллективной работе, получить практические навыки и умения. Кроме того, участие в студенческой олимпиаде предоставляет обучающимся ряд преимуществ: пополнение портфолио, дополнительные баллы при поступлении в ординатуру или аспирантуру по специальности.

Для студентов и магистрантов, участвующих в олимпиадном движении, наиболее легко проверяема сформированность универсальных компетенций, таких как: способность

осуществлять критический анализ проблемных ситуаций; способность управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла; способность организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели; способность применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального в

Задания медицинских олимпиад включают в себя, как правило, тестовые вопросы, решение кейсовых или ситуационных задач, оценку практических навыков. Большой интерес студентов вызывают творческие, игровые элементы олимпиады.

Несмотря на то, что спектр медицинских специальностей, по которым проводятся студенческие олимпиады, весьма обширен, большинство составляют клинические дисциплины. Лишь немногие медицинские вузы проводят внутривузовские и межрегиональные олимпиады, посвященные вопросам организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Среди них стоит отметить Алтайский государственный медицинский университет, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Ставропольский государственный медицинский университет и некоторые другие. Между тем, изучение и обсуждение проблем медицинского менеджмента и маркетинга, командообразования, организации предоставления медицинских услуг, несомненно, очень важно для будущих врачей любой специальности.

Пионером в проведении всероссийских олимпиад такого профиля стала кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко

Института общественного здоровья им. Н.Н. Эрисмана Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. На этой кафедре с 2016 года успешно реализуется инновационный образовательный проект – «Лаборатория мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения».

Под руководством директора Института, д.м.н., академика Н.И. Брико и заведующего кафедрой, д.м.н., профессора В.А. Решетникова, д.м.н., профессора кафедры В.Н. Трегубова с 2018 года на кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ежегодно проводится всероссийская олимпиада «Менеджмент и лидерство в здравоохранении». К участию в олимпиаде приглашаются студенты 4-6 курсов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело». Олимпиада проводится в два этапа: заочный дистанционный и очный с решением ситуационных задач, разбором кейсов и отработкой практических навыков.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России была проведена внутривузовская студенческая олимпиада «Школа лидерства в здравоохранении». Цель олимпиады – формирование и проверка качества сформированности заявленных выше компетенций, что направлено на развитие лидерских качеств, социально-профессиональной мобильности выпускников. Это позволит им успешно адаптироваться в разных социальных и профессиональных сообществах для организации качественной медицинской помощи населению [7].

В олимпиаде принимали участие обучающиеся в магистратуре и студенты 4-6 курсов лечебного, педиатрического, медико-профилактического факультетов.

«...Тенденции и виденье развития высшего учебного заведения, анализ практики в сфере цифровизации говорят о том, что изменения в системе высшего

образования требуют пересмотра традиционных подходов в использовании технологий взаимодействия преподавателей и обучающихся в информационном пространстве вуза. Это обусловило необходимость обновления образовательного процесса в вузе, в том числе цифровизацию образовательной среды» [2]. В связи с этим, олимпиада проводилась в два этапа: первый этап мероприятия проходил в формате on-line и предусматривал выполнение тестовых заданий на знание нормативных документов, прав и обязанностей пациентов и медицинских работников (ЭИОС ОмГМУ, курс «ОЗЗ олимпиада»); второй очный этап - состоял из выполнения практических заданий, решения кейс-задач, с которыми в своей повседневной практике сталкиваются специалисты в области организации здравоохранения и общественного здоровья.

Планируемые результаты данного мероприятия: трансформация системы знаний, умений и навыков, полученных магистрантами (по дисциплине «Общественное здоровье и системы здравоохранения в мире. Методы изучения здоровья населения») и студентами (по дисциплине: «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения, особенности регионального здравоохранения. Основы диспансеризации населения») в комплекс ключевых компетенций организатора здравоохранения в интеллектуальной, гражданско-правовой, информационной, здоровьесберегающей и прочих сферах

При проведении олимпиады решались следующие педагогические задачи: формирование лидерских и коммуникативных навыков; применение знаний нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения для эффективной работы с обращениями пациентов; готовность к продуктивному

самостоятельному и ответственному действию как организатора здравоохранения в профессиональной сфере.

Для проведения каждого этапа олимпиады было подготовлено:

-на 1 этапе: ЭИОС для прохождения тестирования, пакет вопросов для тестов с ответами;

-на 2 этапе: учебный кабинет, в котором столы расставлены для двух команд (четыре стола устанавливаются вплотную для каждой команды) и 3 стола для членов жюри; эмблемы двух команд; канцелярия для участников; пакет кейс-задач; бланки с критериями оценивания для членов жюри.

Представим сценарий олимпиады: магистранты и студенты делятся на две команды (в каждой команде равное количество магистрантов и студентов): и занимают места вокруг стола. Для каждой команды было предусмотрено 4 задания, задания расположены на отдельном столе, текстом вниз. Ведущий объявляет правила, в соответствии с которыми на каждое задание отводится от 5 до 10 минут обсуждения командой и далее один член команды озвучивает правильный ответ, выходя центр учебной комнаты.

Члены жюри комментируют каждый ответ, могут задавать дополнительные уточняющие вопросы. После ответов на все задания олимпиады члены жюри удаляются на совещание для итоговой оценки команд и индивидуальной оценки участников. Общее время проведения олимпиады 90 минут.

По итогам олимпиады две команды набрали равное количество баллов (по результатам командного зачета).

Активное участие в обсуждении практических заданий, поиске наиболее оптимальных решений принимали в том числе магистранты, которые изучают проблемы современного здравоохранения и постигают сложности управления медицинской организацией, ее ресурсами в магистратуре по

направлению подготовки Общественное здравоохранение.

По итогам олимпиады был проведен блиц-опрос, который позволил оценить отношение студентов и магистрантов к проведенному мероприятию и степень сформированности основных универсальных компетенций. 100 % участников продемонстрировали способность организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели; способность применять современные коммуникативные технологии, более 78% участников показали способность осуществлять критический анализ проблемных ситуаций; способность управлять проектом.

Участие студентов и магистрантов в олимпиаде способствовало развитию и закреплению лидерских навыков, необходимых будущим организаторам здравоохранения для принятия эффективных решений, способствующих успешной интеграции выпускников в медицинском сообществе, адаптации к новым актуальным вызовам и угрозам, навыкам работы в команде и, как итог, повышению качества оказания медицинской помощи населению.

Выводы.

1. Участие в олимпиадном движении позволяет студентам и магистрантам учиться взаимодействовать между собой, что способствует формированию универсальных компетенций в рамках компетентностно-ориентированного подхода.

2. Компетентностно-ориентированные технологии в медицинском вузе способствуют развитию и закреплению лидерских навыков, необходимых будущим организаторам здравоохранения для принятия эффективных решений.

3. Совершенствование подготовки специалистов с высшим медицинским образованием в ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, основанное на использовании компетентностно-ориентированных технологий обучения, способствует успешной интеграции выпускников в медицинском сообществе, адаптации к новым вызовам и угрозам, в том числе связанным с распространением инфекционных заболеваний, что соответствует достижению целей государственной политики в сфере сбережения народа России и развития человеческого потенциала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева О. В. Интеллектуализация образования современного общества знания: роль и перспективы. URL: <http://viperson.ru/wind.php?id=644842> (дата обращения: 09.05.2023).
2. Гетман Н.А., Котенко Е.Н., Котенко В.В. Роль цифровой образовательной среды в системе непрерывного образования преподавателей вуза/В сборнике: информатизация образования: теория и практика. сборник материалов Международной научно-практической конференции памяти академика РАО М. П. Лапчика. Омск, 2022. С. 102-104.
3. Государственная программа «Информационное общество», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 386-20

https://digital.gov.ru/ru/activity/programs/1/?utm_referrer=https%3a%2f%2fwww.google.com%2f

(Дата последнего доступа 02.05.2023).

4. Делокаров К.Х. Является ли «общество, основанное на знаниях», новым типом общества? [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yavlyaetsya-li-obschestvo-osnovannoe-na-znaniyah-novym-tipom-obschestva/viewer> (Дата обращения 03.05.2023).
5. Образовательная программа, разработанная в соответствии с требованиями ФГОС ВО 32.04.01 Общественное здравоохранение (приказ Минобрнауки России №485 от 31.05.2017г <https://omsk-osma.ru/podrazdeleniya/uchebno-metodic...obschestvennoe-zdravooхранenie> (Дата последнего доступа 15.05.2023).

6. Попов А.И. Олимпиадное движение студентов как форма реализации деятельностного подхода в образовании. В книге: Новые образовательные технологии в вузе. Под ред. А.В. Поротникова. 2014. С. 1191-1199. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22431678> (дата последнего доступа 04.05.2023)
7. Технологический подход к проектированию образовательного процесса в медицинском образовании: учебно-методическое пособие/Н.А.Гетман, Е.Н.Котенко, Л.В.Лонская, Т.В.Малютина, Т.Н.Педан/Под ред. Е.Н.Котенко. Омск: изд.ОмГМУ, 2020- 252 с.
8. Указ Президента РФ от 02.07.2021 N 400 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации" [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389271/ (Дата последнего доступа 10.05.2023).

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК СПОСОБ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Иванова Н.А., Бурашникова И.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-30-33

Автор, ответственный за переписку:

Иванова Наталья Анатольевна, магистрант 2-го года обучения по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина 12, nataliaivanovapochta@mail.ru

Дефицит медицинских работников является самым серьезным вызовом современного здравоохранения. В статье рассматриваются вопросы совершенствования законодательства как одного из способов решения проблемы недостаточной обеспеченности врачами.

Ключевые слова: медицинский работник, дефицит, законодательство, целевое обучение.

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF LEGAL REGULATION OF TARGETED TRAINING OF MEDICAL WORKERS AS A WAY TO SOLVE THE PROBLEM OF SHORTAGE OF MEDICAL PERSONNEL

Ivanova N.A., Burashnikova I.P.
Omsk State Medical University

The shortage of medical workers is the most serious challenge of modern healthcare. The article considers the issues of improving the legislation as one of the ways to solve the problem of insufficient supply of doctors.

Key words: medical worker, deficit, legislation, targeted training.

Без улучшения кадрового обеспечения здравоохранения ни о каком повышении доступности, качества и эффективности медицинской помощи говорить не приходится, разрешение кадровой

проблемы должно быть первоочередным [1]. Приоритетным направлением в решении проблемы дефицита врачей остается целевая подготовка специалистов с высшим медицинским образованием в

случае их гарантированного последующего трудоустройства в медицинские организации для нужд государственной (муниципальной) системы здравоохранения. Правовое регулирование целевого обучения в Российской Федерации характеризуется частотой изменений и временным характером принимаемых норм [2].

Для формирования механизма мотивации к выполнению выпускниками обязательств по трудоустройству в 2019 году в федеральное законодательство были внесены принципиальные изменения, в частности, принято постановление Правительства Российской Федерации от 21 марта 2019 года №302 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 года № 1076» (далее – постановление № 302), а в последующем аналогичное постановление Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 года № 1681 (далее – постановление № 1681). Указанными правовыми актами были предусмотрены не только обязательства обучающегося по договору о целевом обучении (далее – целевик) по трудоустройству к заказчику (работодателю) после освоения образовательной программы и осуществлению трудовой деятельности в течении 3 лет, но также и меры ответственности в случае невыполнения указанных обязательств, что в условиях отмены действовавшей ранее системы государственного распределения выпускников должно было восполнить возникший пробел в механизме закрепления на конкретных рабочих местах лиц, обучающихся на условиях целевого приема за счет средств бюджета.

Однако реальной возможности гарантированного трудоустройства целевиков указанные нормативные правовые акты не создали, поскольку

предметом обязательств целевика является заключение трудового договора, то есть распоряжение своим правом на труд, в связи с чем, понуждение к исполнению обязанности в натуре сводится к обязанности целевика поступить на работу и отработать по трудовому договору определенный срок, что, по сути, является принуждением к труду и противоречит гарантированному Конституцией Российской Федерации праву гражданина на труд. В силу этого единственный способ создания мотивации к трудоустройству последнего, согласующийся с принципами национального законодательства, – использование мер гражданско-правовой ответственности, которые могут быть применены к целевику, уклонившемуся от исполнения обязательств по договору о целевом обучении: возмещение целевиком понесенных затрат на обучение и предоставленные меры социальной поддержки.

Выпуск обучающихся по договорам о целевом обучении по программам ординатуры, заключенным в соответствии с постановлением № 302, впервые имел место в 2021 году. Таким образом, фактическое правоприменение положений указанного нормативного правового акта в части мер ответственности при невыполнении целевиком обязательств по трудоустройству стало возможным с 2021 года в отношении трудоустройства врачей, закончивших обучение в ординатуре по договору о целевом обучении. При этом правоприменительная практика 2021 года не продемонстрировала высокую эффективность мер ответственности, предусмотренных договорами о целевом обучении.

В связи с этим вопрос о поиске новых и (или) совершенствовании действующих механизмов мотивации к выполнению выпускниками обязательств по трудоустройству остался открытым. Решение данного вопроса

представляется возможным только посредством внесения изменений в федеральное законодательство, призванных обеспечить комплексный подход к решению проблемы повышения эффективности целевого обучения врачей, в том числе уклонения целевиков от трудоустройства.

Одним из перспективных направлений при решении данной задачи представляется расширение прав работодателей. Так, законодательно не установлены ограничения для трудоустройства целевика к другому работодателю в случае невыполнения выпускником обязательств перед заказчиком целевого обучения.

Трудовой кодекс Российской Федерации устанавливает запрет на необоснованный отказ в приеме на работу, отказ соискателю в заключении трудового договора может быть оспорен в судебном порядке. Таким образом, недобросовестный целевик не лишен правовой возможности трудоустройства к другому работодателю (по другому месту работы), не предусмотренному договором о целевом обучении, а у последнего при наличии вакансии и дефицита медицинских кадров отсутствуют достаточные правовые основания для отказа уклоняющемуся целевику в трудоустройстве по причине наличия у последнего неисполненных обязательств по трудоустройству перед заказчиком (иной медицинской организацией).

