

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

**К 100-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И 75-ЛЕТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Сборник статей

Гродно
ГрГМУ
2019

УДК 614(091)(476)
ББК 5г(4Беи-4Гро)
К 11

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 11 от 11.06.2019 г.).

Главный редактор: ректор УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
член-корр. НАН Беларуси проф. В. А. Снежицкий.

Редакционная коллегия: проректор по научной работе, д-р мед. наук, проф. С. Б. Вольф;
первый проректор, канд. биол. наук, доц. В. В. Воробьев;
проректор по учебно-воспитательной работе, канд. мед. наук, доц.
И. П. Богданович;
проректор по лечебной работе, канд. мед. наук, доц. В. И. Шишко;
заведующий кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения, д-р мед. наук, доц. М. Ю. Сурмач
(отв. редактор).

Рецензенты: зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения, д-р мед. наук, доц.
М. Ю. Сурмач;
зав. каф. общей гигиены и экологии, д-р мед. наук, проф. И. А. Наумов;
доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, канд. мед. наук, доц.
Н. Е. Хильмончик.

К 11 К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения
Гродненской области : сборник статей [Электронный ресурс] / Ред. кол.:
В. А. Снежицкий (гл. ред.), М. Ю. Сурмач (отв. ред.) и др. – Электрон.
текстовые дан. и прогр. (объем 6,2 Mb). – Гродно : ГрГМУ, 2019. – 1 электрон.
опт. диск (CD-ROM).
ISBN 978-985-595-159-0.

Сборник содержит статьи, посвященные истории медицины Беларуси, ведущим учёным и лидерам практического здравоохранения разных стран мира, чья деятельность связана с историей развития Белорусского государства, здравоохранения Беларуси и Гродненской области; развитию медицинской науки и медицинского образования на территориях исторической и современной Республики Беларусь; достижениям современной белорусской медицинской науки и практики; международному сотрудничеству в развитии белорусского здравоохранения и здравоохранения Гродненской области; вкладу белорусского здравоохранения и здравоохранения Гродненской области в достижения мировой медицинской науки и практики. Также в сборник включены статьи о Белорусском приграничье, о прошлом, настоящем будущем Гродненского региона в здравоохранении Беларуси; подготовке кадров, проблемам здоровья населения Беларуси и Гродненской области и путях их решения.

Авторы, представившие работы к публикации несут ответственность за орфографию, содержание, достоверность изложенной информации, указанных в статьях статистических, персональных и иных данных.

УДК 614(091)(476)
ББК 5г(4Беи-4Гро)

ISBN 978-985-595-159-0

©УО «ГрГМУ», 2019

БЕЛОРУССКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В МИРОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ И ПРАКТИКЕ

БЕЛОРУССКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

Снежицкий В. А., Сурмач М. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Раскрыты особенности исторического развития системы здравоохранения Беларуси в последние 100 лет. Показана историческая общность со странами бывшего «социалистического лагеря», предпосылки к формированию на территории современной Беларуси модели страховой медицины.

Ключевые слова: система здравоохранения, модель Семашко, модель Бевериджа, новый хозяйственный механизм, страхования медицина, Беларусь

THE BELARUSIAN HEALTH CARE SYSTEM: PAST, PRESENT, FUTURE

Snezhitskiy V.A., Surmach M.Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The features of the historical development of Belarusian health care system in the last 100 years are revealed. The author shows the historical commonality with the countries of the former "socialist camp", the prerequisites for the formation of insurance medicine model in the territory of modern Belarus.

Key words: health care system, Semashko model, Beveridge model, new economic mechanism, insurance medicine, Belarus

На протяжении почти всего двадцатого века Беларусь входила в состав СССР и принадлежала к числу стран «социалистического лагеря», где функционировала созданная в 1920-е годы Народным

комиссаром здравоохранения Н. А. Семашко медико-организационная модель здравоохранения. Здравоохранение являлось целиком государственным, подчинялось принципам централизации, обязательной диспансеризации и профилактической направленности.

Вместе с тем, к началу двадцатого века на территориях, ныне принадлежащих Республике Беларусь, была создана система «страховой рабочей медицины». После утверждения 23 июня 1912 г. Государственной думой закона о страховании рабочих, стали образовываться больничные кассы, которые осуществляли страхование здоровья. С одной стороны, больничные кассы выплачивали пособия в связи с утратой трудоспособности в случае родов, болезни, увечья, а также на погребение. С другой стороны, больничные кассы повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи рабочим и членам их семей. Врачи разных специальностей привлекались кассами на договорных началах для лечения застрахованных. Больничные кассы могли также иметь врачей на постоянной службе. Кроме того, эти кассы организовывали учреждения для оказания амбулаторной, стационарной, экстренной медицинской помощи. Лечение сочеталось с изучением условий труда и быта рабочих, было начато и изучение заболеваемости в связи с условиями производства. Больничные кассы имели право осуществлять общесанитарные мероприятия с наказанием денежным штрафом виновных в заболевании рабочих – членов кассы. Постепенно создавалась система «страховой рабочей медицины», которая финансировалась через больничные кассы в основном за счет фондов социального страхования из средств взносов промышленных предприятий, рабочих-членов касс, поступлений от страховых товариществ [1].

Больничные кассы прекратили работу в 1919 г. Уже в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции со времени съезда медико-санитарных отделов (в 1918 году), на котором выступили Н. А. Семашко, З. П. Соловьёв и другие известные деятели здравоохранения, говорилось о бесплатности, общедоступности, единстве, профилактическом направлении и «санитарной самодеятельности» населения как о важнейших принципах «советской медицины». Таким образом, согласно политической воле, модель страховой медицины не была реализована, однако Беларусь в составе Союза Советских Социалистических Республик стала проводником претворения в

жизнь эффективной для своего исторического периода времени, уникальной по своим масштабам и длительности существования, модели Н. А. Семашко. Исторически эффективность этой модели подтверждает факт, что она была использована в Великобритании в середине 19 века, став основой модели Бевериджа.

В модели Бевериджа (проект Лорда Уильяма Бевериджа, Великобритания, 1942-1948 годы) так же как и в модели Семашко, главенствует принцип, что здоровье населения – это общественное благо, а его охрана – долг государства. Уильям Беверидж выделил медицинское обслуживание в системе социального обеспечения, сформировав для него отдельный целевой финансовый фонд в общих налогах. Финансирование здравоохранения в обеих моделях, как Бевериджа, так и Семашко, осуществляется за счёт бюджета (центрального и локальных), однако модель Семашко не выделяет отдельных, специальных целевых фондов для покрытия расходов в системе здравоохранения. Обе модели обеспечивают широкий набор бесплатных гарантированных услуг в системе здравоохранения для всего населения, независимо от состояния здоровья и материального статуса, с равным доступом граждан к медицинской помощи и административным контролем деятельности в системе здравоохранения. В модели Семашко предусмотрена единая государственная система здравоохранения. Модель Бевериджа гарантирует равную доступность к бесплатной медицинской помощи только в государственных организациях, оставляя за государством право контроля и преимущественного представителя услуг в сфере здравоохранения, при этом не исключая возможности наличия организаций здравоохранения негосударственной формы собственности.

Основные принципы, три «кита» модели Н. А. Семашко – единое государственное здравоохранение, централизация и всеобщая диспансеризация, – вполне отражают принципиальную организацию здравоохранения в Беларуси сегодня. Вместе с тем, модель Семашко претерпела изменения, отличающие сегодняшнюю систему здравоохранения Беларуси от других систем. В Беларуси здравоохранение, как и исторически в модели Семашко, финансируется из бюджета, однако в отличие от модели Бевериджа, целевой «здрoвоохраннoй» фонд в бюджете государства не выделен. Бюджетное обеспечение организаций здравоохранения Республики Беларусь регулируется государственными минимальными

социальными стандартами. В 1999 году был принят Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах», который ввёл в обиход понятие минимального уровня гарантий для жителей страны во всех социально значимых сферах: государственных услуг, которые предоставляются гражданам на безвозмездной основе за счет финансирования из бюджетов всех уровней. С принятием в 1993 году в Республике Беларусь Закона «О здравоохранении», на уровне законодательства стало возможным и развитие частного бизнеса в медицине. Так, статья 10 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. №2435-XII (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 28.10.2016, 2/2431) указывает, что здравоохранение Республики Беларусь включает государственную систему здравоохранения, негосударственные организации здравоохранения, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую, фармацевтическую деятельность. Основой здравоохранения Республики Беларусь является государственная система здравоохранения. Разработка и введение новых законопроектов, как например, Закона «О государственно-частном партнёрстве», также вносит коррективы в вопросы финансирования белорусского здравоохранения.

Масштабные политические изменения, произошедшие в середине 1980-х годов, повлекли за собой реформирование системы здравоохранения СССР и других социалистических стран. Начались поиски «нового хозяйственного механизма», чтобы усилить экономические механизмы стимулирования качества деятельности в здравоохранении, повысить роль амбулаторно-поликлинического звена. Предусматривалась система взаиморасчётов между поликлиниками и стационарами, для чего была разработана и введена в практику система клинко-статистических групп (КСГ). Резервы финансовых средств в здравоохранении изыскивались из двух основных потоков. Во-первых, коренного изменения системы бюджетного финансирования учреждений здравоохранения с переходом от выделения им средств из бюджета по отдельным статьям расходов, к финансированию по долговременным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую направленность деятельности учреждений (переход от бюджетного к территориальному финансированию путём выделения средств в

расчёте на одного жителя данной территории). Во-вторых, предусматривалось сочетание бюджетного финансирования деятельности учреждений здравоохранения с развитием платных услуг населению, выполнением работ по договорам с предприятиями, организациями и учреждениями на хозрасчётной основе, при этом не допускалось снижение величины бюджетных ассигнований на здравоохранение путём замещения неоплачиваемых населением услуг платными [2].

«Новый хозяйственный механизм» рассматривался на постсоветском пространстве как переходный к коренному реформированию системы – введению страховой медицины. 26 октября 1990г. в «Медицинской газете» был опубликован проект Основ законодательства СССР и союзных республик о финансировании здравоохранения, включающий проект закона «О медицинском страховании граждан». Закон определял общие правовые основы финансирования системы здравоохранения в СССР в условиях регулируемых рыночных отношений и многообразия форм собственности. Законопроект состоял из трех разделов: "Общие положения", "Фонды охраны здоровья", "Медицинское страхование", которые включали в себя 24 статьи. Вместе с тем, политические факторы вновь стали определяющими: при обретении Республикой Беларусь самостоятельности системы белорусского и российского здравоохранения получили независимое развитие, при этом в Российской Федерации была реализована модель страховой медицины, Республика Беларусь же ограничилась утверждающим временное положение о добровольном медицинском страховании приказом Министра здравоохранения (Приказ МЗ РБ № 192 от 29 июля 1997г.), с последующим его уточнением и введением актуальной в настоящее время Инструкции о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь, затем вступил в силу Указ Президента Республики Беларусь № 354 от 26 июля 2000г. «Об обязательном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Республику Беларусь». В 1993 году в Российской Федерации, с введением Закона «О медицинском страховании», произошло резкое изменение механизмов финансирования здравоохранения с переходом от бюджетной модели к обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Спустя 10 лет, по данным Всероссийского мониторинга

качества жизни, индекс доступности медицинской помощи в России оказался одним из самых низких среди всех компонентов качества жизни россиян [3].

