

2019. Том 8. № 3

**НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Издается с 2012 года, ежеквартально.

Учредитель:
Ставропольский
государственный
медицинский
университет

Территория
распространения:
Российская Федерация

Зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору
за соблюдением
законодательства
в сфере связи,
информационных
технологий
и массовых
коммуникаций
ПИ № ФС77-49267
от 4 апреля 2012 года.

Журнал включен
в Реферативный журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН
и зарегистрирован в НЭБ
(научной электронной библиотеке)
в базе данных РИНЦ (Российского
индекса научного цитирования)
на основании лицензионного
договора № 596-12/2012
от 21 декабря 2012 г.

Е-mail:
smu@stgmu.ru

Ответственный редактор
Максименко Е. В.

Перевод:
Петросян В. С.
Джирова К. П.

Технический редактор
Рубцова Л. А.

Тираж: 650 экз.

Адрес редакции:
355017, Ставрополь,
ул. Мира, 310

Телефоны:
(8652) 35-25-24; 35-32-29

Факс: (8652) 35-25-24

Вестник молодого учёного

Journal of Young Scientist

Главный редактор **ХРИПУНОВА АЛЕСЯ АЛЕКСАНДРОВНА**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

АСХАКОВ МАРАТ СОЛТАНОВИЧ
АТАНЕСЯН РОЗА АРТУРОВНА
ГЛАДКИХ НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА
ГРИШИЛОВА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА
ДЖИРОВА КРИСТИНА ПЛАТОНОВНА
ДОЛГАЛЕВ АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ
КОРОЙ ПАВЕЛ ВЛАДИМИРОВИЧ
КОШЕЛЬ ЕЛЕНА МИХАЙЛОВНА
КУРЬЯНИНОВА ВИКТОРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА
МАКСИМЕНКО ЕКАТЕРИНА ВАСИЛЬЕВНА
МАЯЦКАЯ НАТАЛЬЯ КОНСТАНТИНОВНА
МИНАЕВ СЕРГЕЙ ВИКТОРОВИЧ
МУРАВЬЕВА АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА
ОДИНЕЦ АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ
ПЕТРОСЯН ВИКТОРИЯ СУРЕНОВНА
САНЕЕВА ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА
САХАРОВА ВИКТОРИЯ МИХАЙЛОВНА

СТРАНИЧКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	81	CHIEF EDITOR PAGE
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		ORIGINAL RESEARCH
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ		INTERNAL DISEASES
Н. В. АГРАНОВИЧ КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ – НЕОБХОДИМАЯ РЕАЛЬНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	82	N. V. AGRANOVICH DEPARTMENT OF POLYCLINIC THERAPY – A NECESSARY REALITY OF MODERN MEDICINE
А. Т. КЛАССОВА, Н. В. АГРАНОВИЧ, А. С. АНОПЧЕНКО, О. А. БЛОХИНА, В. А. КУЛЬШИНА СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРАПЕВТА НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	86	A. T. KLASSOVA, N. V. AGRANOVICH, A. S. ANOPCHENKO, O. A. BLOKHINA, V. A. KULSHINA COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NEED FOR MEDICAL AID TREATMENT AT HOME BY PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN CONDITIONS OF URBAN POLYCLINICS
А. С. АНОПЧЕНКО, Н. В. АГРАНОВИЧ, А. Т. КЛАССОВА, Е. А. АНДРЕЕВА, В. О. АГРАНОВИЧ, И. В. КОРОВИНА РОЛЬ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ В ФОРМИРОВАНИИ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	89	A. S. ANOPCHENKO, N. V. AGRANOVICH, A. T. KLASSOVA, E. A. ANDREEVA, V. O. AGRANOVICH, I. V. KOROVINA ROLE OF A DOCTOR'S DOCTOR IN THE FORMATION OF AN ACTIVE LIFESTYLE OF ELDERLY PATIENTS
Н. В. АГРАНОВИЧ, С. А. КНЫШОВА, Л. А. ПИЛИПОВИЧ, В. С. МАЦУКАТОВА, В. В. ЩЕДРЕНКО АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	94	N. V. AGRANOVICH, S. A. KNYSHOVA, L. A. PILIPOVICH, V. S. MATSUKATOVA, V. V. SCHEURENKO ASPECTS OF MODERN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS AT THE STAGE OF AMBULATORY AND POLYCLINICAL AID
Н. В. АГРАНОВИЧ, Н. А. РУБАНОВА, С. А. КНЫШОВА, Н. Ю. ЕРМОЛАЕВА, А. С. АНОПЧЕНКО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ МОЛОДОГО ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	98	N. V. AGRANOVICH, N. A. RUBANOVA, S. A. KNYSHOVA, N. YU. ERMOLAIEVA, A. S. ANOPCHENKO THE IMPROVEMENT OF THE LEARNING PROCESS AND PRACTICAL TRAINING OF A YOUNG DOCTOR IN THE CONDITIONS OF TRANSITION TO THE ACCREDITATION OF HEALTH PROFESSIONALS
В. С. МАЦУКАТОВА, Л. А. ПИЛИПОВИЧ, Н. В. АГРАНОВИЧ, Г. Г. БАБАШЕВА «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО НАВЫКАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ	102	V. S. MATSUKATOVA, L. A. PILIPOVICH, N. V. AGRANOVICH, G. G. BABASHEVA «STANDARDIZED PATIENT» IN ACCREDITATION OF HEALTH CARE SPECIALISTS ON PROFESSIONAL COMMUNICATION SKILLS
А. Т. КЛАССОВА, Л. В. АЛБОТОВА, Н. В. АГРАНОВИЧ, С. А. КНЫШОВА, О. А. АЛЕКСАНДРОВА ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	106	A. T. KLASSOVA, L. V. ALBOTOVA, N. V. AGRANOVICH, S. A. KNYSHOVA, O. A. ALEXANDROVA VALUE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE SCREENING IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES
А. С. АНОПЧЕНКО, Н. В. АГРАНОВИЧ, А. Т. КЛАССОВА, Л. А. ПИЛИПОВИЧ, А. А. РОГОВАЯ, А. В. СУХИНИНА, Н. В. СУХИНИНА, О. М. БАРКАЕВ МОТИВАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	109	A. S. ANOPCHENKO, N. V. AGRANOVICH, A. T. KLASSOVA, L. A. PILIPOVICH, A. A. ROGOVAYA, A. V. SUKHININA, N. V. SUKHININA, O. M. BARKAEV MOTIVATION AND EFFICIENCY OF CARRYING OUT MEDICAL PHYSICAL CULTURE IN THE CONDITIONS OF POLYCLINICS FOR PATIENTS WITH ELECTRIC ARTERIAL HYPERTENSION
С. А. КНЫШОВА, Н. В. АГРАНОВИЧ, Е. А. ИНЫТИНА, А. С. АНОПЧЕНКО, А. Т. КЛАССОВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА	113	S. A. KNYSHOVA, N. V. AGRANOVICH, E. A. INYUTINA, A. S. ANOPCHENKO, A. T. KLASSOVA REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN OUTPATIENT SETTINGS – THE ROLE OF THE DISTRICT THERAPIST



СТРАНИЧКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые коллеги!

Перед вами необычный выпуск журнала – он содержит работы, выполненные сотрудниками только одной кафедры университета –поликлинической терапии. В этом году кафедра поликлинической терапии отмечает юбилей – 10 лет с момента основания. За это время под руководством профессора Надежды Владимировны Агранович сформировался коллектив талантливых молодых преподавателей, которые составляют ядро совета молодых ученых и специалистов университета. Спектр научных интересов сотрудников кафедры очень широк и охватывает профилактическое направление, ме-

тоды коррекции факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, вопросы качества жизни и активного долголетия пожилых людей, медикаментозной коррекции различных видов аритмий, оценки адаптивных возможностей организма, а также проблемы профилактики, диагностики и лечения заболеваний почек и бронхолегочной системы.

Конечно, формирование сплоченного коллектива, на 70% состоящего из молодых преподавателей с разносторонними научными интересами, было бы невозможно без опыта и мудрости заведующей кафедрой Н.В. Агранович, а также доцента С.В. Кнышовой и ассистентов И.В. Коровиной и В.В. Щедренко.

Последние полтора года молодые ученые кафедры – в числе лидеров по количеству публикаций в нашем журнале. Нет сомнений, что их целеустремленность и трудолюбие позволят покорить самые высокие профессиональные и жизненные вершины под руководством мудрых наставников.

Редакционная коллегия журнала «Вестник молодого ученого» поздравляет коллектив кафедры с юбилеем! Здоровья и благополучия всем преподавателям, новых свершений на благо отечественного здравоохранения и медицинской науки!

*С уважением, А. А. Хрипунова,
Ставропольский государственный медицинский университет*

КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ – НЕОБХОДИМАЯ РЕАЛЬНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Н. В. Агранович

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

В России амбулаторная помощь больным впервые появилась в конце XI века. В 1089 году в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях». Прием вели знахари и знахарки, обращался в такие больницы за помощью простой люд. В 1620 году возникли первые светские амбулатории, где прием вели врачи.

Началом нового этапа реорганизации всего медицинского дела послужили реформы Петра I Великого. Вместо Аптекарского приказа была создана Медицинская канцелярия. В 1738 году при главной аптеке Петербурга была учреждена первая в Европе бесплатная амбулатория для бедных.

Почти век спустя, в 1804 году впервые в истории России поликлиническая практика начала преподаваться на медицинских факультетах университетов.

Важным достижением земской реформы явилось создание системы медицинской помощи, включавшей в себя участковое обслуживание, разъездную врачебную помощь, обеспечение фельдшерами. Принято считать, что современная система отечественного здравоохранения «вышла» из земской медицины. Основные принципы (участковость, общедоступность, бесплатность для всех плательщиков земских повинностей, диспансеризация) разработанные ещё в XIX веке, стали фундаментом, на котором сформировалась современная двухуровневая система оказания медицинской помощи (или модель Семашко) – две интегрированные между собой структуры: амбулаторно-поликлинический этап (поликлиника, скорая медицинская помощь) и стационарный.

В XX веке ускоренное развитие амбулаторно-поликлинической помощи в России происходило в 20-е годы, во времена становления советской системы здравоохранения.

Большой вклад в осмысление развития амбулаторно-поликлинической помощи внесла

международная Алма-Атинская конференция 1978 года. Ее результатом стал ряд принятых законодательных документов, в которых были определены меры по дальнейшему совершенствованию, повышению доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи, а также намечены опережающие темпы развития амбулаторно-поликлинических учреждений. В итоге была развита широкая сеть амбулаторий и поликлиник, входящих в состав больниц, самостоятельных городских поликлиник и сельских врачебных амбулаторий, диспансеров, женских консультаций, здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). В этих учреждениях начинали и заканчивали лечение примерно 80 % всех больных и лишь 20 % больных подлежали госпитализации. Основной отличительной чертой существовавшей системы охраны здоровья являлась главенствующая роль участкового терапевта.

С некоторыми изменениями созданная система амбулаторно-поликлинической помощи практически просуществовала до наших дней. При этом сохранилось принципиальное отличие от западных стран: врач первого контакта в отечественном здравоохранении – это участковый терапевт. Заболев, человек обращается в поликлинику, и лечится дома по назначениям участкового терапевта или узкого специалиста поликлиники.

В качестве одной из приоритетных задач по реформированию отрасли было намечено развитие первичной медицинской помощи в стране, усиление первичного звена здравоохранения.

С 2006 году в стране началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Проект состоял из комплексных мероприятий, отобранных по стратегическим приоритетам развития здравоохранения, и предполагал плавный переход к его реформе, начиная с 2009 года. Реализация происходила по 4 основным направлениям, и в качестве одной из приоритетных задач по реформированию отрасли было намечено развитие первичной медицинской помощи в стране, усиление первичного звена здравоохранения.

В настоящее время процесс структурно-функциональной реорганизации отрасли продолжается. Проводятся исследования, направленные на обновление работы системы здравоохранения на основе увеличения амбулаторно-поликлинической помощи населению. Опыт развития

Агранович Надежда Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел. 89624430450; e-mail: nagra novich@mail.ru

здравоохранения показывает, что акцент на первичной медико-санитарной помощи с определением приоритета роли участкового терапевта является положительной и вполне обоснованной тенденцией, как со стороны оптимизации лечебного процесса, так и с точки зрения экономической целесообразности.

На сегодняшний день амбулаторно – поликлиническая сеть остается ведущей в структуре медицинской помощи населению, она реализует задачу укрепления здоровья народа через профилактику и диспансеризацию населения и при всем многообразии организационных форм оказания первичной медицинской помощи (ПМП) участковый терапевт является её ключевой фигурой.

Перестройка ПМСП и всего здравоохранения невозможна без коренной реорганизации и повышения эффективности образовательного процесса. Основная масса больных с начальными проявлениями патологии внутренних органов это пациенты поликлиники. Свыше 80 % всех терапевтических больных начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники, значительное число больных с заболеваниями внутренних органов продолжают лечение в амбулаторно-поликлинических условиях в течение всей жизни. От знаний и умений участкового терапевта зависит своевременное выявление и полноценное лечение наиболее распространенных болезней, проведение диспансеризации, реабилитационных мероприятий и экспертизы временной нетрудоспособности и т.д.

Важность и необходимость качественной подготовки студентов в системе подготовки будущего специалиста первичного звена подтверждается многолетним опытом.

История преподавания поликлинической терапии связана с именем Г. А. Захарьина, который считал, что наряду с кафедрами пропедевтической, факультетской, госпитальной терапии необходима кафедра амбулаторной (т.е. поликлинической) терапии. Он был уверен, что это значительно улучшит подготовку врача, так как суровая действительность поликлинической работы значительно отличается от тепличных условий университетской клиники. С.П. Боткин считал, обучение студента в поликлинике – основным этапом в обучении специалиста – терапевта и считал необходимым отводить для обучения целый семестр на последнем курсе.

Первая в России кафедра поликлиники внутренних болезней (поликлиническая терапия) была организована в Московском университете ещё в 1896 г. и Поликлиническое обучение студентов успешно существовало более 60 лет.

В 50-х годах в результате реформирования системы образования кафедры были упразднены или переведены в курс при кафедрах внутренних болезней. Однако, такая система обучения себя не оправдала, т.к. не способствовала полноценной подготовке врача ведущего звена здравоохранения – поликлиники и уже через несколько лет отразилась на практическом здравоохране-

нии. Начиная с 1980 г. кафедры поликлинической терапии вновь стали активно открываться и обучать студентов. В настоящее время кафедры поликлинической терапии созданы почти во всех ВУЗах России.

Вместе с тем, как справедливо указывают основатели отечественной поликлинической школы (Б.Я. Барт, В.А. Галкин), к сожалению, до реализации Национального приоритетного проекта «Здоровье» большой процент выпускников делили виды врачебной деятельности на «престижные» и «не престижные». Клинику они относили к разряду первых, а поликлинику – к разряду вторых. Отсюда у выпускников порой формировалось негативное отношение к обычному амбулаторному пациенту, отсутствовали интерес и внимание к нему, возникали ошибки в обследовании и лечении. Существовавшая годами точка зрения о непрестижности работы участковым терапевтом с внедрением Национального приоритетного проекта «Здоровье» существенно изменена. Проведенное анкетирование выпускников в различные годы показало, что желание работать участковым терапевтом в 1997 г. изъявили только 3 %, а в 20007 г. – в 10 раз больше (32 %), в 2017 году уже 48 %.

Безусловно, кардинальное изменение политики Правительства к специалистам данного направления медицины играет не последнюю роль в выборе врачебной деятельности, однако, отмечено и изменение мировоззрения современных выпускников. Прежде всего, это связано с пониманием выбранной профессии, правильным выбором приоритетных ценностей, возможностью трудоустройства, мотивацией к эффективной профессиональной деятельности, осознанием своей профессии и социального достоинства при выборе профессии участкового врача.

На современном этапе преобразования в системе здравоохранения находятся в тесной связи с развитием новых подходов в технологии обучения. Согласно новому «Стандарту высшего профессионального образования» (2009 г.) значительно увеличивается время, отведенное для преподавания поликлинической терапии на старших курсах. Шестой курс должен стать «тренинговым», когда студенты смогут работать под присмотром своих преподавателей и старших врачей, отрабатывая практические навыки для дальнейшей работы в поликлинике. А с 21 марта 2017 года приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 293н был утвержден профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

Ключевым моментом в модернизации процесса поликлинического образования явился переход к модульной системе обучения, целью которого стало интегрирование знаний вокруг основных стратегических и тактических задач подготовки будущего участкового врача. Так среди студентов, которые ориентированы на работу в поликлинике, обязательно должно планироваться обучение на месте его будущей профес-

сии. Понятно, что только обучение на базе поликлиники силами опытных преподавателей, постоянно здесь работающих, может помочь студенту освоить комплекс умений, которые потребуются ему в будущей практической деятельности.

Итак, в свете современных веяний, 1 сентября 2009 года приказом ректора Ставропольской государственной медицинской академии была создана кафедра поликлинической терапии.

Тогда это была кафедра, состоящая из двух учебных комнат на базе поликлиник города и 5 преподавателей (фото 1). Одним из старейших сотрудников, ранее возглавлявший курс поликлинической терапии был доцент Бошно Георгий Леонидович, оказавший большую помощь в развитии и становлении кафедры (фото 2).



Фото 3. Коллектив кафедры поликлинической терапии. 2019 г.



Фото 1. Коллектив кафедры поликлинической терапии. 2009 г.



Фото 2. Заведующая кафедрой проф. Агранович Н.В. (в центре)
Доцент Бошно Г.Л. (справа), асс., к.м.н. Коровина И.В. (слева)

Прошло 10 лет. В настоящее время кафедра поликлинической терапии это дружный коллектив единомышленников и высококвалифицированных специалистов. Большинство сотрудников молодые целеустремленные и любящие свою работу преподаватели (фото 3). Практически все совмещают работу в лечебно-профилактических учреждениях практического здравоохранения,

что позволяет им делиться со студентами не только теоретическими знаниями по предмету, но собственным практическим опытом. Все преподаватели имеют врачебные категории и сертификаты по нескольким терапевтическим специальностям.

На кафедре обучаются студенты 6-го курса лечебного и иностранного факультетов, интерны и клинические ординаторы по специальности «Терапия», «Пульмонология», «Нефрология», «ОВП», медицинские сестры по дисциплине «Терапия», проходят производственную практику студенты 5 курса. Проходят обучение врачи по нескольким специальностям на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Кафедра обладает хорошим арсеналом клинических баз – 12 учебных комнат в 9 поликлиниках и амбулаторных центрах и 2 городских больницах города Ставрополя.

Сотрудники кафедры и студенты принимают активное участие в научно-исследовательской работе по изучению социально значимых неинфекционных заболеваний населения, заболеваний, связанных с вредными профессиональными факторами, а также по здоровому образу жизни и пролонгированию активного долголетия пожилых людей.

На сегодняшний день на кафедре обучается 6 аспирантов, выполняется 8 диссертационных исследований. За последние 5 лет защищено 5 кандидатских диссертаций. Проводятся международные многоцентровые клинические исследования.

Активно работает научный студенческий кружок, участники которого ежегодно становятся победителями научно-студенческих конференций, как университета, так и города и страны.

В течение 10 лет кафедра поликлинической терапии совместно с кафедрами поликлинической педиатрии и поликлинической хирургии проводит студенческую олимпиаду по вопросам неотложной помощи в амбулаторном звене (фото 4). Олимпиада неизменно пользуется вниманием и успехом у студентов различных курсов.