Принимая во внимание, что интерпретация обоснованности отказа в приеме на работу носит оценочный характер, отсутствие законодательного закрепления возможности отказа в приеме на работу по причине договорного обязательства по трудоустройству перед заказчиком целевого обучения, влечет риск негативной судебной практики. Для устранения указанной несогласованности целесообразно рассмотреть вопрос о дополнении статьи 350 Трудового кодекса Российской

Федерации положением, предусматривающим соответствующее основание для отказа в приеме на работу. В призма рассматриваемого вопроса также заслуживают внимания случаи самостоятельного, не согласованного с заказчиком целевого обучения, поступления выпускников после завершения обучения по программам специалитета в ординатуру как на основании договоров об образовании за счет средств физических и (или) юридических лиц, так и за счет средств бюджетов разных уровней на бюджетные места, а также путем заключения договора с иным заказчиком целевого обучения. Препятствия для поступления целевиками, уклоняющимися от трудоустройства, на обучение по программам ординатуры в указанном порядке федеральным законодательством не предусмотрены, восполнение указанного пробела правового регулирования представляется необходимым.

Обоснование для установления подобного ограничения представляется очевидным: в соответствии с постановлением № 1681 гражданин, освоивший образовательную программу в соответствии с договором о целевом обучении, может заключить с тем же заказчиком (по согласованию с организацией-работодателем, если организация-работодатель является стороной договора о целевом обучении) следующий за договором о целевом обучении договор с приостановлением по инициативе гражданина и последующим освобождением его от исполнения обязательств, установленных договором о целевом обучении, если он предусматривает освоение образовательной программы следующего уровня. При этом для создания в отношении неопределенного круга лиц новых предписаний – невозможности зачисления для обучения по программам высшего образования – программам ординатуры лиц, не выполнивших обязательства по

договорам о целевом обучении, за исключением граждан, заключивших следующий договор о целевом обучении, необходимо внесение соответствующих изменений, предусматривающих запрет или ограничение на прием для обучения по программа ординатуры лиц, не исполнивших ранее возникшие обязательства по договорам целевого

обучения в части трудоустройства, в постановление № 1681, в Порядок приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 мая 2017 года № 212н.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Анализ кадровой обеспеченности врачами различных специальностей в Российской Федерации и за рубежом. Сибирское медицинское обозрение 2020;5(125):96-101. (Shakhabov I.V., Melnikov YU., Smyshlyayev A.V. Analysis of doctors of different specialties staffing in the Russian Federation and abroad. Siberian Medical Review 2020;5(125):96-101).

2. Степанова Е.А. О применении норм трудового законодательства к отношениям о целевом обучении. Трудовое право в России и за рубежом 2022;1:33. (Stepanova E.A. On the Application of Labor Law Provisions to Employer-Sponsored Education Relations. Labor Law in Russia and Abroad 2022;1:33).

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБЛУЖИВАНИЯ И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРОЖИВАЮЩИХ

Падолько А. А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-34-42

Автор, ответственный за переписку:

Падолько Анна Андреевна, магистрант направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

Актуальность: каждый человек рано или поздно задумывается над тем, сможет ли он рассчитывать на чью-либо помощь и поддержку, повышение качества жизни в старости или в связи с изменениями состояния здоровья. В современном мире огромное внимание уделяется престарелым людям, людям с инвалидностью и их социальному обслуживанию.

Цель: характеристика и анализ деятельности учреждения АСУСО «Драгунский интернат», рекомендации для повышения показателей деятельности.

Материалы и методы: Проведено описательное эпидемиологическое исследование, изучение основных показателей деятельности по финансированию и динамике проживающих. Анализ нормативной базы.

Заключение: Социальное обслуживание осуществляется на принципах равного, свободного доступа граждан к социальному обслуживанию. Большое значение работы повышения эффективности работы учреждения имеет микроуровень – непосредственная деятельность, сосредоточенная на каждом получателе социальных услуг, с индивидуальным подходом.

Ключевые слова: инвалид, инвалидизация населения, психическое здоровье, качество жизни, ментальное здоровье, дом-интернат.

ANALYSIS OF THE ACTIVITY OF INPATIENT SOCIAL SERVICE INSTITUTION AND ASSESSMENT OF INDICATORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF RESIDENTS

Padolko A. A.

Omsk State Medical University

Actuality: sooner or later every person sooner or later thinks about whether he or she can count on someone's help and support, improving the quality of life in old age or in connection with changes in health. In the modern world, great attention is paid to the elderly, people with disabilities and their social services.

Purpose: characterization and analysis of the activity of the institution "Dragunsky boarding school", recommendations for improving the performance indicators.

Materials and methods: A descriptive epidemiologic research, the study of the main activity indicators on financing and dynamics of residents was carried out. The regulatory framework was analyzed.

Conclusion: Social service is carried out on the principles of equal, free access of citizens to social services. Great importance of the work of increasing the efficiency of the institution has a micro-level - direct activities focused on each recipient of social services, with an individual approach.

Key words: disabled person, disability of the population, mental health, quality of life, mental health, residential home.

В работе изучены теоретические основы по организации социального обслуживания, рассмотрены особенности организации проживания инвалидов в доме-интернате, представлен анализ показателей деятельности учреждения, даны рекомендации по повышению показателей деятельности для улучшения качества жизни в проживающих в социальном учреждении.

Ключевые слова: инвалид, инвалидизация населения, психическое здоровье, качество жизни, ментальное здоровье, дом - интернат.

Актуальность: каждый человек рано или поздно задумывается над тем, сможет ли он рассчитывать на чью-либо помощь и поддержку, повышение качество жизни в старости или в связи с изменениями состояния здоровья. В современном мире огромное внимание уделяется престарелым людям, людям с инвалидностью и их социальному обслуживанию [5].

Здоровье – ни с чем несравнимая ценность. Каждому человеку присуще желание быть сильным и здоровым. Состояние здоровья конкретного человека никогда не бывает постоянным, оно меняется медленно или резко, в сторону улучшения или ухудшения, в зависимости от мероприятий, которые он предпринимает для его сохранения.

Здоровый образ жизни, это не только отсутствие у человека вредных привычек: алкоголизма, табакокурения, наркомании и других. Это целый комплекс факторов, благоприятно отражающихся на здоровье и качестве жизни в целом: рациональное питание, чередование труда и отдыха, соблюдение биоритмов, оптимальная двигательная активность и медицинское обслуживание, соблюдение мероприятий карантинных мер и санитарных мероприятий [4].

Цель: характеристика и анализ деятельности учреждения АСУСО «Драгунский интернат», рекомендации для повышения показателей деятельности.

Объект исследования: инвалиды, проживающие в доме-интернате.

Предмет: показатели работы «Драгунский дом-интернат», влияющие на здоровье и качество жизни проживающих в учреждении.

База исследования: «Автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Драгунский дом-интернат», которое расположено в Любинском районе Омской области, поселок Драгунский улица Центральная, дом 5. Учредителем учреждения является Омская область. Функции и полномочия Учредителя от имени Омской области в пределах своих полномочий осуществляет Министерство труда и социального развития Омской области как отраслевой орган исполнительной власти Омской области. Материалы и методы: Проведено описательное эпидемиологическое исследование, изучение основных показателей деятельности по финансированию и динамике проживающих. Анализ нормативной базы.

Инвалидность и старение населения, является проблемой не одного человека или даже не части населения, а всего общества в целом. Постоянный рост инвалидности и численности инвалидов, прогрессирующие старение населения —

с одной стороны, углубление внимания к каждому индивиду и пожилому человеку, вне зависимости от его физических, психических и интеллектуальных способностей, — с другой, совершенствование представлений о ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества, — все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности в настоящее время [1].

Инвалидизация населения — это процесс нарастания доли людей с инвалидностью в составе населения, обусловленный распространением патологий и внешними воздействиями, приводящими к инвалидности [4].

В Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" дается определение «Инвалид — это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [5].

Психическое здоровье — это «состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества» [1].

Ухудшение психического здоровья связано с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, физическим нездоровьем, а также с нарушениями прав человека. Особое внимание в решении вопросов оказания помощи инвалидам,

отводится стационарным учреждениям с социальным обслуживанием, а именно домам-интернатам. Вернуть подопечным психическое здоровье крайне сложно, поэтому главная цель работы учреждения – научить человека жить с болезнью.

В АСУСО «Драгунский дом-интернат» стационарное социальное обслуживание предоставляется в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 9 декабря 2009 года № 235-п "О порядке и условиях предоставления отдельных форм социального обслуживания в государственной системе социальных служб Омской области" гражданам пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалидам, в том числе детям-инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и наблюдении [9].

АСУСО «Драгунский интернат» создано на основании распоряжения правительства Омской области от 10 июля 2013 года №119-рп «О создании автономных стационарных учреждений социального обслуживания Омской области путем изменения типа существующих бюджетных стационарных учреждений социального обслуживания Омской области».

В своей деятельности учреждение руководствуется Конституцией РФ, федеральным и областным законодательством, Уставом. Является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, лицевой счет, печать со своим наименованием, штампы и бланки.

Целью деятельности учреждения является предоставление в стационарных условиях социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам (старше 18 лет), страдающим хроническими психическими заболеваниями, и нуждающимся в постоянном постороннем уходе и наблюдении, и создание для них

соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности.

Предметом деятельности учреждения является социальное обслуживание престарелых граждан и инвалидов в целях проведения реабилитационных мероприятий медицинского, социального, психологического и лечебно-трудового характера, организация отдыха и досуга.

Учреждение по своему усмотрению вправе выполнять для граждан следующие виды работ (услуг), относящиеся к его основной деятельности, за плату в порядке, установленном федеральными законами социально-бытовые услуги и социально-медицинские услуги.

Учреждение является частью единого инфраструктурного пространства, создает условия для проживающих, направленные на обеспечение социальной безопасности инвалидов, и выполняет работу по социальному устройству.

Учреждением предоставляется жилая площадь, помещений для организации реабилитационных мероприятий, лечебно-трудовой деятельности, культурно-бытового обслуживания получателям социальных услуг.

Предоставляется в пользование мебели, адаптированной к нуждам и запросам инвалидов в соответствии с ограничениями их жизнедеятельности согласно утвержденным нормам.

Учреждение обеспечивает продуктами питания, приготовлением и подачей горячего питания, включая диетическое питание по соответствующим диетам для взрослых инвалидов, согласно нормам питания.

Обеспечивает предоставление полного перечня мягкого инвентаря, а также мягкого инвентаря специального назначения, в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, нательного белья и постельных принадлежностей,

согласно нормам предоставления мягкого инвентаря.

Оснащение занимаемых проживающими жилых помещений специальными средствами и приспособлениями в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Предоставление социально-бытовых услуг индивидуально-обслуживающего и гигиенического характера инвалидам, неспособным по состоянию здоровья выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как встать с постели, лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять ванну (сходить в баню), принять пищу, пить, пользоваться туалетом или судном, передвигаться по дому и вне дома, ухаживать за зубами или зубными протезами, пользоваться очками или слуховыми аппаратами, стричь волосы, ногти, мужчинам брить бороду и усы. Приобретение средств личной гигиены. Предоставление транспорта для поездок инвалидов к местам лечения, обучения, участия в культурно-досуговых мероприятиях, если нет противопоказаний.

К прочим социально-бытовым услугам, которые оказывает учреждение относится обеспечение или содействие в обеспечении книгами, газетами, журналами, настольными играми и

иным, необходимым для организации досуга, помощь в чтении и написании писем и другой корреспонденции. В учреждении имеется библиотека. Предоставление учреждением помещений для отправления религиозных обрядов, создание для этого соответствующих условий.

Оказываются услуг прачечной, сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт. Учреждение организывает ремонта и уборки жилых помещений, сопровождение в медицинские учреждения, содействие в организации ритуальных услуг.

Социально-трудовые услуги инвалидам всех групп предоставляют в виде содействия трудоустройству инвалидам в учреждении. Организована лечебно-трудовой деятельности инвалидов с применением средств, адаптированных для них средств труда и предметов труда. Все социально-правовые услуги, оказываются юрисконсульту учреждения, который участвует во всех вопросах связанным с правами проживающих [9].

В АСУСО «Драгунский интернат» проживают лица мужского пола, старше 18 лет. Учреждение рассчитано на 450 койка/мест. В том числе отделение милосердия 165 коек, социально-медицинское 285 коек.

Таблица 1. Динамика койка дней за 2016 -2022 года

Период	Показатели		
Выбыло человек	28		
2020 г.			
На начало периода, койки	450	100,00%	100,00%
Прибыло человек	33		
Выбыло человек	33		
2021 г.			
На начало периода, койки	450	100,00%	100,00%
Прибыло человек	19		
Выбыло человек	19		
2022 г.			
На начало периода, койки	450	99,12%	100,00%
Прибыло человек	38		
Выбыло человек	34		
На конец периода коек	454		100,89%

За период 2016 года по 2022 год анализ показателей деятельности АСУСО «Драгунский интернат» показал, план по койка дням выполнен в 2021, 2022, 2023 годах. В период с 2016 по 2017 года было недовыполнение плана 2-6%. Недовыполнение планы было связано с отсутствием очереди в учреждение, так была проведена программы приемная семья для пожилых людей и инвалидов, Постановление Правительства РФ от 29.01.2002 №70 регламентирует особенности программы «Старшее поколение». Она работает практически во всех регионах РФ, в том числе в Омской области.

В 2022 году план был перевыполнен на 4 койки. Увеличивается число лиц с ограниченными возможностями, учреждения переполнены, многие еще ждут очереди на оформление.

Доходы учреждением получены и выполнены на 100%. В 2016 году было получено доходов на 80806, 81 тыс. руб. больше, чем 2022 году. Из таблицы видно доля бюджетных средств в структуре доходов преобладает, но при этом величина бюджетных средств уменьшилась в 2022 году на 109509,36 тыс. руб. в сравнении с 2016 годом.

Обеспечение государственного задания АСУСО «Драгунский интернат» за счет

средств, полученных от платных услуг и иной приносящей доход деятельности и субсидий бюджета. Доля бюджетных средств больше 60 %.