В Польше в 2003 году вступил в действие закон о всеобщем медицинском страховании в Narodowym Funduszu Zdrowia (НФЗ), введший одинаковые условия финансирования охраны здоровья, и имевший целью обеспечить равный доступ к медицинской помощи во всей территории страны. Однако для того, чтобы иметь дополнительные индивидуальные гарантии доступа к медицинским услугам, население прибегает к добровольному (коммерческому) медицинскому страхованию: только за 4-летний интервал, с 2012 по 2016 годы, число лиц, охваченных коммерческим страхованием, возросло почти в 8 раз: с 35 тысяч до 386,1 тысяч человек [4]. В 2018 году министром К. Радзивиллом провозглашена плановая ликвидация НФЗ с передачей его компетенций Министерству здравоохранения [5]. Основной причиной такого решения стало наличие очередей, не позволяющих гарантировать своевременную медицинскую помощь застрахованным.

По мнению экспертов ВОЗ, для создания образцовой системы финансирования здравоохранения «правительство демонстрирует политическую волю для развития системы финансирования здравоохранения, приближается к всеобщему охвату или поддерживает его и вовлекает в этот процесс все заинтересованные стороны, включая население; ассигнует достаточные финансовые средства на здравоохранение, которые варьируются в зависимости от контекста...; исследует новые источники дохода, такие как разные формы косвенного налогообложения, включая налоги на продажи, так называемые налоги "на пороки" (табак и алкоголь) и налоги на валютные операции; устанавливает (или установило) такую систему, при которой люди платят за здравоохранение до того, как заболевают, и расходуют финансовые средства, когда заболевают (с помощью медицинского страхования и/или налогообложения); стремится к получению наибольшей отдачи от каждого доллара, потраченного на здравоохранение; обеспечивает доступ к необходимыми службам для уязвимых групп населения» (цит. по: <http://www.who.int/features/qa/74/ru>).

Каждая страна выстраивает собственные политику и тактику финансирования отрасли здравоохранения, в рамках уникальных для каждой страны, присущих только ей исторических, экономических и

политических особенностей. Беларуси следует внимательно присмотреться к опыту соседних государств: историческая общность и опыт перемен последних десятилетий позволяют почерпнуть положительные аспекты и избежать негативных. Учитывая мнение экспертов и рекомендации ВОЗ, Беларусь не отказывается в перспективе от возможного реформирования системы здравоохранения, с сохранением ведущих организационных принципов: централизации и социальной направленности.

Литература:

1. Тищенко, Е. М. Здравоохранение Белоруссии в XIX-XX веках: монография / Е. М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2003. – 269 с.
2. Биркос, А. А. Новый хозяйственный механизм в здравоохранении и проблемы перехода к страховой медицине: методические рекомендации / А. А. Биркос, Е. М. Тищенко. – Гродно, 1992.- 29 с.
3. Стародубов, В. И. Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В. И. Стародубов // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – №11/12. – С. 65 – 69.
4. Laskowska, Iwona. Rola prywatnych ubezpieczen zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w obliczu zmian demograficznych w Polsce / Iwona Laskowska // Problemy zarzadzania. – 2017. – vol. 15, nr 3 (69), cz.1. – s. 118-119.
5. Ministerstwa Zdrowia // [http: www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania](http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania). – Date of access 01.08.2017.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (К 75-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В статье дается характеристика здравоохранения Гродненской области в послевоенный период, его развитие в годы социализма и период независимости Республики Беларусь.

Ключевые слова. Здравоохранение, Гродно, врачи и средний медицинский персонал.

HEALTH CARE OF THE GRODNO REGION (TO THE 75TH ANNIVERSARY OF THE CREATION OF THE GRODNO REGION)

Khilmonchik N.E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article describes the characteristics of health care in the Grodno region in the post-war period, its development in the years of socialism and the period of independence of the Republic of Belarus.

Keywords. Health, Grodno, doctors and nurses,

Гродненская область была образована 20 сентября 1944 г. в составе 15 районов: Берестовицкого, Василишковского, Волковысского, Вороновского, Гродненского, Желудокского, Зельвенского, Лидского, Мостовского, Порозовского, Радуньского, Сопоткинського, Свислочского, Скидельского и Щучинского.

Огромные потери за годы войны и оккупации понесло и здравоохранение Гродненщины. По Гродненской области было уничтожено 37 больниц, нанесен ущерб учреждениям здравоохранения на сумму 17149460 руб. (в ценах 1940 г.). Убито 75 врачей и средних медицинских работников. Еще шли бои за освобождение населенных пунктов Гродненщины от немецко-фашистских захватчиков, а в освобожденных районах начали работу медицинские учреждения (21 районные, сельские и участковые больницы).

После освобождения города Гродно (16 июля 1944 г.) возобновили работу инфекционная больница и кожно-венерологический диспансер, 17 июля – дом младенца, 18 августа – 2-я городская, 23 августа – 1-я городская больницы, 7 октября – туберкулезный диспансер, поликлиника №1.

Наряду с образованием области был организован областной отдел здравоохранения, начальником был назначен Л. Л. Червинский, а отдел здравоохранения Гродненского горисполкома возглавила М. Д. Кужелева. В те далекие годы действовали отделы здравоохранения районных Советов. Это были небольшие коллективы, которые приняли на себя всю тяжесть восстановления и развития здравоохранения районов. Возглавляли райздравотделы организаторы, которые были демобилизованы из действующей армии

и партизанских отрядов и направленные Наркомздравом республики. Первыми заврайздрами были Костина Н. Я., Рейзенман В. С., Черных М. К., Черепеников И. К., Гулецкий Н. Я., Шмуклер Л. З., Маймусова А. П. Многие из них были фельдшерами. Райздравотделы с честью выполнили свои нелегкие задачи в те военные и первые послевоенные годы. Был проведен точный учет имевшегося медицинского персонала.

Началось восстановление и расширение сети учреждений здравоохранения, развитие службы скорой помощи и помощи на дому, аптечного дела и т.д., значительно был усилен санитарный контроль за состоянием городов и поселков. Первые санэпидстанции начали работать в 1944 г., их возглавляли: Ивье – Каплинский И. Х., в Радуні – Крисик Д. Я., в Островце – Щуванов А.П. В 1944 г. создана Гродненская районная санэпидстанция. В начале 1946 г. стала работать областная СЭС, деятельностью которой на протяжении многих лет руководили Червинский Л. Л., Александрович В. А. 11 июня 1949 г. Министерство здравоохранения БССР издало приказ №425, по которому пункт санитарного просвещения в г. Гродно с 1 августа 1949 г. был реорганизован в областной Дом санитарного просвещения со штатным расписанием в 5 человек (главврач, методист, инструктор библиотечарь, уборщица). После Великой Отечественной войны стоматологическую службу пришлось создавать вновь. Стоматологическая помощь населению оказывалась на базе городской больницы. Стоматологическая поликлиника в городе Гродно открыта в 1962 году (Ожешко, 49), рассчитана была на 184 посещения в смену.

В 1944 году для целенаправленной борьбы с заразными кожными и венерическими болезнями в приспособленных зданиях открывались кожно-венерологические диспансеры; для оказания противотуберкулезной помощи населению области создавались противотуберкулезные пункты, диспансеры и санатории. В 1964 году главным врачом противотуберкулезного диспансера г. Новогрудок Светочевой Е. А., впервые в стране, была осуществлена идея сплошного флюорографического обследования всего населения с целью максимального выявления больных туберкулезом и организации их оздоровления. Светочева Е. А. была награждена орденом Ленина и ей присвоено звание «Заслуженный врач республики».

В течение 1944-1945 гг. в сельской местности организованы и начали работу врачебные участки, ФАПы. К 1945 году было восстановлено 80,6% сельских врачебных участков причем 47,3% из них не имели больницы, 14,7% – врачей.

Одним из направлений восстановления здравоохранения было решение кадровой проблемы. В 1944 г. в г. Гродно были открыты фельдшерско-акушерская и фармацевтическая школы, объединенные в 1948 г. в одну, которая существовала до 1962 г. и внесла значительный вклад в подготовку средних медицинских работников Гродненщины.

С 1944 года по 1958 год в Новогрудке функционировало медицинское училище, директором которого был Степанов Василий Степанович. С 1953 по 1960 годы здесь была открыта Красно-Крестовская школа медсестер.

К концу 1945 года в г. Гродно работало только 45,6%, а на районах 75,4% от необходимой потребности врачей; зубных врачей в г. Гродно – 44,5%, в сельской местности – 42,9% от необходимой потребности. Среднего медицинского персонала 57,9%, а на селе 89,0%, фармацевтов 68,7%. Медицинское училище и школа медсестер к 1960 году укомплектовывали средними медработниками практически все лечебные учреждения района.

История службы скорой помощи в г. Гродно началась с издания приказа Гродненского горздраотдела №19 от 24.02.1945. заведующей станцией скорой помощи была назначена фельдшер Н. Ф. Мартынова. В 1987 г. в г. Гродно была открыта больница скорой медицинской помощи.

Важным направлением деятельности здравоохранения Гродненской области в послевоенное время было охрана материнства и детства. Первая детская больница на 50 коек в г. Гродно открыта 14 августа 1944 г., в это же время – роддом в Волковыске. В 1945г. в г. Гродно были открыты новая женская консультация (теперь это ЖК №1), городской родильный дом, детская поликлиника №1.

Однако, в восстановлении сети профильных медицинских учреждений, укомплектовании их кадрами имелись недостатки. Так в 1945 году в области было развернуто 86,3% родильных, 43% гинекологических и 74,4% педиатрических коек. Кроме того, женские и детские консультации работали только в городе. Женские консультации в районах тоже располагались в одном из кабинетов поликлиник. Под медицинское наблюдение поступало только 26,8%

женщин со сроками беременности до трех месяцев и 11,1% детей до одного месяца. Охват медицинской помощью в родах был недостаточным (85,3%), особенно в сельской местности (53,4%).

Забота о здоровье детей началась, прежде всего, с проявления внимания к детям-сиротам, которые, в силу событий военного времени, остались без родителей. Для этой цели 17 июля 1944 г. в г. Гродно был организован Дом ребенка, на 50 детей, но ни помещения, ни инвентаря на такое количество мест не было. Это детское воспитательное учреждение продолжало оставаться в тяжелом положении в течение ряда лет, что не замедлило сказаться на заболеваемости его воспитанников. В 1956 г. она, равнялась 90,1 заболеваний на 100 детей, в 1957 г. 113 заболеваний. После перевода Дома ребенка во вновь выстроенное здание, санитарно-гигиенические условия в нем значительно улучшились, что способствовало уменьшению заболеваемости воспитанников. Первые детские ясли в Гродно, после его освобождения, начали функционировать в ноябре 1944 г. В феврале 1945 г. в яслях было только 17 детей. В 1946 году открывается Дом младенца в г. Новогрудок.

По мере того, как возрастала занятость женщин-матерей в общественном производстве, возникала необходимость в увеличении количества детских яслей и числа мест в них. В 1946 г. единственные в городе Гродно детясли расширились до 100 мест. В 1947 г. горздравотдел открыл детские ясли в занеманской части города. Количество мест в детских яслях росло, в 1954 г. их было – 135. В 1955 г. количество яслей увеличилось до 4, а мест в них – до 400 (фактически ясли посещало 455 детей), в 1970 г. было 2248 мест в яслях. Сегодня (2019г.) в Гродненской области функционирует 421 детское дошкольное учреждение.