Фото 4. Студенческая олимпиада «Неотложная помощь в амбулаторно-поликлинической практике». 2019 г.

Кафедра поликлинической терапии, совместно с министерством здравоохранения Ставропольского края, стала инициатором возрождения наставничества молодых специали-

стов. С 2017 года организовала и успешно проводит «Школу молодого терапевта» для молодых специалистов, окончивших Вуз после 2016 года и приступивших к профессиональной деятельности без прохождения интернатуры. В 2012 году кафедра награждена дипломом «Золотая кафедра России».

Перечень достижений кафедры можно продолжать. Но главное – это люди, которые отдают все силы, умения и опыт, чтобы сделать кафедру ещё лучше. Чтобы студенты прошедшие обучение на кафедре, сказали «Я хочу работать участковым терапевтом!».

Поздравляю всех моих дорогих коллег с нашим маленьким юбилеем и желаю здоровья, успехов на профессиональном поприще и неиссякаемого желания работать на благо университета и медицины.

Список литературы.

1. Агранович Н.В. Формы и методы обучения студентов на кафедре поликлинической терапии: методические рекомендации. Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2011. 27 с.
2. Агранович Н.В., Ходжаян А.Б. Организация самостоятельной работы студентов как необходимое условие эффективного образовательного процесса в медицинском вузе: методическое пособие. Изд-во СтГМА, 2011. 28 с.
3. Галкин В.А. Усовершенствование поликлинической терапевтической помощи – актуальная задача здравоохранения // Тер. арх. 2005. №1. С. 6-8.
3. Галкин В.А. Национальный проект «Здоровье» и задача повышения профессиональной компетенции терапевта поликлиники // Тер. арх. 2008. №1. С. 6-9.
4. Гуляева С.Ф., Гуляев П.В. Национальный проект «Здоровье» и оптимизация качества и стратегии подготовки врачей интернов на кафедре поликлинической терапии // Тер. арх. 2009. №1. С. 7-12.
5. Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов // Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. С. 11-40.
6. Об утверждении финансирования в 2007 г. расходов на реализацию в субъектах РФ пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и перечня субъектов РФ, участвующих в его реализации: постановление Правительства Российской Федерации от 19.05.2007 г. № 296
7. Проценский Б.М. Организационно-экономические механизмы совершенствования консультативно-диагностической помощи населению: автореф. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук. – М., 2004. 24 с.
8. Хальфин Р.А. Уроки приоритетного национального проекта «Здоровье» // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 624 с.
9. Щепин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В. Теоретические и организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи в России // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1996. Т.2. С. 3-11.
10. Щепин О.П., Овчаров В.К. Организационный и методический подход к работе врача общей практики (семейного врача) // Семейная медицина. -1998. Т.2. С. 2-7.
11. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению РФ // Бюлл. НИИ им. Н.А Семашко. Тематич. вып. 2000. С. 89-92.
12. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены. Здравоохранения и истории медицины. 2012. Т.6. С. 26-31

КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ –
НЕОБХОДИМАЯ РЕАЛЬНОСТЬ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Н. В. АГРАНОВИЧ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

DEPARTMENT OF POLYCLINIC THERAPY –
A NECESSARY REALITY
OF MODERN MEDICINE

N.V. AGRANOVICH

Stavropol State Medical University,
Stavropol

В статье отражены исторические предпосылки возникновения поликлинической терапии и перспективы развития этого направления в отечественной медицинской науке и практике.

The article contains the historical background of the emergence of outpatient therapy and the prospects for the development of this area in medical science and practice.

Ключевые слова: поликлиническая терапия, модернизация медицинского образования, первичное звено здравоохранения.

Key words: outpatient therapy, modernization of medical education, primary health care.

УДК 614.2(470.44):613.98

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРАПЕВТА НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А. Т. Классова, Н. В. Агранович, А. С. Анопченко, О. А. Блохина, В. А. Кульшина

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Пожилой и старческий возраст являются одними из критических периодов жизни человека, когда морфофункциональные изменения организма способствуют посте-

пенному снижению его жизнедеятельности [1, 3, 4].

Классова Айгуль Тахировна, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89197524652; e-mail: aigul.pirmuhametova@yandex.ru

Существует множество критериев, которые влияют на здоровье пожилых людей. Во-первых, наследственная предрасположенность к определённым болезням или, напротив, их невосприимчивость. Во-вторых, на человека значительное влияние оказывает тот образ жизни, который он вёл в течение своей жизни, в каких условиях проживал [2, 5]. В связи с замедлением процессов восстановления и обмена веществ в пожилом возрасте страдает работа желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, больше чем у половины населения пожилого возраста развиваются сердечно-сосудистые заболевания, снижаются зрение, слух, человек становится забывчивым, мыслительные процессы замедляются, родственники отмечают изменения в характере и т.д. [1]. У лиц пожилого и старческого возраста резко падает иммунный статус, приводя к присоединению всё новых хронических заболеваний. Если заболевает престарелый человек, нужно быть предельно внимательным, так как велика вероятность быстропротекающих осложнений. Вместе с тем, резервы человеческого организма гораздо больше среднестатистического порога смертности. Разумное отношение к старости, психологический комфорт и тщательный уход за пожилыми людьми поистине творят чудеса, возрождая их к жизни.

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89624430450; e-mail: nagranovich@mail.ru

Анопченко Алёна Сергеевна, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 891874495054; e-mail: a.anopchenko@mail.ru

Блохина Ольга Анатольевна, клинический ординатор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89187802699; e-mail: Olya19942007@yandex.ru

Кульшина Валерия Алексеевна, клинический ординатор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89183236595; e-mail: gul.lerakl@yandex.ru

Ввиду особенностей организма пожилых и старых людей (снижение иммунной защиты,

физиологические изменения всех систем и органов в связи с возрастом, а главное потери способности к свободному активному передвижению), они вынуждены чаще пользоваться услугами скорой медицинской помощи и осуществлять вызов врача участкового терапевта на дом. Задача на сегодняшний день крайне актуальна, ведь людей старших возрастных групп становится все больше и в структуре их заболеваемости имеет место полиморбидность, из-за которой они прибегают к вызову врача на дом.

Цель исследования: проанализировать причины и частоту посещения на дому участковым врачом-терапевтом пациентов пожилого и старческого возраста в условиях городской поликлиники.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 433 случая вызова участкового врача-терапевта на дом с сентября 2017 г. по ноябрь 2017 г. городской поликлиники №1 г. Ставрополя.

Объектом статистической обработки явился журнал записи вызовов на дом.

Сравнительный анализ полученных данных осуществлялся с использованием пакета программ «SPSS Statistics 21.0 for Windows». Для описания признаков с нормальным распределением данные представлены как средняя арифметическая величина и стандартная ошибка средней ($M \pm m$). Достоверность различий зависимыми выборками при нормальном распределении рассчитывали с использованием t-критерия для парных выборок.

Результаты и обсуждение. Из 433 человек, обратившихся за помощью в городскую поликлинику было 248 женщин (57,3 %) и 185 мужчин (42,7 %). Самой большой возрастной группой обратившихся за медицинской помощью на дому были лица в возрасте 75-89 лет (203 чел.). По возрастным категориям больные распределены следующим образом (рис. 1).

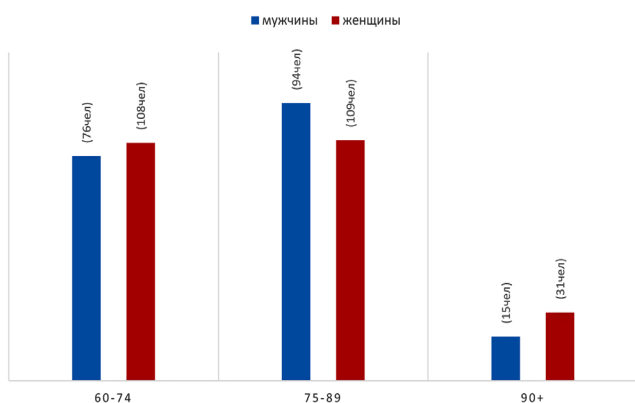


Рис. 1. Количественное соотношение вызовов врача-терапевта на дом в возрастных категориях (%).

Как, казалось бы, что за неотложной помощью на дому чаще обращаются лица пожилого и старческого возраста, а долгожители реже. На самом деле, лиц, достигших возраста 90 лет и старше

значительно меньше, чем в других возрастных группах и они в 100 % случаев хотя бы раз, но вызывали врача терапевта на дом.

Среди мужчин в возрастной категории 60-74 года чаще всего вызывают врача на дом по поводу гипертонической болезни (ГБ) (43,4 % – 33 чел.), на втором месте – респираторные заболевания (23,7 % – 18 чел.), третье место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) (19,7 % – 15 чел.). Среди женщин той же возрастной категории соотношение нозологии заболеваний такое же – ГБ (47 % – 51 чел.), респираторные заболевания – (18,5 % – 20 чел.) и ИБС (18,5 % – 20 чел.) (рис. 2).

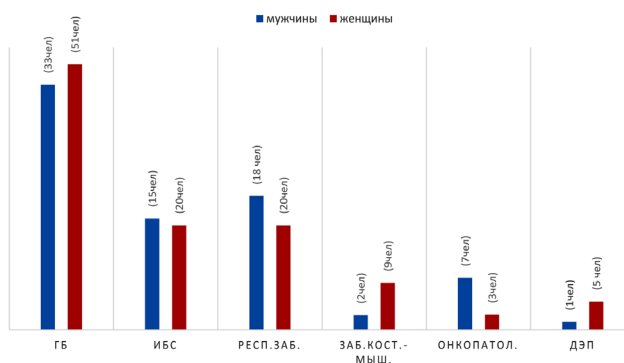


Рис. 2. Нозология вызовов врача-терапевта на дом в условиях городской поликлиники лицами пожилого возраста (60-74 лет).

Среди мужчин в возрасте 75-89 лет, так же чаще были вызовы врача на дом по поводу ГБ (47 % – 44 чел.), на втором месте – респираторные заболевания (20 % – 19 чел.) и на третьем – ИБС (15 % – 14 чел.) У женщин заболевания сердца (ИБС) вышли на второе место и составили 21 чел. – 20 % (от всех обратившихся данной группы). ГБ сохранила лидирующие позиции – 46 % – 51 чел., респираторные заболевания составили 14 % (15 чел.) (рис. 3).

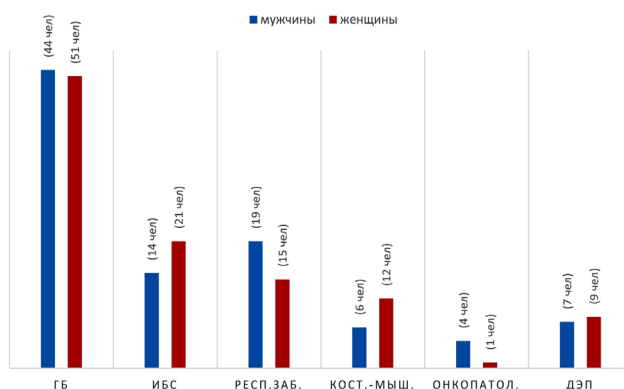


Рис. 3. Нозология вызовов врача-терапевта на дом в условиях городской поликлиники лицами старческого возраста (75-89 лет)

Среди мужчин долгожителей (90 лет и старше) обращаться за помощью заставляют обострения ишемической болезни сердца в 33,3 % – 5 чел. и ГБ (33,3 % – 5 чел.). Среди женщин этой возрастной группы лидером остаётся гипертониче-

ская болезнь (38,7 % – 12 чел.) и ИБС (32,2 % – 10 чел.) (рис. 4).

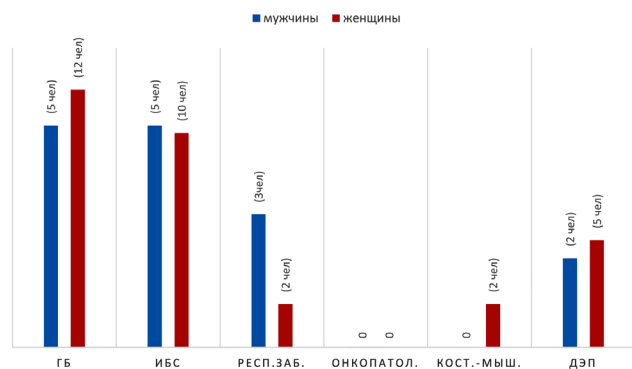


Рис. 4. Нозология вызовов врача-терапевта на дом в условиях городской поликлиники долгожителями (90 лет и старше)

Заключение.

Таким образом, проанализировав причины посещения терапевтом на дому пациентов пожилого и старческого возраста в условиях городской поликлиники выяснили, что основными причинами ухудшения состояния людей и вызова врача-терапевта на дом является патология сердечно-сосудистой. Самой частой причиной обращения за медицинской помощью во всех возрастных группах была гипертоническая болезнь.

Лечение гипертонии у пожилых людей – это сложный и сугубо индивидуальный процесс, требующий основательного подхода с взаимодействием всех возможных терапевтических средств. Медикаментозное лечение гипертонии

Список литературы

1. Агранович Н.В., Анопченко А.С., Агранович В.О. Медико – социальные аспекты занятий умеренной физической активностью в пожилом возрасте // *Фундаментальные исследования*. 2014. №10-1. С. 13-17.
2. Анопченко А.С., Агранович Н.В. Кардиоинтервалография и возможности ее применения у пациентов пожилого возраста с гипертонической болезнью при занятии ЛФК // *Здоровье и образование в XXI веке*. 2016. Т. 18 (2). С. 651-655.
3. Формирование здорового образа жизни взрослого населения. Задачи врача участкового терапевта: учеб. пособие / Н.В. Агранович [и др.]. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2018. с.104.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРАПЕВТА НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А. Т. КЛАССОВА, Н. В. АГРАНОВИЧ,
А. С. АНОПЧЕНКО, О. А. БЛОХИНА,
В. А. КУЛЬШИНА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Пожилым и старческим возрастом являются одними из критических периодов жизни человека, когда морфофункциональные изменения организма

у пожилых людей предусматривает не только использование сильнодействующих лекарственных препаратов, но также требует выполнения ряда мер профилактики и ведение здорового образа жизни – исключение факторов риска (курение, гиподинамия, алкоголь и др.) которые провоцируют и усугубляют течение многих заболеваний, в том числе и сосудистой патологии.

Образ жизни играет колоссальную роль в сохранении здоровья. И, в первую очередь, физическая активность, которая повышает возможность насытить организм пожилого человека достаточным объемом кислорода, улучшить кровообращение, укрепить стенки магистральных сосудов и тем самым снизить вероятность повышения артериального давления. Многие пожилые люди ошибочно считают, что получают достаточную физическую нагрузку, выполняя работы по ведению домашнего хозяйства. Однако, это достаточно распространенное заблуждение. Такая работа не приводит к активному повышению энергозатрат и соответствующей активизации обменных процессов. Более того, как правило, это монотонная однообразная деятельность, которая приводит к переутомлению отдельных мышечных групп, и только способствует ухудшению подвижности суставов и развитию дегенеративных процессов.

Задача участковых врачей терапевтов сформировать у своих пациентов правильное отношение к здоровому образу жизни, мотивировать их на добросовестное выполнение рекомендаций по лечению и профилактике, и как можно дольше сохранить активное долголетие.

4. Оценка когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией в возрастном аспекте /А.П. Бабкин [и др.] // *Профилактическая медицина*. 2013. №2-2. С. 12 – 15.
5. Крутько В.Н., Гаврилов М.А., Донцов В.И. Исследование изменений системной интеграции функций при старении у женщин // *Вестник восстановительной медицины*. 2011. № 3. С. 53–55.
6. Савенко М. А. Детерминанты активного долголетия людей пожилого возраста: автореф. на соиск. ученой степ. доктора мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009. 40 с.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NEED FOR MEDICAL AID TREATMENT AT HOME BY PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN CONDITIONS OF URBAN POLYCLINICS

A. T. KLASSOVA, N. V. AGRANOVICH,
A. S. ANOPCHENKO, O. A. BLOKHINA,
V. A. KULSHINA

Stavropol State Medical University,
Stavropol

Elderly and old age are one of the critical periods in a person's life, when morphofunctional changes in the body contribute to a gradual decrease in his

способствуют постепенному снижению его жизнедеятельности, в связи с чем они вынуждены чаще пользоваться услугами скорой медицинской помощи и осуществлять вызов врача участкового терапевта на дом. Задача на сегодняшний день крайне актуальна, ведь людей старших возрастных групп становится все больше и в структуре их заболеваемости имеет место полиморбидность, из-за которой они прибегают к вызову врача на дом.

Цель исследования: проанализировать причины и частоту посещения на дому участковым врачом-терапевтом пациентов пожилого и старческого возраста в условиях городской поликлиники.

Ключевые слова: пациенты пожилого и старческого возраста, врач-терапевт участковый, медицинская помощь на дому, поликлиника

УДК 615.84

РОЛЬ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ В ФОРМИРОВАНИИ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

А. С. Анопченко¹, Н. В. Агранович¹, А. Т. Классова¹, Е. А. Андреева¹,
В. О. Агранович^{1, 2}, И. В. Коровина¹

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

² ГУЗ «Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», Ставрополь

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: nagranovich@mail.ru.

Классова Айгуль Тахировна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Анопченко Алёна Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Андреева Екатерина Анатольевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Агранович Владимир Олегович – главный врач Ставропольского краевого центра лечебной физкультуры и спортивной медицины, г. Ставрополь, главный специалист МЗ Ставропольского края по лечебной физкультуре и спортивной медицине, ассистент кафедры медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Коровина Ирина Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

vital activity, and therefore they are forced to use emergency medical services more often and to call the district therapist's doctor for a house. The task today is extremely relevant, because people of older age groups are becoming more and in the structure of their morbidity polymorbidity takes place, due to which they resort to calling a doctor at home.

Objective: to analyze the causes and frequency of home visits by a general practitioner of general and elderly patients in a city clinic.

Keywords: elderly and senile patients, local general practitioner, home medical care, polyclinic

Проблема постарения населения в настоящее время является крайне актуальной для всего современного общества. Во многих странах мира в настоящее время наблюдается повышение научного интереса к исследованию различных проблем людей пожилого и старческого возраста. К 2025 году до 20 % населения промышленно развитых стран будут составлять лица в возрасте 65 лет и старше [11, 12]. Такой глобальный характер постарения населения любой страны актуализирует поиск путей сохранения и поддержания активного долголетия лиц пожилого и старческого возраста. ВОЗ основной задачей ближайших лет считает повышение качества жизни людей по мере их старения людей и определяет активное старение, как «процесс оптимизации активности пожилого населения в отношении поддержания и сохранения собственного здоровья» [9]. В качестве основных сфер влияния на здоровье современного человека экспертами ВОЗ были выделены: генетические факторы – 20 %, состояние окружающей среды – 20 %, медицинское обеспечение – 7-8 %, условия и образ жизни людей – 52-53 % [7] (табл. 1).

Многочисленные исследования и труды, начиная с работ древних мыслителей, посвящены снижению физических способностей организма и преодолению этих последствий в пожилом и стар-

ческом возрасте. По оценкам геронтологов, 60-74 года – очень сложный возраст. В этом возрасте наиболее ярко проявляются клинические инволюционные изменения, заболевания, характерные для пожилых людей, и именно в этом возрасте организм человека переходит из одного качественного состояния в другое, требующего в значительной большей степени врачебного контроля [1, 3].

Таблица 1.