Следует отметить, что пребывание проживающих в доме интернате требует определенных затрат и частично компенсируется из пенсий проживающих там лиц. Размер ежемесячной платы рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги. Согласно Федеральному закону «Об основах социального обслуживания граждан в России», согласно Федеральному закону «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», стоимость проживания в доме престарелых не может превышать 75% среднедушевого дохода получателя социальной услуги. Говоря простым языком, у престарелого человека, находящегося в социальном учреждении стационарного типа на руках должно оставаться до 25 % пенсии.[2]

В структуре расходов по видам деятельности наибольшую долю имеют средства бюджета. Затраты на обслуживание 2016 году увеличились. В 2022 году на 130774,52 тыс. руб. выросли расходы на обслуживания проживающих.

Таблица 2. Финансовое обеспечение государственного задания, тыс. руб.

Финансовое обеспечение государственного задания, тыс. руб.				
Год	Бюджет	Внебюджет	Итого средств	Доля бюджета, %
2016	89339,06	54907	144246,06	61,94%
2017	95313,32	66838,59	162151,91	58,78%
2018	141194,52	70795,8	211990,32	66,60%
2019	161767,39	64828,47	226595,86	71,39%
2020	167705,38	67363,83	235069,21	71,34%
2021	178785,67	64840,18	243625,85	73,39%
2022	199831,2	75189,38	275020,58	72,66%
Итого	1033936,54	464763,25		

Финансирование учреждения осуществляется в полном объеме, а значит расходы на содержание выполняются в полном объеме. В интернате сложилось благоприятные условия для проживания: четырехразовое питание, обеспеченность материально производственными запасами и основными средствами, своевременная медицинская помощь, социально-психологическая поддержка, воспитательная работа, спортивные занятия, возможность заниматься творчеством, возможность трудоустроиться.

Эффективное развитие учреждения социального обслуживания и качество оказанных услуг проживающим обусловлено наличием высококвалифицированных кадров. Базовой причиной дефицита кадров, а именно медицинского персонала и врачей, является высокий некомпенсируемый уровень личных издержек субъектов рынка труда, ограничивающих возможности решения данной социально-экономической проблемы [2].

Таблица 3. Численность сотрудников АСУСО «Драгунский дом-интернат»

Наименование	Года/численность						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Общая численность сотрудников	366	363	373	369	357	349	338
Основной персонал всего	364	361	371	366	354	346	335
Средний медицинский персонал	57	55	53	56	58	55	55
Младший медицинский персонал	148	137	137	132	141	136	136
Врачи	4	4	3	4	4	4	2
Совместители	2	2	2	3	3	3	3
Сотрудники с высшим образованием	17	19	18	16	16	13	13
Сотрудники со средним образованием	76	78	76	76	74	70	68
Принято	60	54	52	46	28	36	52
Уволено	58	57	42	51	38	42	63
Текучесть кадров, %	16	16	11	14	11	12	19
Коэффициент оборота кадров	0,32	0,31	0,25	0,26	0,18	0,22	0,34
Расходы на заработную плату, руб.	86983,41	97129,29	132682,24	143653,2	144508,2	116798,01	173986,3

В учреждении в 2022 году количество врачей уменьшилось, количество персонала в целом по учреждению уменьшалось 28 сотрудников, Текучесть кадров 19%, это связано с низким уровнем оплаты труда работников социальной сферы не соответствует напряженности интенсивности их труда, с ухудшением социально - бытовых условий, неразвитости социальной инфраструктуры села.

Стоит отметить, что у учреждения имеется как недостатки, так и достоинства, но сам факт, что учреждение работает, обеспечивает и поддерживает людей с ограниченными возможностями, при достаточно сложных социально-экономических условиях, свидетельствует о приложении значительных усилий учреждением.

Однако проблема, именно качественного обслуживания получателей социального обслуживания в АСУСО «Драгунском доме-интернате» требует усовершенствования и доработки.

Проблемы оказания услуг социального обслуживания в АСУСО «Драгунский дом-интернат»

Недостаток квалифицированных кадров. В контексте повышения качества социального обслуживания в доме-интернате необходимо увеличение количества квалифицированного персонала. Ведь для получателей социальных услуг это обусловлено потребностью в постоянной посторонней помощи, следовательно, понимается как фактор увеличения внимания, времени, затрачиваемого на обслуживание каждого клиента. Для сотрудников дома-интерната, увеличение количества персонала означает уменьшение нагрузки, облегчение ежедневного труда, следовательно, даст возможность

сосредоточиться на качестве выполняемых обязанностей.

Следовательно, повышение качества обслуживания получателей социальных услуг в доме-интернате для престарелых и инвалидов напрямую связано с обеспечением потребностей и интересов сотрудников. определить направления, требующие особого внимания и улучшения.

Кроме того, увеличение рабочих мест будет способствовать росту занятости среди населения, где преимущественно расположен дом-интернат. Но тут опять возникает проблема финансирования.

2. Финансирование социального обслуживания. Медленно развивается платное социальное обслуживание, но существует опасность абсолютизации платных услуг, по сравнению с объемом платных услуг доля бесплатных услуг сокращается и могут быть не всем лица с ограниченными возможностями доступна.

3. Острой остается проблема очередности на получение мест в учреждении. Это связано в первую очередь со сложностью оформления документов на зачисление. Было бы целесообразно иметь банк данных об пациентах, Системность и доступность этой информации на региональном и федеральном уровнях позволит улучшить межведомственное взаимодействие.

Социальное обслуживание осуществляется на принципах равного, свободного доступа граждан к социальному обслуживанию. Большое значение работы повышения эффективности работы учреждения имеет микроуровень – непосредственная деятельность, сосредоточенная на каждом получателе социальных услуг, с индивидуальным подходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 53059-2019 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам ГОСТ Р 53059-2019 Национальный Стандарт Российской Федерации Социальное

обслуживание населения социальные услуги инвалидам. <https://tiflocentre.ru/documents/gost-r-53059-2019.php>. Дата последнего обращения: 04.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.

2. Ильченко Е. В. Институциональный анализ социального обслуживания людей с инвалидностью. Социальное обслуживание 2016; 2016 (3): 21 -31
3. Кос А.В. , Карпова Г.Г., Антонова Е.П. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями в условиях проживания в интернатах. Журнал социологии и социальной антропологии 2009: 131-152. <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-lits-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-v-usloviyah-prozhivaniya-v-internatah>. Дата последнего обращения: 02.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
4. Кравченко В. С. Кадровое обеспечение и развитие кадрового потенциала. Опыт, проблемы, перспективы 2010; 5: 17-21.
5. Посиделов Е. В. Организация социальных услуг в условиях психоневрологического интерната. Социальное обслуживание 2016; 2016(3): 32-34
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении примерной номенклатуры организаций социального обслуживания» от 17 апреля 2014 г. № 258н <http://base.consultant.ru>. Дата последнего обращения: 03.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
7. Постановление Правительство Омской области от 24 декабря 2014 года п 361-п о порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг. <http://base.consultant.ru>. Дата последнего обращения: 04.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
8. Постановление Правительства Омской области от 9 декабря 2009 года N 235-п О порядке и условиях предоставления отдельных форм социального обслуживания в государственной системе социальных служб Омской области. <http://base.consultant.ru>. Дата последнего обращения: 01.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
9. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ. <http://base.garant.ru>. Дата последнего обращения: 30.03.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
10. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 г. № 442 ФЗ (ред. от 01.05.2019). Принят Государственной. Думой Федерального Собрания РФ 23 декабря 2013 г.: одобрен Советом Федерации Федерального Собрания РФ 25 декабря 2013 г. <http://base.consultant.ru>. Дата последнего обращения: 01.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
11. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. kholostova-e.-sotsialnaya-rabota-s-invalidami.-uchebnoe-posobie.pdf/241. Дата последнего обращения: 04.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБЛУЖИВАНИЯ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ

Маркитович Н.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-43-48

Автор, ответственный за переписку:

Маркитович Наталья Борисовна, магистрант направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

Актуальность: Инвалиды с психическими расстройствами относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. В общей структуре инвалидности по классам болезни психические заболевания занимают третье ранговое место и составляют 10 %. По длительности сроков инвалидности психические заболевания занимают первое место. Почти 95 % инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием и умственной отсталостью, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно.

Цель: совершенствование реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний и условий реализации реабилитации в АСУСО «Драгунский ДИ».

Материалы и методы: Проведен анализ медико-социальных реабилитационных мероприятий получателей социальных с психическими заболеваниями в АСУСО «Драгунский ДИ».

Заключение: Результаты проводимой в интернате реабилитационной деятельности посредством различных инновационных социальных технологий, свидетельствует об их эффективности в рамках организации работы с клиентами, имеющими ограниченные умственные возможности

Ключевые слова: инвалид, реабилитация, психические заболевания, получатели социальных услуг (ПСУ), дом-интернат.

ANALYSIS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION MEASURES IN THE CONDITIONS OF INPATIENT SOCIAL SERVICE INSTITUTION AND WAYS TO IMPROVE REHABILITATION

Markitovich N.B.

Omsk State Medical University

Actuality: Disabled people with mental disorders belong to the most socially disadapted groups of the population. In the general structure of disability by classes of disease, mental illnesses occupy the third rank place and account for 10%. In terms of the duration of disability, mental illnesses occupy the first place. Almost 95% of disabled persons recognized as incapable of work due to mental illness and mental retardation remain on pension for life.

Purpose: Improvement of rehabilitation of disabled people due to mental illnesses and conditions of rehabilitation realization in the ASUSO "Dragunsky DI".

Materials and methods: The medical and social rehabilitation measures of social recipients with mental illnesses in ACUSO "Dragunsky DI" were analyzed.

Conclusion: The results of rehabilitation activities carried out in the boarding house by means of various innovative social technologies testify to their effectiveness in the framework of organizing work with clients with mental disabilities.

Key words: disabled person, rehabilitation, mental illness, recipients of social services (ROSS), boarding house.

Внимание к исследованию вопросов реабилитации инвалидов как социального явления в России в последние годы постоянно растет. В настоящее время процесс реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Его изучают психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и так далее. Они вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы медицинской и социальной реабилитации. Медицинская реабилитация направлена на восстановление или компенсацию нарушений, утраченных функций организма (лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д.) [1].

Цель: совершенствование реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний и условий реализации реабилитации в АСУСО «Драгунский ДИ».

Объект исследования: инвалиды, проживающие в доме-интернате.

Предмет: реабилитационные мероприятия в АСУСО «Драгунский дом-интернат».

База исследования: «Автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Драгунский дом-интернат», которое расположено в Любинском районе Омской области, поселок Драгунский улица Центральная, дом 5. Учредителем учреждения является Омская область. Функции и полномочия Учредителя от имени Омской области в пределах своих полномочий осуществляет Министерство труда и социального развития Омской

области как отраслевой орган исполнительной власти Омской области. Материалы и методы: Проведено комплексное изучение эффективности медицинской и психосоциальной работы с пациентами АСУСО «Драгунский ДИ», позволяющие выделить оптимальные пути и факторы, влияющие на процесс реабилитации получателей социальных услуг.

Инвалиды с психическими расстройствами относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. В общей структуре инвалидности по классам болезни психические заболевания занимают третье ранговое место и составляют 10 %. По длительности сроков инвалидности психические заболевания занимают первое место. Почти 95 % инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием и умственной отсталостью, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно.

Внимание к исследованию вопросов реабилитации инвалидов как социального явления в России в последние годы постоянно растет. В настоящее время процесс реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Его изучают психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и так далее. Они вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации [1].

Психическое расстройство – это болезненное состояние с психологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических, физических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья. Каждое заболевание характеризуется определённой симптоматикой [2].

Реабилитация — это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Сущность реабилитации — не только в восстановлении здоровья, но и в создании возможностей для социального функционирования в обществе. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация, интегрирование клиентов с недостатком интеллектуального развития в общество [4].

Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями — одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Неуклонный рост числа инвалидов, с одной стороны, увеличение внимания к каждому из них независимо от его физических, психических и интеллектуальных способностей, с другой стороны, повышение ценности личности и необходимость защищать ее права, характерные для демократического, гражданского общества, с третьей стороны, - все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности [5].

АСУСО «Драгунский интернат» создано на основании распоряжения правительства Омской области от 10 июля 2013 года №119-рп «О создании автономных стационарных учреждений социального обслуживания Омской области путем изменения типа существующих бюджетных стационарных учреждений социального обслуживания Омской области».

В своей деятельности учреждение руководствуется Конституцией РФ, федеральным и областным законодательством, Уставом.

Предметом деятельности учреждения является социальное обслуживание престарелых граждан и инвалидов в целях проведения реабилитационных мероприятий медицинского,

социального, психологического и лечебно-трудового характера, организация отдыха и досуга [10].

Проживает в интернате 450 получателей социальных услуг.

Работа в учреждении складывается из следующих разделов:

— Лечебно-профилактические мероприятия;

— Ведение документации;

— Реабилитация психических больных (привлечение к труду, психотерапевтическая коррекция, воспитательная работа);

— Работа с персоналом.

Ведущий компонент реабилитации – трудотерапия, направленное вовлечение человека в трудовую деятельность для лечения и реабилитации. Разрабатывается положение о трудотерапии, программа по трудотерапии, определяющая виды трудотерапии, правила и условия ее организации. Программа трудотерапии может быть рассчитана на один – три

года. В основе организации занятости трудом пожилых людей и инвалидов лежит бригадный метод и индивидуальный подход к выбору видов трудотерапии в зависимости от уровня самообслуживания человека. Выбор видов трудовой деятельности зависит от основного заболевания и направлен на восстановление функциональных возможностей пожилого человека и инвалида. Характер труда является щадяще-активирующим, он не связан с использованием специального оборудования и механизмов. Трудотерапия выглядит как терапия занятостью с использованием ранее приобретенных навыков. Вовлечение пожилых людей, инвалидов в трудовую деятельность для культивирования чувства полезности, предоставляет им возможность вносить конструктивный вклад на добровольческой работе. Трудотерапия помогает человеку в реализации личностного потенциала [6].