Первая санаторно-лесная школа-интернат начала функционировать с 1969 г. в д. Озеры Гродненского района, где оздоравливались дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (сколиоз). В дальнейшем были открыты: санаторно-лесная школа в дер. Верейки Волковысского района (1979г.) для детей с патологией дыхательной системы, в г. Слониме (1979 г.) для оздоровления детей с хронической гастродуоденальной патологией, в г. п. Зельва (1980 г.) для детей с патологией органов кровообращения. В связи с ростом и хронизацией заболеваний органов пищеварения в 1988 г. была переспециализирована для этих целей санаторно-лесная школа в Поречье Гродненского района. Каждая школа была рассчитана на 175

детей. Набор детей велся областной санаторно-отборочной комиссией. На сегодняшний день продолжают работу озерская, поречская и зельвенская (22.04.1964 года как школа-интернат, в 1980 году была реорганизована в санаторно-лесную школу) санаторно-лесные школы-интернаты. Кроме того, для лечения детей возле г. Дятлово открыто (1994г.) круглогодичное детское отделение «Боровичок» филиала «Санаторий «Радон» на 176 мест.

В послевоенный период в Республике зарождаются некоторые виды специализированной помощи и на Гродненщине 1 августа 1945 г. открыт онкологический кабинет со стационаром на 10 коек, который с 1946 г. стал областным онкологическим диспансером. Открываются первые специализированные стационарные отделения и кабинеты (неврологическое отделение (1946 г.) при 1-й Гродненской городской больнице, ведется урологический амбулаторный прием (1951 г.) в Гродно, Лиде, Волковыске, Щучине, развивается детская хирургия, в 1946 г. в Гродненскую область прибыло три демобилизованных офтальмолога (такое же количество окулистов было в г. Гродно в 1940 г.). Тогда же открыты глазные кабинеты в поликлиниках Гродно, Лиды, Волковыска).

К концу первой послевоенной пятилетки (в 1949 г.) открывается областной физкультурный центр при 1-ой городской поликлинике. Это была комната на стадионе «Локомотив», где проводились медицинские осмотры занимающихся спортом, оказывалась неотложная помощь спортсменам. С 1 апреля 1950 года областной физкультурный центр переименован в областной врачебно-физкультурный диспансер. Новое здание диспансера введено в строй 01.03.1981 года.

В 1945 г. в Гродно была создана областная станция переливания крови. В послевоенные годы благодаря высокому патриотизму населения, активно вступавших в ряды доноров, станция переливания крови значительно увеличивала заготовку донорской крови и успешно выполняла задачу снабжения ею лечебные учреждения города. В 1947 г. организована выездная бригада по заготовке донорской крови. В этом же году на базе Ошмянской центральной районной больницы открыто первое, в сельской местности, отделение переливания крови. С 1966 г. во всех районах Гродненской области при райбольницах открываются отделения переливания крови, а в г. Слоним (1966г.) и г. Лида (1967 г.) открыты станции переливания крови.

С образованием в 1944 г. Гродненской области, по мере формирования в ней правовых структур, судебно-медицинские экспертизы проводились врачами-экспертами (представителями различных медицинских специальностей). В 1948 г. наиболее сложные экспертизы стал проводить прибывший в Гродно единственный судебно-медицинский эксперт А. М. Борков.

В 1957 г. создается бюро судебно-медицинской службы области, в составе которого стали функционировать морг и амбулатория (в областном центре), а также Лидское, Новогрудское, Слонимское и Волковысское межрайонные отделения судмедэкспертизы. Первым начальником бюро был судмедэксперт А. В. Лычковский. С 1964 г. функционируют судебно-химическое и судебно-гистологическое отделения. А в соответствии с требованиями приказа МЗ СССР №166 от 10.04.1962 г. к 1971 г. судебно-медицинская служба области была полностью укомплектована с соблюдением организационно-штатных нормативов. В 1980-1990 годы функционировало 7 межрайонных отделений (Гродненское, Щучинское, Лидское, Волковысское, Ошмянское, Новогрудское, Слонимское), судебно-медицинская лаборатория, в состав которой входит: биологическое отделение, физико-техническое отделение, химическое отделение. В 1994 году открыто Сморгонское районное отделение. В 2000 году открыто Мостовское районное отделение. В 2010 функционирует 10 межрайонных (районных) отделений: отдел общих экспертиз (г. Гродно), Лидское МРО, Волковысское МРО, Новогрудское МРО, Ошмянское МРО, Щучинское РО, Слонимское РО, Сморгонское РО, Дятловское РО, Мостовское РО; отдел амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз (ОАСПЭ) и 2 отделения ОАСПЭ (г. Слоним, г. Лида); отделение медицинской криминалистики, контрольно-методическое отделение, судебно-биологическая лаборатория, судебно-генетическое отделение, судебно-химическая лаборатория, судебно-гистологическая лаборатория.

С 1948 по 1950 гг. в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения СССР №870 в области было проведено объединение больниц и поликлиник (95,8%). Осуществлялось упорядочение сети и введение единой номенклатуры лечебно-профилактических учреждений. Одновременно в городах утверждался участково-территориальный принцип, формировались единые врачебные участки (по нормативу два терапевта на 3000 взрослых и один педиатр на 1000 детей). В 1951 г. участковость составила 60%. Врачи

работали по трехзвеневой системе (стационар-поликлиника-обслуживание на дому), в дальнейшем она была заменена на двухзвеневую (поликлиника-участок и реже стационар-участок). В этот же период отмечался рост числа коек. Медико-санитарный Совет областного отдела здравоохранения Гродненского облисполкома принял решение об открытии областной больницы. Это решение было узаконено приказом № 227 заведующего облздравотделом от 13 октября 1949 года, об открытии в г. Гродно областной больницы на базе уже существующей 2-ой городской, которая располагалась в занеманской части города в жилом корпусе монастыря францисканцев, сооруженного в XVII веке.

С 1952 года в стране внедряется диспансерный метод наблюдения за сельским населением. 22 сентября 1961 г. в г. Гродно открыт Гродненский областной эндокринологический диспансер, областной психоневрологический диспансер (1962).

В 1954 году после укрупнения областей Белорусской ССР к Гродненской области присоединили участки расформированных Молодечненской и Барановичской областей, и она приобрела современные очертания. Первоначально входивший в состав Вилейской и Молодеченской областей, Ошмянский район включен с 20 ноября 1960 года в Гродненскую область.

В истории здравоохранения Гродненской области очень значимым и важным является период шестидесятых годов. Очень слабой в то время была материально-техническая база. Так, на 10 тыс. населения в Гродненской области в 1959 г. приходилось 58,2 коек (в БССР – 63,8; СССР – 76,2). Явно недостаточной была и обеспеченность населения Гродненской области медицинскими кадрами. В 1959 г. на 10 тыс. населения приходилось 10,4 врачей и 47,7 среднего медперсонала. В БССР – 14,3 врача и 49,9 средних медработников, в СССР – соответственно, 17,9 и 59,1. Очень остро стоял вопрос о подготовке врачей узких специальностей, которыми не были укомплектованы медицинские учреждения. Не менее трудное положение сложилось с укомплектованием медицинских учреждений средними медработниками. Так, в 1963 г. из 393 ФАПов Гродненской области полностью укомплектовано было лишь 94.

Постановлением Совета Министров БССР №541 от 9 августа 1958 г. и приказом Министерства здравоохранения БССР №75 от 14 августа 1958 г в целях улучшения работы здравоохранения, обеспечения подготовки медицинских кадров и научных

исследований в городе Гродно был создан государственный медицинский институт с приемом в 1958/59 учебном году 250 студентов.

Кроме этого, в этот период для подготовки квалифицированных средних медицинских специалистов было принято решение о дополнительном создании медицинских училищ. Постановлением Совета Министров Белорусской ССР от 27.06.1964 г. №34 «Об увеличении подготовки средних медицинских кадров» начата подготовка данной категории специалистов в филиалах медицинских училищ при городских и районных больницах, что должно было исправить допущенную ошибку в планировании потребностей в среднем медицинском персонале. На базе городских и районных больниц (1964) работали Слонимское (Волковысская районная больница), Желудокское (Мостовская больница Волковысского района) (1944-1976), Юратишское (Ошмянская районная больница) (1945- 1975) и Островецкое медицинские училища (1964-1970) году. В 1975г. открылось медицинское училище в Гродно (в 2000 г. – училище преобразовано в медицинский колледж).

В середине 1960-х гг. меняются границы районов, а значит и численность населения, увеличивается количество медицинских учреждений.

В связи с упразднением Барановичской области (Постановление Президиума Верховного Совета БССР от 08.01.1964 года) Слонимский райздравотдел вошел в непосредственное подчинение Гродненского областного отдела здравоохранения Министерства здравоохранения БССР, а с ним и все медицинские учреждения Слонимщины.

Анализ исторических документов позволяет утверждать, что в период 1960-1990 гг. на Гродненщине планомерно развивалась сеть лечебно-профилактических учреждений, были сформированы организационные основы их работы, обеспечен принцип общедоступности их работы и общедоступности медицинской помощи, осуществлялось приближение медицинской помощи к сельскому населению, почти в каждом сельском совете был ФАП, средний радиус врачебного участка составил 8 км. Необходимо также констатировать производившийся вывод ФАПов из арендованных помещений, укрупнение участковых и районных больниц, улучшение комплектования их медицинскими кадрами и оснащение

медицинским оборудованием. На сельских врачебных участках организовывались детские консультации.

В 1960-е годы в области реализовался принцип преимущественного медицинского обслуживания работающих (возможность получения медицинского обследования по месту жительства и работы). Создаются здравпункты на промышленных предприятиях, формируется цеховая медицинская служба, медико-санитарная часть производственного объединения «Азот».

В деятельности учреждений здравоохранения стали использоваться (1970-е) принципы научной организации труда с учетом экономической эффективности, внедрялась (1968) вычислительная, а затем (конец 1980-х) компьютерная техника.

С 1983 г. в Белоруссии поэтапно стала вводиться всеобщая диспансеризация населения. Уже в 1984 г. в экспериментальном и небольшом по численности Свислочском районе Гродненской области наблюдением было охвачено 98% населения. В ходе этой работы в области были сформированы (1984) советы по всеобщей диспансеризации, предложен (1984) медицинский паспорт, организованы отделения профилактики (в 1984 г.), применена (1985) электронно-вычислительная техника.

В 1970-е годы структуре учреждений здравоохранения формируются территориальные медицинские объединения, в состав которых входят взрослая и детская поликлиника, женская консультация. В 1977 г. в 1-й поликлинике г. Гродно открыт кардиологический кабинет. С этого же времени стали формироваться кардиологические отделения в 1-й и 2-й Гродненских городских больницах. Кардиологические койки также были развернуты в Лидской и Слонимской районных больницах. К 1984 г. в г. Гродно и Гродненской области уже насчитывалось 340 кардиологических коек (занятость койки 357,8; оборот койки – 18,9; средняя длительность пребывания на койке – 19,0; летальность – 1,98%).

Значительным событием в дальнейшем развитии кардиологической службы Гродненской области явилась организация (сентябрь 1981) Гродненского областного кардиологического диспансера, первоначально диспансерно-поликлинического отделения, а с сентября 1984 г. и стационара из двух отделений (кардиологического и хирургического) на 135 коек. В 1987 г. были открыты отделения сосудистой хирургии, анестезиологии и реанимации. С этого времени начали успешно осуществляться

оперативные вмешательства у больных с аритмиями (временная и постоянная электрокардиостимуляция), операции на магистральных сосудах, развивается кардиохирургия.