Составляющие влияния различных факторов на развитие некоторых болезней человека (%)

Заболевание	Наследственность	Состояние окружающей среды	Медицинское обеспечение	Условия и образ жизни
Ишемическая болезнь сердца	18	12	10	60
Рак	26	19	10	45
Сахарный диабет	53	2	10	35
Пневмония	18	43	20	19
Цирроз печени	18	9	3	70

В клинической гериатрической практике необходимо исключить представление о старости как болезни. Врач должен обладать довольно широким диапазоном знаний в области биологии старения человека, профилактики преждевременного старения, что позволит решить задачи сохранения здоровья, поддержания активного долголетия и продления трудовой деятельности пожилого человека, а так же формирования нового жизненного стереотипа. [3, 4, 12]. Без преобразований в сфере культуры здорового образа жизни и профилактики заболеваний не удастся добиться кардинальных изменений показателей смертности и заболеваемости населения.

Активный образ жизни в позднем возрасте зависит от множества факторов, понимание которых способствует успешной реализации политики и программ, направленных на формирование модели интегрированной старости. Обобщенное понимание модели интегрированной старости подразумевает позитивную жизненную перспективу, в рамках которой пожилые люди смогли бы найти свое место и обрести значимую роль, которая связывала бы их с обществом. В этой связи актуальным представляется необходимость анализа основных медико-социальных факторов, сужающих возможность продления активного образа жизни пожилых людей. Однако, современный человек в большинстве случаев перекладывает ответственность за свое здоровье на врачей. Он фактически равнодушен по отношению к себе, не отвечает за силы и здоровье своего организма. В действительности человек занят не заботой о собственном здоровье, лечением болезней, что и приводит к наблюдающемуся в настоящее время увяданию здоровья на фоне значительных успехов медицины. В действительности же, укрепление и творение здоро-

вья должно стать потребностью и обязанностью каждого человека.

Реализация поставленной задачи возможна через формирование здорового образа жизни среди населения и повышения ответственности самого человека за свое здоровье. Врач первичного звена здравоохранения – поликлиники, амбулатории, диспансера является проводником в формировании потребности человека – быть здоровым. Первым шагом в этом направлении может служить выяснение представлений о здоровом образе жизни в современном обществе с целью дальнейшей их корректировки, а также формирования новых представлений и установок на здоровье, здоровый образ жизни и болезнь.

Однако сломать стереотип пренебрежительного отношения к своему здоровью у населения нашей страны очень сложно. Проведенные исследования российские и наши собственные в течение многих лет показали, что около 80 % населения, понимая, что их здоровье на 50 % зависит от образа жизни, ничего не делают, чтобы его сохранить. К XXI веку физическая нагрузка человека уменьшилась почти в 50 раз по сравнению с предыдущими столетиями. Люди в основном ведут малоподвижный образ жизни. Так, в России оздоровительной физкультурой в настоящее время занимаются от 16 до 8 % (по данным разных авторов) населения. Для сравнения в США – 60 %, в Швеции – 70 %, в Японии – 90 %. Гиподинамия – причина развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности инсульта, ожирения, сахарного диабета, остеопороза и др., что, безусловно, отражается на уровне заболеваемости в России [2,6]. И, хотя, тенденция к улучшению ситуации в последние годы отмечается, вместе с тем эти изменения еще не значительные табл. 2).

Таблица 2.

Что делают люди, чтобы не болеть (по данным ВЦИОМ, 2009г., 2018)

№	Мероприятия	Количество респондентов (%)	
		2009	2018
1.	Ничего не делают	50	48
2.	Смотрят передачи о здоровье по TV, читают медицинские журналы	16	14
3.	Регулярно проверяют свое здоровье, проходят диспансеризацию	9	10
4.	Стараются есть «здоровую пищу»	20	21
5.	Занимаются физкультурой и спортом	6-8	10-16

Достоверно доказано, что хранение здоровья и качества жизни людей пожилого и старческого возраста во многом зависит от его жизненной позиции, в частности физической активности, возможности трудиться. Частичное ухудшение здоровья, в значительно меньшей степени влияет на отказ от активной жизненной позиции в позднем возрасте. Так, ответили 58,8 % опрошенных пожилых людей [8, 10]. При этом сохранение и поддержание здоровья в контексте активной

старости, с точки зрения участников анкетирования, является личной инициативой каждого. Так 52,2 % лиц старшего возраста считают, что современное здравоохранение не способствует продлению активного образа жизни; 37,0 % опрошенных полагают, частично способствует; в целом способствует – 10,8 %.

Но значительная потребность геронтологической группы в медицинских услугах не всегда является обязательным условием обращений за врачебной помощью. Так, согласно данным Министерства здравоохранения РФ 2017 г. выявлена достаточно низкая активность пожилого населения в отношении поддержания и сохранения собственного здоровья: более половины (58 %) обращаются к врачу, только, «если что-то заболит». 23,3 % людей пожилого и старческого возраста регулярно проходит медицинские осмотры, но только по приглашению из поликлиники (из них 29,8 % имеют инвалидность). 5,2 % пожилых людей проходят медицинские осмотры только после убеждений врача о необходимости этих мер.

На вопрос «Как часто вы обращаетесь к врачу для проведения профилактического обследования» ответы среди различных половых групп распределились следующим образом: обращаются и обследуются до 3-х раз в год 21 % мужчин и 21,3 % женщин; не обращаются и не обследуются 43,4 % мужчин и 14,3 % женщин.

В вопросах поддержания здоровья пожилые люди часто опираются на:

- жизненный опыт (47,2 %);
- использование прежних предписаний врача (18,3 %);
- советы соседей и знакомых (15,4 %),
- информацию из медицинской литературы (11,9 %),
- советы работников аптек (7,2 %).

Такое отношение не способствует активной жизненной позиции по сохранению своего здоровья.

Нельзя не согласиться, что гериатрия – это проблема межведомственная. И, помимо медицинского аспекта, немаловажное значение, для пожилых людей приобретает и социальный, в частности важность продолжения профессиональной и трудовой деятельности. Это еще один барьер, встающий на пути развития концепции активного образа жизни в старости. Находясь в системе принципов занятости устойчивого уровня, «возрастные барьеры препятствуют тому, чтобы пожилые рабочие остались в рамках рынка труда или присоединились к нему после выхода на пенсию» [9]. В результате, пожилые работники, как само собой разумеющееся, практически изгнаны из сферы занятости и зачастую отстранены от возможности трудоустроиться. Тем не менее, возможность продолжать свою профессиональную деятельность, оставаться нужным и востребованным обществу является одной из главных причин активной жизненной позиции и сохранения своего здоровья для пожилых людей. Снижение физических способностей организма, изменения моторики и быстроты реакций не является причиной отказа от продолжения трудовой деятельности. Это полностью компенсируется посредством бо-

гатого профессионального или жизненного опыта (52,2 %); социальной осведомленностью (24,8 %); высоким уровнем мотивации к работе (23 %) пожилых людей [10]. Снижение познавательных способностей пожилых людей является постепенным и происходит медленнее и позже, чем принято считать, и этих ресурсов является достаточно для многих видов трудовой деятельности.

Поддерживая свою активную жизненную позицию – здоровый образ жизни, физическую активность (регулярные занятия оздоровительной и лечебной гимнастикой), укрепленные мотивацией активной и здоровой старости значительное число людей старше 60-65 лет могут фактически продолжать работать и способствовать развитию общества.

Первичное звено как часть системы здравоохранения, наиболее часто и массово взаимодействующая с населением, является ведущим элементом в формировании ЗОЖ и медицинской профилактики. Амбулаторно-поликлиническую помощь получают ежегодно более 65 % взрослого населения. Поэтому в значительной степени возрастает роль первичного звена здравоохранения в осуществлении профилактической деятельности.

Объектом профилактики в первичном звене является все население, проживающее на территории, прикреплённой к данному ЛПУ.

Медицинские работники первичного звена все больше времени и усилий в своей повседневной работе должны перераспределять в пользу профилактики в лечебно-профилактических учреждениях, на закрепленных участках микрорайонов, в школах, детских дошкольных учреждениях, на полевых станциях.

Задачи профилактики в первичном звене здравоохранения:

- выявить жителей своего участка, имеющих факторы риска заболеваний, а также пациентов с начальными стадиями заболевания;
- провести с ними установленные профилактические мероприятия;
- обучить навыкам, берегающим и укрепляющим здоровье, мерам личной и общественной профилактики основных заболеваний, рациональному питанию, физической активности, соблюдению правил эпидемиологического благополучия;
- совершенствовать методы профилактической работы (оздоровительные мероприятия, диспансеризация, скрининговые осмотры, вакцинация, углубленные осмотры и др.);
- организовывать пропаганду здорового образа жизни и профилактики заболеваний, в том числе в СМИ;
- создавать школы пациентов по различным нозологическим формам.

Медицинские работники первичного звена здравоохранения осуществляют профилактическую деятельность трех видов: индивидуальную, групповую и популяционную.

Одним из важных аспектов здорового образа жизни и поддержания своего здоровья является физическая активность человека. Сотрудники кафедры поликлинической терапии уже в течение многих лет занимаются вопросами продления ак-

тивного долголетия и повышения качества жизни пожилых людей. В рамках этого направления было проведено исследование целью которого явился анализ изменений состояния здоровья, показателей качества жизни и самооценки состояния здоровья лиц пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при занятиях ЛФК.

Материал и методы: исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии СтГМУ. Объект исследования – пожилые пациенты городских поликлиник №1, №2, № 6, краевого гериатрического центра г. Ставрополя, проходившие обследование и/или лечение в перечисленных ЛПУ.

Оценка качества жизни (КЖ) пациентов проводилась с помощью опросника SF-36 («SF-36 Health Status Survey»).

Для анализа самооценки состояния здоровья пожилых людей применялся «Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)».

Сравнительный анализ полученных данных проводился с использованием пакета программ «SPSS Statistics 21.0». Для оценки динамики показателей использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждения: было обследовано 220 человек. Среди них люди пожилого возраста (60-74 года) – 59,6 % (131 чел.), старческого (75-89 лет) – 38,6 % (85 чел.) и долгожители (старше 90 лет) – 1,8 % (4 чел.). Из них 32,3 % составили мужчины и 67,7 % женщин.

Анализ хронических неинфекционных заболеваний у обследованных лиц показал, что заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются у (62,1 %), заболевания опорно-двигательного аппарата (49,3 %), заболевания бронхо-легочной системы (28,3 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (28,3 %) и мочевыделительной системы (23,7 %), заболевания эндокринной системы (22,3 %).

Из всех обследованных больных была отобрана группа лиц пожилого возраста (45 человек) с гипертонической болезнью 1-2 ст.

В течение 12 месяцев данная группа пациентов занималась 3 раза в неделю по одному часу физическими упражнениями по разработанной методике под контролем инструктора ЛФК. В комплекс упражнений входили общеукрепляющие упражнения, дозированная ходьба и дыхательная гимнастика. Через месяц занятий, при хорошей переносимости и самочувствии пациента нагрузка постепенно увеличивалась, за счет увеличения количества повторений упражнений. Регулярно, до и после каждого занятия всем пациентам измерялось АД, Ps и ЧДД, оценивалось общее самочувствие.

Промежуточный анализ гемодинамических показателей и самочувствия, путем анкетирования по тесту САН, проводился через 3, 6 и 12 месяцев от начала занятий ЛФК (Табл. 3).

По данным, полученным с помощью теста дифференциальной самооценки САН, было отмечено, что у пациентов, спустя 12 месяцев показатели, отражающие активность и самочувствие выше, чем до начала занятий. Уровень настроения до начала занятий ЛФК и спустя 12 месяцев был сопоставим и оценен как нормальный (Табл.4.).

Таблица 3

Анализ гемодинамических показателей в ответ на занятия ЛФК

	До начала занятий ЛФК	Спустя 3 месяцев занятий	Спустя 6 месяцев занятий	Спустя 12 месяцев занятий
АД	152±6,1	154±6,5	147±6,2*	143±6,4*
Пульс	124±6,7	127±9,6	121±7,8*	115±6,6*
ЧДД	31±2,8	34±3,9*	29±1,8*	27±1,8*

(*p<0,05)

Таблица 4

Самооценка состояния своего здоровья по тесту «Дифференциальной самооценки функционального состояния» (САН) (в баллах)

	До начала занятий ЛФК	Спустя 12 месяцев
Самочувствие (С)	5,1	5,5
Активность (А)	3,9	5,4
Настроение (Н)	5,8	5,8

Кроме того отмечено, что лица занимающиеся физической нагрузкой в группах здоровья реже имеют в анамнезе вредные привычки и достоверно выше показатели качества жизни (по шкале SF-36 «Health Status Survey»). Вместе с тем, необходимо отметить, что достоверные изменения психического и физического здоровья по сравнению с началом исследования были отмечены спустя 12 месяцев регулярных занятий: 253,4±18,6 и 210,9±22,5 – сумма физического здоровья; 265,5±16,3 и 234,15±23,2 – сумма психического здоровья. Что достоверно подтверждает фак положительного действия регулярности и длительности занятий, а не их интенсивности.

Таким образом, старение не является приговором для лиц пожилого возраста. Занятия ЛФК способствуют сохранению здоровья пожилого человека, влияет на повышение качества его жизни и продление активного долголетия. На примере пациентов с ГБ прослеживается положительное влияние регулярных физических нагрузок на общее состояние и самочувствие пациентов.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что ЛФК может являться профилактическим мероприятием для лиц пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистой патологией. У пациентов, регулярно занимавшихся в группе ЛФК уже через 6 месяцев от начала занятий отмечались первые признаки стабилизации АД, пульса и ЧДД, а объективная стабилизация данных показателей была достигнута через 12 месяцев.

Врачи первичного звена не должны бояться направлять пациентов с ГБ на занятия ЛФК. Необходимо проводить просветительную работу среди пожилых людей с мотивацией на занятия физическими нагрузками. В свою очередь все занятия необходимо проводить под контролем врача ЛФК, который будет осуществлять врачебный контроль основных параметров и самочувствия пациентов. Для осуществления этой программы необходимо развивать сеть групп здоровья, сек-

ций ЛФК в городах и сельских поселениях, в лечебно-профилактических учреждениях.

Каждый из этапов медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста имеет свои особенности, которые следует учитывать при дальнейшем совершенствовании помощи данной категории лиц. И только их гармоничное сочетание позволит повысить качество и сохранить активную жизненную позицию на многие годы.

Для сохранения здоровья и активной старости у лиц пожилого и старческого возраста в

первую очередь следует сформировать навыки здорового образа жизни, повысить ответственность каждого пожилого человека за свое здоровье. Для этого необходимо, обеспечить пожилым людям доступность, не только к квалифицированной медицинской и профилактической помощи, но и возможность занятий физической культурой (группы здоровья, лечебная и оздоровительная физкультура, плавание и т.д.), выбора форм и видов трудовой деятельности.

Литература

1. Агранович Н.В., Анопченко А.С., Агранович В.О. Организация и роль занятий физическими упражнениями с лицами пожилого и старческого возраста, имеющими сердечно-сосудистую патологию // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 17. – № 2 (66). – С. 7-12.
2. Агранович, Н.В. Влияние ЛФК на гемодинамические показатели пожилых пациентов с артериальной гипертензией / Н.В. Агранович, А.С. Анопченко, С.А. Кнышова // Курортная медицина. – 2016. – №4. – С. 59-63.
3. Анопченко А.С., Агранович Н.В., Кнышова С.А., Агранович В.О., Пилипович Л.А. Физическая активность в пожилом и старческом возрасте: миф или реальность? // Адаптивная физическая культура.- 2015. №3 (63). С. 33-35
4. Ена, Л.М. Возраст как значимый компонент диагностики вторичных артериальных гипертензий / Л.М. Ена, В.О. Артеменко, О.Г. Гаркавенко // Артериальная гипертензия. – 2015. – №4(42). – С.42-48.
5. Ефремушкин, Г. Г. Влияние физических тренировок на гемодинамику в магистральных артериях и толерантность к физическим нагрузкам у больных артериальной гипертензией пожилого возраста / Г.Г. Ефремушкин, А.А. Молчанова, Е.А. Денисова, Т.В. Филиппова // Российский кардиологический журнал. – 2011. – №5. – С.11-12.
6. Иванова, О.А. Толерантность к физической нагрузке, структура сердечного ритма и ар-

- териальное давление у пожилых женщин перед началом периода реабилитации в группах здоровья / О.А. Иванова, С.Г. Ку克林 // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – №2. – С. 52-55.
7. Пилосян, Н.А. Средства физической культуры в реабилитации женщин пожилого возраста с гипертонической болезнью / Н.А. Пилосян, В.Ю. Карпов, А.С. Болдов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 10 (128). – С.139-143.
8. Ройтберг, Г.Е. Влияние физической нагрузки на основные компоненты метаболического синдрома / Г.Е. Ройтберг, И.Д. Слестникова, Ж.В. Дорош, О.Ю. Дмитриева // Профилактическая медицина. – 2016. – № 3. – С.28-33.
9. Чернышкова Е.В. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 3.– с. 358-361;
10. Чернышкова Е.В. Проблематизация активной старости в медико-социальном дискурсе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6. № 2. С. 481-483.
11. Чирков В. А. Социально-гигиеническое исследование качества жизни лиц пожилого возраста, проживающих в различных социальных условиях / В. А. Чирко, А. В. Бреутов, Р. А. Бреутова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – № 12 (20).
12. Яковлев В.М., Сохач А.Я. Введение в геронтологию и клиническую гериатрию. – Ставрополь, 2010. – 78 с.

РОЛЬ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ В ФОРМИРОВАНИИ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

АНОПЧЕНКО А. С.¹, АГРАНОВИЧ Н. В.¹,
КЛАССОВА А. Т.¹, АНДРЕЕВА Е. А.¹,
АГРАНОВИЧ В. О.^{1,2}, КОРОВИНА И. В.¹

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

² Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры и спортивной медицины, Ставрополь

Активный образ жизни в позднем возрасте зависит от множества факторов, понимание которых способствует успешной реализации политики и программ, направленных на формирование модели интегрированной старости. Обобщенное понимание модели интегрированной старости подразумевает позитивную жизненную перспективу, в рамках

ROLE OF A DOCTOR'S DOCTOR IN THE FORMATION OF AN ACTIVE LIFESTYLE OF ELDERLY PATIENTS

ANOPCHENKO A. S.¹, AGRANOVICH N. V.¹,
KLASSOVA A. T.¹, ANDREEVA E. A.¹,
AGRANOVICH V. O.^{1,2}, KOROVINA I. V.¹

¹ Stavropol State Medical University, Stavropol

² Stavropol Regional Center for Therapeutic Physical Education and sports medicine, Stavropol

An active lifestyle at a later age depends on many factors, the understanding of which contributes to the successful implementation of policies and programs aimed at creating a model of integrated old age. A generalized understanding of the model of integrated old age implies a positive life perspective, within which the elderly can find their

которой пожилые люди смогли бы найти свое место и обрести значимую роль, которая связывала бы их с обществом. Для сохранения здоровья и активной старости у лиц пожилого и старческого возраста в первую очередь следует сформировать навыки здорового образа жизни, повысить ответственность каждого пожилого человека за свое здоровье.