Таблица 1. Статистические данные ПСУ, которые подлежат социально – трудовой реабилитации в АСУСО «Драгунский ДИ»

Социально-трудовая реабилитация	2020 год		2021 год		2022 год	
	Кол. *ПСУ	Процент занятости	Кол. ПСУ	Процент занятости	Кол. ПСУ	Процент занятости
Общее количество ПСУ	197	57,7%	192	63,5%	195	76,4%
Терапия занятостью	114	57,7%	122	63,5%	149	76,4%
Трудовое обучение	9	4,6%	30	15,6%	82	42%
Трудовое устройство	13	6,6%	18	9,3%	21	10,8%

*ПСУ – получатели социальных услуг

Социальная реабилитация для пациентов с прогрессирующими психическими заболеваниями заключается в стимуляции потенциальных психических возможностей и привитии навыков по самообслуживанию и социальному функционированию в общении с получателями социальных услуг

Для больных с менее выраженными формами нарушений жизнеобеспечения особое значение имеет психотерапевтическое и психосоциальное воздействие с целью преодоления болезненных изменений, повышения социальной активности и самооценки личности.

В АСУСО «Драгунский ДИ» для молодых инвалидов внедряются новые методы коррекционной и развивающей педагогики, обучения социальным и трудовым навыкам. Организуется для психически больных, утративших родственные связи и нуждающиеся в постоянном содержании в стационарном учреждении. Это значительно повышает шансы больного на восстановление трудового статуса и приобретение способности жить при минимальной поддержке и патронаже социальными работниками.

Результаты проводимой в интернате реабилитационной деятельности посредством различных инновационных социальных технологий, свидетельствует об их эффективности в рамках организации работы с клиентами, имеющими ограниченные умственные возможности, при этом основной целью проводимых мероприятий является восстановление у клиентов социального взаимодействия и нарушенных потребностей в коммуникации, активизацию личностного потенциала, выработку у ПСУ качеств, способствующих наиболее оптимальному приспособлению к социальной среде в условиях ограниченных возможностей здоровья.

Организация психосоциальной реабилитации инвалидов в АСУСО

«Драгунский ДИ» должна носить комплексный характер, что позволит разносторонне воздействовать на личностно-психологические и психофизиологические стороны развития (формирование и восстановление) личности.

Полученные выводы позволили дать нам рекомендации:

— Специалистам интерната разрабатывать и постоянно совершенствовать организацию в направлении развития комплексного характера психосоциальной реабилитации, что позволит разносторонне воздействовать на личностно-психологические и психофизиологические стороны развития (формирование и восстановление) личности пациентов.

— Специалистам интерната обеспечить взаимосвязь медицинским и психосоциальным технологиям реабилитации, применяющиеся практики реабилитационной деятельности должны быть взаимосвязаны, взаимозависимы, последовательны и реализовываться специалистами полифункциональной бригады.

— В целях понимания необходимости внедрения и формирования навыков работы с позиций мультидисциплинарного подхода, рекомендовано провести серию тренингов, обсуждений для специалистов клиники на отработку командного решения профессиональных задач.

— В целях мотивации пациентов интерната к труду и другим видам активной деятельности рекомендовано разработать программу досуговых мероприятий для психически больных, что позволит повысить и расширить реабилитационные мероприятия.

Эффективность реализуемых мер хорошо влияет не только на уровень адаптированности инвалида в социуме, но и позволит, в целом, повысить качество его жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р 54738—2011. Национальный стандарт РФ. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов. — М.: Стенда информ <https://tiflocentre.ru/documents/gost-r-53059-2019.php>. Дата последнего обращения: 04.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
2. Ильченко Е. В. Институциональный анализ социального обслуживания людей с инвалидностью. Социальное обслуживание 2016 (3): 21 -31
3. Чепурышкин И.П. // Социализация воспитанников интернатных учреждений. Социальная педагогика 2020: 131-152. <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-lits-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-v-usloviyah-prozhivaniya-v-internatah>. Дата последнего обращения: 02.04.2023. Дата последнего доступа: 04.04.2023.
4. Губарева Е.А. Реабилитация в условиях психоневрологического интерната // Молодой ученый - 2018: 17-21.
5. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т. М. Малевой. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. — 256 с.;
6. Сырникова Б.А., Бегметов О. Х. Социально-терапевтическая среда в системе реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний // Психическое здоровье. 2018, № 1.- С. 67-71.
7. Савин А.Ю., Н.В. Щербина // Социальное обслуживание. — 2014. — № 5. — С.19-31.
8. Федеральный закон от 24.04.2008 № 48-ФЗ (ред. от 30.04.2021) "Об опеке и попечительстве";
9. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 11.06.2021) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.09.2021).
10. Устав автономного стационарное учреждение социального обслуживания Омской области «Драгунский дом-интернат» № 8 от 23.06.2021 г. № 278-р.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ МАГИСТРАНТОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Кирсанов А.С.¹, Сабаев А.В.¹

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-49-50

Автор, ответственный за переписку:

Кирсанов Андрей Сергеевич, магистрант 2-го года обучения, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644050, г. Омск, ул. Мира, д. 9, rem19791@gmail.com

В статье представлена медико-демографическая характеристика Таврического муниципального района Омской области. Оценена распространенность основных гериатрических синдромов среди людей пожилого и старческого возраста, проживающих в учреждении социального обслуживания населения. Обоснована необходимость разработки стандартных операционных процедур для улучшения качества медико-социальной помощи пожилым пациентам.

Ключевые слова: гериатрия, помощь, качество, обслуживание

Социально-ориентированная государственная политика, правительственные программы и другие нормативные документы предусматривают развитие системы медицинских и социальных организаций, деятельность которых направлена на обеспечение активного и здорового долголетия [1]. Необходима разработка медико- организационных мероприятий, направленных на повышение качества медицинских и социальных услуг, с созданием адекватной системы контроля качества гериатрической помощи пациентам старших возрастных групп [1,2]. Регламентация деятельности персонала с целью повышения качества медицинской помощи и уровня безопасности пациентов требует разработки отдельных специальных документов - стандартных операционных процедур. Цель исследования - разработка подходов к формированию стандартных операционных процедур в учреждении социального обслуживания населения. Материалы и методы исследования. Исследование проведено в АСУСО «Таврический дом интернат для престарелых и инвалидов», расположенном в Таврическом районе Омской области, период исследования - 2020-2022г. Изучена распространенность основных гериатрических синдромов среди людей пожилого и старческого возраста, проживающих в доме-интернате. Применялся описательно-оценочный метод наблюдательного эпидемиологического исследования, были рассчитаны относительные интенсивные и экстенсивные показатели. Результаты. В 2021 году в Таврическом районе Омской области численность проживающего населения составляла 34633 человека, доля мужского населения составляла 47,5% (n=16441), женского 52,5%. За анализируемый период абсолютная убыль населения составила 613 человек. Демографическая ситуация характеризовалась негативными тенденциями, на протяжении изучаемого периода наблюдалась убыль населения, показатели смертности населения превышали уровень рождаемости, в 2021 г – естественная убыль населения составила - 0,87%. Доля населения старше трудоспособного возраста в 2021 году составляла 25,1% (n=8676), что превышало долю населения моложе трудоспособного возраста (22,7%).

Показатель общей заболеваемости населения Таврического района за изучаемый период возрос на 4,8% с 109076,2 на 100 тысяч населения в 2018г до 114292,7 случаев на 100 тысяч населения в 2021г. Динамика первичной заболеваемости населения также характеризовалась тенденцией к росту с 46254,9 на 100 тысяч населения до 58207,5 случаев на 100 тысяч населения. В структуре первичной заболеваемости преобладали болезни органов дыхания (28917,5 случаев на 100 тысяч населения), болезни системы кровообращения, уровень которых составлял 4305,1 на 100 тысяч населения. В сложившихся медико-демографических условиях важное значение приобретает проблема организации социального обслуживания граждан пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалидов I и II групп старше 18 лет, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и наблюдении. Предоставление комплекса социальных услуг таким гражданам в Таврическом районе осуществляется на базе АСУСО «Таврический дом-интернат». Обслуживаемый контингент характеризовался преобладанием лиц мужского пола (54,8%), старших возрастных групп (65-90 лет) – 33,7%. Доля женщин составила 45,2%, в возрасте 65-90 лет – 31,1%. Среди проживающих доля лиц с инвалидностью первой группы составила 27,9%, второй группы – 51,5%, третьей группы – 20,6%. Предметом деятельности дома-интерната является стационарное социальное обслуживание граждан путём проведения реабилитационных мероприятий медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечения ухода и медицинской помощи, организации их отдыха и досуга. Структура гериатрических синдромов выглядела следующим образом – нарушение общей двигательной активности значительной степени выявлена у 53,2±3,2% обследованных, умеренной – 35,9±3,1%, легкой – 4,6±2,4%. Синдром недостаточности питания – 66,2%, нарушение когнитивных функций – значительное – 38,9±3,1%, умеренное – 21,9±2,7%, легкое – 10,9±2,4%. Зависимость от посторонней помощи - полная 30,8±3,0%, выраженная – 24,5±2,8%, умеренная – 23,2±2,7%. Необходимость профилактики ухудшений физического, медико-социального и психологического состояний у пациентов требует от учреждения долговременного ухода разработки стандартных операционных процедур, которые позволят унифицировать подходы к повышению качества социальной и медицинской помощи. В рамках обеспечения безопасности пациентов были разработаны стандартные операционные процедуры «Поддержание клинической, инфекционной и физической безопасности пациентов», структурными элементами которых являются: гигиена рук медицинского персонала, использование стерильного медицинского инструментария при оказании медицинской помощи, организация и соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в доме-интернате, вакцинация работников и проживающих, раннее выявление источников инфекционных заболеваний, безопасная фармакотерапия, предотвращение падения и травматизма, противопожарная безопасность, электробезопасность. При этом обязательным условием является взаимодействие специалистов разного профиля, где каждый должен выполнять свою задачу. Такое взаимодействие предусматривает обоюдную помощь в выполнении профессиональных обязанностей на всех этапах стационарного социального обслуживания.

Литература:

1. Проццаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы: Учебное пособие. Белгород: 2012. 228 с. (Proshhaev K.I., Il'nickij A.N., Zhernakova N.I. Osnovnyye geriatricheskie sindromy: Uchebnoe posobie. Belgorod: 2012. 228 s.)

2. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Процаев К.И., Рождественская О.А. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность. Врач, 2020; (6): 5-9 <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-01> (Ilnitcki A., Starceva O., Prashchayeu K. et al. Long-term care in elderly person: focus on individual viability. Vrach. 2020; 31 (6): 5–9).

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ПРОКОПЬЕВСКИЙ»

Шишкин А.В.¹, Пасечник О.А.¹

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-51-52

Автор, ответственный за переписку:

Шишкин Алексей Викторович, магистрант 2-го года обучения, 290 группа, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644050, г Омск, ул. Мира, 9.

В статье представлена характеристика медицинских реабилитационных мероприятий, проводимых в условиях санаторно-курортного учреждения для пациентов с постковидным синдромом.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение, астения

В марте 2020 года ВОЗ объявила новую инфекцию COVID-19 глобальной пандемией [1]. Проблемы состояния здоровья российского населения и повышения качества человеческого капитала широко обсуждаются в последние годы, в том числе в контексте роли рекреационной отрасли как сложной конфигурации взаимодействующих элементов и мощностей, сфокусированной на повышении производительности труда и капитализации человеческих ресурсов [2,3]. Санаторно-курортное лечение является одним из ключевых элементов системы здоровьесбережения и играет значимую роль в достижении целей устойчивого развития ООН. **Цель исследования:** изучить организацию системы медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию в условиях санатория.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе АО Санаторий «Прокопьевский» (Кемеровская область) в период июль-август 2021 г., принимали участие 100 пациентов, перенесших COVID-19 в возрасте 50 лет и старше, проходившие программу медицинской реабилитации и давшие информированное добровольное согласие на исследование. Была использована электронная персональная регистрационная карта каждого пациента, которая включала клинические и демографические данные, в том числе параметры пола, возраста, индекса массы тела, диастолического артериального давления, систолического артериального давления, информацию о курении, а также информацию о наличии сопутствующих заболеваний. Во время обследования состояние пациента оценивалось с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки основных жалоб (общая слабость, утомляемость, снижение концентрации внимания,

несистемное головокружение, головная боль, нарушение сна). Применялся многомерный опросник усталости - MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory), который количественно оценивал субъективное восприятие тяжести одышки в целом и степень общей усталости, физической и умственной утомляемости, снижение мотивации и активности. Степень вегетативной нестабильности определялась по индексу Кердо. Когнитивные функции оценивались с помощью шкалы Mini-Mental State Examination (MMSE). Полученные данные обрабатывались с помощью функций Microsoft Excel.

Результаты исследования. На момент включения в исследование пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, значительную утомляемость, усталость при физической и умственной нагрузке, снижение памяти, концентрации внимания, расстройства сна, головные боли, головокружение. Астенический синдром у пациентов, включенных в исследование, представлял собой совокупность неспецифических, субъективных жалоб, возникших во взаимосвязи с инфекцией COVID-19 и значимым образом влияющих на качество жизни пациентов, снижая их профессиональную, социальную и повседневную активность. Основной жалобой всех пациентов, перенесших COVID-19, были отсутствие сил или общая слабость. Выраженная астения была диагностирована у 18 % пациентов, у 71 % – умеренная, легкая у 11 %. Использование комплексного лечения в санатории «Прокопьевский» сопровождалось не только уменьшением основных симптомов астенического синдрома, но и стабилизацией вегетативного статуса, что являлось важным результатом. Проведенное лечение привело к значимому снижению выраженности жалоб на общую слабость, головную боль, ухудшение памяти и концентрации внимания у пациентов. В условиях реальной клинической практики большое значение имеет терапия, направленная на коррекцию проявлений постковидного астенического синдрома. После окончания лечения количество пациентов, имеющих жалобы по поводу астенических признаков или дискомфорта уменьшилось с 48 до 31 случая, испытывающих умеренную усталость при легкой физической нагрузке с 76 до 63 случаев, а количество пациентов без ощущения усталости или испытывающих незначительную усталость при тяжелой физической нагрузке увеличилось с 76 до 96. Следует отметить, что у 15% отдыхающих после проведения процедур в санатории улучшился аппетит, у четверти респондентов пропала бессонница. 45% отдыхающих отметили стабилизацию настроения в течение дня, отсутствие перепадов настроения. Более 80% респондентов до приезда в санаторий часто испытывали раздражительность, плаксивость и капризность, после курса лечения в санатории их количество снизилось до 50%, не испытывали таких негативных эмоций, как плохое настроение, отчаяние, тревога или депрессия 20% пациентов. 75% отдыхающих отметили после медицинской реабилитации в санатории бодрость, спокойствие и уверенность в себе. Большая часть пациентов (72%) сообщила, что после пребывания в санатории улучшилась способность выполнять обычные физические нагрузки. 68% отметили улучшение психического здоровья, 89% отдыхающих были удовлетворены качеством психологической коррекции и лечения, которые они получили во время отдыха в санатории «Прокопьевский». Субъективные оценки своего здоровья у пациентов санатория значительно улучшились, что говорит о эффективности подобранного лечения, компетентности специалистов данного санатория.