На фоне общего снижения заболеваемости и смертности от экзогенных причин в Белоруссии значительно возрос удельный вес врожденных и наследственных болезней. В связи с этим для ранней диагностики и профилактики данной группы заболеваний во всех областных центрах были организованы консультативные кабинеты по медицинской генетике. Такой кабинет в г. Гродно организован в январе 1983 г. при второй детской поликлинике в составе врача-цитогенетика. Был налажен ежедневный прием больных с наследственной и врожденной патологией, осмотр врачом-генетиком новорожденных детей в родильном доме и детской больнице, внедрен цитогенетический метод в практическую медицину.

Вводятся в строй новые лечебные учреждения, в частности Медсанчасть Производственного Объединения «Азот» – 4 городская клиническая больница» (1989г.).

После образования Республики Беларусь (1991 г. как самостоятельного государства произошли радикальные изменения в государственном устройстве страны, в том числе и реформы в системе здравоохранения.

В начале 2000 гг. все ТМО преобразованы в учреждение здравоохранения «Центральная районная больница».

В период с 2002 года по 2004 год сельские участковые больницы реорганизованы во врачебные амбулатории, количество ФАПов сократилось.

Медицинские учреждения области пополнились медицинским, диагностическим оборудованием, новыми медикаментами. Все это сказалось на улучшении пребывания больных в лечебных учреждениях, улучшились возможности диагностики и лечения заболеваний.

На сегодняшний день в системе здравоохранения Гродненщины, а это 75 государственных лечебно-профилактических организаций работает 6193 врачей и 1400 средних медицинских работников. Обеспеченность населения врачами составляет 59,6, а, средними медицинскими работниками 137,3 на 10000 человек.

Литература

1. 200 лет государственной службе управления здравоохранением Гродненщины: Материалы научно-практической конференции / Управление здравоохранения Гродненского облисполкома. Гродненский государственный медицинский университет; ред.кол. Е. М. Тищенко (отв.ред.) и др.. – Гродно, 2002. – 211с.
2. Акушерско-гинекологическая помощь на Гродненщине: история и современность. Монография / В. А. Лискович [и др.] . – Гродно: ГрГМУ, 2005. – 624 с.
3. Актуальные вопросы медицины: материалы научно-практической конференции, посвященной 65-летию УЗ «Городская клиническая больница №2 г.Гродно», 30 октября 2009 г. / отв.ред. В. И. Шишко. – Гродно: ГрГМУ, 2009. – 300с.
4. Актуальные проблемы профилактической медицины. История санэпидслужбы Гродненской области. Материалы научно-практической конференции, посвященной- 70-летию санэпидслужбы Республики Беларусь и 50-летию санэпидслужбы Гродненской области, Гродно, 1996 г. – 134 с.
5. Актуальные вопросы современной медицины / Сборник научных трудов, посвященный 200-летию узловой клинической больницы г. Гродно. – Гродно, 2002. – 624 с.
6. Историко-медицинские памятники и здравоохранение Гродненщины: Тезисы докладов научной конференции, посвященной 500-летию Ф.Скорины (Гродно, 20 сентября 1990 г.). – Гродно, 1990. – 132 с.
7. История медицины и здравоохранения Гродненщины: материалы научной конференции, посвященной 125-летию Общества врачей Гродненской губернии. Часть 2. / гд.ред. Д. А. Маслаков. – – Гродно: ГрГМИ, 1995. – 84с.
8. Тищенко Е. М. Здравоохранение Белоруссии в XIX-XX веках: Монография. – Гродно, 2003. – 269 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ В МЕДИЦИНЕ

Бойко С. Л., Нерад Н. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме: в статье затрагивается тема профессиональной деформации личности медицинских работников, рассматривается ряд факторов риска формирования дезадаптивных состояний личности врачей. Прослеживается интерес к данной теме в современной мировой науке. В статье проанализирован ход выполнения мероприятий по реализации Концепции создания центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников в ГрГМУ.

Ключевые слова: профессиональная деятельность, медицинские работники, факторы риска, профессиональная деформация

PROFESSIONAL RISKS IN MEDICINE

Boyko S.L., Nerad N.V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary: The article is devoted to the topic of professional deformation of the personality of medical workers, considers a number of risk factors for the formation of maladaptive states of the doctors personality. The interest in this topic in modern world science is established. The article analyzes the implementation of measures to implement the Concept of creating centers for monitoring professional risks and psychological support of medical workers in GrSMU.

Keywords: professional activities, medical workers, risk factors, professional deformation

Высшей ценностью человечества являются жизнь и здоровье каждого отдельного человека.

Обеспечить сохранность жизни и здоровья, в первую очередь, – задача медицинских работников. Профессиональная деятельность медиков сопряжена со значительной опасностью для собственного здоровья. При выполнении своего профессионального долга медицинские сотрудники сталкиваются не только с вредными условиями труда, но и с высокими психоэмоциональными, физическими и интеллектуальными нагрузками. Но этот риск зачастую недооценивается или игнорируется, поскольку правовые и деонтологические нормы требуют от медицинских работников реализации прав и интересов пациентов независимо от каких-либо обстоятельств.

Эти факторы свидетельствуют о наличии профессиональных рисков, приводящих к профессиональной деформации личности.

Профессиональная деформация – это изменение качеств личности человека, которые появляются в процессе длительного занятия определенной профессиональной деятельностью.

Причин для профессиональной деформации множество, вот основные из них:

- 1) монотонность работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным.
- 2) вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания.

- 3) строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения.
- 4) напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм.
- 5) нехватка условий для самовыражения личности на работе.
- 6) работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования.
- 7) неразрешенные личностные конфликты.

Относительно профессиональной деятельности медицинских работников можно выделить группу факторов риска формирования дезадаптационных состояний личности. Условно их можно представить в виде следующих групп: социальные, деятельностные, субъектные, индивидуально-личностные.

1. Социальные факторы риска связаны с низкой оценкой значимости труда, определенными трудностями в реализации непрерывности послевузовского образования и др.

2. Деятельностные факторы связаны с тем, что профессиональная деятельность медицинских работников связана с наличием высокого уровня вредности и опасности (возможность заражения инфекциями, работа с токсичными лекарственными средствами, психо-эмоциональное напряжение); часто работа не ограничена временными рамками непосредственного рабочего времени (работают на полторы ставки, фактическое время работы превышает установленное) и т.д.

3. Субъектные деформации, связанные с психологическими особенностями личности: темпераментом, характером, способностями. Наличие профессионально важных качеств, которые являются необходимыми для профессионализации. Высокие требования к коммуникативному и организаторскому потенциалу специалиста.

4. Индивидуально-личностные факторы приводят к заострению или возникновению акцентуаций, например, сверхответственность, сверхчувствительность, гиперактивность, трудовой фанатизм, профессиональный энтузиазм и другим.

Следствием всех этих деформаций являются психическая напряженность, конфликты, кризисы, снижение продуктивности профессиональной деятельности личности, неудовлетворенность жизнью и социальным окружением.

В последнее время наблюдается тенденция в изучении различных факторов риска, приводящих к профессиональной деформации специалистов здравоохранения, и психологический фактор занимает лидирующие позиции.

В современной мировой науке проблема профессиональных психологических рисков в деятельности медицинского персонала сравнительно слабо разработана как в теоретико-методологическом и эмпирическом плане, так и в методическом аспекте. Во многом это объясняется тем, что все реальное разнообразие негативных психических состояний и изменений личности медицинского работника, прямо или косвенно обусловленных условиями его профессионального труда, зачастую сводится к синдрому эмоционального выгорания (МКБ-10: Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни»). По данным разных исследований, этот синдром действительно присущ 30-65% медицинских работников, имеющих профессиональный стаж 5 и более лет (Скугаревская М. М., 2002; Рыбина О. В., 2005; Бабанов С. А., 2012; Бердяева И. А., Войт Л. Н., 2013), однако наряду с данной формой профессионально-психологического нездоровья у представителей медицинского труда выявляются и многие другие разновидности профессионально-обусловленного психологического неблагополучия, в том числе: субъективная неудовлетворенность работой и карьерой; субъективное отчуждение от работы; синдром бессмысленности профессии; негативное оценочное отношение к себе как профессионалу (негативное профессиональное самоотношение); внутриличностные конфликты типа «работа-семья»; личностно-ролевой конфликт, или профессиональная неконгруэнтность; профессионально-обусловленный дисстресс; профессиональный цинизм, или девальвация профессиональных ценностей; профессионально-обусловленные деформации и деструкции личности т.д. (Карпинский К. В., 2014, 2017).

С учетом вышесказанного Министерством здравоохранения Республике Беларусь утверждена Концепция создания центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников, а пилотные проекты выполняются в Минской, Гродненской и Брестской областях (Приказы Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1191, от 04.01.2019 № 9-27/149, Приказ

УО «Гродненский Государственный Медицинский Университет» №39 от 07.02.2019).

Суть новации – помочь работникам системы здравоохранения в предупреждении и решении различных психологических проблем, возникающих по ходу их деятельности. Причем акцент сделан именно на профилактику. Ожидается, что в перспективе центры мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников откроются в 17 медицинских колледжах, в 4 медицинских вузах, в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Целевой группой республиканской системы Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников являются руководители организаций здравоохранения, врачи-специалисты, провизоры-специалисты, врачи-интерны, ординаторы, аспиранты, средний медицинский, фармацевтический персонал, студенты, обучающиеся колледжей.

В задачи Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников будет входить: проведение психологического отбора кандидатов к занятию руководящих должностей; выявление лидерских качеств, организаторских способностей и способностей принятия управленческих решений; проведение психологической диагностики; индивидуальное консультирование; выявление профессиональных деформаций и их коррекция; выявление «проблемного персонала» и профессиональных стрессоров; оценка «внутренней» среды организаций здравоохранения, изучение психологического климата в медицинских коллективах; выявление риск-факторов в производственной среде и объективных затруднений в работе; проведение тренингов по освоению принципов бесконфликтного общения, а также профилактики возникновения синдрома эмоционального выгорания и при необходимости психологическая коррекция; проведение тренингов по овладению и развитию умений и навыков саморегуляции, стрессоустойчивости; разработка алгоритмов общения (скриптов) с пациентами их родственниками, коллегами, руководителями, как по телефону, так и лично; разработка программ индивидуальной (коллективной) психологической коррекции выявленных риск-факторов с целью минимизации их

влияния на медицинских, фармацевтических работников и морально-психологического климата в медицинских коллективах.

Информация размещена на сайте ГрГМУ: http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/kafedry_40/centr_monitoringa_profess_riskov/.

По итогам реализации двух этапов концепции в ГрГМУ создан действующий Центр мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников. Проработаны и систематизированы возможные методы психологической диагностики по трем выбранным направлениям: профориентация, лидерство и профессиональные психологические риски. Предложения высказаны на заседаниях рабочей группы, согласованы с главным внештатным специалистом по психологии и психотерапии Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Коллективом ГрГМУ подготовлен проект учебно-методического пособия «Практикум по управлению конфликтами» под общей редакцией доктора медицинских наук Сурмач М. Ю. В пособии излагаются психологические и организационные аспекты конфликта, особенности конфликтов в системе здравоохранения. В практическом ракурсе изложены аспекты управления конфликтом. Пособие может быть рекомендовано к использованию при изучении дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» студентами медицинских университетов для всех профилей субординатуры по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело», специальности 1-79 01 02 «Педиатрия», а также в последипломном образовании в здравоохранении. Разделы «Классификация коммуникаций», и «Конфликт в сфере управления» подготовлены при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ №Г19-061, «НАУКА-2019»). Так же учебно-методическое пособие может быть полезно для специалистов Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников, а также для руководителей здравоохранения, психологов учреждений здравоохранения.