Одним из важных аспектов здорового образа жизни и поддержания своего здоровья является физическая активность человека. В рамках этого направления сотрудниками кафедры поликлинической терапии было проведено исследование, целью которого явился анализ состояния здоровья, показателей качества жизни и самооценки своего здоровья у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией, в комплексное лечение которых были включены регулярные занятия лечебной физкультурой. На основании полученных результатов даны оценка роли врача участкового терапевта в мотивировании к занятиям физической нагрузкой и рекомендации по формированию здорового образа жизни пожилого населения.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, пожилые люди, физическая активность, активное долголетие.

place and acquire a meaningful role that would connect them with society. In order to preserve health and active old age, elderly people should first of all develop skills for a healthy lifestyle, and increase the responsibility of every elderly person for their health.

One of the important aspects of a healthy lifestyle and maintaining your health is a person's physical activity. Within the framework of this direction, the staff of the department of polyclinic therapy conducted a study, the purpose of which was to analyze the state of health, quality of life indicators and self-assessment of their health in elderly people with arterial hypertension, whose complex treatment included regular physical therapy classes. On the basis of the obtained results, the role of the doctor of the district therapist in motivating to exercise and recommendations on the formation of a healthy lifestyle of the elderly population are given.

Keywords: healthy lifestyle, the elderly, physical activity, active longevity.

УДК 616-082-036.8-053.9:616-08-039.57:303.425.6 (045)

АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Агранович Н.В., Кнышова С.А., Пилипович Л.А., Мацукатова В.С., Щедренко В.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: nagranovich@mail.ru.

Кнышова Светлана Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ.

Пилипович Людмила Алексеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ.

Мацукатова Виктория Спиридоновна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ.

Щедренко Виктор Владимирович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ.

Старение и болезнь – понятия трудно-разделимые во врачебной практике, главным образом в связи с частым сочетанием старения с патологией внутренних органов. Не являясь болезнью, старение создаёт предпосылки развития возрастной патологии.

При ведении больных пожилого и старческого возраста врачу приходится решать не только чисто клинические, но также психологические, деонтологические, социальные и другие проблемы, что требует от него профессиональных умений и навыков, базирующихся на учете особенностей данного возрастного контингента, знание которых во многом позволяет определить стратегию и тактику ведения пожилого больного [3].

Наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем, частое сочетание

двух и более заболеваний у одного больного (полиморбидность), преимущественно хроническое течение заболеваний, атипичность клинических проявлений заболеваний, наличие «старческих» болезней, частое присутствие социально-психологической дезадаптации пожилых пациентов, обязывает врача клинической практики учитывать эти особенности при работе с пожилыми пациентами:

- как правило, сочетанная патология создает необходимость в коррекции возможных взаимодействий различных групп лекарственных препаратов;

- возрастные физиологические изменения, сопряженные с изменением личности больного, чаще приводят к диагностическим ошибкам, неправильной трактовке появившихся симптомов болезни, которые нередко воспринимаются как проявление старости и поэтому не вызывают у пациента стремления обратиться за медицинской помощью;

- медленное нарастание патологических процессов лежит в основе длительного бессимптомного течения болезни у лиц пожилого и старческого возраста;

- за счет уменьшения числа острых заболеваний и увеличения числа болезней, связанных с прогрессированием хронических патологических процессов значительно изменяется структура заболеваемости этой возрастной группы;

- степень тяжести поражения организма не соответствует маловыраженной симптоматике заболевания;

- с возрастом изменяются фармакокинетическая и динамическая фазы действия препарата (на уровнях абсорбции, печеночного метаболизма, плазматического транспорта, экскреции, чувствительности и ответа рецепторов);

- процессы восстановления после перенесенных заболеваний происходят более медленно, менее эффективно, что обуславливает затяжной период реабилитации и часто меньшую эффективность терапии. В связи с этим при восстановительном лечении людей пожилого и старческого возраста необходимы большая настойчивость и учет возрастных особенностей состояния.

Ключевыми и основополагающими позициями в проблеме «старшего поколения» следует признать в первую очередь социальный аспект, во вторую – медицинский.

Каждый из этапов медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста имеет свои особенности, которые следует учитывать при дальнейшем совершенствовании помощи данной категории лиц. И только их гармоничное сочетание позволит повысить качество и сохранить активную жизненную позицию на многие годы.

При организации лечебно-профилактической помощи людям пожилого и старческого возраста особое внимание должно уделяться

совершенствованию внебольничных форм лечения, прежде всего поликлинических учреждений.

Это вызвано двумя основными причинами:

Первая из них – госпитализация является серьёзной проблемой для больных

пожилого, и особенно старческого возраста. Сам факт помещения в стационар служит стрессовым фактором, вызывает срыв сформировавшейся адаптации.

Вторая – стремление большинства пожилых пациентов быть в процессе лечения вместе с родными, близкими, друзьями, не изменять привычки условий пребывания в домашней обстановке.

Вместе с тем, около 80 % диагностических и лечебных ошибок при оказании медицинской помощи пожилым происходят на амбулаторном этапе.

Самой частой ошибкой является диагностика острой пневмонии у возрастной группы больных. Диагноз внебольничной пневмонии у 30–40 % заболевших пациентов, устанавливается лишь в конце 1-й недели болезни, обычно по результатам рентгенологического исследования. Это в немалой степени обусловлено имеющимся полиморбидным фоном, свойственным лицам старше 60 лет. Внебольничная пневмония у них обычно развивается на фоне серьёзной предшествующей хронической патологии.

Ещё одной частой ошибкой у врачей первичного звена является ошибочный диагноз при лихорадочном синдроме, который может быть проявлением гриппа, пиелонефрита, холецистита, сальмонеллеза, рожистого воспаления, онкологических заболеваний [2]. Среди них наиболее часто лихорадочный синдром обусловлен пиелонефритом. И, если, в общей популяции у 82,4 % заболевших – пиелонефрит вторичен, то у пожилых – в 100 % случаев и основная причина – нарушение уродинамики.

В группе лечебных ошибок при ведении пожилых пациентов медикаментозная терапия [1,4]. Старшая возрастная группа самая большая социальная группа потребителей лекарств, именно в группе пожилых наблюдается большая частота «врачебных ошибок» при выборе лекарственных средств. Российским исследованием 2017 года показано, что России до 50-70 % лекарственных средств пожилым людям назначаются не по показаниям. А именно:

- лекарственные препараты назначают слишком часто, даже тогда, когда можно обойтись без них;

- врачу проще назначить что-нибудь на приеме, чем объяснить возможности лечения диетой, физическими упражнениями, изменения образа жизни и т.д.;

- назначают слишком много: полипрагмазия;

– особенно часто назначают препараты с недоказанным действием и неизученными осложнениями, нередко – из-за их относительной дешевизны;

– при назначении препаратов не учитываются изменения всасываемости у пожилых, метаболизма лекарственных средств, изменения чувствительности к отдельным препаратам;

– лекарственная терапия назначается на неадекватное время – или короткими курсами там, где нужна постоянная терапия, например, при сердечной недостаточности, гипертонической болезни, стенокардии и др. И, наоборот, назначаются длительно, там, где можно обойтись относительно коротким курсом, например антибиотики при острой бактериальной инфекции.

Неадекватное и нерациональное назначение медикаментозной терапии лицам пожилого и старческого возраста с возрастным изменением фармакокинетического и фармакодинамического действия препарата нередко приводит к осложнениям, связанным с нарушением артериального давления (чаще – гипотензия и ортостатические явления), гипогликемическим состояниям, нарушениям психики и сознания, нарушениям минерального обмена с явлениями дисфункции миокарда и остеопороза [5].

Наиболее часто дают осложнения следующие группы препаратов: гипотензивные – 13,1 %; противосудорожные – 13,0 %; кортикостероиды – 12,3 %; психотропные – 12,1 %; препараты наперстянки – 11,5 %; сахароснижающие – 9,2 %; диуретики – 8 %.

Одним из важнейших этапов ведения пациентов является амбулаторное наблюдение за больными с хроническими формами заболеваний после выписки из стационара. При ведении пожилых пациентов в амбулаторных условиях часто допускаются стандартные ошибки. Одна из них – динамика наблюдения пациентов. В постгоспитальном периоде лечащим врачом должны быть намечены сроки

контрольных осмотров. Если пациент в стабильном состоянии и сам способен прийти на прием к врачу, то в течение первого года наблюдения рекомендуется проводить оценку состояния каждые 4–6 месяцев. После первого года – ежегодно.

Некоторые пациенты старческого возраста, в результате развития психосоматических изменений личности неспособны к реальной оценке своего состояния, поэтому их следует осматривать чаще.

Терапия в амбулаторных условиях должна проводиться по тем же принципам, что и в стационаре, тем более, что физическая активность больных после выписки из стационара, как правило, увеличивается.

Кроме того, такие социальные факторы, как неуверенность в будущем, недостаток средств, нехватка необходимых лекарств, хронический стресс и обусловленные этим депрессивные состояния самым неблагоприятным образом сказываются на здоровье больных.

Таким образом, основными принципами ведения больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях должны быть:

– назначение минимального количества препаратов (не более 2-3);

– целесообразно назначать комбинированные препараты разнонаправленного действия, что повышает комплаентность лечения у пожилых пациентов;

– дополнительный препарат назначать, если он облегчает (устраняет) те нарушения, которые ухудшают качество жизни пациента;

– уменьшение доз большинства препаратов в 1,5-3 раза по сравнению со средними дозами;

– оптимальная кратность приема лекарств – 1-2 раза в сутки;

– предпочтительно назначать таблетированные формы лекарственных препаратов, жидкие формы плохо дозируются из-за плохой памяти и зрения больных;

– коррекцию длительной лекарственной терапии проводить не реже 2-х раз в год.

Литература

1. Агранович Н.В., Андреева Е.А., Бабашева Г.Г., Кнышова С.А. Медикаментозная терапия ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы современной медицины материалы X юбилейной межрегиональной научно-практической конференции врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского Федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». – 2017. – С.67-73.
2. Агранович, Н.В. Анализ взаимосвязи развития хронической болезни почек у пациентов старших возрастных групп с сердечно-сосуди-

дистой патологией. Задачи амбулаторного звена в ранней диагностике и профилактике / Агранович Н.В., Пустовой Д.В., Алботова Л.В // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5; URL: www.science-education.ru/128-22649.

3. Вечорко В.И., Шикина И.Б., Сергеева Ю.Б., Шарбанова О.А. Ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями в амбулаторном центре города Москвы. Сборник материалов V ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова И.В. «Реформы Здравоохранения Российской Федерации. Совре-

менное состояние, перспективы развития». Под ред. И.М. Акулина, О.В. Мироненко. 2018: 41-45

4. Медведев, И.Н. Корректирующие возможности диуретиков в лечении нарушений агрегации тромбоцитов больных артериальной гипертензией пожилого возраста / Медведев И.Н., Носова Т.Ю. // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – 6(часть 3).

АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

АГРАНОВИЧ Н. В., КНЫШОВА С. А., ПИЛИПОВИЧ Л. А., МАЦУКАТОВА В. С., ЩЕДРЕНКО В. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

При ведении больных пожилого и старческого возраста врачу приходится решать не только чисто клинические, но также психологические, деонтологические, социальные и другие проблемы, что требует от него профессиональных умений и навыков, базирующихся на учете особенностей данного возрастного контингента, знание которых во многом позволяет определить стратегию и тактику ведения пожилого больного. Около 80 % диагностических и лечебных ошибок при оказании медицинской помощи пожилым происходят на амбулаторном этапе. Неадекватное и нерациональное назначение медикаментозной терапии лицам пожилого и старческого возраста с возрастным изменением фармакокинетического и фармакодинамического действия препарата нередко приводит к осложнениям.

Одним из важнейших этапов ведения пациентов является амбулаторное наблюдение за больными с хроническими формами заболевания после выписки из стационара. Терапия в амбулаторных условиях должна проводиться по тем же принципам, что и в стационаре, тем более, что физическая активность больных после выписки из стационара, как правило, увеличивается.

Ключевые слова: больные пожилого и старческого возраста, амбулаторное наблюдение, диагностические ошибки

5. Поведа, А.Г. Исследование проблем, возникающих у пожилых при приеме лекарственных препаратов / Поведа А.Г., Поведа В.А., Артеага К.Д., Фесенко В.В., Фесенко Э.В., Перелыгин К.В. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6048>

ASPECTS OF MODERN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS AT THE STAGE OF AMBULATORY AND POLYCLINICAL AID

AGRANOVICH N. V., KNYSHOVA S. A., PILIPOVICH L. A., MATSUKATOVA V. S., SCHEDRENKO V. V.

Stavropol State Medical University, Stavropol

When managing patients of elderly and senile age, the doctor has to solve not only purely clinical, but also psychological, deontological, social and other problems, which requires him professional skills based on the characteristics of this age group, knowledge of which in many ways allows defining a strategy and tactics of the elderly patient. About 80 % of diagnostic and therapeutic errors in the provision of medical care to the elderly occur in the outpatient stage. Inadequate and irrational prescription of drug therapy in elderly and senile persons with age-related changes in the pharmacokinetic and pharmacodynamic effects of the drug often lead to complications.

One of the most important stages in the management of patients is outpatient monitoring of patients with chronic forms of the disease after discharge from the hospital. Outpatient therapy should be carried out according to the same principles as in the hospital, especially since the physical activity of patients after discharge from the hospital, as a rule, increases.

Keywords: elderly and senile patients, outpatient observation, diagnostic errors

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ МОЛОДОГО ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. В. Агранович, Н. А. Рубанова, С. А. Кнышова, Н. Ю. Ермолаева, А. С. Анопченко

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Медицина как профессия является уникальной и одной из самых сложных сфер деятельности человека. От качества подготовки врачей кадров зависит уровень здоровья населения, что является одним из приоритетных направлений стратегии национальной безопасности Российской Федерации [1,2,4,6,7,10]. К медицинскому образованию должны предъявляться особые требования, выполнение которых призвано укомплектовать больничные учреждения различных субъектов государства высококвалифицированными медицинскими кадрами.

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;
E-mail: nagranovich@mail.ru; тел. моб. 89624430450.

Рубанова Наталья Андреевна – главный терапевт Министерства здравоохранения Ставропольского края, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;

Ермолаева Надежда Юрьевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности ГБУЗ СК «Городской клинической консультативно-диагностической поликлиники» г. Ставрополя, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;

Кнышова Светлана Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Анопченко Алёна Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;
E-mail: a.anopchenko@mail.ru;
тел. моб. 89187449505.

В настоящее время модернизация системы образования в медицинских вузах связана с практической направленностью обучения, внедрением инновационных методов и средств обучения в образовательный процесс [3,5,15,17]. Основная цель проходящей реформы – создание условий, которые позволят осуществлять не только лечение, профилактику заболеваний, оказание квалифицированной и доступной медицинской помощи, но и обеспечить проведение научных исследований и качественную подготовку медицинских и фармацевтических работников, помогут развивать материально-техническую базу системы здравоохранения в России.

С целью повышения качества подготовки специалистов в системе непрерывного профессионального образования и конкурентоспособности российского диплома о высшем медицинском образовании, реализации первоочередных мероприятий, вытекающих из Болонских договоренностей, начато формирование системы медицинского и фармацевтического образования в соответствии с международными требованиями. Для обеспечения выполнения данной цели с 2014 года, в соответствии с Приказом Минэкономразвития России от 30.05.2014 N 326 «Об утверждении Критериев аккредитации...» начата подготовка, а с 2016 года Приказом № 127н от 25.02.2016 «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» введена аккредитация специалистов здравоохранения и упразднена интернатура. Теперь выпускники вузов обязаны по завершению обучения пройти аккредитацию и вместе с дипломом получить аккредитационный лист, дающий право работать со студенческой скамьи самостоятельно на приеме в поликлинике или амбулатории врачом общей практики, терапевтом или педиатром.

До 2016 года каждый выпускник медицинского вуза, чтобы самостоятельно лечить пациентов, был обязан пройти последипломное обучение в интернатуре по общей специальности (терапия, хирургия, акушерство и гинекология) или в ординатуре, по одной из узких специаль-

ностей по своему выбору. Интернатура была этапом хорошей практики под руководством опытного куратора-наставника, где молодой врач набирался опыта, осваивал практические навыки, пополнял теоритические знания. По окончании интернатуры врач получал сертификат на право самостоятельной работы по специальности и должен был подтверждать его каждые 5 лет на курсах повышения квалификации.

На сегодняшний день это звено потеряно. И выпускник сразу приступает к самостоятельной деятельности. Данный подход призван восполнить кадровый дефицит врачей-терапевтов на уровне первичного поликлинического звена здравоохранения [5,16,18]. Благодаря отмене интернатуры в минувшем году удалось закрыть 6 тысяч вакансий в первичном звене. Об этом сообщила глава Минздрава Вероника Скворцова на открытии IX Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования – 2018».

В итоге, начиная с сентября 2017 года старая форма высшей профессиональной подготовки была полностью упразднена и с 2018 год – стартовала полномасштабная реформа послевузовского образования [7, 8, 9].

Таким образом, медицинское образование в Российской Федерации в последние годы претерпевает значительные изменения – упразднена интернатура, ординатура становится менее доступной для вчерашнего выпускника, а центральное место занимает аккредитация специалиста [10, 11, 12, 13, 14].

В тоже время реформирование привело к тому что, с отменой интернатуры был разорван взаимосвязанный процесс теоритического и практического медицинского обучения. Но мы понимаем, что даже самый прилежный студент, в первый год своей самостоятельной работы ещё не способен в полной мере принимать решения, в отношении жизни и здоровья больного, а отвечать за ошибки, которые неминуемо будут, должен в полной мере.

Однако, уже первое и второе поколение «врачей-участковых терапевтов» приступило к работе. Вместе с тем, с переходом на новый вид допуска к профессии, появились первые результаты и трудности в практической деятельности молодого врача новой формации.

Тем не менее, новая стратегия медицинского образования существует, она начала активно работать и, по всей видимости, будет продолжаться. Возникла необходимость решения возникших негативных проблем по подготовке молодых специалистов в рамках модернизации российского здравоохранения и системы обучения и выработки практических рекомендаций для решения основных проблем подготовки специалистов для самостоятельной практической деятельности.

В целях повышения уровня компетенции молодых врачей – терапевтов участковых – выпускников после 2017 года и возрождения традиций

наставничества министерство здравоохранения Ставропольского края совместно с кафедрой поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета организовало работу «Школы молодого терапевта» (Письмо МЗ СК от 16.03.2018 № 01-13/1993). Это стало первым опытом регионов России в оказании практической профессиональной помощи молодым специалистам.

В работе Школы принимают участие руководители органов здравоохранения, профессорско-преподавательский состав кафедры поликлинической терапии и смежных кафедр Ставропольского медицинского университета, главные внештатные специалисты министерства, опытные врачи медицинских организаций первичного звена здравоохранения.

Программа тематики заседаний Школы молодого терапевта разработана с учетом пожеланий самих молодых специалистов, выпускников 2017, 2018, 2019 годов, работающих в районах края. Основными темами, по которым молодые специалисты хотели бы пополнить свои знания, стали: онкологическая настороженность в практике участкового терапевта, оформление медицинской документации (листов временной нетрудоспособности, оформление на МСЭ), оказание неотложной помощи в амбулаторной практике, диагностика и лечение некоторых заболеваний (почек, бронхо-легочной системы, соматической патологии у беременных, коморбидной патологии у пожилых пациентов и др.) в амбулаторной практике.