Заключение: в целях улучшения состояния общественного здоровья в условиях пандемии и постпандемический период большое значение имеет использование региональных рекреационных зон, санаторно-курортных учреждений, повышение качества и доступности для населения, перенесшего инфекцию COVID-19 курсов медицинской реабилитации в условиях оздоровительных учреждений.

Литература

1. ВОЗ. Вспышка новой коронавирусной инфекции. <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Дата последнего доступа: May 04 2023.
2. Grigoryev V.I. Genesis rekreatsionnoy otrasli i ee vliyanie na vosproizvodstvo chelovecheskogo kapitala [Genesis of the recreational industry and its impact on human capital reproduction]. *Ekonomika truda*. 2017; 4(1): 31-42. doi: 10.18334/et.4.1.37589. (Григорьев В.И. Генезис рекреационной отрасли и ее влияние на воспроизводство человеческого капитала. *Экономика труда*. 2017; 4 (1):31-42
3. Basnina T.D., Valitova L.A., Sheresheva M.Yu. Managing the Russian health resort industry: Key challenges and development trends. *Upravlenets, Ural State University of Economics*. 2021;12(1): 62-77. (Баснина Т.Д., Валитова Л.А., Шерешева М.Ю. Управление российским санаторно-курортным комплексом: основные проблемы и тенденции развития. *Управленец*. 2021; 12 (1):62–77. doi: 10.29141/2218-5003-2021-12-1-5.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Мусаинова Д.К.¹, Пасечник О.А.¹

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-53-54

Автор, ответственный за переписку:

Мусаинова Дана Каирбековна, магистрант 2-го года обучения, 290 группа, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644050, г. Омск, ул. Мира, д. 9, dana424@inbox.ru

В статье представлена оценка эффективности мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза в Омской области, где реализуются современные подходы и направления национальной стратегии ликвидации туберкулеза. Отмечено качественное и количественное изменение когорт впервые выявленных случаев туберкулеза за анализируемый период 2015 – 2021 гг. Выявлены актуальные направления профилактики туберкулеза для Омского региона.

Ключевые слова: туберкулез, профилактика, контроль, заболеваемость, смертность

Всемирная организация здравоохранения в 1993 году признала проблему туберкулеза чрезвычайной ситуацией в области глобального общественного здравоохранения [1,2]. Для контроля над распространением туберкулеза и профилактики этой инфекции Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) выдвинула конкретные стратегии борьбы с туберкулезом [3]. В нашей стране реализация глобальных стратегий начата в 1995 году, в ходе исполнения национальной стратегии профилактики туберкулеза были достигнуты существенные результаты, связанные с изменением тенденции развития эпидемического процесса туберкулеза, сокращением заболеваемости и смертности населения [4,5].

Целью настоящего исследования была оценка эффективности реализации программ профилактики и контроля заболеваемости населения туберкулезом на региональном уровне – в Омской области. **Материалы и методы исследования:** исследование проведено на территории Омской области исключало период с 2015 по 2021 годы, материалом для исследования послужили сведения форм федерального статического наблюдения: №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»; №33 «Сведения о больных туберкулезом»; № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией». Был использован описательно-оценочный и аналитический метод наблюдательного эпидемиологического исследования.

Результаты и обсуждение. В Омской области на протяжении последних десятилетий реализуется комплекс профилактических, противоэпидемических, лечебно-диагностических мероприятий, составляющих национальную стратегию борьбы с туберкулезом. В комплекс противотуберкулезных мероприятий включены: раннее выявление инфекции у детского и взрослого населения; вакцинация новорожденных и ревакцинация детей 6 – 7 летнего возраста; лечение больных активным туберкулезом; диспансерное наблюдение за больными и контактными с ними лицами; химиопрофилактическое превентивное лечение населения групп повышенного риска, включая больных ВИЧ-инфекцией. Большое значение принадлежит реализуемой системе противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение формирования эпидемических очагов туберкулеза с множественными случаями заболевания. Эффективность системы реализуемых на региональном уровне (Омской области) профилактических мероприятий была оценена по динамике и тенденции заболеваемости населения. За изучаемый период с 2015 по 2021 годы в Омской области наблюдалась тенденция к снижению распространенности случаев туберкулеза, что стало возможным в результате планомерной государственной политики, направленной на предупреждение распространения туберкулеза. В многолетней динамике за семилетний анализируемый период уровень распространенности сократился почти в 2 раза – с 175,9 до 86,7 случаев на 100 тысяч населения. Аналогичная ситуация наблюдалась в динамике заболеваемости населения туберкулезом, уровень которой также характеризовался тенденцией к снижению, за указанный период заболеваемость сократилась на 70%, с 82,5 до 48,4 случаев на 100 тысяч населения. Причем снижается и заболеваемость бацилярными формами туберкулеза, которые представляют опасность для населения. Для того, чтобы оценить, как изменился контингент впервые выявленных больных туберкулезом были сопоставлены две когорты пациентов, впервые выявленные в 2015 году и в 2021 году. При изучении распределения заболевших туберкулезом по полу установлено, что к 2021 году в структуре впервые выявленных больных значительно возрос удельный вес пациентов – мужчин (с 67,1% в 2015 году до 71,9% в 2021 году). Отмечено изменение возрастной структуры впервые выявленных больных туберкулезом, уменьшились доля: молодого населения – подростков с 1,9% до 1,0%, лиц возрастной группы 18 – 24 года с 28,6% до 16,8%, 25 – 34 года с 15,6% до 2,0%. При этом в 2 раза возросла доля лиц в возрасте 35 – 44 года с 17,9% до 35,1%. Структура клинических форм туберкулеза характеризовалась увеличением доли случаев туберкулеза органов дыхания с 97,6% до 99,1% и уменьшением доли туберкулеза внелегочных локализаций до 0,9% в 2021 году против 2,4% в 2015 году. Уменьшилась доля деструктивных форм туберкулеза с 42,2% до 37,8%. Доля фиброзно-кавернозного туберкулеза сократилась в 8,6 раз и составила 0,5% (4/761) против 4,3% в 2015 году, что характеризует эффективность мероприятий по раннему выявлению туберкулеза. Группой населения, имеющей высокий риск заболевания туберкулезом являются пациенты, страдающие ВИЧ-инфекцией. Показатель заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией

возрос почти в три раза и составил в 2021 году 15,6 случаев на 100 тысяч населения против 5,6 случаев на 100 тысяч населения в 2015 году. Среди лиц, больных туберкулезом, обследованных на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека доля инфицированных составила 37,0% против 18,5% в 2015 году (ОШ=36,8; 95% ДИ 25,4 – 53,19). Почти в два раза возросла доля больных – бактериовыделителей штаммов микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью с 15,5% до 30,6% (ОШ=0,42; 95%ДИ 0,31 – 0,55). Таким образом, на территории Омской области наблюдалась тенденция к снижению уровня заболеваемости населения туберкулезом и распространенности туберкулеза среди населения, что свидетельствует об эффективности комплекса противотуберкулезных мероприятий. На фоне уменьшения количества больных наблюдалось изменение структуры впервые выявленного контингента – возросла доля мужчин, лиц в возрасте старше 44 лет, уменьшилась доля больных деструктивными формами туберкулеза, включая фиброзно-кавернозный туберкулез. Вместе с тем возросла доля больных с сочетанной ВИЧ- инфекцией, а также доля бактериовыделителей штаммов с множественной лекарственной устойчивостью. Полученные результаты указывают на необходимость разработки новых подходов к профилактике туберкулеза в группах риска и предупреждению распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Литература:

Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. Часть 1. Заболеваемость и распространенность туберкулеза/ И.А Васильева [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2017. -Т. 95, № 6. - С.9-21.

Равильоне, М.К. Ликвидация туберкулеза - новая стратегия ВОЗ в эру целей устойчивого развития, вклад Российской Федерации / М.К. Равильоне, А. А. Коробицын // Туберкулёз и болезни лёгких. -2016.- Т.94, № 11. - С. 7-15.

Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза: цели и показатели [Электронный ресурс]. - 2017. - Режим доступа: <http://www.who.int/tb/strategy>.

Использование результатов ранжирования территорий Сибирского и Дальневосточного федеральных округов для оценки влияния противотуберкулезных мероприятий на эпидемическую ситуацию / Т.В. Алексеева [и др.] // Туберкулез и болезни легких. -2016. - №10 (94).- С. 18-24.

5. Динамика демографических процессов в Омской области / Н.Г. Анпилова, О.А. Пасечник, И.П. Бурашникова [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, № 4.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. ОМСКА

Рыбьякова В.Н.¹, Голева О.П.¹

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-55-57

Автор, ответственный за переписку:

Рыбьякова Вероника Николаевна, магистрант 2-го года обучения, 290 группа, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644050, г Омск, ул. Мира, 9, rybyakova@bk.ru

В статье представлены анализ и оценка доступности стоматологической помощи взрослому населению г. Омска, которые показали незначительное влияние социально-демографических характеристик на оценку медицинского обслуживания. Выявлены критерии, благоприятно влияющие на общую оценку доступности стоматологической помощи.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, врач-стоматолог, функция врачебной должности.

В последнее время все сильнее наблюдается несоответствие между спросом и потребностью в различных видах стоматологической помощи. Известно, что потребность взрослого населения только в протезировании удовлетворяется не более чем на 8-10% [1]. Значительная часть пациентов продолжает пользоваться услугами государственных и муниципальных стоматологических учреждений, так как не может обеспечить финансирование стоматологического лечения за счет личных средств. Стоматологическую службу планирует и контролирует Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в субъектах Федерации – их администрации, в состав которых входят комитеты (управления, департаменты, министерства) здравоохранения [2, 3].

Целью данного исследования явилось научное обоснование оптимизации стоматологической помощи взрослому населению на муниципальном уровне.

Материал и методы исследования: проанализированы формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2018-2022 гг., № 12 «Отчет ортодонтического (зубопротезного) отделения (кабинета)» за 2022 г. по медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения Омской области, оказывающим стоматологическую ортопедическую помощь населению.

Результаты и обсуждение. Фактически по штатному расписанию в 2022 г. в г. Омске выделено 532 должности врачей-стоматологов, из них 343,25 ставок врачей-стоматологов терапевтов, 52,5 ставки врачей-стоматологов хирургов, 116,75 ставок детских стоматологов и 19,5 ставок ортодонтот. В 2022 г. укомплектованность физическими лицами должностей стоматологов-терапевтов составляла 91,2 %, стоматологов-хирургов – 80,0 %, а ортодонтот – 76,9 %. При этом квалификацию врачей-стоматологов можно считать достаточно высокой: в 2022 г. аттестованных было 83,1 %; из них 27,3 % имели высшую категорию, 43,6 первую и 29,1 % вторую; сертификат специалиста имели 99,3 % врачей. В свою очередь, для полного удовлетворения потребностей населения необходимо увеличение количества ставок, в связи с чем в хозрасчетных отделениях с учетом количества врачей-стоматологов ортопедов выделено 119 врачебных ставок (в том числе ставок стоматологов-ортопедов – 93,25). За исследуемый период обращаемость населения в государственные организации несколько снизилась. Так, общее число посещений в 2022 г. относительно 2021 г. уменьшилось на 8,2 %, а первичных посещений – на 8,9 %. Количество запломбированных зубов уменьшилось на 19,4 %, удаленных – на 7,3 %; санировано – на 7,7 % меньше. Произошло снижение функции врачебной должности (ФВД) на взрослом приеме в целом на 4,7 %, причем в основном за счет стоматологов-терапевтов, у которых снижение составило 7,1 %. У стоматологов-хирургов рост ФВД составил 9,2 %. Динамика ряда показателей позволяет сделать вывод об увеличении интенсивности труда врачей-стоматологов: в 2022 г. (по сравнению с 2002 г.) среднее число запломбированных зубов в день одним врачом увеличилось на 8,8 %, количество санаций в день на одного врача возросло на 11,1 %. Количество условных единиц трудоемкости (УЕТ), учитываемых при наложении одной пломбы, возросло на 11,1 % (с 4,3 до 4,8), а количество УЕТ, затраченных на одну