Литература:

1 Карпинский, К. В. Личность профессионала в современном мире : моногр. / отв. ред. А. Л. Журавлев, Л. Г. Дикая ; Ин-т психол. РАН. – М. : Ин-т психологии РАН, 2014. – 942 с.

2 Карпинский, К. В. Психология профессиональной успешности : моногр. / К. В. Карпинский, Т. В. Гижук. – Гродно : ГрГУ, 2017. – 169 с.

3 Кульпанович, О. А., Сложность, ответственность и напряженность труда врачей (по данным анкетирования организаторов здравоохранения)/ Кульпанович О. А., Щавелева М. В., Калинина Т. В., Мещеряков Ю. В., Панулина Н. И., Соколов А. Ю. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 3. – С. 38-43.

4 Щавелева, М.В. Выраженность синдрома эмоционального выгорания у врачей-организаторов здравоохранения / Щавелева М. В., Шваб Л. В., Байкова И. А. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №3. – С. 73-77.

5 Ясько, Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций / Ясько Б. А. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 304 с.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА КИТАЯ В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА С РЕСПУБЛИКОЙ БЕЛАРУСЬ

Сирицына Ю. Ч., Бут-Гусаим В. В., Ярош А. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Международное сотрудничество играет важную роль в развитии любой страны. В последнее время Республика Беларусь активно расширяется сотрудничество с Китайской Народной Республикой.

Ключевые слова: Китай, международное сотрудничество, традиционная медицина.

MEDICINE OF CHINA IN THE FRAMEWORK OF INTERNATIONAL COOPERATION WITH THE REPUBLIC OF BELARUS

Sirytsyna Y., But-Husaim U., Yarosh A.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Abstract. International cooperation is an important aspect in the development of any country. Recently, the Republic of Belarus has been actively expanding cooperation with China.

Keywords: China, international cooperation, traditional medicine

На 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 25 мая 2019 года была утверждена Международная классификация болезней

11-пересмотра /ICD-11/, в которую впервые вошли главы по народной медицине, берущие начало от китайской традиционной медицины. Это представляет важный шаг на пути интернационализации народной медицины Китая. По сведениям, полученным от Государственного управления по делам традиционной китайской медицины, отечественная народная медицина уже стала характерной визитной карточкой Китая в международных обменах и сотрудничестве. На сегодняшний день китайская традиционная медицина распространена в 183 странах, подписаны соглашения о сотрудничестве в области народной медицины с более чем 40 странами, включая правительства иностранных государств, районы и организации, а также учреждена серия центров китайской традиционной медицины в рамках инициативы «Пояс и путь». В более 30 странах открыты сотни учебных заведений, обучающих народной медицине Китая, а вопросы относительно китайской народной медицины активно обсуждаются в рамках переговоров между Китаем и 14 странами о зонах свободной торговли с целью снижения порога для доступа на рынки лекарственных средств традиционной медицины Китая и сокращения торговых барьеров. Китайская народная республика ведет тесное сотрудничество в вопросах медицины на высоком уровне с США, Россией, Великобританией, Германией, Францией, Канадой, Италией и другими странами. Также между Китаем и Республикой Корея, Сингапуром, Малайзией учреждены двусторонние механизмы межправительственных заседаний по вопросам сотрудничества в области традиционной медицины. Кроме того, сотрудничество Китая с Всемирной организацией здравоохранения, Международной организацией по стандартизации, странами Центральной и Восточной Европы, Ассоциацией государств Юго-Восточной Азии, Шанхайской организацией сотрудничества, странами BRICS непрерывно укрепляется в вопросах разработки государственной политики, ведения научных исследований, стандартизации в области традиционной медицины и иных сферах.

Развитие отношений с Китаем является важнейшим направлением внешней политики Беларуси. За последнее время активизировались двусторонние визиты между странами, как на самом высоком уровне, так и между органами государственного управления, субъектами хозяйствования, общественными объединениями. Все это дает положительные результаты. Несмотря

на мировой финансово-экономический кризис, Беларусь и Китай не допустили большого спада в торгово-экономических отношениях.

Китай заинтересован в укреплении сотрудничества с Беларусью в сфере медицинского туризма, сообщил представитель Государственного комитета по делам здравоохранения КНР Чжан Мэн на встрече с министром здравоохранения Беларуси Валерием Малашко в Минске. Стороны обсудили перспективы, которые открываются с началом программы по лечению китайских детей в Беларуси. Для прохождения медицинской реабилитации в начале сентября 2018 г. в Республику прибыла первая группа. Курс в Республиканской детской больнице медицинской реабилитации продлился 20 дней. Специалистами центра была разработана каждому ребенку индивидуальную программу в зависимости от состояния здоровья.

Перед поездкой представители китайской стороны интересовались в белорусском посольстве в Китае в целом о здравоохранении Беларуси. Цель визита – ознакомиться с деятельностью ведущих детских центров по лечению и реабилитации, а также укрепить взаимоотношения между организациями здравоохранения и наметить пути сотрудничества. Министерство здравоохранения РБ ответственно подошло к организации визита детей из Китая. По словам Валерия Малашко, белорусская сторона сделала все возможное, чтобы лечение пациентов с достаточно серьезными патологиями было успешным. Кроме того, Министерство здравоохранения РБ приняло делегацию коллег из сферы здравоохранения. Китайские специалисты посетили несколько республиканских научно-практических центров, чтобы определить, детей с какими патологиями целесообразно направлять на лечение в Беларусь. "Наши учреждения соответствуют мировому уровню. Не сомневаюсь, что инспекция закончится успешно и мы сможем предоставлять медицинские услуги детям и с онкологическими заболеваниями, и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата", – сказал министр. Валерий Малашко выразил уверенность, что выработанная стратегия взаимодействия в области оказания медпомощи китайским детям ляжет в основу работы с взрослыми пациентами. Беларусь готова предоставлять медицинские услуги китайским гражданам.

Региональная политика Беларуси должна быть направлена на эффективное использование возможностей областей и районов с

учетом экономических, человеческих и климатических ресурсов. При этом качество их социально-экономического развития во многом зависит от повышения конкурентоспособности на международном уровне. Здесь важную роль играет интеграция в мировую экономику и сотрудничество с другими странами на общенациональном и региональном уровне. Это предполагает широкое вовлечение областей, районов, малых и средних городов во внешнеэкономическую деятельность.

Согласно Директиве Президента от 31.08.2015 № 5 «О развитии двусторонних отношений Республики Беларусь с Китайской Народной Республикой» в рамках межрегионального развития до 2020 г. предстоит разработать и утвердить на взаимной основе программы сотрудничества областей и белорусских городов с провинциями, автономными округами и городами Китая, предусмотреть реализацию инвестиционных проектов, создание совместных производств и взаимную поставку товаров. В нашей стране уже создана правовая база для налаживания белорусско-китайского регионального сотрудничества. Диалог ведется не только между столицами. В нем активно участвуют наши областные центры совместно с китайскими провинциями. Соглашения между регионами имеют очевидный положительный эффект для различных отраслей экономики обеих стран. За последнее десятилетие подписан ряд соглашений о сотрудничестве, в том числе в торгово-экономической и научно-технической сферах. В настоящее время соглашения о региональном сотрудничестве заключили все 6 областей Беларуси: Брестская область и провинция Хубэй, Витебская область и провинции Хэйлунцзян и Шаньдун, Гомельская область и Внутренняя Монголия, Гродненская область и провинция Ганьсу, Минская область и город Чунцин и провинция Гуандун, Могилевская область и провинции Хэнань и Цзянсу.

Образцом межрегионального взаимодействия можно назвать отношения между Гродненской областью и провинцией Ганьсу. Еще в ноябре 2003 г. между Гродненским отделением Белорусской торгово-промышленной палаты и отделением Китайского комитета содействия международной торговле провинции Ганьсу подписано соглашение о сотрудничестве. В июле 2007 г. подписано соглашение об установлении побратимских отношений между Гродненской областью и провинцией Ганьсу. Новаторским проектом сотрудничества между Гродненской областью и провинцией Ганьсу

является создание комитетом по здравоохранению и больницей китайской медицины провинции Ганьсу в Гродно в феврале 2018 г. центра китайской медицины, а также осуществление обмена в сфере медицины, образования и повышения квалификации кадров. Также активно продвигается идея по установлению побратимских отношений между городами двух стран. Например, такие связи установлены между Слуцком и Увэем, соглашение о намерениях по установлению подобных отношений подписали Гродно и Луннань, о намерениях по установлению партнерских отношений – Брест и Байинь. В рамках межвузовского взаимодействия установлено сотрудничество между Белорусским государственным экономическим университетом, Белорусским национальным техническим университетом и Университетом финансов и экономики Ланьчжоу, Белорусским государственным аграрным техническим университетом и Белорусской государственной сельскохозяйственной академией – с Аграрным университетом провинции Ганьсу.

В связи со стремительным ростом всех сфер национальной экономики спрос на высококвалифицированных специалистов в КНР постоянно увеличивается. Дефицит медицинских работников с учетом освоения новых регионов составляет десятки тысяч. В частности, подписано соглашение между Белорусским государственным медицинским университетом и международным образовательным альянсом "Ассоциация западного и восточного образования" о привлечении китайских граждан на учебу в Беларусь. Интерес к нашим учреждениям образования колоссальный, в первую очередь к Белорусскому государственному медицинскому университету. Белорусский государственный медицинский университет является важным центром обучения и переподготовки китайских специалистов в области здравоохранения. Рассматриваются и другие площадки – Витебский и Гродненский медицинские университеты. Китайская сторона заинтересована и в том, чтобы в перспективе развивать и иные формы сотрудничества, вплоть до открытия китайских институтов на территории Беларуси.

Конечно, интересен и опыт фармацевтики. Развивая собственную фармацевтическую базу, Республика Беларусь опирается и на китайское сырье. Вместе с тем республика может многое дать фармацевтической промышленности КНР, в частности растительное сырье, которое Китай приобретает в Америке.

Кроме того, в Пекине подписаны меморандумы Республиканского Унитарного Предприятия "Медтехноцентр" по вопросу создания совместных производств в Беларуси медоборудования с компанией Biolight Co., Ltd (г. Чжухай) (системы мониторинга пациента) и компанией Medeco Industry Co., Ltd. (г. Шанхай) (операционные лампы, медицинская мебель, рентгеновские аппараты, мониторы пациента, автоклавы). В Республике Беларусь рассматриваются альтернативные пути приобретения медицинской техники, и как вариант, прямые договора с производителями, и в этой части многое уже удалось. Локализация производства целого ряда медицинского оборудования на наших предприятиях позволит своевременно и за оптимальную цену приобретать качественное оборудование.