Материалы и методы исследования. С целью анализа существующих проблем и допущенных ошибок в системе подготовки молодого врача, сотрудниками кафедры было проведено анкетирование молодых специалистов – участников Школы, окончивших обучение по программе «ФГОС-3» и приступивших к работе сразу после окончания ВУЗа 2017, 2018 и 2019 годов. В опросе приняли участие 149 врачей участковых – терапевтов. Средний возраст составил $25 \pm 1,6$ лет. Из них, 74 % были лица женского пола, мужского – 26 % . Все врачи участковые-терапевты проанкетированы по разработанной нами анкете, которая включала в себя вопросы по проблемам и трудностям, возникшим в процессе учебы в Вузе и началом самостоятельной трудовой деятельности, качества оснащения кабинета врача, наставничества, возможности консультирования по лечебным вопросам с другими специалистами и в региональных лечебных учреждениях края и многие другие.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы статистического анализа в Excell. Для оценки статистической значимости различий в двух групп по одному признаку использовался критерий Манна-Уитни (U – тест). Для сравнения относительных величин использовался критерий хи-квадрат. Достоверность считалась значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты анкетирования показали, что подавляющее большинство участников Школы молодого терапевта, работают в сельских районах Ставропольского края – 67 %. В городских лечебных организациях первичного звена здравоохранения – 33 %.

В ходе нашего исследования были выявлены основные проблемы молодых специалистов, с которыми они столкнулись во время обучения в университете и при выходе на работу, а именно:

- недостаточное время, отведенное для практической деятельности в медицинских учреждениях при обучении на 5-6 курсе;
- отмена интернатуры;
- закрепление наставника не за каждым молодым специалистом;
- недостаточная оснащенность рабочего места необходимыми приборами;
- частичное отсутствие компьютеризации рабочих мест (особенно в сельской местности);
- закрепление не за всеми участковыми врачами медицинских сестер;
- превышающая норму численность прикрепленного населения на 1 терапевтическом участке.

Имея небольшой, но самостоятельный опыт работы на вопрос: «Что бы Вы изменили в системе подготовки на 6 курсе медицинского вуза?» большинство молодых врачей высказались об увеличении часов практических занятий и практики в лечебных учреждениях (69 %) и на обучение оформления первичной медицинской документации (73 %) (рис. 1).

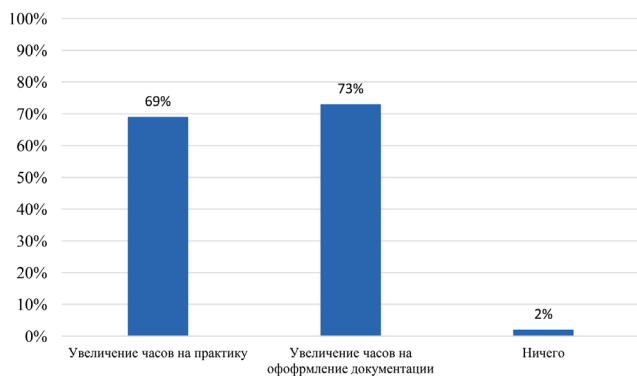


Рисунок 1. Что бы Вы хотели изменить в системе подготовки и на 6 курсе медицинского ВУЗа?

Первые трудности, с которыми столкнулись молодые врачи в своей самостоятельной профессиональной деятельности не только нехватка времени отведенного на прием (48 %), из-за неумения правильно распределять время на опрос и осмотр больного, большой объем документации и правильность её заполнения – 52 %. Но, самое главное, нередко отсутствие наставника, к которому можно обратиться за профессиональной помощью, хотя бы в первые месяцы работы. Ответы на вопрос о наличии наставника у молодых специалистов показали, что в городских медицинских учреждениях наставник имелся у 60 % молодых специалистов, в сельских районах наставник отсутствовал в 58 % случаев.

И главный вопрос, который был задан молодым врачам – «Необходимо ли возвращение интернатуры?» – 96 % врачей ответили «Да».

В течение 2-лет в рамках «Школы молодого терапевта» сотрудниками кафедры поликлинической терапии и специалистами МЗ СК читались лекции (согласно тематике, предложенной самими молодыми специалистами), проводились клинические разборы сложных случаев и врачебных ошибок из врачебной практики молодых врачей, консультации по тактике ведения тяжелых больных.

И по окончании второго года работы Школы было проведено повторное анкетирование её участников. Целью данного анкетирования явилось оценка мнения молодых врачей о необходимости данного мероприятия и эффективности его работы.

Было проанкетировано 96 человек, посещавших Школу молодого терапевта, из них 64 человек посещают первый год, 32 человек – второй.

На вопрос «Что Вам дало участие в Школе молодого терапевта?» – 6 человек ответили отрицательно. Остальные ответы респондентов распределились следующим образом (Рис. 2).

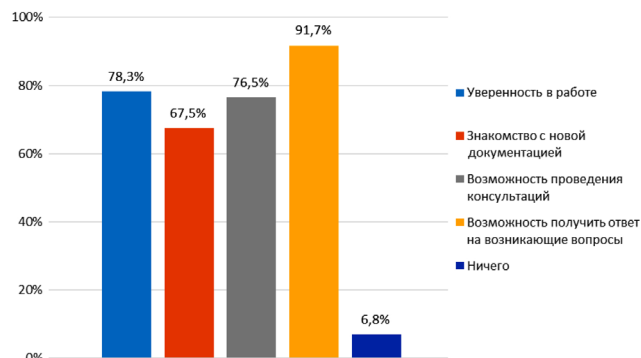


Рис. 2. Эффективность работы Школы молодого терапевта (%)

И, на вопрос «Планируете ли Вы дальнейшее посещение Школы» 71 % ответили положительно.

Выводы.

Таким образом, проведенный анализ профессиональной деятельности молодых врачей в условиях современного реформирования высшего медицинского образования показал существенные трудности на раннем этапе трудовой деятельности молодого специалиста. В первую очередь, эта нехватка практического опыта и коммуникативных навыков общения с пациентом. Для преодоления создавшихся проблем и успешной врачебной деятельности после окончания вуза методическим центром аккредитации специалистов Минздрава России была введена новая станция «Стандартизированный пациент в аккредитации специалистов здравоохранения по навыкам профессионального общения», позволяющей освоить компетенцию по навыкам профес-

сионального общения врача на первичном приеме.

Так же, важными решениями, в повышении компетентности молодых специалистов считаем: увеличение количество часов практической подготовки студентов «у постели больного» на 5 и 6 курсах обучения; совер-

шенствование программы наставничества на рабочем месте; обучение студентов единым алгоритмам и стандартам ведения пациентов; увеличение количества часов на ознакомление и заполнение первичной документации в амбулаторно-поликлиническом звене.

Литература

1. Боровикова О.С. Н.В. Склифосовский – новатор в оперативной хирургии и асептике / О.С. Боровикова, А.В. Чукичев, Т.В. Васильева и др. // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 2, №2 (13). – с. 13-16.
2. Крачун Г.П. Н.В. Склифосовский – выдающийся отечественный хирург, ученый-новатор, организатор высшего медицинского образования. К 175-летию со дня рождения / Г.П. Крачун // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – №12. – с. 78-87.
3. Альтман Д.А. Профессиональная ориентация как необходимое условие успешного становления будущего врача на некоторых этапах образовательного процесса / Д.А. Альтман, А.Б. Ларин, Н.М. Шлепотина и др. // Материалы IV всероссийской (VII внутривузовской) научно-практической конференции «Оптимизация высшего медицинского и фармацевтического образования: менеджмент качества и инновации». – Челябинск: Издательство ЮжноУральского государственного медицинского университета. – 2016. – с. 9-13.
4. Приказ Минздрава России от 11.05.2017 N 212н (ред. от 17.04.2018) «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры».
5. Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В. Нужна ли аккредитация непрерывного последипломного образования семейных врачей в Европе? // Российский семейный врач, 2007. – № 2. – С. 4–8.
6. Бримкулов Н. Н. Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29–30 октября 2015 года) // Российский семейный врач, 2015. – № 3. – С. 33–36.
7. Лазаренко В.А., Охотников О.И., Шульгина Т.А., Брынцева О.С., Черней С.В. Социальное партнерство вуза и работодателей как способ ликвидации кадрового дефицита региона: опыт Курского государственного медицинского университета // Innova. - 2015. - №4 (1) -С.43-45.
8. Международные стандарты аккредитации медицинских организаций / пер. с англ. под ред. А.Ю. Абрамова, Г.Э. Улумбековой. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2013. – 222 с. –
9. Пешев Л.П., Ляличкина Н.А. Проблемы и пути оптимизации последипломного образования врачей в России // Фундаментальные исследования. 2015. № 2-24. С. 5508-5511.
10. Бурышкова Н.Н. Новые подходы к аттестации медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения / Н.Н. Бурышкова, В.Н. Кораблев, Е.Л. Дементьева // Дальневост. мед. журн. – 2014. – № 2. – С. 97–100.
11. Романов С., Самойлов А., Кузнецова О., Абаева О. От сертификации к аккредитации: порядок подготовки и допуска медицинских работников к выполнению профессиональных обязанностей на протяжении последних тридцати лет-СпецЛит СПб 2018-С.20-22.
12. Амиров А. Современные ориентиры медицинского образования в России. // Высшее образование в России. – 2008. – № 3. – с.22-26.
13. Шапошников В.И., Ашхамаф М.Х., Гедзюн Р.В. Проблемы современного медицинского образования // Международный журнал экспериментального образования. 2012. № 4-2 С. 272-274.
14. Ключев А.К., Князев Е.А. Структурные преобразования в высшей школе России: проблемы и перспективы // Университетское управление: практика и анализ. – 2008. – № 5. – С. 6–11.
15. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N 24726)].
16. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением / В.А. Решетников, Г.П. Сквирская, Л.Е. Сырцова [и др.] // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2013. – № 6. – С. 9–14.
17. Ерохина, Т.В. Органы управления здравоохранением в России: теоретико-правовое исследование / М-во образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВПО «Саратовский гос. социально-экономический ун-т». – Саратов: СГСЭУ, 2013. – 132 с. -32.
18. Богдан, И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России. – М.: Науч. эксперт, 2013. – 39.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА
ОБУЧЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ
МОЛОДОГО ВРАЧА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА
К АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Н. В. АГРАНОВИЧ, Н. А. РУБАНОВА,
С. А. КНЫШОВА, Н. Ю. ЕРМОЛАЕВА,
А. С. АНОПЧЕНКО

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Медицинское образование в Российской Федерации в последние годы претерпевает значительные изменения – упразднена интернатура, а центральное место занимает аккредитация специалиста. Вместе с тем, с переходом на новый вид допуска к профессии, появились первые трудности в практической деятельности молодого врача новой формации.

В целях повышения уровня компетенции молодых врачей – терапевтов участковых – выпускников после 2017 года и возрождения традиций наставничества министерство здравоохранения Ставропольского края совместно с кафедрой поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета организовало работу «Школы молодого терапевта» (Письмо МЗ СК от 16.03.2018 № 01-13/1993). Это стало первым опытом регионов России в оказании практической профессиональной помощи молодым специалистам.

Анализ работы Школы в течение 2-х лет показал её эффективность и необходимость данного мероприятия в будущем.

Ключевые слова: аккредитация, модернизация здравоохранения, молодой специалист

**THE IMPROVEMENT OF THE LEARNING
PROCESS AND PRACTICAL TRAINING
OF A YOUNG DOCTOR IN THE CONDITIONS
OF TRANSITION TO THE ACCREDITATION
OF HEALTH PROFESSIONALS**

N. V. AGRANOVICH, N. A. RUBANOVA,
S. A. KNYSHOVA, N. YU. ERMOLAEVA,
A. S. ANOPCHENKO

Stavropol State Medical University,
Stavropol

Medical education in the Russian Federation has undergone significant changes in recent years – the internship has been abolished, and the Central place is occupied by the accreditation of a specialist. However, with the transition to a new type of admission to the profession, there were the first difficulties in the practice of the young doctor of the new formation.

In order to improve the competence of young therapists of district – graduates after 2017 and the revival of mentoring traditions, the Ministry of health of the Stavropol territory together with the Department of polyclinic therapy of the Stavropol state medical University organized the work of the «School of young therapist» (Letter of the Ministry of health of the ST from 16.03.2018 № 01-13/1993). This was the first experience of Russian regions in providing practical professional assistance to young professionals.

Analysis of the School for 2 years showed its effectiveness and the need for this event in the future.

Keywords: accreditation, health care modernization, young specialist

УДК 616-052:378.147-057.875

«СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО НАВЫКАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

В. С. Мацукатова, Л. А. Пилипович, Н. В. Агранович, Г. Г. Бабашева

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь.

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89624430450; e-mail: nagranovich@mail.ru

Мацукатова Виктория Спиридоновна, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89097562987; e-mail: vika-asteri@mail.ru

Пилипович Людмила Алексеевна, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89034466988; e-mail: rakitina.l@list.ru

Бабашева Гаянэ Гамлетовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89054654001; e-mail: babasheva.gayana@yandex.ru

Для специалистов медицинского, как и любого другого профиля, коммуникативная компетентность является важной составляющей в профессиональной деятельности.

Задачей практического здравоохранения является оказание качественной медицинской помощи, что оценивается не только багажом теоретических знаний, но и практическим умением врача разговаривать с пациентом.

На сегодняшний день основной проблемой в постановке правильного диагноза является плохо собранный анамнез. Как показали специальные исследования, проведенные в терапевтических отделениях ряда регионов России, в 80 % случаях диагноз устанавливают уже на этапе расспроса. На важность доверительного общения с больным при первичном осмотре указывал один из выдающихся отечественных клиницистов Г.А. Захарьин, который представил расспрос больного в практической деятельности врача «как основополагающий диагностический метод». Он утверждал, что «правильно собранный анамнез – это половина диагноза» [6]. К сожалению, в эпоху компьютеризации и технической модернизации современные врачи растеряли опыт правильного общения с пациентами.

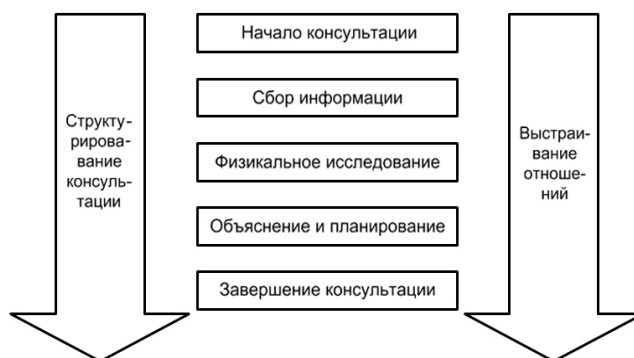
Для того, чтобы эффективно собрать анамнез врач должен обладать определенными способностями, позволивших ему расположить к себе пациента, вызвать доверие и получить необходимые для постановки правильного диагноза сведения: эмпатия, сочувствие и уважение [2].

Президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» – Саверский А. В. утверждает, что: «90 % конфликтов и обращений в Лигу защиты пациентов возникает из-за неумения или нежелания врача разговаривать с пациентом врача, объяснить пациенту или его близким что-либо» [8, 9].

Вместе с тем доказано, что отсутствие коммуникативных качеств снижает комплаенс пациента, а следовательно, качество лечения и исход заболевания, увеличивает количество жалоб и конфликтов, повышает риск развития профессионального выгорания врача [1].

Многоцентровое российское исследование по умению общения врача с пациентом, проведенное в первичном звене здравоохранения, показало неутешительные результаты. При первичном обращении к врачам общей практики в 54 % основных жалобы пациентов не выявлены, в 45 % случаях не найдена основная цель обращения. Врачи общей практики перебивали пришедших на прием пациентов в среднем спустя 18 секунд после заданного вопроса, в 29 % случаев – больные не осматривались врачом во время приема. Это стало причиной обращений с жалобами к администрации медицинских организаций 32 % респондентов, участвующих в исследовании [4].

Учитывая важность правильного общения с пациентом в эффективности лечебно-диагностического процесса, специалистами медицинского факультета Кембриджского университета и университета канадского города Калгари было разработано Калгари-Кембриджское руководство по медицинской коммуникации, имеющее широкую доказательную базу эффективности навыков при оказании медицинской помощи. Эта модель представлена пятью последовательно сменяющих друг друга этапами непрерывного процесса. Используя определенные профессиональные навыки на каждом этапе решаются соответствующие задачи [1] (рис.1).



Основной задачей в начале консультации является выявление истинной причины обращения пациента, а основными навыками коммуникации являются: установление контакта, сбор информации, активное слушание, эмпатия, комментирование, информирование, завершение беседы.

В октябре 2016 г. в Москве состоялся Первый съезд специалистов по коммуникативным навыкам в медицине. Рабочей группой была обоснована необходимость и создан проект экзаменационной станции «Коммуникативного общения» для первичной аккредитации выпускников по специальности «Лечебное дело» [1]. В основу проекта легли международные рекомендации Калгари-Кембриджской модели и разработки российской Школы навыков профессионального медицинского общения «Сообщение», возглавляемой А.А. Сонькиной [1,7].

Станция неоднократно апробировалась с участием как обучающихся, так и врачей-экспертов совместно с сотрудниками ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» и в феврале 2017 г. была утверждена методическим центром для аккредитации специалистов. Первоначально данная станция не была обязательной, Вузам было предложено организовать у себя пилотный проект, для оценки его эффективности и выявления проблем. На первом этапе пилотный проект прошел в двух вузах: ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сече-

нова» и ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России [10]. В 2018г. в данном проекте принял участие Ставропольский государственный медицинский университет. Для участия в проекте предлагалось предварительное специализированное обучение. Сотрудники вуза ассистенты кафедры поликлинической терапии Мацукатова В.С. и Пилипович Л.А. прошли обучение на базе методического центра аккредитации специалистов Минздрава России по методологии оценивания навыков общения, тренинги в малых группах, позволяющие освоить компетенцию стандартизированного пациента для проведения экзамена: «Сбор жалоб и анамнеза на первичном амбулаторном приеме врача», «Симулированный пациент для оценки владения навыками общения с пациентом» и «Основы эффективного общения с пациентом» с последующим курсом «Симулированный пациент в работе тренера навыков общения в медицине» [1].



В ходе обучения были освоены теоретические базы и отработаны на практике пациент-ориентированной модели общения, функции фасилитатора и симулированного пациента, правила предоставления обратной связи обучающемуся, продемонстрированы различные модели поведения врача и ответные действия симулированного пациента. По окончании курса обучения участники получили сертификат о допуске к работе на станции, что позволило вузу внедрить данную станцию при аккредитации выпускников 2019 года. В аккредитации клинических ординаторов по специальностям: терапия, общая врачебная практика, кардиология, онкология, неврология, педиатрия станция «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача» стала обязательной.

Паспорт станции «Сбор анамнеза на первичном амбулаторном врачебном приеме» подразумевал симуляцию эпизода рабочего времени врача общей практики. Чек-лист для эксперта включал дескрипторы коммуникативных навыков (слушание, форма заданных вопросов, обобщение, суммирование и т.п.) и структури-

рованный перечень пропедевтических вопросов по органам и системам.

Симулированный пациент должен многократно последовательно и правдоподобно воспроизводить стандартный клинический случай, предоставляя информацию по заболеванию строго в соответствии с предоставленным ему сценарием, которого он должен придерживаться, давая ответы на задаваемые экзаменуемым вопросы и поддерживать вербальную обратную связь с экзаменуемым. Встреча каждый раз с экзаменуемыми должна быть одинакова, чтобы каждый студент мог побеседовать точно с таким же пациентом, как и его коллеги [3,5].