санацию, – на 6,5 % (с 13,9 до 14,8). Иными словами, работа врачей стала более трудозатратной. Соответственно увеличилось и среднее количество УЕТ в день на врача – с 24,9 до 30,1 (на 20,9 %), в том числе у терапевтов – с 24,6 до 29,7 (на 20,7 %), у хирургов – с 27,2 до 32,2 (18,4 %). Таким образом, анализ динамики основных показателей стоматологической службы г. Омска показал, что при некотором увеличении трудозатратности на лечение конкретного пациента в целом в муниципальных учреждениях здравоохранения происходит снижение объемов работ по оказанию стоматологической помощи взрослому населению. Данные факты объясняются в первую очередь наличием некоторого оттока пациентов в частные структуры (кабинеты и клиники). Для изучения приоритетов у населения относительно получения помощи в государственных и частных стоматологических организациях проведен социологический опрос пациентов, позволяющий глубже изучить потребности населения в различных видах стоматологической помощи и, ориентируясь на данные потребности, планировать производство и реализацию соответствующих услуг. Среди причин, побудивших респондентов обратиться за стоматологической помощью, практически половина опрошенных в качестве наиболее частой назвала острую боль – $46,8 \pm 2,1$ из каждых 100 опрошенных. Несколько реже в данной ситуации пациенты предпочитают обращаться в государственные организации ($42,9 \pm 2,8$ % – в государственные и $51,8 \pm 3,2$ % – в частные). Следующей по значимости причиной обращения является дискомфорт в полости рта – $37,5 \pm 2,1$ % ($40,6 \pm 2,8$ % – в государственные и $33,5 \pm 3,2$ % – в частные). Каждый четвертый респондент ($24,5 \pm 2,1$ %) обращался с целью профилактического осмотра ($21,9 \pm 2,8$ % – в государственные и $28,8 \pm 3,2$ % – в частные). Реже всего ($5,4 \pm 2,1$ %) пациентов направляли на профилактический осмотр в связи с поступлением на работу или учебу. Несмотря на некоторые имеющиеся различия в структуре причин, побудивших пациентов обратиться в государственные или частные стоматологические организации, они статистически недостоверны (при $k = 4$; $\chi^2 = 7,21$; $p > 0,05$). Среди причин, по которым респонденты отказывались от обращения за стоматологической помощью при наличии необходимости в ней, наиболее значимы боязнь боли и возможные материальные затраты (на них указали соответственно $37,0 \pm 2,1$ % и $23,9 \pm 2,1$ %). Это приводило к несвоевременному обращению и развитию осложнений, что требовало применения экстренных и трудозатратных технологий. С этим в определенной мере связаны предложения пациентов по улучшению стоматологической помощи. Наибольшее число предложений ($24,2$ % их общего объема) касалось улучшения материально-технического оснащения стоматологических кабинетов (закупки современного оборудования, медикаментов, внедрения новых медицинских технологий). Причем данное предложение в большей мере высказывалось пациентами государственных учреждений ($30,3$ % высказанных ими предложений), у пациентов коммерческих клиник и кабинетов оно имело удельный вес $11,6$ %. Несколько меньшую долю ($20,5$ %) составляли предложения о снижении цен на стоматологические услуги (чаще всего это звучало в анкетах работников бюджетной сферы, пенсионеров, беременных женщин). В данном случае пациенты государственных организаций были менее активны, чем пациенты частных организаций ($17,2$ и $27,4$ % соответственно). Таким образом, предложения пациентов противоречат устоявшемуся представлению о соотношении качества и цены (во всяком случае, относительно собственных материальных затрат).

Как показали результаты проведенного исследования, влияние социально-демографических характеристик (пол, возраст, социальная принадлежность, образование, трудовой стаж, семейное положение, среднемесячный заработок) респондентов на оценку медицинского обслуживания незначительно. Гораздо

большее влияние оказывают субъективные оценки респондентами своего материального положения и состояния собственного здоровья. Хотя оценки респондентов носят субъективный характер, безусловно, что сокращение очередей, доступность врачей-стоматологов, удобный график работы, безукоризненное санитарное состояние и продуманный интерьер помещений, четкая работа лечебно-диагностических служб, высокий уровень культуры общения пациентов и медицинского персонала благоприятно влияют на общую оценку доступности стоматологической помощи.

Литература:

1. Ананьина, Е.А. Система оценки эффективности управления государственным учреждением здравоохранения. Аллея науки. - 2020. - № 2 (41). - С. 326-331.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 252 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным полным отсутствием зубов (полная вторичная адентия)»;
3. Кунин В.А., Сущенко А.В., Олейник О.И., Котова А.В. Основные направления развития менеджмента в современной стоматологии. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2005. Т. 4. № 4. С. 448-450.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ АСОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗА ЛЮДЕЙ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ.

Амельченко М.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-58-61

Аннотация. В статье раскрывается проблема социальных девиаций у пожилых людей, проживающих в учреждениях стационарного социального обслуживания. Досуговая деятельность может выступать как ресурс решения поставленной проблемы и метод осуществления общей, первичной, вторичной и третичной профилактики таких социальных девиаций как алкоголизм, наркомания и табакокурение среди клиентов домов-интернатов для постоянного проживания престарелых граждан.

Ключевые слова: профилактика, пожилые люди, досуг, досуговая деятельность.

Социальное проектирование – вид деятельности, которая имеет непосредственное отношение к развитию социальной сферы, организации эффективной социальной работы, преодолению разнообразных социальных проблем. В России социальное проектирование является относительно новым «социальным средством», с помощью которого происходит поиск наиболее выгодных и правильных путей для достижения поставленной цели [1 с. 207].

Сущность социального проектирования - конструирование желаемых состояний будущего. Причины появления социальных проектов могут быть различными: решения требуют демографические, политические, экономические, технологические, культурные, религиозные или другие проблемы. Проект с этих позиций выступает ответом на запросы жизни. При этом социальное проектирование в целом обслуживает не отдельные, а все стороны деятельности человека [2, с. 59].

В процессе нормальной жизнедеятельности человек занят разнообразными повседневными делами: профессиональной деятельностью, образованием, домашними делами, общением с людьми, сном, отдыхом, досугом. Однако, в обществе распространен феномен поведенческих девиаций, который наблюдается у людей различных возрастных групп, в том числе, у пожилых людей, проживающих в учреждениях стационарной формы социального обслуживания.

Профилактика проявлений асоциального образа жизни у пожилых людей осуществляется в виде реабилитационной, абилитационной деятельности и носит первичный, вторичный и третичный характер.

По степени охвата проблемы профилактика может подразделяться на общую и специальную, а также на первичную, вторичную и третичную.

Общая профилактика требует комплексного подхода, который приводит в действие системы и структуры, способные предотвратить возможные проблемы или решить поставленные задачи.

Специальная профилактика направлена на противодействие конкретным проблемам и проводится в отношении конкретного индивида или группы лиц.

Первичная профилактика осуществляется с целью предупреждения еще не возникшей проблемы. Так, в отношении проблемы пьянства и наркомании первичная профилактика может выглядеть как комплекс мероприятий, направленных на население, еще не имеющего проблемного поведения, связанного с употреблением алкоголя и наркотиков.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию и социальную адаптацию лиц, уже имеющих незначительный опыт потребления алкоголя и наркотических веществ. В нашем исследовании этой группой являлась группа клиентов Автономного социального учреждения социального обслуживания «Большекулаченский специальный дом-интернат для инвалидов и престарелых» выраженные медицинские и социальные проблемы, связанные с употреблением алкоголя и наркотических средств с проявлениями асоциального поведения. Ее задача будет состоять в создании поддерживающей и развивающей среды социального учреждения.

Профилактические мероприятия носят, в первую очередь, реабилитационный характер и имеют абилитационную направленность.

Профилактика асоциального образа жизни у пожилых людей в условиях стационарного проживания в социальном учреждении включает в себя разнообразные технологии, формы и методы, одним из направлений которых является досуговая деятельность.

Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Люди проводят досуг для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

М.Каплан считает, что досуг - это гораздо больше, чем просто свободное время или перечень видов деятельности, направленных на восстановление. Досуг следует понимать как центральный элемент культуры, имеющий глубокие и сложные связи с общими проблемами работы, семьи, политики. [3, с.13]

Досуговая деятельность пожилого человека – это осознанная активная деятельность человека, направленная на удовлетворение потребностей в познании собственной личности и окружающего мира, удовлетворение интересов и потребностей в общении, самореализации, осуществляемая в условиях непосредственно и опосредованно свободного времени.

Социальная деятельность – это совокупность социально-значимых действий, осуществляемых субъектом (общество, группа, личность) в различных средах и на различных уровнях социальной организации общества, преследующих определенные социальные цели и интересы.

Структура социальной деятельности представляет собой две стороны, взаимосвязанные между собой, которые не существуют друг без друга. Первая сторона – практическая, вторая – духовная, каждая взаимосвязана с другой.

Практическая деятельность направлена на преобразование реальных объектов природы и общества. Она включает в себя материально-производственную деятельность и создание материальных ценностей. Практическая деятельность совершается каждым человеком посредством различных видов деятельности и связана с преобразованием природы. Практическая деятельность осуществляется людьми и тогда, когда они преобразуют социальные отношения, общество в целом.

Таким образом, любой человек, проявляя активность, всегда совершает конкретные действия, выражающиеся в определенных видах деятельности

Духовная деятельность связана с духовными ценностями, идеалами, в целом, с изменением сознания людей.

Духовная деятельность тесно взаимосвязана с познавательной деятельностью, которая существует в различных формах: художественной, научной, религиозной, мировоззренческой и т.д. Основу духовной деятельности составляют культурные ценности. Именно они формируют отношения людей к явлениям окружающего мира, способствуют осознанию добра и зла, справедливого и несправедливого, а также способствуют осознанию и других ценностей общественной жизни.

Таким образом, именно социальная деятельность является исходным условием для развития существенных сил человека, возникновения и существования общества, реальной движущей силой его изменения и развития

Социально-досуговая деятельность пожилого человека – совокупность значимых действий (мероприятий), осуществляемых гражданами пожилого возраста для самовыражения в творчестве, в труде, общении со значимыми людьми (т.е. референтными группами), восстановлении утраченных сил, удовлетворении их жизненно важных потребностей. Социально-досуговая деятельность пожилого человека является одним из главных показателей качества жизни, т.к. жизнь пожилого человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых, на общение, на предпочтительные формы проведения свободного времени.

Проблемы, которые могут возникнуть при организации досуга и отдыха у лиц старшего возраста, носят следующий характер:

- ограничение рамок досуга из-за финансовых, транспортных и других проблем, а не вследствие сниженных возможностей;
- степень доступности общественного досуга и отдыха для лиц пожилого возраста;
- возрастные ограничения в возможности развивать навыки и способности, необходимые для проведения досуга и отдыха, а также в возможности развивать эти качества с учетом адаптации к новым жизненным условиям после выхода на пенсию;
- атмосфера социального окружения, способствующая участию пожилого человека в проведении досуга и отдыха.
- асоциальное поведение, связанные с образом жизни до поступления в учреждение, либо после поступления в учреждение.

Социокультурная реабилитация больных, инвалидов и пожилых - это система организационных приемов и методов воздействия средствами культурно-досуговой деятельности и / или предоставления услуг, применяемых с целью оказания им помощи в восстановлении (компенсации) нарушенных или утраченных способностей

к деятельности в соответствии с их духовными интересами, потребностями и потенциальными возможностями.

Свободное время - это время досуга, которым человек располагает сам, по собственному усмотрению, не связывает с непреложными обязанностями и обязательствами, может использовать для удовлетворения своих потребностей и стремлений.

Технология социокультурной поддержки качества жизни пожилого человека включает две составляющие: социальное основание и культурное основание. "Социальное" указывает, что данная технология обращена к личности человека с ограниченными возможностями и предполагает достижение положительных изменений его образа жизни. Понятие "культурное" обозначает те средства, с помощью которых пожилой человек проявляет и реализует свой духовный, творческий потенциал. "Социальное" предполагает выход пожилых на такой уровень компетенции, который позволяет им вступать в обычные социальные контакты и взаимодействия. "Культурное" - подразумевает наполнение процесса реабилитации конкретным культурным содержанием, освоение пациентами культурных ценностей, норм и традиций, указание на качество и сферу проявления их культурной активности, на результаты их творчества в процессе их социокультурной деятельности. "Социальное" предусматривает различные формы взаимодействия пожилых между собой и с окружающей их средой, а "культурное" предполагает получение определенных результатов этого взаимодействия.

При планировании досуга и отдыха приоритет принадлежит развивающим технологиям, связанным с вовлечением пожилых людей в различные виды художественного, технического и прикладного творчества. Они оказывают на них социализирующее влияние, расширяют возможности для самоутверждения и самореализации, социальной адаптации.

В распоряжении специалистов по социальной работе в социальных учреждениях имеются игровые и развлекательно-игровые (подвижные, малоподвижные, театрализованные и др.), художественно-зрелищные, диалогические (показ, рассказ, пересказ, объяснение, иллюстрирование), репродуктивные и творчески развивающие (тренинг, импровизация), обучающие (упражнения, копирование), проблемно-поисковые, информационные и другие технологии.

Социально-досуговая деятельность пожилых людей включают:

- занятия художественным, прикладным, техническим творчеством;
- общение с интересными людьми;
- досуговые праздники, обряды, конкурсы, фестивали;
- спорт, активное движение, экскурсии, игры;
- деловые, коммерческие, логические, интеллектуальные игры и занятия;
- спокойный пассивный отдых (чтение, просмотр телепередач, слушание радио и др.);
- общение в референтных группах.

Досуг и отдых направлены на реабилитацию пожилых людей путем достижения жизненно важных для них целей. Разнообразие целей, возникающих в процессе жизнедеятельности, связано не с определенными типами функциональных нарушений (сенсорные дефекты, нарушения опорно-двигательного аппарата, некоторые органические заболевания и т.д.), но и с проявлениями асоциальности личности клиентов (алкоголизмом, пьянством, антиобщественным поведением, правонарушениями, нарушениями режима, грубостью и пр.).

Одним из основных элементов социокультурной реабилитации является анализ ситуации, характеризующий образ жизни пожилых, свойственные им идеалы и нормы поведения, духовные ценности, социально-досуговые интересы и предпочтения.

Лица, которые сохранили достаточную активность (таких, к сожалению, немного), способны стать заводилами, за которыми потянутся более пассивные, содействовать формированию досуговых общностей единомышленников. Так рождаются ансамбли, кружки, объединения, клубы по интересам, появляются друзья, образуются семейные пары.

В геронтологии существует понятие «сексизм» - повышение чувственного интереса к противоположному полу на фоне угасающих или уже угасших физиологических функций. Следует наполнять культурно-досуговые программы такими сюжетами, которые могут вызвать желание нравиться, выглядеть привлекательно. С учётом этой особенности можно построить работу «театра моды», исполнение художественных номеров. Определённое значение имеет конкуренция, соперничество между претендентами на симпатию человека, вызвавшего интерес. Очень важно уловить наличие этого процесса и суметь его направить в здоровое русло. Социальный работник должен стать посредником между конкурентами, подчеркнуть их лучшие стороны, возможно, разрядить возникшее напряжение.