Также развивается сотрудничество в культурной сфере. Так, вслед за 2018 годом, объявленным «Белорусско-китайским годом туризма», когда страны подписали соглашение о взаимном безвизовом режиме для своих граждан, 2019 год станет годом образования. Он ознаменуется открытием в Беларуси кампуса одного из ведущих китайских университетов. Такое разнообразие указывает на всеобъемлющий характер сотрудничества и свидетельствует о том, что правительства обеих стран стремятся к расширению отношений в различных сферах.

Литература:

- 1 Белорусское телеграфное агентство [Электронный ресурс] / Новости Беларуси. – Режим доступа: <https://www.belta.by/society/view/kitaj-zainteresovan-v-sotrudnichestve-s-belarusju-v-sfere-meditsinskogo-turizma-317249-2018> – Дата доступа: 04.06.2019.
- 2 Посольство РБ в КНР [Электронный ресурс] / Информационный портал. – Режим доступа: <https://china.mfa.gov.by> – Дата доступа 04.06.2019.
- 3 Экономическая газета [Электронный ресурс] / Информационный портал neg.by – Режим доступа: <https://neg.by/novosti/otkrytj/razvitie-mezhregionalnogo--sotrudnichestva-kitaya-i-belarusi> – Дата доступа: 04.06.2019.

КОММУНИКАЦИИ И ИНФОРМАЦИЯ КАК ИСТОЧНИК ДОЛГОСРОЧНОГО КОНКУРЕНТНОГО ПРЕИМУЩЕСТВА

Кульпанович О. А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

Резюме: подтверждением того, что Беларусь привержена традициям просвещения, является организация и представительство медиков Беларуси в престижных выставках и форумах.

Ключевые слова: медицинские выставки, Беларусь, врачи, награды, XIX – XXI.

COMMUNICATION AND INFORMATION AS A SOURCE OF LONG-TERM COMPETITIVE ADVANTAGE

Kulpanovich O.A.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Summary: the organization and representation of Belarusian doctors in prestigious exhibitions and forums is a confirmation that Belarus is committed to the traditions of education.

Key words: medical exhibitions, Belarus, doctors, awards, XIX-XXI.

Большое значение для формирования здорового образа жизни, экспорта медицинских услуг имеют выставки. Подтверждением того, что Беларусь привержена традициям просвещения, является представительство врачей Беларуси в престижных выставках и форумах. Развитие международного сотрудничества медиков, ознакомление с достижениями в медицине и здравоохранении, формирование и укрепление позитивного имиджа здравоохранения Беларуси, коммерциализацию медицинских разработок – вот что, с разных позиций, предоставляют выставки.

Зарубежные выставки, где было активное участие белорусских медиков:

Всемирная выставка в Париже, 1867. Она организована в рамках первого Международного медицинского конгресса в Париже.

Академическая выставка в Париже, 1893.

Антверпенская выставка (Бельгия), 1894.

Всемирная выставка в Париже, 1900.

Международная гигиеническая выставка в Дрездене, 1911.

Представители медицинской общественности вместе с уникальными экспонатами, которые они курировали, являлись не только пассивными зрителями, но и организаторами, участниками, победителями (Караффа-Корбут К.-В. В., Паздзерский К. А., Пастернацкий Ф. И., Лещинский А.-И. Г. И., Сушкевич И. А. и др.).

Инспектор могилевской врачебной управы, губернский врач Палаты государственных имуществ в Могилеве Грабовский Антон Егорович принимал участие в первом международном медицинском конгрессе (Париж, 1867).

Активным субъектом многочисленных западноевропейских форумов был доктор медицины Наркевич-Иодко Сармат-Яков-Сигизмунд Оттонович (1847, имение Турино Игуменского уезда Минской губернии – 1905, имение Над-Неман).

Крупнейшими смотрами новейших достижений науки и практики являлись Всероссийские гигиенические выставки 1893 и 1913 гг. Инициатором и одним из организаторов I Всероссийской гигиенической выставки 1893 года был наш земляк, профессор Пастернацкий Ф. И. (1845, Игуменский уезд Минской губ. – 1902, д. Пятевщина, совр. Минская область). До открытия ежегодной выставки "Здравоохранение Беларуси" оставалось более 100 лет.

На I всероссийской гигиенической выставке 1893 г. похвального отзыва удостоена Могилевская мужская гимназия. Врачом гимназии с 1876 по 1903 годы являлся Коган С.И. (род. 1835).

Следующая Всероссийская гигиеническая выставка (С.-Петербург) состоялась через 20 лет – в 1913 году. Земства, врачи, ученые Беларуси участвовали в данной выставке 1913 г. На форуме был представлен опыт Беларуси в этой сфере. На выставку командированы С.В. Балковец (врач для командировок и губернский санитарный врач Минской губернской врачебной управы), С. И. Дулевич (городской санитарный врач Минска) и Ф. Л. Ульянов (железнодорожный врач Минска).

Витебщину на выставке представлял заведующий санитарным отделением Витебской губернской земской управы Сушкевич Иван Андреевич (р. 1859). «За всестороннюю разработку и освещение на выставке в наглядных материалах вопроса о санитарном состоянии

губернии» Витебское губернское земство наградили большой серебряной медалью. И. А. Сушкевич награжден организаторами выставки золотой медалью.

На Всероссийской гигиенической выставке 1913 г. «за постановку физического воспитания» большой серебряной медали удостоена Бобруйская мужская гимназия. Врач гимназии – Саченко-Сакун Михаил Васильевич (1863, Бобруйск – 1921, Бобруйск).

Масштабным самостоятельным мероприятием стала Большая выставка по гигиене в Гродно, февраль-март 1939 г. На выставке врачами были прочитаны лекции по актуальным вопросам медицины и здравоохранения:

- «Гигиена полости рта и ее влияние на здоровье человека» Ничипорук И. В.
- «Алкоголизм и его последствия» Валежка К.
- «Што такое хваробы грамадства, іх развіццё і ўзмацненне ў Польшчы» Тарасевич-Тарасюк С.
- «Венерические болезни и их последствия для женщин» Хигер А.
- «Заразные болезни и борьба с ними» Мыстковский С.
- «Роля страхавання і здароўе грамадства», «Ці магчыма вылечыць сухоты», «Псіхічныя захворванні і спадчыннасць» Палаш А. и др.

Наиболее престижным конкурсом в науке и других сферах деятельности Советского Союза была Выставка достижений народного хозяйства (ВДНХ СССР) в Москве. Она являлась самым масштабным выставочным комплексом страны. Цель ВДНХ СССР – широкая пропаганда успехов социалистической экономики, сельского хозяйства, быстрое внедрение в практику передового опыта. Чтобы принять участие в выставке, нужно было достичь высоких результатов.

На базе тематических выставок и смотров ВДНХ СССР проводился обмен опытом и обучение работников. Ежегодно на ВДНХ открывалось около 300 выставок и смотров, на которых демонстрировалось более 100 тыс. экспонатов.

Здравоохранение Беларуси всегда было достойно представлено на ВДНХ СССР. За свои оригинальные разработки, инновации врачи, ученые Беларуси заслуженно получали высокую оценку.

Эти имена составляют гордость медицинской науки и практики: Артишевский Л. И. (бронзовая медаль, 1974), Аскерко Э. А. (золотая медаль), Балаклеевский А. И. (медаль), Богданович Л. И. (бронзовая медаль), Бондаренко А. И. (дипломы), Булай П.И. (бронзовая медаль, 1973), Вакульчик В. Г. (бронзовая медаль, 1987), Вдовенко Э. Г. (диплом и бронзовая медаль), Веденский А.Н. (серебряная медаль, 1981), Гнилорыбов Т. Е. (бронзовая медаль, 1969), Гулько И. С. (бронзовая медаль), Дуда И. В. (золотая медаль), Жаворонок С. В. (нагрудный знак «Лауреат ВДНХ СССР» 1974), Жигунов Н. Ф. (Почетный диплом и бронзовая медаль), Жоров И. С. (четырежды удостоивался медалей), Зборовский Э. И. (медаль), Кубарко А. И. (диплом участника выставки и бронзовая медаль, 1969), Матвейков Г. П. (бронзовая (1973) и серебряная (1982) медали), Сидоренко Г. И. (золотые и серебряные медали), Белясова Л. В. (диплом), Катько В. А. (серебряная медаль, 1986), Савченко Н. Е. (золотая медаль, 1973), Мохорт В. А. (серебряная медаль, 1973), Панов В. Г. (бронзовая медаль), Литвяков А. М. (золотая и бронзовая медали, 1974), Марченко В. А. (серебряная медаль, 1989), Белоусов А. С. (золотая (1968) и серебряная (1979) медали ВДНХ), Гольдман И. И. (две медали ВДНХ СССР), Лусто Л. П. (бронзовая медаль, 1980), Мурашов Ю. Н. (бронзовая медаль), Санталова Ф. П. (серебряная медаль), Токаревич И. В. (золотая медаль), Руцкий А. В. (дипломы I степени (1987, 1989, 1991)), Устинович А. К. (дипломы и медали), Лукашевич Г. А. (серебряная медаль, диплом), Гресь А. А. (диплом лауреата НТТМ (Москва, 1973)), Никитенко В. А. (две бронзовые медали), Шадурский К. С. (золотая медаль, 1969), Васильцева А. П. (бронзовая медаль, 1988), Дремза И. К. (диплом), Шейбак М. П. (бронзовая медаль), Артишевский Л. И., Булай П. И., Демидчик Е. П. (бронзовая медаль, 1974), Богданова А. И. (золотая медаль), Новиков Ю. И. (серебряная медаль), Осповат Я. М. (бронзовая медаль), Буглов Е. Д. (три медали), Солонец В. К. (бронзовая медаль), Ушаков А. К. (бронзовая медаль), Чаховский И. А. (золотая и серебряная медали), Вотяков В. И. (серебряная медаль), Кондрусев А. И. (золотая медаль, 1979), Лазюк И. И. (медаль, 1987).

Начиная с 1994 г. главной выставкой страны в области медицины и здравоохранения является ежегодная выставка "Здравоохранение Беларуси". Четверть века она привлекает большое количество участников из Беларуси и зарубежья, которые

рассматривают это событие как ключевое для демонстрации новых достижений и разработок, встреч с партнерами и потенциальными клиентами, общения с врачами и администрациями медицинских учреждений. Тематика включает демонстрацию широкого спектра продукции – от разработок фармпромышленности до предметов ухода и гигиены. Проведение выставки является немаловажной частью процесса совершенствования отечественной системы здравоохранения, позволяющей ознакомить практических специалистов с достижениями медицинской отечественной и зарубежной индустрии, новыми методами диагностики и лечения заболеваний. Доказательством интереса к мероприятию является широкое представительство в 2019 г. участников. 200 экспонентов из 15 стран продемонстрировали инновационные медицинские технологии, наработки, материалы, оборудование и продукцию.

Литература:

- 1 Всероссийская гигиеническая выставка в Санкт-Петербурге // Минские врачебные известия. 1913. - № 8-9. С. 185.
- 2 НИАБ. Ф. 2502. Оп. 1. д. 170.
- 3 НИАБ. Ф. 2502. Оп. 1. д. 529.

**АПТЕКАРЬ ЭДУАРД ИПОЛИТОВИЧ СТЕМПНЕВСКИЙ,
ПРОВИЗОР И ПРЕЗИДЕНТ ГРОДНО (1922-1927)**

Петрище Г. М.

Гродненское торгово-производственное республиканское унитарное
предприятие «Фармация», Гродно, Беларусь

**APTEKARE EDUARD IPPOLITOVICH STEMPEVSKY,
PROVISOR AND THE PRESIDENT OF GRODNO (1922-1927)**

Petrishche G.M.