Для успешного прохождения станции необходим правильный подбор «симулированного пациента». Первостепенное значение имеют следующие характеристики:

- 1) соответствует по возрасту, полу, физическим данным;
 - 2) пунктуальный;
 - 3) доступный (по телефону, электронной почте);
 - 4) способен внятно сформулировать конструктивные отзывы/критические замечания;
 - 5) способен сохранять конфиденциальность.
- «Симулированный пациент» должен придерживаться основных рекомендаций в подготовке к работе:
- 1) одеваться в соответствии с ролью: выглядеть как пациент, используя похожие реквизиты (одежду, обувь, личные вещи и т.д.);
 - 2) не отвечать, пока вопрос не закончен (телеграфное общение);
 - 3) говорить медленно;
 - 4) использовать разговорный стиль, где и насколько это уместно;
 - 5) не вести себя, как робот, не задавать контрольные вопросы по пунктам, как если бы читали;
 - 6) отвечать только на вопросы, которые задают (не надо сообщать дополнительную информацию);

7) отвечать на вопросы, используя пункты контрольной карты в виде предложений, а не только «да» или «нет». Этого можно достичь с помощью многократного повторения (например: «Нет, я не принимаю лекарственных препаратов»);

8) обращать внимание на свой язык тела;

9) не следует общаться со студентом вне роли.

Экзаменационная станция ОСКЭ «Сбор жалоб и анамнеза на первичном амбулаторном приеме врача», проведенная в стенах СтГМУ при аккредитации выпускников 2019 года показала хорошие результаты и довольно высокий процент

молодых врачей способных к работе в системе практического здравоохранения.

Вывод:

Внедрение в практику станции коммуникативных навыков по сегодняшний день находится в самом начале пути развития нового современного этапа оценки знаний выпускников. Более 40 медицинских вузов России присоединились к данному проекту, и получили первые результаты, позволившие оценить эффективность и необходимость её на этапе становления профессиональной деятельности молодых врачей.

Литература:

1. Боттаев, Н.А. Навыки эффективного общения для оказания пациент-ориентированной медицинской помощи / Н.А. Боттаева, К.А. Гориной, Д.М. Грибкова, и др. // Российский опыт симуляционных тренингов в сфере клинических навыков общения. – М.: РОСОМЕД, 2018. – С. 4-10.
2. Дьяченко, С.В. Экспертиза ятрогении: монография / С.В. Дьяченко, А.И. Авдеев, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: «Лидер», 2015. – С. 660.
3. Кантрелл, М. Симулированные/стандартизированные пациенты / М. Кантрелл // Мед. образование и проф. развитие. Глава 29 из книги «A Practical Guide for Medical Teachers» (пер. с англ. под ред. З.З. Балкизова). – 2011. – № 3. – С. 1-6.
4. Котов, М. Навыки эффективного общения с пациентами / М. Котов // Материалы лекции РНПЦ онкологии и медрадиологии им. Н. Н. Александрова «Навыки эффективного общения с пациентами». – Беларусь, 2018.
5. Лане, Х.А. Основания для использования методики «стандартизированный пациент» в качестве контроля качества обучения практическим умениям в медицинском вузе (пер. с англ. под ред. С.А. Булатова) /

- Х.А. Лане // Медицинское образование и профессиональное развитие. – Казань, 2011. – № 3. – С. 7-9.
6. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев // Учебник: «Пропедевтика внутренних болезней» – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – С.72.
7. Официальный сайт Лиги защиты прав пациентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL : <http://ligar.ru>.
8. Саверский, А.В. Особенности национального лечения: в историях пациентов и ответах юриста / А.В. Саверский // Учебник: «Особенности национального лечения: в историях пациентов и ответах юриста». – Изд-во: Эксмо, 2010. – С.3-4.
9. Сизова, Ж.М. Пилотирование станции оценки навыков общения при первичной аккредитации специалиста – 2017 / Ж.М. Сизова, Н.С. Давыдова, С.А. Чернядьев, Е.В. Дьяченко и др. // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2018. – №1. – С. 68-74.
10. Silverman, J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? / J. Silverman // Patient Education and Counseling. – 2009. – № 3, – P. 361-367.

**«СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ»
В АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО НАВЫКАМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ**

В. С. МАЦУКАТОВА, Л. А. ПИЛИПОВИЧ,
Н. В. АГРАНОВИЧ, Г. Г. БАБАШЕВА

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь.

**«STANDARDIZED PATIENT»
IN ACCREDITATION OF HEALTH
CARE SPECIALISTS ON PROFESSIONAL
COMMUNICATION SKILLS**

V. S. MATSUKATOVA, L. A. PILIPOVICH,
N. V. AGRANOVICH, G. G. BABASHEVA

Stavropol State Medical University,
Stavropol

В статье рассматривается роль освоения коммуникативных навыков в оказании качественной медицинской помощи и эффективность программы «Стандартизированный пациент» в аккредитации специалистов здравоохранения по навыкам профессионального общения.

Ключевые слова: обучение, коммуникативные навыки, аккредитация, стандартизированный пациент, качество оказания медицинской помощи.

The article discusses the role of developing communication skills in providing quality medical care and the effectiveness of the Standardized Patient program in accrediting healthcare professionals in professional communication skills.

Key words: training, communication skills, accreditation, «Standardized Patient», quality of medical care.

ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Классова А. Т., Алботова Л. В., Агранович Н. В., Кнышова С. А., Александрова О. А.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Актуальность. Ведущие специалисты в области общественного здоровья и демографической политики во всех развитых странах отмечают постепенное возрастание доли пожилых людей в возрастной структуре населения. Каждый день около 200 тысяч человек на планете преодолевают 60-летний рубеж. Демографическое старение становится государственной проблемой в каждой стране. В большинстве развитых стран мира группа пожилых и престарелых людей является самой быстрорастущей частью пожилого населения, и к 2025 году до 20 % населения промышленно развитых стран будут составлять лица в возрасте 65 лет и старше. В России также увеличивается индекс демографического старения. Из общей численности населения доля лиц 60 лет и старше составляет 17,7 %. В связи с этим общество заинтересовано в продолжении полноценной жизни, прежде всего в удлинении периода активно-

сти человека в пожилом и старческом возрасте [1]. Постоянное улучшение здоровья населения зависит от улучшения состояния здоровья у пожилых людей и основа этого прогресса частично связана с улучшением условий жизни и образа жизни в раннем возрасте. Прогресс в деле улучшения здоровья, скорее всего, зависит от усилий в области общественного здравоохранения, например, борьбы с курением, ожирением, низким уровнем физических нагрузок, плохим питанием, и избыточным алкоголем. А так же с улучшением условий жизни и ухода для пожилых людей, своевременного и эффективного лечения ряда заболеваний.

Хроническая болезнь почек (ХБП) является важной проблемой общественного здравоохранения поскольку с ней связаны негативные последствия для здоровья и чрезвычайно высокие затраты на оказание медицинской помощи. ХБП представляет собой значимый фактор, многократно увеличивающий риск неблагоприятных исходов у пожилых пациентов с сахарным диабетом, гипертонией, болезнями сердца и инсультом, каждый из которых, в свою очередь, является основной причиной смерти и инвалидизации. В большинстве развитых стран существует постоянная тенденция к неуклонному росту числа людей со стойким снижением функции почек. В настоящее время ХПН, в том числе ее терминальная стадия, требующая крайне дорогостоящих методов лечения – постоянного амбулаторного перитонеального диализа, программного гемодиализа и/или трансплантации почки, – общепопуляционная проблема. [10,11]. Опасность для пациентов с почечной недостаточностью представляет постоянно сохраняющийся риск ее прогрессирования, иногда драматически быстро возрастающий при нерациональном применении лекарственных препаратов, инвазивных методов обследования и лечения или при обострении сопутствующих заболеваний. Выраженность нарушения функции почек тесно связана с развитием сердечно-сосудистых заболеваний. При этом даже умеренное снижение СКФ или появление сравнительно небольшой протеинурии/альбуминурии связано с нарастанием риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сопровождается повышением уровня общей смертности [2, 4, 5, 7, 8].

Классова Айгуль Тахировна, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: aigul.pirmuhametova@yandex.ru; тел. моб. 89197524652.

Алботова Лаура Владимировна, аспирант кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: laurka-2015@mail.ru

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: nagranovich@mail.ru; тел. моб. 89624430450.

Кнышова Светлана Александровна, доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: knyshova_s@mail.ru; тел. моб. 89054156003.

Александрова Ольга Алексеевна, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: hanna26ru@mail.ru; тел. моб. 89887603941.

По данным крупных популяционных регистров, распространённость хронической болезни почек (ХБП) составляет не менее 10 %, а у отдельных категорий лиц (пожилые, сахарный диабет 2 типа) – до 20 % и более. Для сравнения: хроническая сердечная недостаточность встречается у 1 % населения, бронхиальная астма – у 5 % взрослого населения, сахарный диабет – у 4-10 %, артериальная гипертензия – у 20-25 % [7].

В то же время развитие медицинской науки и фармакологии на рубеже XX и XXI веков заложило основы для разработки новых доступных и высокоэффективных методов профилактики, позволяющих существенно замедлить прогрессирование хронических почечных заболеваний, снизить риск развития осложнений и затрат на лечение, которое отчасти будет зависеть от раннего выявления и адекватного лечения пожилых пациентов с ХБП [3]. В настоящее время много внимания уделяется проблеме ранней диагностики хронической болезни почек. Этот интерес также связан и с тем, что нарушенная функция почек и повышенная альбуминурия ассоциирована с прогрессированием сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Изучить частоту развития и своевременность выявления ХБП у пожилых пациентов с кардиологической патологией.

Методы и материал исследования. Исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии СтГМУ. В исследование были включены пациенты старше 60 лет, проходившие лечение в терапевтическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБСМП), врача-кардиолога городской клинической консультативно-диагностической поликлиники (ГККДП) и городской поликлиники №1 г. Ставрополя. Исследование проводилось в период с января по сентябрь 2018 г.

В ходе исследования проведен анализ данных медицинской документации, анамнеза, выполнены скрининговые методов инструментальной и лабораторной диагностики. Определение степени нарушения функции почек проводилось с использованием формул Cockcroft-Gault и MDRD, разработанные нефрологическими ассоциациями и предложенные в «Рекомендациях ЕОАГ/ЕОК 2007» и «National Kidney Foundation K/DOQI, 2002».

Результаты исследования.

Проведенные исследования показали, за указанный период в терапевтическом стационаре ГКБСМП было пролечено 603 больных, из них 65,1 % (395 человек) старше 60 лет. Средний возраст данных пациентов составил 72,2±3,6 года (от 60 до 83 лет). Среди заболеваний старшей возрастной группы в 78 % случаев (308 чел.) были заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь – 45,4 %, ИБС: стенокардия – 41,5 %, ИБС: ОИМ – 1,1 %, другие заболевания (дилатационная кардиомиопатия,

симптоматическая артериальная гипертензия, постинфарктный кардиосклероз и др.) – 12 %.

За этот же период на приеме ГККДП и городской поликлиники №1 врачом кардиологом было принято 4965 больных, среди них 2584 человек на первичном приеме. Среди всех пациентов была выделена группа больных пожилого и старческого возраста как лица, имеющие наибольшее количество факторов риска рено-кардиальной патологии (сахарный диабет 2 типа, общий атеросклероз, вредные привычки, хронические заболевания, возрастные изменения). Группа пациентов старше 60 лет составила 1859 человек: среди пациентов первичного приема было 1120 (60 %) человек. Средний возраст пациентов составил 75,3±4,1 года (от 60 до 85 лет). Основные заболевания, по поводу которых обращались пациенты пожилого и старческого возраста в 83 % составили гипертоническая болезнь и различные формы ИБС (902 чел.).

Всем пациентам, имеющим сердечно-сосудистую патологию, были проведены скрининговые лабораторные исследования, включающие: общий анализ мочи (с акцентом на наличие альбуминурии), общий анализ крови, креатинин и мочевина крови, общий белок крови, ЭКГ, холестерин крови и расчет СКФ по формуле Коккрафта-Голта и MDRD. Всем больным с изменениями в анализе мочи и/или СКФ, с выявлением анемии проводилось УЗ-исследование почек.

Анализ полученных данных показал, что из общего количества больных старшей возрастной группы, имеющих кардиологическую патологию (1123 больных) 148 человек (13,2 %) имели признаки хронической болезни почек.

Определение СКФ показало, что у всех этих больных она была ниже нормы:

- 80-60 мл/мин – 27,7 %;
- 59-30 мл/мин – 53,5 %;
- 29-10 мл/мин – 11,3 %.

Вместе с тем, у 45 % из них показатели креатинина и мочевины крови были в пределах нормы. У 28 % (41 чел.) больных – уровень креатинина был незначительно повышен до 130 мкмол/л. И, только у 6,3 % (9 чел.) пациентов находился в пределах 200-380 мкмол/л. При дополнительном обследовании данных больных было уточнено, что в течение длительного времени пациенты отмечали слабость, снижение работоспособности, периодически немотивированную жажду. Однако, врачу данные жалобы не предъявляли, рассценивая их как возрастные проявления. Кроме того, у 5 пациентов с повышенными показателями креатинина было отмечено снижение показателей красной крови – гемоглобина и количества эритроцитов и у всех пациентов из этой группы имелась микроальбуминурия.

На основании полученных данных у 148 пациентов с сердечно-сосудистой патологией впервые установлен диагноз хронической болезни почек, из них с развитием хронической почечной недостаточности различной степени тяжести у 50 человек.

Выводы.

У всех больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы есть высокий риск развития ХБП.

Необходимо проводить скрининг больных с кардиальной патологией с целью раннего выявления ХБП, своевременного начала нефропротекции, отдаления сроков развития ХПН и сдерживания прироста больных, нуждающихся в ЗПТ.

Литература:

1. Агранович Н.В. Хроническая болезнь почек у пожилых пациентов с кардиологической патологией // Сборник тезисов II Съезда терапевтов Северо-Кавказского федерального округа. – Ставрополь, 2014. – С. 35.
2. Батюшин М.М. Прогнозирование течения хронической сердечной недостаточности, осложнившейся развитием почечной дисфункции / М.М. Батюшин, Н.С. Врублевская, В.П. Терентьев // Клиническая нефрология. – 2010. – №5. – С. 41-44.
3. Давыдкин И.Л. Подходы к реабилитации пациентов в Самарском областном межведомственном центре профилактики остеопороза / И.Л. Давыдкин, С.В. Булгакова, И.А. Шафиева // Аллергология и иммунология. – 2007. – № 1. – С. 276-276.
4. Кардио-ренальный континуум: патогенетические основы превентивной нефрологии / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков. – Нефрология, 2005. – 9 (3). – с. 7-15
5. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / под. Ред. А.В. Смирнова. – С.-Пб. «Левша». – 2012. – 51 с.
6. Нефрология: национальное руководство / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 720 с.

ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

КЛАССОВА А. Т., АЛБОТОВА Л. В., АГРАНОВИЧ Н. В., КНЫШОВА С. А., АЛЕКСАНДРОВА О. А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Хроническая болезнь почек (ХБП) является важной проблемой общественного здравоохранения поскольку с ней связаны негативные последствия для здоровья и чрезвычайно высокие затраты на оказание медицинской помощи. ХБП представляет собой значимый фактор, многократно увеличивающий риск неблагоприятных исходов у пожилых пациентов с сахарным диабетом, гипертонией, болезнями сердца и инсультом, каждый из которых, в свою очередь, является основной причиной смерти и инвалидизации. В настоящее время много внимания уделяется проблеме ранней диагностики хронической болезни почек. Этот интерес также связан и с тем, что нарушенная функция по-

Уровень креатинина крови у больных с основной внепочечной патологией не всегда является отражением развития ХБП.

При скрининговом обследовании пациентов с сердечнососудистой патологией необходимо проводить исследование мочи на альбуминурию и крови для выявления анемии.

Определение СКФ должно входить в обязательный стандарт обследования больных с кардиологической патологией.

7. Практические рекомендации KDIGO по диагностике, профилактике и лечению минеральных и костных нарушений при хронической болезни почек (ХБП-МКН). Краткое изложение рекомендаций нефрологии / Нефрология, 2011. – 15 (1). – с. 88-95
8. Снижение скорости клубочковой фильтрации как независимый фактор риска сердечно-сосудистой болезни / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков и др. – Нефрология, 2006. – 10 (4). – с. 7-17
9. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков. – Нефрология, 2006. – 10 (1). – с. 7-13
10. Levey A.S., de Jong P.E., Coresh J. Et al. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int.* – 2010. – <http://www.kidney-international.org>
11. Lopez-Novoa J.M., Rodriguez-Pena A.B., Ortiz A. Et al. Etiopathology of chronic tubular, glomerular and renovascular nephropathies: clinical implications. *J. Transl. Med.* – 2011/ – 9:13/ – Published online 2011/ – Jan. 20. – p. 1186-1479

VALUE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE SCREENING IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

KLASSOVA A. T., ALBOTOVA L. V., AGRANOVICH N. V., KNYSHOVA S. A., ALEXANDROVA O. A.

Stavropol State Medical University, Stavropol

Chronic kidney disease (CKD) is an important public health problem because it has negative health consequences and extremely high costs of medical care. CKD is a significant factor that significantly increases the risk of adverse outcomes in elderly patients with diabetes mellitus, hypertension, heart disease and stroke, each of which, in turn, is the main cause of death and disability. Currently, much attention is paid to the problem of early diagnosis of chronic kidney disease. This interest is also associated with the fact that impaired renal function and increased albuminuria are associated with the progression of cardiovascular disease.

чек и повышенная альбуминурия ассоциирована с прогрессированием сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования: изучить частоту развития и своевременность выявления ХБП у пожилых пациентов с кардиологической патологией.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гипертоническая болезнь, стенокардия, микроальбуминурия, анемия

Objective: to study the incidence and timeliness of the detection of CKD in elderly patients with cardiac pathology.

Keywords: chronic kidney disease, hypertension, angina pectoris, microalbuminuria, anemia

УДК 616.12-008.331.1

МОТИВАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А. С. Анопченко, Н. В. Агранович, А. Т. Классова, Л. А. Пилипович, А. А. Роговая, А. В. Сухинина, Н. В. Сухинина, О. М. Баркаев

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Анопченко Алёна Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь;
E-mail: a.anopchenko@mail.ru; тел. моб. 89187449505.

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;
E-mail: nagranovich@mail.ru; тел. моб. 89624430450.

Классова Айгуль Тахировна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь;
E-mail: aigul.pirmuhametova@yandex.ru;
тел. моб. 89197524652.

Пилипович Людмила Алексеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;
E-mail: rakitina.l@list.ru; тел. моб. 89034466988.

Роговая Анна Александровна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь; E-mail: aniuta.rogowaya@yandex.ru; тел. моб. 89614713268.

Сухинина Александра Витальевна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь; E-mail: Sashenka_doc@mail.ru; тел. моб. 89993786993.

Сухинина Наталья Витальевна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь; E-mail: natalyasukhinina0501@mail.ru;
тел. моб. 89964175713.

Баркаев Омар Магомедрасулович – аспирант кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Как известно, болезнь подавляет и дезорганизует двигательную активность – непремное условие нормального функционирования и функционирования любого живого организма. Регулярная физическая активность позволяет людям не только предотвратить развитие многих хронических заболеваний, снизить частоту обострений уже имеющихся хронических заболеваний, но также сохранить на должном уровне физическую форму, т.е. гибкость и подвижность суставов, эластичность мышц, а значит, способность сохранять равновесие и двигаться [2, 3, 4, 9]. Физические нагрузки также позитивно влияют на гормональную регуляцию липидов крови, улучшают периферическое кровообращение, у больных «омолаживается» организм, повышается психологический профиль, нормализуются показатели качества жизни [6, 10].