Дружеские отношения способны стать хорошим подспорьем в организации досуга. Друг (подруга) всегда поможет включить пассивного пожилого человека в ту деятельность, которой он (она) занимается сам (сама). Но трудно противостоять нежеланию быть активным, если у друга негативный настрой к жизни в целом. Здесь на помощь должна прийти коррекционная работа психолога.

Опыт работы многих учреждений показывает, что хорошие результаты в улучшении социального самочувствия граждан старшего возраста, снижении психологической напряжённости в их среде даёт проведение фестивалей ностальгического кино – фильмов, выпущенных в прошлые десятилетия и повествующие о временах молодости и зрелости сегодняшних пожилых людей.

При организации социально-досуговой деятельности, направленной на повышение качества жизни пожилых людей, следует учитывать:

- личность самого человека;
- отношения и контакты пожилых людей с окружающей средой и ближним окружением;
- социально-досуговые формы и методы, активно влияющие на личность пожилого человека, на его социальную реабилитацию и статус в учреждении.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что досуговая деятельность, в геронтологических учреждениях должна быть ориентирована на духовное потребительство, на развлечение граждан пожилого возраста, на отдых, на личность самого человека. Только в этом случае качество жизни пожилых людей может быть улучшено и минимизированы проявления поведенческих девиаций.

Литература

1. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. - СПб.: Речь, 2005 - 445 с.
2. Сафина, А. А. Социальное инновационное проектирование и опыт подготовки к нему будущих специалистов социальной работы / А. А. Сафина, И. Т. Тазетдинова. Вестник Казанского технологического университета. 2010. № 3. С. 59-65
3. Филиппов П.И., Филиппова В.П. Гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни. М.: ВУНМИЦ, 2013 – 288 с.
4. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. WHA57.17. ВОЗ, 2004

ОРГАНИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Кнаспер С.А., Голева О.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-62-63

Автор, ответственный за переписку:

Кнаспер Светлана Алексеевна, магистрант 2-го года обучения, 290 группа, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644050, г Омск, ул. Мира, 9, sv14041983@mail.ru

В статье представлено изучение возможностей санаторно-курортного лечения нервных болезней на примере санаторно-курортных учреждений Омской области.

Ключевые слова: нервные болезни, санатории, заболеваемость, профилактика, лечение

Болезни нервной системы являются одной из ведущих причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидизации населения и преждевременной смертности. Кроме того, эти болезни ведут к росту затрат семьи и государства на сохранение здоровья, поддержания активного образа жизни [1]. Санаторно-курортное лечение является одним из важнейших этапов в общей системе лечебно-профилактических мероприятий нервных заболеваний различного генеза в связи с его высокой медико-социальной и экономической эффективностью [2].

Учитывая актуальность проблемы реабилитации больных с патологией нервной системы нами проведено изучение возможностей санаторно-курортного лечения нервных болезней на примере санаториев Омской области. В Омской области выделено пять курортно-рекреационных зон, три из которых функционируют: Омская, Красноярско-Чернолученская и Таврическая. Наиболее частыми лечебными методами воздействия являются: диета, лечебная физкультура, синусоидальные модулированные токи, грязезелечение, низкочастотные лазерные излучения, магнитное поле, механотерапия. В среднем один пациент получает 6-7 лечебных воздействий, что близко к стандартному значению для санаторно-курортной помощи больным с поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями (7-11 лечебных воздействий). По итогам санаторно-курортного лечения существенное улучшение было отмечено у 89,1±0,8% пациентов, а у 10,9±0,8% пациентов заметных перемен не наблюдалось. Негативный исход (отсутствие признаков улучшения) в ходе лечения пациентов в санатории может быть обусловлен как состоянием пациентов в начале лечения, так и их возрастом, полом, давностью патологии и прочими ситуационными факторами.

Анкетирование населения г. Омска различного возраста и социального статуса с целью выявить отношение к отдыху и лечению в Омской области показало, что большинство опрошенных (64%) ассоциируют понятие «лечебно-оздоровительный туризм» с природой, с какими-либо естественными объектами. В Омской области практически все санаторно-курортные учреждения располагаются в лесах, у рек и озер, где красота сочетается с чистым, свежим загородным воздухом, богатым отрицательными ионами, которые обладают чудесной способностью быстро и эффективно снимать усталость. 45% респондентов когда-нибудь оздоравливались в санаториях, профилакториях Омска и Омской области. Однако 64% респондентов

посещает санаторные учреждения редко. Практически всем (79%) опрошенным нравится уровень обслуживания. Более половины респондентов важнее всего на отдыхе оказалось считают комфортность и качество обслуживания.

Проанализировав данные, можно сделать выводы, что Омская область среднеразвитая в санаторно-курортном деле, но уровень ее развития повышается с каждым годом. Важными факторами в развитии санаторно-курортного дела служат качество и многообразие предоставляемых услуг. Для клиентов важна не столько цена, сколько комфорт, уровень обслуживающего персонала и полученные впечатления. В санаторно-курортных учреждениях должны быть созданы маркетинговые службы для успешной работы на рынке санаторно-курортной организации. Необходимо проведение постоянных исследований спроса, конкурентов, среды, выявления соответствия уровня оказываемых услуг требованиям клиентов, определение целевых сегментов рынка и воздействие на них всеми составляющими комплекса, гибкое ценообразование, продуманные мероприятия по продвижению санаторного продукта.

Литература

1. Самусенко А.Г., Запарий Н.С. Вопросы инвалидности у лиц, перенесших болезни нервной системы. Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 7 (316). С. 8-12.
2. Федеральный закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» от 23.02.1995 № 26-ФЗ.

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ИДЕИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА

Шипилова Е.В., Бурашникова И.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-64-66

Автор, ответственный за переписку:

Шипилова Елена Витальевна, магистрант 2-го года обучения по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина 12, Tdfgev@gmail.com

В статье автором поднимается вопрос популяризации здорового образа жизни с помощью средств массовой информации и социальных медиа. Обоснована актуальность и социальная значимость проблематики, а также приведены некоторые результаты собственного социологического исследования, посвященного информированности населения о здоровом образе жизни.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, профилактика, информированность населения, средства массовой информации.

Актуальность популяризации идеи здорового образа жизни не вызывает сомнений и обусловлена самой ценностью здоровья для каждого отдельного человека и общества в целом, а также той ролью, которую играет профилактика и здоровый образ жизни в

сохранении здоровья. Исследователи отмечают, что сохранение здоровья – актуальная общественная проблема и одно из самых популярных тематических направлений деятельности средств массовой информации (СМИ). Проблематика здоровья востребована аудиторией. Ее многосторонность и острота проблемы общественного и личного здоровья сформировали принципиально новое содержание информационных потоков данного профиля [1].

Формирование здорового образа жизни населения, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний являются одной из актуальных межотраслевых проблем внутренней политики Российской Федерации, что нашло свое отражение в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [2].

Вместе с тем, наблюдается разрыв между все более расширяющимся коммуникационным полем и неготовностью значительной части населения России к восприятию ценностей здорового образа жизни, неразвитой личной ответственностью за свое здоровье. Насущная потребность общества в решении этой задачи требует существенной перестройки подходов и методик в новом медиапространстве. Речь идет о расширении информационного потока и качественном его обновлении [5].

В 2022 году на территории Омской области было проведено социологическое исследование «Определение основных направлений совершенствования организации медицинской профилактики» с целью изучения мнения разных групп и слоев населения о том, что для них сегодня является приоритетным в области профилактики и укрепления здоровья, а также с целью оценки субъективного отношения населения и медицинских работников к мероприятиям первичной медицинской профилактики, факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний и вопросам образа жизни, касающихся здоровья, для выбора направлений деятельности по мотивированию населения Омской области к ведению здорового образа жизни, во исполнение распоряжения Правительства Омской области от 22 июля 2020 года № 142-рп «О региональной программе Омской области «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» на 2020 – 2024 годы [3].

В социологическом исследовании приняли участие 15606 респондентов из числа населения региона, из которых 4783 медицинских работника. В рамках социологического исследования для населения и медицинских работников были представлены смежные вопросы с целью оценки мнения обеих сторон, принимающих участие в мероприятиях первичной медицинской профилактики.

Большинство опрошенных граждан региона, как и медицинских работников, считают, что первичная медицинская профилактика значительно способствует укреплению здоровья и снижению заболеваемости. Однако, уверенность в этом утверждении среди населения ниже, чем среди медицинских работников (разница около 20%), что открывает потенциальное поле для деятельности по продвижению ценностей здорового образа жизни в медиапространстве.

Из числа опрошенного населения Омской области (65,4%) к профилактическим мероприятиям относят диспансеризацию, 57,7% - ведение здорового образа жизни, 51,0% - вакцинацию, и недостаточно учитывают другие виды мероприятий, имеющих профилактическую направленность (рациональный режим труда и отдыха, сохранение психического здоровья и т.д.). Достаточно узкая интерпретация вопроса свидетельствуют о недостаточной информированности и концентрации внимания информационно-коммуникационных кампаний на определенных видах профилактических мероприятий. Исследователи отмечают схожую ситуацию и в

среде журналистов. Стрига Е.А. и Федорова Т.И. подчеркивают, что у большинства журналистов представление об информационных поводах является довольно традиционным, узким и нуждается в развитии [4].

В рамках проведенного социологического исследования установлено, что наиболее актуальными тематиками для большинства граждан, участвовавших в исследовании, являются вопросы питания и профилактика артериальной гипертензии. Вопросы профилактики алкогольной, наркотической, никотиновой зависимости чаще выбирали мужчины, а вопросы питания, двигательной активности, профилактики артериальной гипертензии, сахарного диабета - женщины. Среди лиц молодого возраста 18-29 лет наиболее актуальны вопросы питания, двигательной активности и профилактика курения. Граждане старше трудоспособного возраста больше внимания уделяли вопросам профилактики артериальной гипертензии и сахарного диабета. Следовательно, при реализации мероприятий первичной медицинской профилактики необходимо учитывать целевую группу, на которую будут направлены данные мероприятия.

Немаловажный аспект в продвижении концепции здорового образа жизни — каналы коммуникации. Наиболее реализованными каналами коммуникации по вопросам ведения образа жизни среди населения за последний год являлись эфиры телевизионного вещания, что отметили 53,9% респондентов, и интернет ресурсы (53,3%). Более трети опрошенного населения (37,4%) утверждали, что источником информации послужила индивидуальная беседа с медицинским работником. Вместе с тем, при ответе на вопрос «Какие на Ваш взгляд формы реализации мероприятий первичной медицинской профилактики наиболее эффективны?» предпочтительным каналом получения информации профилактической направленности абсолютное большинство населения отметило личную беседу с медицинским работником, треть - печатный вариант (брошюры, листовки, памятки), треть - электронный (статьи, рекомендации, видеоматериалы).

Таким образом, потребность населения Омской области в получении информации, касающейся здорового образа жизни, достаточно высокая. При формировании информационно-коммуникационной кампании в первую очередь следует учитывать наиболее актуальные тематики и целевую группу, на которую планируется направленность мероприятий. Разнообразные виды и формы каналов коммуникации дают возможность охватить большее количество граждан, и вероятность донесения информации до определенных групп населения значительно возрастает.

Литература

1. Дубовер Н.Д. Эволюция концептуальных подходов к пропаганде здорового образа жизни в отечественных СМИ XX - начала XXI веков. Северо-Кавказский психологический вестник 2009;7/2:61-65. (Dubover N.D. Evolyutsiya kontseptual'nykh podkhodov k propagande zdorovogo obraza zhizni v otechestvennykh SMI XX - nachala XXI vekov. North-caucasian psychological bulletin 2009;7/2:61-65).
2. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" [Электронный ресурс] (Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii ot 07.05.2018 g. № 204 "O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda" [Elektronnyy resurs]) URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>
3. Распоряжение Правительства Омской области от 22 июля 2020 года N 142-рп «О региональной программе Омской области "Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек" на 2020 - 2024 годы» (Rasporyazhenie Pravitel'stva Omskoy oblasti ot 22 iyulya 2020 goda N 142-rp «O regional'noy programme Omskoy oblasti "Formirovanie

sistemy motivatsii grazhdan k zdorovomu obrazu zhizni, vklyuchaya zdorovoe pitanie i otkaz ot vrednykh privyчек" na 2020-2024 gody») URL: <https://www.garant.ru/hotlaw/omsk/1404726/>

4. Фролова Т.И., Стрига Е.А. Готовность российских журналистов к продвижению ценностей здорового образа жизни. Вестник Московского университета. Серия 10. Журналистика. 2020;3:29-55. (Frolova T.I., Striga E.A. Readiness of russian journalists to promote healthy lifestyle values. Bulletin of Moscow University. Series 10. Journalism 2020;3:29-55).

5. Фролова Т.И., Стрига Е.А. Медиадискурс здорового образа жизни в региональных СМИ: опыт контент-аналитического исследования. Вопросы теории и практики журналистики 2020;9(3):485–497. (Frolova T.I., Striga E.A. Media discourse of healthy lifestyle in provincial media: an effort of a content analysis. Theoretical and Practical Issues of Journalism 2020;9(3):485-497).

ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Вирченко О.А., Тасова З.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-67-68

Автор, ответственный за переписку:

Вирченко Ольга Александровна, магистрант 2-го года обучения по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина 12

Введение. В современном мире вот уже почти сорок лет существует глобальная угроза, с которой человечество столкнулось в конце XX столетия и продолжает занимать лидирующие позиции – это распространение вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ). ВИЧ-инфекция – это инфекционное антропонозное хроническое заболевание с контактным путем передачи, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, медленно прогрессирующее и характеризующееся поражением иммунной системы с развитием смертельного синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИДа).

Целью исследования являлась оценка экономического ущерба от заболеваемости ВИЧ-инфекции.

В задачи входило изучение эффективности использования в общественном здравоохранении современных технологий профилактики ВИЧ-инфекции, особенности медико-демографических процессов и влияния, динамики заболеваемости и смертности населения от ВИЧ-инфекции в Омской области, а также оценка предполагаемых затрат, обусловленных данной заболеваемостью.

Материалы и методы. Источниками информации для исследования послужили официальные сайты Всемирной организации здравоохранения, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу «UNAIDS», государственные доклады Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерства здравоохранения Омской области.