Grodno Trade and Production Republican Unitary Enterprise «Pharmacy»,
Grodno, Republic of Belarus

Всеу свое время – время жить и время вспоминать людей достойных и красивых за их труд, за славу, за добро! Эти слова можно принять эпитетом к жизнеописанию Эдуарда Ипполитовича

Стемпневского, который внес определенный вклад в развитие аптечного дела на Гродненщине. В статье «Аптекарь Эдуард Ипполитович Стемпневский, провизор и президент Гродно (1922-1927)» освещены перипетии судьбы трудолюбивого, честного аптекаря, исполнявшего свое звание по совести, охарактеризовано не только его участие в организации работы одной из самых старинных аптек Гродно, то и участие в общественной жизни города.

Ключевые слова: аптекарь, аптека, деятель, депутат, президент, театр

В разные времена аптекари были уважаемые и известные люди в Гродно. В частности, членом Гродненской лавы (суд по уголовным делам) был аптекарь Адам Ярошевич. Должность радца (советника) магистрата в Гродно занимал аптекарь Юзаф Прайфз. Членом Лидской городской думы был содержатель аптеки – провизор Э. Качинский и т.д.

Президентом Гродно (1922-1927 гг.) был провизор Эдуард Ипполитович Стемпневский. Об этом благородном аптекаре хочу рассказать несколько подробнее, ибо он оставил свой особый след в истории не только как аптекарь, но и как общественный деятель, один из руководителей городского самоуправления в первой половине XX века.

Родился Эдуард Ипполитович в 1879 году в г. Пинчове Люблинского воеводства Польши. После окончания четырехклассной гимназии в 1895 году принял решение посвятить свою жизнь аптечному делу.

Обучение аптечному делу в те времена осуществлялось через ученичество в аптеке на протяжении трех лет. Аптекарский ученик выполнял самую трудную работу в аптеке: дробление, толчение, изрезывание. Кроме работы в аптеке ученик помогал владельцу вести домашнее хозяйство.

По истечении времени ученичества он сдавал экзамен на звание аптекарского помощника с вручением соответствующего свидетельства. Теперь ему разрешалось носить шпагу или трость, а посетители аптеки обращались к нему уважительно «пан», «господин», «сударь».

Аналогичное обучение на звание аптекарского помощника прошел пан Стемпневский. Некоторое время работал в частных аптеках Польши в данной должности. Затем продолжил обучение в

Варшавском университете и в 1904 году ему было присвоено звание провизора (специалиста с высшим фармацевтическим образованием).

С надеждой открыть или приобрести собственную аптеку он переехал в Гродно в 1905 году и взял в аренду фарную аптеку (бывшую иезуитскую аптеку – ныне аптека-музей). За короткое время он привел аптеку в идеальное состояние. Кроме него в аптеке работали еще 6 фармацевтов и 3 аптекарских ученика. Объем выполняемой работы по приготовлению лекарств для населения увеличился почти в два раза.

Среди жителей города он стал известен как опытный провизор, к нему обращались за помощью как к грамотному, знающему свое дело аптекарю.

Кроме профессиональной деятельности он активно включился в общественную и культурную жизнь города. Он являлся инициатором и учредителем общества любителей драматического и музыкального искусства «Муза», созданного в 1907 году. В число учредителей и членов правления входили также врачи: К. К. Домбровский, С. А. Шумковский, Ю. Ю. Якимович; провизоры Э. И. Стемпневский, А. С. Сонгин. Вместе с Элизой Ожешко он отвечал за работу драматической секции.

Во время Первой мировой войны он был мобилизован и служил в действующей армии сначала в должности младшего фейерверкера отдельного осадного артиллерийского дивизиона по причине отсутствия подтверждения имеющегося образования, а затем, после подтверждения Гродненским губернским правлением по запросу командования наличия фармацевтического образования, продолжил службу с учетом мирной профессии.

После Великой Октябрьской социалистической революции получил возможность оставить службу. Вернулся в Гродно в 1918 году и продолжил работу в аптеке в качестве управляющего аптекой.

Одновременно стал активно участвовать в деятельности польских национальных организаций, был избран вице-председателем Гродненского польского демократического комитета. Под его редакцией начала издаваться польская демократическая газета «Эхо» (ЕСНО – Polski dziennik demokratyczny), с помощью которого он пытался добиться улучшения жизни людей. В Гродно он стал пользоваться «репутацией лояльного, честного, незапятнанного человека». Его избирают неоднократно депутатом городской думы и

членом комиссии магистрата по контролю за торговлей продуктами питания.

В 1919 году в выступлении на сеймике Гродненского повета Э. И. Слемпневский говорил о необходимости установления дружбы между поляками, белорусами и литвинами, между католиками и православными.

В 1921 году Слемпневский был назначен заместителем старосты Гродненского повета, а также избран председателем Гродненского городского комитета общественного призрения.

Возрождает деятельность общества «Муза», является одним из наиболее активных членов правления общества, устраивает литературно-музыкальные представления с целью сбора денежных средства на благотворительные цели. Выступал даже как артист-любитель.



Авторитет среди населения у Эдуарда Ипполитовича растет из года в год. 17 июня 1922 года он одержал победу в борьбе с кандидатами многих политических партий и был избран президентом, или мэром, г. Гродно сроком на пять лет. Победу он одержал в справедливой борьбе с кандидатами многих политических партий. На его плечи легли сложные тяжелые обязанности по нормализации жизни города, восстановлению городского хозяйства, ликвидации разрушительных последствий Первой Мировой войны. Изыскивает средства на нужды здравоохранения, образования и культуры.

Слемпневский содействует открытию в Гродно постоянного театра, исторического музея, музея природы. Способствует изданию журнала «Статистическое обозрение «Гродно», а также созданию «Общества друзей Гродно». При его поддержке проведены мероприятия по благоустройству театральной площади и городского парка. Создан комитет по сбору средств на памятник Элизе Ожешко, который был установлен в 1929 году.

За пропаганду польской культуры президент Польши С. Войцеховский публично выразил Э. И. Слемпневскому глубокую благодарность.

Однако социально-экономическая политика, проводимая в Гродно Слемпневским, отличалась самостоятельностью, имели место

некоторые конфликтные ситуации с Белостокским воеводой. Поэтому он принял решение уйти в отставку, мотивируя невозможностью спокойно работать из-за непонимания со стороны воеводского управления. Свое решение он огласил на заседании городской думы в 1926 году. Большинство депутатов думы положительно оценивали его «многолетний труд для добра и развития города» и не приняли его отставку, мотивируя тем, что «Пан Стемпневский оставил о себе мнение как о человеке учтивом, который работал для добра города, руководствуясь всегда убеждением, что все делает на общественное благо Гродно. Его нельзя упрекнуть, что, занимая положение президента, пользовался этим для своих личных целей или корысти». Стемпневский продолжил работу до окончания срока полномочий.

В сентябре 1927 года общественность города просила его выставить кандидатуру на пост президента на следующий срок, но он отказался.

Неоднократно он избирался депутатом городской думы, активно участвовал в ее работе. Выступал против повышения цен на хлеб в городе, защищал и поддерживал бедняков безработных, доказывал необходимость открытия городского центра здоровья для малоимущих, добивался выделения средств для оказания материальной помощи заключенным, выходящих на свободу и т.д.



Э. И. Стемпневский с женой

При этом продолжал заниматься аптечным делом. Благодаря его трудолюбию, высокому профессионализму руководимая им аптека была лучшей в городе. Его поддерживал и помогал в работе сын Зигмунд Эдуардович Стемпневский, который по настоянию отца также закончил фармацевтический факультет Варшавского университета.

При аптеке был открыт цех по производству газированных вод, которые в то время считались одним из действенных лекарственных средств.

В 1939 году Э. И. Стемпневский, несмотря на преклонный возраст, как офицер запаса был призван в Польскую армию для службы в окружном госпитале. В начале Второй Мировой войны госпиталь отступил из Гродно в Литву, однако на границе персонал госпиталя был интернирован и передан советским властям. Стемпневскому удалось бежать из лагеря и годы войны он провел в Литве. Его сын З. Э. Стемпневский попал в руки НКВД и был расстрелян.

В начале 1944 года Э. И. Стемпневский вернулся в Гродно и работал в своей аптеке, при этом имел связь с польскими и белорусскими партизанами, оказывая им помощь лекарствами.

В мае 1944 года он был арестован немецкими властями и как узник №34519 концлагеря Штуттгоф в Польше погиб, выдержав в лагере только 10 дней.

После окончания войны его семья выехала из Гродно в Польшу.

В память о честном и порядочном аптекаре и президенте города в 2000 году был выпущен почтовый конверт. Его портрет экспонируется в здании Гродненского городского исполнительного комитета.

Литература:

1. Игнатович Ф.И. Аптекарь и мэр, – Гродненская правда, 1999.

ВЕДУЩИЕ УЧЁНЫЕ И ЛИДЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗНЫХ СТРАН МИРА, ЧЬЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СВЯЗАНА С ИСТОРИЕЙ РАЗВИТИЯ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВА, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**КАРПИК АНАТОЛИЙ ИВАНОВИЧ –
ХИРУРГ, УЧИТЕЛЬ И ГРАЖДАНИН**

Полынский А. А., Лосминский А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В данной статье представлена роль профессора Анатолия Ивановича Карпика в развитии здравоохранения Гродненского региона и в подготовке хирургических кадров.

Ключевые слова: А. И. Карпик, хирург, учитель, гражданин, диагностика и лечение тромбоблитерирующих заболеваний.

**KARPIK ANATOLY IVANOVICH –
THE SURGEON, THE TEACHER AND THE CITIZEN**

Polynsky A. A., Losminsky A. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Resume. The role of professor Anatoly Ivanovich Karpik in development of public health services of the Grodno region and in preparation of surgical specialists is presented in the article.

Keywords: A. I. Karpik, the surgeon, the teacher, the citizen, diagnostics and treatment of thromboobliterans diseases.

Карпик Анатолий Иванович родился 12 мая 1922 года в деревне Потрубовщина Белостокской области в многодетной семье. Трудное детство, частые болезни родных, все чаще подвигали его к мысли освоить медицину и стать доктором. В 1950 году его мечта осуществилась – Анатолий Иванович окончил Витебский медицинский институт. Учился самозабвенно и упорно, надеясь

только на себя, потому что выбрал для себя трудную и ответственную профессию хирурга. На распределении сам попросился на Гродненщину, где здравоохранение ещё находилось в стадии формирования, преодолевая послевоенную разруху. Первым местом его работы стал существовавший в то время приграничный Сопотский район и небольшая районная больница, где Анатолий Иванович Карпик заведовал хирургическим отделением, а затем стал Главным врачом и заведующим райздравотделом одновременно. Не хватало медикаментов, инструментария и толковых кадров. В течение 6 лет все пришлось перестраивать и делать самому, в том числе сложные хирургические операции, о которых знал только по учебникам. Собственно, он возродил эту небольшую больницу, где местное население начало получать квалифицированную помощь. О хирурге А. И. Карпике из глубинки и его успехах заговорили в области. В 1956 году его приглашают на должность врача-хирурга 1-й городской клинической больницы в Гродно. Здесь возможностей было больше для расширения общей хирургической практики – больница оказывала в то время плановую и экстренную помощь населению города с различными заболеваниями и на его операционном столе оказывались больные с разного рода заболеваниями, в том числе травматологическими и урологическими.