Одним из эффективных способов немедикаментозного поддержания здоровья, сохранения активности, а также важным элементом лечения заболеваний является лечебная физическая культура ЛФК [5]. В ЛФК имеется очень широкий спектр: профилактика, лечение, реабилитация [7].

ЛФК – самостоятельная научная дисциплина, использующая для лечения и профилактики различных заболеваний средства физической культуры [8]. ЛФК является эффективным средством профилактики, лечения, реабилитации, а также поддержания уровня работоспособности людей с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата, нормального функцио-

нирования всех систем организма и предупреждения гиподинамии [3].

Основными требованиями к организации тренировочных программ являются [1]:

применение низких и умеренных тренировочных нагрузок;

удобство методических приёмов для использования широкого круга больных с разной степенью физической подготовленности;

учёт индивидуальных особенностей отдельных больных даже в случаях коллективных занятий в группах;

занятия должны проводиться как минимум 2 раза в неделю и подкрепляться домашней программой тренировочной ходьбы;

продолжительность тренировочного цикла должна быть не менее 8 недель;

тренировочные занятия должны проводиться специалистом по лечебной физкультуре.

Физическая активность должна пропагандироваться среди всего населения, и роль врачей здесь является основной координирующей в развитии сети групп здоровья, секций лечебной физкультуры, осуществлении индивидуального подхода к каждому пациенту при составлении комплексов упражнений ЛФК с учетом возраста и имеющейся соматической патологии [3].

Цель исследования: провести анализ мотивированности пожилых пациентов с артериальной гипертензией к занятиям ЛФК в условиях поликлиники и влияния их на самооценку состояния здоровья и лабораторные показатели – маркеры АГ.

Материал и методы исследования: исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета. Объект исследования – пожилые пациенты городских поликлиник г. Ставрополя, Апанасенковской и Изобильненской районных больниц за период с июля 2017 года по август 2018 года, проходившие обследование и/или лечение в перечисленных медицинских организациях. Обследовано 112 пациентов с АГ I-II степени в возрасте 60-74 года.

С учетом информации о занятии регулярными физическими нагрузками было сформировано 2 группы:

1) основная группа (1 группа) – пациенты, занимающиеся регулярными физическими нагрузками (52 человека);

2) группа сравнения (2 группа) – пациенты, не занимающиеся регулярными физическими нагрузками (60 человек).

Для динамической оценки в нашей работе были выбраны следующие показатели: холестерин (ХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), гомоцистеин (ГЦ), глюкоза крови. Биохимическое тестирование проводилось утром натощак. При этом соблюдались при-

мерно одинаковые условия внешней среды и медикаментозной терапии основного заболевания.

«Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)» предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Шкала опросника состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Пациент должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

Все пациенты на весь период исследования получали идентичную медикаментозную терапию артериальной гипертензии, включающую: ИАПФ (периндоприл в средней дозе 10 мг/сут), или бета-блокаторы (бисопролол в средней дозе 5 мг/сут).

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel. Для количественных переменных определяли среднее арифметическое и стандартную ошибку средней ($M \pm m$). Для непрерывных числовых показателей был проведен анализ распределения и критериев его соответствия нормальному. Анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения проводили с применением теста Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух несвязанных между собой групп по количественным признакам осуществляли непараметрическим методом с использованием U-критерия Манна-Уитни. Для проверки различий между связанными выборками использовали критерий Уилкоксона. Статистически значимыми для всех видов анализа считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По полу и возрасту больные распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Возрастно-половая характеристика обследованных больных

	Основная группа	Группа сравнения
Количество пациентов	52	60
Средний возраст	64±1,15	66±2,28
Число, % женщин в группе	38 (73,1 %)	31 (52 %)
Число, % мужчин в группе	14 (26,9 %)	29 (48 %)

При анализе амбулаторных карт пациентов было выявлено, что ведущими причинами заболеваемости у обследованных лиц пожилого и старческого возраста являются: заболевания сердечно-сосудистой системы (88 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (33,3 %), заболевания опорно-двигательного аппарата (9 %), мочеполовой системы (8 %), заболевания эндокринной системы (8 %), заболевания бронхо-ле-

гочной системы (6,6 %) и онкологические заболевания (5 %) (рис. 1).

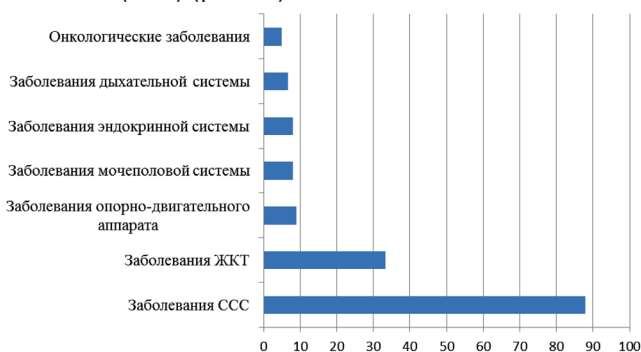


Рисунок 1. Структура заболеваемости

Изучение показателей липидного спектра крови пациентов, участвующих в исследовании выявило у лиц, не занимающихся спортом достоверно более высокий уровень холестерина: ХС-5,9 ммоль/л, ЛПНП -2,8 ммоль/л, первая группа же имела значения показателей в пределах нормы – ХС=5,32 ммоль/л, ЛПНП=2,5 ммоль/л. Коэффициент атерогенности оказался выше нормы у всех исследуемых лиц пожилого возраста (3,4 против 3,2).

Содержание фракций липидов крови в данной популяции получено в следующих пределах: ЛПВП в первой группе составили 1,2 ммоль/л, во второй – 1,4 ммоль/л; ТГ – 1,34 ммоль/л и 1,7 ммоль/л соответственно; ЛПОНП – 0,37 и 0,61 ммоль/л (табл. 2).

Таблица 2

Липидный спектр пациентов исследуемых групп

Показатели липидограммы	1 группа	2 группа
ХС, ммоль/л	5,32*	5,9
ЛПНП, ммоль/л	2,5*	2,8
ЛПВП, ммоль/л	1,2	1,4
КА	3,2	3,4
ТГ, ммоль/л	1,34*	1,7
ЛПОНП, ммоль/л	0,37*	0,61

Примечание: * – p<0,05 по сравнению со 2 группой.

В последние годы большую роль в развитии сосудистой патологии отводят гомоцистеину. Основная группа имела уровень гомоцистеина в пределах возрастной нормы 14,4±1,16 ммоль/л. Группа Сравнения характеризовалась гипергомоцистеинемией, его концентрация составила 23,4±1,21 мкмоль/л.

Таблица 3

Уровень гомоцистеина в крови у пациентов

	1 группа	2 группа
Гомоцистеин, мкмоль/л	14,4±1,16 ммоль/л	23,4±1,21 мкмоль/л

Примечание: * – p<0,05

Последним этапом нами был изучен такой компонент метаболического синдрома, как глюкоза крови. Уровень данного показателя в основной группе составил 5,14 ммоль/л, у пациентов группы сравнения – 5,21 ммоль/л, что соответствует норме (3,9-6,4 ммоль/л) (рис. 1).

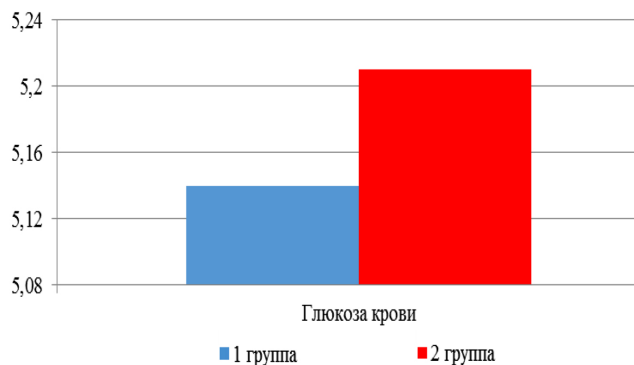


Рисунок 1. Уровень глюкозы крови пациентов

По данным, полученным с помощью теста дифференциальной самооценки САН, было выявлено, что у пациентов 2 группы показатели, отражающие активность и самочувствие выше, чем у пациентов 1 группы. Уровень настроения в обеих группах был сопоставим и оценен как нормальный (табл. 4.).

Таблица 4

Самооценка состояния своего здоровья по тесту «Дифференциальной самооценки функционального состояния» (САН) (в баллах)

	1 группа	2 группа
Самочувствие (С)	5,1	5,5
Активность (А)	3,9	5,4
Настроение (Н)	5,8	5,8

Таким образом, выполнение занятий физическими нагрузками в условиях поликлиники позволяет проводить квалифицированное проведение физической нагрузки, обеспечить правильный индивидуальный подбор программы, осуществлять регулярный контроль состояния пациента и проводить коррекцию степени физических нагрузок в зависимости от изменения самочувствия пациента.

Проведения занятий в группах и под контролем медицинского работника обеспечивает большую мотивацию и доверительность к физическим занятиям у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что регулярные занятия ЛФК:

- улучшают общее самочувствие;
- оказывают положительное влияние на основные лабораторные показатели эндотелиальной дисфункции;
- должны являться одним из обязательных методов комплексного лечения артериальной гипертензии.

Литература

1. Абрамович, С.Г. Применение лечебных физических факторов у больных гипертонической болезнью пожилого возраста / С.Г. Абрамович, Е.О. Коровина // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С.21-25
2. Агранович, Н.В. Влияние лечебной физкультуры на гемодинамические показатели пожилых пациентов с артериальной гипертензией / Н.В. Агранович, А.С. Анопченко, С.А. Кнышова // Курортная медицина. – 2016. – №4. – С.59-63
3. Агранович, Н.В. Лечебная физкультура в продлении активного долголетия пожилых людей с различной соматической патологией: учеб. пособие / Н.В. Агранович, И.В. Еремин, А.С. Анопченко и др. // Ставрополь, 2015. – 204 с.
4. Анопченко, А.С. Пожилкой больной: профилактические технологии активного долголетия / А.С. Анопченко, Н.В. Агранович, С.А. Кнышова, Н.В. Журбина // О некоторых вопросах и проблемах современной медицины. – Выпуск IV. – Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (11 июля 2017 г.) – С.17-18.
5. Анопченко, А.С. Пожилкой пациент с артериальной гипертензией: возможности немедикаментозного лечения и профилактики / А.С. Анопченко, Н.В. Агранович // Сборник статей V конгресса врачей первичного звена здравоохранения Юга России, XI конференции врачей общей практики (семейных врачей) Юга России. – Ростов-на-Дону, 2016 – С. 28-34.
6. Быков, А.Т. Влияние физической активности на когнитивные возможности человека на этапе старения / А.Т. Быков, Т.Н. Маляренко // Обзоры и лекции. – 2016. – №1. – С.10-20.
7. Ванина, К. М. Роль целенаправленной физической активности посредством применения комплекса ЛФК лиц пожилого и старческого возраста / К.М. Ванина, И.П. Биволарски, М.К. Балтов, Е.Л. Райкова // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ) – Медицинские науки. – 2015. – № 2 (11). — С.129-134
8. Васильева, В.Е. Лечебная физическая культура. М.: Физкультура и спорт, 1970. 367 с.
9. Качан, Е.Ю. Роль умеренной физической активности в пожилом возрасте: медико-социальные аспекты занятия финской ходьбой с палками/ Е.Ю. Качан, Р.Н. Терехина, И.А. Винер-Усманова, С.В. Трофимова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2013. № 1 (95). С. 68-71.
10. Ройтберг, Г.Е. Влияние физической нагрузки на основные компоненты метаболического синдрома / Г.Е. Ройтберг, И.Д. Сластикова, Ж.В. Дорош, О.Ю. Дмитриева // Профилактическая медицина. – 2016. – N 3. – С.28-33.

**МОТИВАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

А. С. АНОПЧЕНКО, Н. В. АГРАНОВИЧ,
А. Т. КЛАССОВА, Л. А. ПИЛИПОВИЧ,
А. А. РОГОВАЯ, А. В. СУХИНИНА,
Н. В. СУХИНИНА, О. М. БАРКАЕВ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель исследования: провести анализ мотивированности пожилых пациентов с артериальной гипертензией к занятиям ЛФК в условиях поликлиники и влияния их на самооценку состояния здоровья и лабораторные показатели – маркеры АГ.

В ходе данного исследования было установлено, что занятия ЛФК оказывают положительное влияние на основные лабораторные показатели крови у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией, что доказывает необходимость применения данного метода, как немедикаментозного этапа комплексного лечения в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова: лечебная физическая культура, артериальная гипертензия, гомоцистеин, глюкоза, липидограмма, пациенты пожилого возраста

**MOTIVATION AND EFFICIENCY
OF CARRYING OUT MEDICAL
PHYSICAL CULTURE IN THE CONDITIONS
OF POLYCLINICS FOR PATIENTS
WITH ELECTRIC ARTERIAL HYPERTENSION**

A. S. ANOPCHENKO, N. V. AGRANOVICH,
A. T. KLASSOVA, L. A. PILIPOVICH,
A. A. ROGOVAYA, A. V. SUKHININA,
N. V. SUKHININA, O. M. BARKAEV

Stavropol State Medical University,
Stavropol

Purpose of the study: to analyze the motivation of elderly patients with arterial hypertension to exercise therapy in polyclinic conditions and their influence on the self-assessment of health status and laboratory indicators are markers of hypertension.

In the course of this study, it was found that exercise therapy has a positive effect on the main laboratory blood parameters in elderly people with arterial hypertension, which proves the necessity of using this method as a non-pharmacological stage of complex treatment in primary health care.

Keywords: therapeutic physical culture, arterial hypertension, homocysteine, glucose, lipidogram, elderly patients

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Кнышова С. А., Агранович Н. В., Инютина Е. А., Анопченко А. С., Классова А. Т.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Хроническая болезнь почек (ХБП) в настоящее время во всем мире является не только медицинской проблемой, но и определяет ключевые «болевы́е точки» здравоохранения в целом. К сожалению, она начинает принимать эпидемические масштабы. В основе ХБП лежит широкий спектр нарушений (включая сахарный диабет, артериальную гипертензию, ожирение, гломерулонефрит), считается, что ХБП страдает около 10 % населения планеты [2,3]. В свою очередь, ХБП – это независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а последние являются причиной смертности пациентов с ХБП в 10-20 раз чаще, чем в популяции в целом [4-6]. По данным крупных регистров NHANES распространенность стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин в общей популяции составляет 13 %,

что сопоставимо с частотой таких социально значимых заболеваний как бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца и другие [1,2,9,11].

Широкие популяционные исследования выявляют частые случаи бессимптомного течения ХБП с клинической манифестацией только в стадии терминальной почечной недостаточности (ТПН). Признаками поражения почек в таких случаях являются – микроальбуминурия/изолированная протеинурия и снижение клубочковой фильтрации. По данным эпидемиологических исследований ТПН представляет собой «верхушку айсберга» при ХБП и предположительно количество пациентов с более ранними стадиями болезни, вероятно, превышает количество тех, кто достигает ТПН, более чем 50 раз [7, 9]. В связи с этим наибольшее количество недиагностированных пациентов приходится на амбулаторное звено здравоохранения [10, 12].

Целью нашего исследования была оценка проводимой профилактической реабилитационной программы пациентам с хронической болезнью почек (ХБП), назначенной врачом-терапевтом участковым в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

Под нашим наблюдением находились 86 пациентов в возрасте от 39 до 76 лет, 52 женщины, 34 мужчин с диагнозом ХБП 3а- 3б стадий, находящихся на амбулаторном наблюдении врачей-терапевтов участковых двух городских поликлиник города Ставрополя. Первичной патологией, способствовавшей стойкому снижению функции почек, у 43 больных являлся вторичный хронический пиелонефрит на фоне уролитиаза, у 37 больных – выявлена гипертоническая нефропатия, у 11 больных – хронический тубулоинтерстициальный нефрит, и по 9 пациентов имели аутосомно-доминантную поликистозную болезнь почек и хронический гломерулонефрит. Критерии включения – наличие сахарного диабета, отказ пациента от исследования. На протяжении двух лет амбулаторного наблюдения (2017-2018гг) все больные были поделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. Пациентам 1-й группы (47 человек) была составлена с учетом индивидуальных особенностей программа реабилитации, основанная на принципах нефропротекции и вторичной профилактики, рекомендовано по-

Кнышова Светлана Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: nagranovich@mail.ru; тел. моб. 89624430450.

Инютина Елена Александровна – заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ СК «Городская поликлиника №2» г. Ставрополя, ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь;

Анопченко Алёна Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь; E-mail: a.anopchenko@mail.ru; тел. моб. 89187449505.

Классова Айгуль Тахировна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь.

сещение «школы пациента». Пациенты 2-й группы (39 человек) наблюдались и получали лечение только по факту обращения за медицинской помощью, эта группа состояла из больных с низким комплаенсом, отрицательной мотивацией на межприступные медицинские вмешательства или пассивно реагирующих на дополнительные рекомендации в период ремиссии основного заболевания. Конечными точками, определяющими эффективность проводимых мероприятий в течение 24 месяцев, послужили расчет показателя скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (формула CDK-EPI), количество госпитализаций в год, достижение целевого АД при наличии нефрогенной и/или эссенциальной артериальной гипертензии, нормализации основных показателей пуринового и жирового обмена.

Программа реабилитации пациентов 1-й группы включала: диетические рекомендации по снижению потребления поваренной соли до 5 г/сутки и животного белка до 0,8 г/кг/сутки, а также ведение пищевого дневника, мероприятия по снижению массы тела при ИМТ>27кг/м², отказ от курения, назначение с целью рено- и кардиопротекции ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов, недигидропиридиновых антагонистов кальция, коррекцию дислипидемии статинами и гиперурикемии аллопурином. Также всем больным 1-й группы рекомендовано посещение «школы пациента», где подробно освещались особенности питания, физической активности в зависимости от стадии ХБП, программа борьбы с табачной зависимостью. Пациенты 2-й группы получали терапию основного заболевания согласно стандартам первичной медицинско-санитарной помощи и клиническим рекомендациям, а также антигипертензивную и липидснижающую терапию.

Статистическая обработка результатов проводилась при программном обеспечении IBM SPSS Statistics 20. Анализ клинических лабораторных и инструментальных данных проводился с использованием непараметрического метода сравнения количественных признаков в двух несвязанных группах по t-критерию Стьюдента при равенстве дисперсий и нормальном распределении в выборке. Для сравнения связанных выборок использовался парный t-критерий Стьюдента.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных 1-й группы к концу срока наблюдения достоверно улучшились показатели функции почек в виде увеличения СКФ с 49,8±2,4 мл/мин в начале наблюдения до 54,2±2,1 мл/мин к концу второго года лечения (p<0,05). Во 2-й группе этот показатель в начале и в конце лечения различался недостоверно и составил 50,9±3,8 мл/мин и 50,2±2,9 мл/мин соответственно (таблица 1). Целевое АД (140/90 мм рт.ст.) к концу лечения было достигнуто у 39 пациентов (82,9%) 1-й группы, в то время как у боль-

ных 2-й группы – лишь у 21 больного (53,8%). Содержание мочевой кислоты в крови при начально выявленной гиперурикемии у 20 (42,6%) пациентов 1-й группы удалось снизить на фоне гипопуриновой диеты, фитотерапии и аллопуринола у 12 (60%) больных с 506,4±2,1 мкмоль/л до 404,8±3,1 мкмоль/л (p<0,05), а у больных 2-й группы, принимавших лишь аллопуринол, из 14 (35,9%) больных с гиперурикемией лишь у 6 (42,9%) уровень мочевой кислоты составил к концу второго года наблюдения нормоурикемию (от 510±4,5 мкмоль/л до 412±4,3 мкмоль/л) (p<0,05). Целевого значения общего холестерина менее 5,0 ммоль/л и холестерина ЛПНП менее 1,8 ммоль/л удалось достичь у 31 (65,9%) больных 1-й группы, в то время как во 2-й группе лишь у 21 (53,8%) пациентов (p<0,05) (рисунок 1). Количество госпитализаций в связи с обострением основного заболевания, а также по поводу артериальной гипертензии тяжелого течения в 1-й группе составило 0,9±0,3 случаев в год, в то время как у больных 2-й группы этот показатель равнялся 1,8±0,5 случаев в год (p<0,05) (рисунок 2).