В ходе работы использованы аналитический и статистический методы исследования. Территорией изучения проблемы послужили страны мира, отдельному анализу подверглись показатели Российской Федерации в целом, а также регионы Сибирского

федерального округа, т.ч. Омская область. Предметом исследования послужил эпидемический процесс ВИЧ-инфекции, временной период анализа охватывал 2010-2021 гг.

Основная часть. Официальные статистические данные, публикуемые Всемирной организации здравоохранения и Объединённой программы «UNAIDS», говорят о продолжающемся распространении заболевания и охвате всё большего количества населения. Общемировое число людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в 2021 г. составило 38,4 млн. человек, из которых 2,3 млн. человек проживают в регионе «Западная и Центральная Европа и Северная Америка». Около 2,5 млн. человек проживает в Карибском бассейне и Латинской Америке, в странах Восточной Европы и Центральной Азии живет 1,8 млн. ВИЧ-инфицированных, около 6,0 млн. человек - в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Однако, наибольшее число ВИЧ-положительных человек зарегистрировано в странах Ближнего Востока и в Африке - 25,78 млн. человек. Только в 2021 году в мире заразились 1,5 млн. человек, а умерли от связанных со СПИДом болезней – 650000 человек [5].

С момента обнаружения первых инфицированных предприняты немалые усилия по противодействию распространения инфекции: разработаны методы диагностики, лечения и профилактики, лекарственные препараты и схемы их использования. Во все эти мероприятия вложены огромные средства: по состоянию на конец 2021 года только странам с низким и средним уровнями дохода Всемирной организацией здравоохранения было выделено 21.4 млрд долл., около 60% приходилось на внутренние источники. Все эти факты подтверждают актуальность изучаемой проблемы. [5]

В ходе анализа ситуации с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации установлено, что регистрируется постоянное увеличение численности ВИЧ-инфицированных пациентов. К началу 2022 года ВИЧ-инфекция была диагностирована более чем у 1,5 млн. человек, из которых умерло более 400,0 тыс. человек. В 2021 году зарегистрировано 59739 новых случая, это число не достигло пиковых значений 2001 года (87187 случая) и 2019 года (104402 случая), когда показатели заболеваемости достигли максимальных значений за период наблюдения. [1]

В Омской области обстановка по ВИЧ-инфекции остаётся напряжённой. По состоянию на 01.01.2022 года зарегистрировано 23043 случая заболевания. Среди граждан в 2021 году зарегистрировано 1160 новых случаев ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости составил 60,2 на 100 тысяч населения. Изучение структуры заболеваемости по полу показало, что в регионе из общего количества заразившихся преобладает мужское население, но постепенно эта разница сокращается. [2]

Сравнение по показателям заболеваемости городского и сельского населения показало, что ВИЧ-инфекция была выявлена во всех районах Омской области. Средний показатель поражённости по ним в 2021 году составил 880,8 случаев на 100 тыс. населения, а показатель заболеваемости 45,5 случая на 100 тыс. населения. Из всех районов были выделены с наибольшим показателем поражённости, т.е. превышающим среднерайонный уровень: Кормиловский, Калачинский, Называевский, Омский, Таврический. По показателю заболеваемости перечень лидеров имеет несколько иной порядок. Самая высокая заболеваемость отмечена в Называевском, Усть-Ишимском, Кормиловском, Крутинском и Черлакском районах Омской области. [4]

Среди жителей города Омска за все годы регистрации выявлено 15717 ВИЧ-инфицированных человек. Показатель поражённости ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения составил 1361,4 на 100 тысяч населения, заболеваемости - 40,2 на 100 тыс. населения. [4]

Диспансерное наблюдение пациентов с ВИЧ-инфекцией в Омской области осуществляется Бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». На начало 2021 года под диспансерным наблюдением состояло 15461 человек, из них пациентов с ВИЧ-инфекцией – 13228, контактных - 1818 человек, с сомнительным иммунным блоттингом 8 человек, с положительным иммуноферментным анализом – 20 человек, детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей – 382. Согласно отчётам Регионального Министерства здравоохранения, из общего числа состоящих под диспансерным наблюдением 90% получали антиретровирусную терапию. За весь период регистрации в Омской области умерло 3573 ВИЧ-инфицированных человека, в 2021 году - 372.

В процессе изучения проблемы были проанализированы финансовые вложения в борьбу с прогрессирующим заболеванием. По данным Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации, основную часть экономического ущерба, связанного с ВИЧ-инфекцией, составляют косвенные экономические затраты, определённые как потери внутреннего валового продукта от инвалидизации и преждевременной смертности населения. По данным института, суммарный экономический ущерб в 2021 в РФ составил 228,0 млрд руб., из них 149, млрд. руб. составили потери ВВП от инвалидизации и преждевременной смертности, а 12,6 млрд. руб. составили расходы на выплату пенсий по инвалидности. [3] По ориентировочным расчётам экономический ущерб для Омской области в связи с ВИЧ-инфекцией в 2021 году составил 206428,8 тыс. руб. [2].

Также был проведен анализ затрат, базирующийся на рассчитанных экономических потерях, связанных с одним случаем заражения ВИЧ-инфекцией в Омской области, с учетом ориентировочной рыночной стоимости курса антиретровирусной терапии и немедицинских мер профилактики.

В результате проведённых расчётов стоимости услуг, необходимых для диагностики ВИЧ-инфекции, а также при диспансерном наблюдении, включая стоимость АРВ терапии и предположительной стоимости мероприятий, направленных на профилактику заболевания, установлено, что затраты по Омской области в 2021 г. составили 1,62 млрд. руб.

Подводя итоги вышеизложенному можно утверждать, что работа по противодействию распространения ВИЧ-инфекции по Омской области ведётся эффективно, так как при увеличении количества обследованных лиц снижается количество регистрируемых первичных случаев и увеличивается число лиц, находящихся под диспансерным наблюдением.

Литература

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году». Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022 год
2. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Омской области по итогам деятельности за 2021 год». Министерств здравоохранения Омской области, 2022 год.
3. Редько А.Н., Лебедева И.С., Лебедев П.В. и др. Аспекты социально-экономической значимости. Естественно-гуманитарные исследования. 2023;45(1),187.
4. Эпидемиологические проявления ВИЧ-инфекции на территории Омской области за 2021 год. (информационный бюллетень) Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

5. <https://www.unaids.org/ru>. Дата последнего наблюдения: 15.05.2023.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Штейнборн И.Г.¹, Пасечник О.А.¹

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

DOI: 10.61634/2782-3024-2023-10-69-72

Автор, ответственный за переписку:

Штейнборн Иван Геннадьевич, магистрант 2-го года обучения, 290 группа, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644050, г Омск, ул. Мира, 9, ozzomsk@mail.ru.

В статье представлена оценка эпидемиологических проявлений смертности населения на территории Омской области. Дана характеристика динамики показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, общих и специальных показателей смертности, возрастной структуры умерших, территориального распределения показателей, описан вклад различных причин в общий коэффициент смертности населения.

Ключевые слова: смертность, заболеваемость, структура, причины

Смертность населения рассматривается как процесс вымирания поколений, состоящих из единичных смертей, наступающих в разном возрасте [1] и характеризуется зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный временной интервал. Показатели смертности отражают общее число случаев смерти, а также их структуру по месту, времени и причине [2]. На смертность влияет комплекс различных факторов, как внутренних, связанных с процессом старения, заболеваниями, пороками развития, так и факторов внешней среды. В нашей стране для улучшения демографической политики были приняты и реализуются программы, направленные на снижение преждевременной смертности и сокращение распространения факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, соответствующих стратегии Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех в 21 веке» [3]. За последние два десятилетия общественное здравоохранение достигло впечатляющих результатов, что подтверждено снижением заболеваемости, смертности и инвалидизации от ряда социально значимых неинфекционных заболеваний. Однако развивающаяся пандемия инфекции COVID-19 внесла существенные коррективы в динамику и структуру смертности населения.

Цель исследования - характеристика региональных эпидемиологических проявлений смертности населения. **Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования послужили официальные статистические показатели о количестве умерших, возрасте и причинах смерти, опубликованные в Единой межведомственной информационно - статистической системе Федеральной службы статистики, а также материалы официальных статистических сборников [4]. Исследование проведено на территории Омской области и охватывало пятилетний период – с 2017 по 2021 годы. Дизайн исследования - наблюдательное описательно-оценочное исследование. Были рассчитаны общие и специальные коэффициенты смертности, оценена динамика и структура смертности населения.

Результаты исследования. В 2021 году демографическая ситуация в Омской области характеризовалась убылью населения, количество умерших на 16486 человек

превышало количество родившихся (в 2020 г. – на 12014 человек). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Омской области в 2021 году составляла 69 лет (в Российской Федерации – 70,1 год, в Сибирском федеральном округе – 68,3 года). В динамике в период с 2017 по 2019г наблюдался рост ожидаемой продолжительности жизни в Омской области с 71,4 года до 72,3 года, однако за период пандемии новой коронавирусной инфекции ожидаемая продолжительность жизни населения к 2021 году несколько сократилась. В динамике за период 2017-2021г. было зарегистрировано 138 620 случаев смерти от всех причин, в том числе 69 140 мужчин (49,8%), 69 480 женщин (50,2%). В многолетней динамике смертность населения характеризовалась тенденцией к росту с темпом прироста 38,8%, коэффициент общей смертности возрос с 12,9 до 17,9 случаев на 1000 населения. Следует отметить, что в период с 2017 по 2019г показатели смертности населения снижались с темпом - 3%. В 2020 году смертность возросла на 23,8% в сравнении с 2019 годом (с 12,6 до 15,6 случаев на 1000 населения). Прирост количества случаев смерти определялся избыточной смертностью в первый год пандемии инфекции COVID-19. Абсолютный прирост составил в 2020 г. 5444 случая смерти. Наблюдалось неравномерное территориальное распределение случаев смерти - в 2021 году в г. Омске зарегистрировано 19456 умерших, что составило 17,2 случая на 1000 населения. Показатель смертности по муниципальным районам области на 5,6 % выше средне областного показателя (18,9 случаев на 1000 населения). При этом в семи муниципальных районах области общий коэффициент смертности превышал уровень 22,0 случаев на 1000 населения, был самым высоким в Муромцевском муниципальном районе (26,5 случаев на 1000 населения). В Азовском немецком национальном (13,4 на 1000 населения), Одесском (15,5 и Тарском (15,8) коэффициент смертности был менее 16 случаев на 1000 населения. В 2021 году в трудоспособном возрасте умерли 6527 человек, что составляло 19,3 % от общего числа умерших. Структура смертности населения трудоспособного возраста по полу и основным причинам смерти характеризовалась преобладанием мужчин – среди умерших от болезней системы кровообращения доля мужчин составила 83,3%, от новообразований – 68,8%, от болезней органов дыхания – 78,9%, от инфекционных и паразитарных болезней – 71,0%, от внешних причин – 85,6%.

В структуре смертности населения в 2021 году первое ранговое место занимали болезни системы кровообращения, на долю которых приходилось 36,0% (643,9 на 100 тысяч населения). Второе ранговое место занимала инфекция COVID-19 - 25,1% (448,1 на 100 тысяч населения), доля новообразований составила 10,8% (193,5 на 100 тысяч населения), болезней нервной системы - 8,3% (147,7 на 100 тысяч населения). Внешние причины – несчастные случаи, травмы, отравления занимали 5,5% (98,4 на 100 тысяч населения). Структура неестественных причин смерти была представлена повреждениями с неопределенными намерениями – 29,5% (29 случаев на 100 тысяч населения), самоубийствами – 15,9% (15,6 случаев на 100 тысяч населения), случайным отравлением алкоголем – 12,5% (12,3 случая на 100 тысяч населения), травмами, полученными в дорожно-транспортных происшествиях – 8,9% (8,7 случаев на 100 тысяч населения), убийствами – 4,6% (4,5 случая на 100 тысяч населения).

В возрастной структуре смертности крайне важное значение принадлежит смертности детского населения, включая младенческую смертность. Младенческая смертность в Омской области характеризовалась тенденцией к снижению с 6,8 до 3,7 случаев на 1000 родившихся живыми. Среди детей, умерших в возрасте до одного года 56,9% умерли в первый месяц жизни от отдельных состояний перинатального периода и других причин. Доля синдрома внезапной смерти младенцев занимала 12,3% (4,6 случая на 10 тысяч родившихся), врожденные аномалии 10,8% (4,0 случая на 10 тысяч родившихся), болезни нервной системы – 7,7% (2,9 случая на 10 тысяч

родившихся), инфекционные и паразитарные болезни – 6,2% (2,3 случая на 10 тысяч родившихся).

Выводы. Таким образом, в Омской области на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции изменилась динамика и тенденция, а также уровень и структура смертности населения. К концу изучаемого периода отмечено увеличение коэффициента общей смертности, снижение показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, неравномерное распределение случаев по территории Омской области. В структуре причин смерти ведущее значение принадлежало болезням системы кровообращения.

Литература.

1. Targets and indicators for Health 2020: version 4 (Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 4. Европейское региональное бюро ВОЗ) [Интернет]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345568>. Дата последнего доступа: April 10 2023.
2. Miroljubova T.V., Zubarev, N.Yu. Mortality as an Indicator to Slow Down the Socio-Economic Development in the Region, *Ars Administrandi*, 2017; 9 (1): 16–31. doi: 10.17072/2218-9173-2017-1-16-31 (Миролюбова Т. В., Зубарев Н. Ю. Смертность населения как индикатор замедления социально-экономического развития региона. *Ars Administrandi* (Искусство управления). 2017. 9 (1): 16–31).
3. Sabgaida T.P., Ivanova A.E., Zemlyanova E.V. Premature mortality and risk factors as indicators of mortality reduction programs in Russia. *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia* [serial online] 2017; 3(55): 1. (Сабгайда Т.П. Преждевременная смертность и факторы риска как индикаторы программ снижения смертности в России. Социальные аспекты здоровья населения. 2017; 3(55): 1).
4. Смертность населения Омской области: Стат. бюл. / Омкстат - Омск, 2021.- 26 с.