Таблица 1

Динамика показателей СКФ и уровня мочевой кислоты

показатель	1-я группа (n – 47) M±m		p	2-я группа (n – 39) M±m		p
	2017г.	2018 г.		2017г.	2018 г.	
*СКФ	49,8±2,4 мл/ мин	54,2±2,1 мл/ мин	p<0,05	50,9±3,8 мл/ мин	50,2±2,9 мл/мин	p>0,05
*Мочевая кислота	506,4±2,1 мкмоль/л	404,8±3,1 мкмоль/л	p<0,05	510±4,5 мкмоль/л	412±4,3 мкмоль/л	p<0,05

* p<0,05 в сравнении между группами

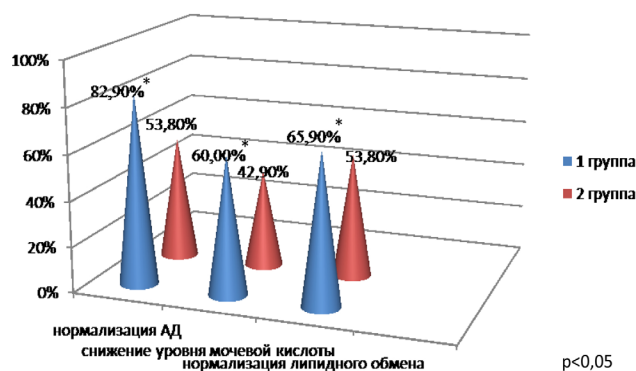


Рисунок 1. Динамика основных клинико-лабораторных показателей

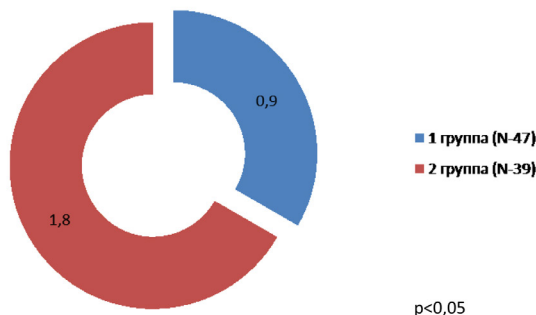


Рисунок 2. Количество госпитализаций в год

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно сделать следующие выводы:

Реабилитационная программа у больных хронической болезнью почек, подобранная индивидуально и базирующаяся на общих принципах вторичной профилактики, достоверно улучшает течение основного заболевания, что выражается в снижении частоты обострений и связанных с ним госпитализаций, улучшении основных клинико-лабораторных показателей.

Улучшение функции почек, выявленное у пациентов, получавших реабилитационную про-

грамму, является доказанным фактором не только нефро-, но и кардиопротекции, что в дальнейшем позволит снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

Разработанная нами программа реабилитации пациентов с хронической болезнью почек может быть использована в амбулаторном звене для комплексной терапии пациентов с нарушением функции почек.

Литература:

1. Агранович Н.В., Кнышова С.А., Анопченко А.С. Раннее выявление хронической болезни почек у пожилых // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. Материалы IX межрегиональной научно-практической конференции для врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа. 2017. С. 53-55.
2. Смирнов АВ, Добронравов ВА, Каюков ИГ и др. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Национальные рекомендации. Нефрология 2012;16(1):89-115
3. Ковесди Ч., Фурс С., Зоккали К. Ожирение и заболевания почек: скрытые последствия эпидемии. Нефрология. 2017;21(2):10-19. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2017-21-2-10-19>
4. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Румянцев А.Ш. Проблема оценки скорости клубочковой фильтрации при ожирении. Нефрология. 2017;21(2):20-23. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2017-21-2-20-23>
5. Стаценко М.Е., Деревянченко М.В. Особенности структурно-функционального состояния почек и эндотелия у больных с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическими нарушениями. Нефрология. 2017;21(5):14-21. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2017-21-5-14-21>
6. Милованова Л.Ю., Добросмыслов И.А., Милованов Ю.С. Влияние кетоаналогов незаменимых аминокислот в сочетании с мало-белковой диетой на продукцию регуляторов фосфорно-кальциевого обмена -морфогенетических белков: фактора роста фибро-

бластов (fgf-23) и альфа-клото (α -klotho) у больных с 3б-4 стадиями хронической болезни почек. Нефрология. 2016;20(2):81-85.

7. Парастаева М.М., Береснева О.Н., Иванова Г.Т., Швед Н.В., Кучер А.Г., Зубина И.М., Каюков И.Г. Артериальная гипертензия и потребление соли: вклад в ремоделирование сердца. Нефрология. 2016;20(5):97-105.
8. Мамедова Е.Б., Батюшин М.М. Школа «Здоровая почка» как основа реализации образовательной стратегии у больных нефрологического профиля. Нефрология. 2015;19(5):68-71
9. Гарсиа-Гарсиа Г..., Джа В... Хроническая болезнь почек у незащищенных слоев населения. Нефрология. 2015;19(2):17-21. <https://doi.org/10.24884/1561-6274-2015-19-2-99-106>
10. Смирнов А.В., Румянцев А.Ш., Добронравов В.А., Каюков И.Г. XXI век – время интегративной нефрологии. Нефрология. 2015;19(2):22-26.
11. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2013; 34(28): 2159-2219
12. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015; 386:2287-2323

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

КНЫШОВА С. А., АГРАНОВИЧ Н. В.,
ИНЮТИНА Е. А., АНОПЧЕНКО А. С.,
КЛАССОВА А. Т.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN OUTPATIENT SETTINGS – THE ROLE OF THE DISTRICT THERAPIST

S. A. KNYSHOVA, N. V. AGRANOVICH,
E. A. INYUTINA, A. S. ANOPCHENKO,
A. T. KLASSOVA

Stavropol State Medical University,
Stavropol

Цель исследования: оценка проводимой профилактической реабилитационной программы пациентам с хронической болезнью почек (ХБП), назначенной врачом-терапевтом участковым в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи

Objective: to evaluate the ongoing preventive rehabilitation program for patients with chronic kidney disease (CKD) prescribed by the district physician within the framework of primary health care.

Обследовано 86 пациентов в возрасте от 39 до 76 лет, 52 женщины, 34 мужчин с диагнозом ХБП 3а-3б стадий, находящихся на амбулаторном наблюдении врачей-терапевтов участковых. Пациентам 1-й группы (47 человек) была составлена с учетом индивидуальных особенностей программа реабилитации, основанная на принципах нефропротекции и вторичной профилактики, рекомендовано посещение «школы пациента». Пациенты 2-й группы (39 человек) наблюдались и получали лечение только по факту обращения за медицинской помощью. Конечными точками послужили расчет показателя скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (формула CDK-EPI), количество госпитализаций в год, достижение целевого АД, нормализации основных показателей пуринового и жирового обмена.

У больных 1-й группы отмечено достоверное улучшение показателей функции почек – увеличение СКФ от $49,8 \pm 2,4$ мл/мин до $54,2 \pm 2,1$ мл/мин. Во 2-й группе этот показатель в начале и в конце лечения различался недостоверно. Целевое АД к концу лечения достигнуто у 39 пациентов (82,9 %) 1-й группы, во 2-й группе – лишь у 21 больного (53,8 %). Содержание мочевой кислоты в крови пациентов 1-й группы нормализовалось у 12 (60 %) больных, а у больных 2-й группы достоверной разницы не отмечено. Целевого значения общего холестерина менее и холестерина ЛПНП удалось достичь у 31 (65,9 %) больных 1-й группы и у 21 (53,8 %) во 2-й группе. Количество госпитализаций в 1-й группе – $0,9 \pm 0,3$ случаев в год, во 2-й группе – $1,8 \pm 0,5$ случаев в год.

Реабилитационная программа у больных хронической болезнью почек, подобранная индивидуально и базирующаяся на общих принципах вторичной профилактики, достоверно улучшает течение основного заболевания, что выражается в снижении частоты обострений и связанных с ним госпитализаций, улучшении основных клинико-лабораторных показателей, а также оказывает нефро- и кардиопротективное действие.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, программа реабилитации, профилактика, врач-терапевт участковый

The study included 86 patients aged 39 to 76 years, 52 women, 34 men diagnosed with CKD stages 3A-3b, who are on outpatient observation of district physicians. Patients of group 1 (47 people) were drawn up taking into account the individual characteristics of the rehabilitation program, based on the principles of nephroprotection and secondary prevention, recommended a visit to the «school of the patient.» Group 2 patients (39 people) were observed and treated only after seeking medical help. The end points were the calculation of glomerular filtration rate (GFR) (formula CDK-EPI), the number of hospitalizations per year, the achievement of target blood PRESSURE, normalization of the main indicators of purine and fat metabolism.

In patients of group 1, there was a significant improvement in renal function—an increase in GFR from 49.8 ± 2.4 ml / min to 54.2 ± 2.1 ml / min. In group 2, this indicator at the beginning and at the end of treatment differed significantly. Target AD by the end of treatment was achieved in 39 patients (82.9 %) of group 1, in group 2—only 21 patients (53.8 %). The content of uric acid in the blood of group 1 patients was normalized in 12 (60 %) patients, and in group 2 patients there was no significant difference. The target value of total cholesterol less and LDL cholesterol was achieved in 31 (65.9 %) patients of group 1 and 21 (53.8 %) in group 2. The number of hospitalizations in group 1— 0.9 ± 0.3 cases per year, in group 2— 1.8 ± 0.5 cases per year.

Rehabilitation program in patients with chronic kidney disease, selected individually and based on the General principles of secondary prevention, significantly improves the course of the underlying disease, which is expressed in reducing the frequency of exacerbations and associated hospitalizations, improving the basic clinical and laboratory parameters, as well as has nephro- and cardioprotective effect.

Keywords: chronic kidney disease, rehabilitation program, prophylaxis, primary care physicians

ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК МОЛОДОГО УЧЕНОГО»

1. Общие положения

1.1. Журнал «Вестник молодого ученого» является рецензируемым научным изданием, в котором отражаются результаты исследований в области клинической, фундаментальной и профилактической медицины. Выпускается в печатной и электронной версиях.

1.2. Журнал включен в Реферативный журнал и Базы данных ВИНТИ РАН и зарегистрирован в НЭБ (научной электронной библиотеке) в базе данных РИНЦ (Российского индекса научного цитирования) с постатейным размещением. Подписной индекс журнала «Вестник молодого ученого» в агентстве «Роспечать» 70422.

1.3. В журнале «Вестник молодого ученого» публикуются оригинальные научные статьи, обзоры и результаты экспериментальных и клинических исследований, проводившихся в различных областях медицины, материалы с описанием клинических случаев, сведения биографического и историко-медицинского характера.

1.4. В материалах рукописи не должны содержаться результаты исследования, ранее опубликованные или направленные на публикацию в редакции других журналов.

1.5. Плата за рецензирование и публикацию рукописи не взимается.

1.6. Статьи должны быть тщательно отредактированы и выверены авторами.

1.7. Редакционная коллегия журнала оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи.

1.8. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, отклоняются.

1.9. При отклонении материалов рукописи авторам не возвращаются.

1.10. Электронные версии статей направлять на адрес электронной почты smu@stgmu.ru главному редактору Хрипуновой Алесе Александровне с пометкой «Статья в Вестник молодого ученого». В течение 10 календарных дней с момента отправки редакционная коллегия обязана сообщить о получении материалов.

2. Исследования на людях

2.1. При описании в материалах статьи результатов исследований на людях авторам необходимо указать наличие официального одобрения исследования наблюдательным советом (этическим комитетом) организации или соответствие исследования Хельсинской декларации и (или) другим признанным стандартам, а также факта получения от пациентов (или их опекунов) письменного информированного согласия.

2.2. При подаче материалов в раздел журнала «Клинические случаи» авторам необходимо получить от пациентов письменное разрешение на использование любых изображений (при наличии), по которым их можно идентифицировать.

2.3. При рассмотрении рукописи редакция журнала вправе запросить копию решения наблюдательного совета (этического комитета) организации на разрешение исследования на людях и (или) копий информированного согласия пациентов.

3. Исследования на животных

3.1. При описании в материалах статьи результатов исследований на животных авторам необходимо предоставить подтверждение, что исследование проводилось в соответствии с основными правилами, изложенными в основополагающих документах, регламентирующих проведение экспериментов на лабораторных животных и условия их содержания.

3.2. При рассмотрении рукописи редакция журнала вправе запросить копию решения наблюдательного совета (этического комитета) организации на разрешение исследования на животных.

4. Заимствования

4.1. Авторы должны удостовериться, что представленные в статье данные являются оригинальными, все цитируемые в работе исследования других авторов сопровождаются ссылками на первоисточники и включены в список литературы.

4.2. Редакция журнала рекомендует авторам перед подачей рукописи самостоятельно оценить уникальность материалов статьи с помощью специализированных сервисов <https://www.antiplagiat.ru/> (для русскоязычных текстов) и <http://www.plagiarism.org/> (для англоязычных текстов).

4.3. Не допускается указание в рукописи фрагментов заимствованного текста без указания первоисточника. Плагиат во всех формах представляет собой неэтичные действия и является неприемлемым для журнала.

4.4. Редакция журнала оставляет за собой право проверки поступивших рукописей на плагиат. Текстовое сходство в объеме более 30 % считается неприемлемым и является основанием для отказа рассмотрения рукописи.

4.5. При значительных заимствованиях редакция журнала действует в соответствии с алгоритмами редакционной этики The Committee on Publication Ethics (COPE).

5. Конфликт интересов

5.1. Все авторы обязаны раскрыть в своих рукописях потенциальные конфликты интересов, которые могут быть восприняты как оказавшие влияние на результаты или выводы, представленные в работе.

6. Требования к оформлению статьи

6.1. Статья должна быть набрана в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, 12 пт., междустрочный интервал 1,5 (в таблицах междустрочный интервал 1), форматирование по ширине, без переносов и нумерации страниц, ориентация страницы книжная, левое поле 30 мм, остальные – 20 мм. Стиль статьи должен быть ясным, лаконичным.

6.2. Рукопись оригинальной статьи должна включать:

1) УДК; 2) название статьи (заглавными буквами); 3) инициалы и фамилию автора(ов); 4) наименование учреждения, где выполнена работа, город; 5) введение (без выделения подзаголовка); 6) материал и методы исследования; 7) результаты и обсуждение; 8) заключение (выводы); 9) таблицы, рисунки; 10) подписи к рисункам; 11) литература; 12) резюме на русском и английском языках; 13) ключевые слова на русском и английском языках; 13) авторскую справку по всем авторам с развернутым именем и отчеством, с указанием ученой степени и ученого звания, должности и места работы, контактного телефона и электронного адреса. Пункты 2-5 помещаются через пробел между ними.

Текст. Во введении обязательно формулировка цели исследования с полным ответом на вопрос: что необходимо изучить (оценить), у каких лиц (больных), каким методом. В разделе «Материал и методы исследования» обязательно указывать методы статистической обработки. При изложении результатов исключить дублирование данных, приведенных в таблицах, ограничиваясь упоминанием наиболее важных. При обсуждении новые и важные аспекты своего исследования сопоставлять с данными других исследователей, не дублируя сведения из введения и данные

раздела «Результаты». Обязательна расшифровка аббревиатур при первом упоминании слова в тексте. Не следует применять сокращения в названиях статьи. В написании числовых значений десятые доли отделяются от целого числа запятой, а не точкой. Специальные термины следует приводить в русской транскрипции.

При описании клинических наблюдений не допускается упоминание фамилий пациентов, номеров историй болезни, в том числе на рисунках. При изложении экспериментов на животных следует указывать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных национальным законам, рекомендациям национального совета по исследованиям, правилам, принятым в учреждении.

Таблицы, рисунки (иллюстрации). Каждая таблица печатается на отдельной странице, должна иметь название и порядковый номер (в верхней части таблицы). В сносках указывать статистические методы оценки вариабельности данных и достоверности различий. Ссылка на таблицу и рисунок по тексту оформляется следующим образом: (табл. 1 (2, 3 и т.д.) или (рис. 1 (2, 3 и т.д.)). Место в тексте, где должна быть помещена таблица или рисунок, обозначается на поле слева квадратом с указанием в нем номера таблицы или рисунка. Общее количество таблиц или рисунков в статье должно быть не более 3. Данные рисунков не должны повторять материалы таблиц. Иллюстрации (черно-белые) представляются в электронном виде с обязательной подписью и указанием номера рисунка – отдельными файлами в формате TIFF (расширение *.tif) или JPEG с минимальной компрессией (расширение *.jpg) в натуральную величину с расширением 300 dpi (точек на дюйм). Подписи к иллюстрациям не входят в состав рисунков, а прилагаются отдельным текстом в Word.

Список литературы печатается на отдельном листе (листах) через 1,5 интервала. Все цитируемые работы помещаются по алфавиту: вначале на русском, затем на иностранных языках. Количество литературных источников не должно превышать 20 для оригинальных статей, клинических наблюдений и 50 – для обзоров. Допускается (за исключением особых случаев) цитирование литературы только последних 5-10 лет выпуска, не рекомендуется цитировать диссертации (только авторефераты). Библиография

должна быть открытой (с полным цитированием работы, в том числе ее названия). Библиографическое описание источника должно проводиться в строгом соответствии с ГОСТ 7.1 – 2003.

В тексте статьи библиографические ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках.

За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.

Примеры оформления литературных ссылок в зависимости от вида источника:

Журнальная статья:

Саритхала, В. Д. Сывороточное содержание некоторых медиаторов метаболизма костной ткани у женщин с ревматоидным артритом / В. Д. Саритхала, П. В. Корой, А. В. Ягода // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 393-398.

Elshabrawy, H. A. The pathogenic role of angiogenesis in rheumatoid arthritis / H. A. Elshabrawy, Z. Chen, M. V. Volin [et al.] // Angiogenesis. – 2015. – Vol. 18, № 4. – P. 433-448.

Журнальная статья в электронном формате:

Комарова, Е. Б. Влияние спиринолактона на показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры воспаления у больных ревматоидным артритом [Электронный ресурс] / Е. Б. Комарова // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 2. Доступно по: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1702 Дата обращения: 07.02.2017.

Книга:

Хаитов, Р. М. Иммунология : учебник / Р. М. Хаитов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 529 с.

Резюме на русском и английском языках (объемом не более 20 строк) печатаются на отдельных страницах и включают название статьи, фамилии и инициалы авторов, цель исследования, материал и методы, результаты, заключение. На этой же странице помещаются ключевые слова (не более 8) на русском и английском языках.

6.3. Объем оригинальной статьи, как правило, должен составлять 4-8 страниц, клинических наблюдений (заметок из практики) – 3-4 страницы, обзоров – 8-10 страниц (без учета таблиц, рисунков, списка литературы и резюме).