Накопленный богатый опыт хирурга А. И. Карпика и спектр успешных операций на органах брюшной полости, урологической патологии, лечение артериальных и венозных болезней сосудов нижних конечностей, гнойной хирургии, которые были его «коньком», подсказали дальнейший путь в науку. В Гродно в 1958 году был открыт Гродненский медицинский институт, которому нужны были такие практики. В 1960 году А. И. Карпик избран по конкурсу на должность ассистента кафедры общей хирургии и начинает свою преподавательскую и научную деятельность под руководством заведующего кафедрой профессора Б. И. Клепацкого, не оставляя практику оперирующего хирурга в клинике. Теперь он передает опыт и свои знания будущим студентам хирургам и работает над кандидатской диссертацией по теме «Изучение гемодинамики при тромбооблитерирующих заболеваниях», ставшей главной в его судьбе ученого, которую защищает в 1964 году и становится кандидатом медицинских наук. Дальнейшая практическая и научная деятельность А. И. Карпика проходит в тесном контакте с профессором И. Я. Макшановым. С 1972 по 1980 год – доцент

кафедры и работа над докторской диссертацией, в которой он значительно углубляет и аналитически расширяет границы своей любимой научной темы «Региональная гемодинамика и гистохимические изменения в тканях нижних конечностей при тромбооблитерирующих заболеваниях». А. И. Карпик первым в СССР предложил и внедрил в практику метод электронной ангиотензиотонографии для диагностики и контроля эффективности лечебных мероприятий у больных с заболеваниями сосудов конечностей.

В 1979 году в Вильнюсском университете Анатолий Иванович успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук. В этом же году ему присвоено ученое звание профессора, и Анатолий Иванович избран на должность профессора кафедры общей хирургии. Он врач-хирург высшей квалификационной категории. За свою практику провел более 1000 сложных операций.

А. И. Карпик – автор свыше 30 рацпредложений и более 200 научных работ по актуальным проблемам экстренной и плановой хирургии, 3 монографий. Подготовил несколько кандидатов медицинских наук. Сотни практикующих сегодня хирургов называют его своим главным учителем, так как именно он был требовательным и порой жестким наставником и воспитателем, только так доскональное знание предмета в хирургии позволяет человеку носить звание хирурга и отвечать за жизнь своего пациента.

Анатолий Иванович Карпик участвовал во многих международных съездах и симпозиумах хирургов и имел в этой среде коллег высокое уважение и признание, избирался депутатом районного и городского Совета депутатов трудящихся, награжден медалью «Ветеран труда». В жизни А. И. Карпик был простым аскетичным, но волевым человеком, требовательным к себе и другим. Имел доброе сердце, готов был по первому зову прийти на помощь коллегам и друзьям в любых жизненных ситуациях. Нередко его поднимали среди ночи в будни и праздники, он приезжал в клинику, приходил на помощь коллегам, консультировал и оперировал сложных пациентов и выхаживал их.

Профессор Карпик гордился и тем, что вырастил целую семейную династию врачей: две дочери стали высокопрофессиональными кардиологами, зять пошел по его стопам, защитил кандидатскую диссертацию по хирургии и является

доцентом кафедры общей хирургии ГрГМУ, а внучка стала успешным врачом ультразвуковой диагностики в одной из поликлиник города.

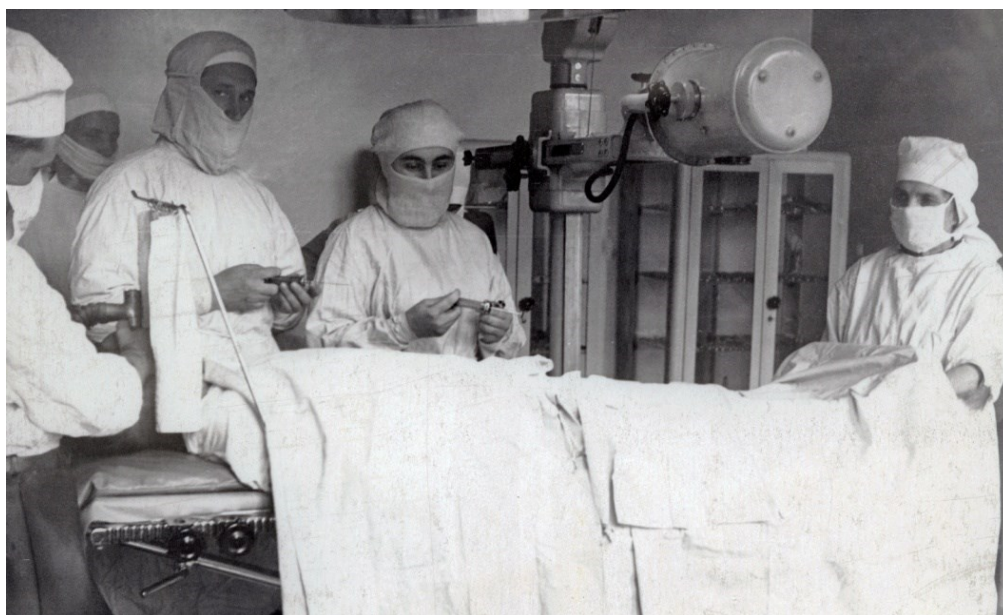
До последнего дня он жил работой. Сердце А. И. Карпика перестало биться 28.02.1995 года. Похоронен на Аллее Славы в Урочище «Секрет» в Гродно.



Профессор А. И. Карпик



Лекцию студентам читает А. И. Карпик



Выполнение первой в области ангиографии

Оперирует профессор А. И. Карпик



Проведение профессорского обхода



А. И. Карпик в экзаменационной комиссии на Государственном экзамене



А. И. Карпик с коллегами по медуниверситету

**ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЛИДИИ ИЛЛАРИОНОВНЫ
ГОКИНАЕВОЙ, ОДНОГО ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ГРОДНЕНЩИНЫ**

**Хворик Д. Ф., Конкин Д. Е., Барцевич И. Г., Ярмолик Е. С.,
Зверко Т. И.**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
УЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Резюме. Данная публикация посвящается одному из выдающихся ученых Гродненщины, профессору Лидии Илларионовне Гокинаевой.

Ключевые слова. Лидия Илларионовна Гокинаева, дерматовенерология, Гродненщина.

**DEDICATED TO THE MEMORY OF PROFESSOR LYDIA
ILLARIONOVNA GOKINAEVA, AS A ONE OF THE FOUNDERS
OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN GRODNO
REGION**

**Khvoryk D. F., Konkin D. E., Bartsevich I. G., Yarmolik E. S.,
Zverko T. I.**

Educational institution
Grodno State Medical University Grodno, Republic of Belarus
UZ "Grodno regional clinical dermatovenerologic dispensary"

Summary. This publication is dedicated to one of the greatest scientists of Grodno region, Professor Lydia Illarionovna Gokinaeva.

Keywords. Lydia Illarionovna Gokinaeva, Dermatovenereology, Grodno.

История древнего Гродно насыщена именами талантливых врачей и ученых-медиков. Вспомним тот факт, что первое анатомо-патологическое вскрытие в Восточной Европе тела короля Стефана Батория, скончавшегося в 1586 году, состоялось в городе над Неманом, или деятельность с 1775 по 1781 годы в Гродно медицинской школы. И как логическое продолжение – появление в 1958 году Постановления Совета Министров БССР и Приказа

Министерства здравоохранения БССР об организации в Гродно государственного медицинского института с приемом на 1958-1959 учебный год 250 учащихся. Это были первые студенты ныне одного из авторитетнейших вузов страны – Гродненского государственного медицинского университета.

В формировании профессорско-преподавательского корпуса института участвовали ученые и врачи из множества Союзных республик бывшего СССР – России, Украины, Прибалтики, Средней Азии. Материально-техническую помощь оказали медицинские институты Минска и Витебска, немало специалистов из этих вузов перебрались для работы в Гродно. Причем отбор проходил на конкурсной основе с повышенной требовательностью к кандидатам. На работу в создаваемый вуз приходили люди, имевшие большой медицинский стаж, прошедшие войну.

Кафедра
дерматовенерологии
не без основания
гордится выдающимся
ученым, по сути,
создателем, данной
кафедры – доктором
наук, профессором
Лидией
Илларионовной
Гокинаевой.



Первый
заведующий кафедрой
тогда еще кожно-
венерических болезней Гродненского медицинского института Лидия Илларионовна Гокинаева родилась 5 апреля 1905 г. в деревне Мезга, в Вологодской области.

Биография этой потрясающей женщины, в своем стремлении к знаниям сопоставима с энциклопедистами прошлых веков, вполне может быть гордостью не только кафедры дерматовенерологии, а всего Гродненского государственного медицинского университета, и при этом послужить основой для сюжета увлекательнейшего романа или кинофильма.

Окончив педагогический техникум на Вологодчине, Лидия Илларионовна работала учителем начальной школы и

воспитательницей в детском доме, затем поступила в Ленинградский институт физической культуры имени П. Ф. Лесгафта. После его окончания, Лилия Илларионовна работала заведующей кафедрой физической культуры Восточного института им. А. Енукидзе, а в 1933 г. стала студенткой 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова, который окончила с отличием и, не остановившись на достигнутом, продолжила образование в аспирантуре на кафедре кожных и венерических болезней у академика Ольги Николаевны Подвысоцкой. Во время Великой Отечественной войны Лидия Илларионовна работала хирургом в блокадном Ленинграде – там и тогда от каждого медика, какой бы он ни был квалификации и специализации, требовалась помощь раненым бойцам: доктор, значит, оперируй! Чудом пережила жуткий, неслыханный в истории человечества голод блокады. Медаль «За оборону Ленинграда» доктор Гокинаева носила с особой гордостью, но как многие, пережившие военную трагедию, не любила об этом говорить.

После эвакуации в 1942 г., Лидия Илларионовна заведовала кожно-венерологическим диспансером, а с 1946 г. продолжила работу на кафедре дерматологии в Ленинграде. В 1949 г. Лидия Илларионовна защитила кандидатскую диссертацию, посвященную этиологии, эпидемиологии и патогенезу пузырчатки новорожденных, а в 1951 г. ее избрали доцентом кафедры кожных и венерических болезней 1-го Ленинградского медицинского института. В 1962 г. доцент Гокинаева блестяще защитила докторскую диссертацию по теме «Специфическое и неспецифическое действие витамина Д₂ на больных туберкулезом кожи», а в 1963 г. – возглавила кафедру кожных и венерических болезней Гродненского государственного медицинского института, которой руководила до 1977 года.

Появление в Гродненском государственном медицинском институте представителя ленинградской интеллигенции сразу обратило на себя внимание. И не только глубокими профессиональными познаниями предмета, которыми обладала первая заведующая кафедрой, но и, в том числе, культурой преподавания. Грамотная, образная, научная и в то же время художественная, впечатляющая речь Лидии Илларионовны увлекала, завораживала студентов. И эту культуру петербургского медика-интеллектуала заведующая кафедрой профессор Гокинаева старалась передать студентам. Профессор-медик, она на

своих лекциях, не отвлекаясь от предмета, могла далеко в мир искусства, человеческих страстей увести студенческую аудиторию, читая стихи о любви, с которой так тесно, увы, соседствуют дерматовенерологические болезни. Рассказывая о сифилисе, вопрошала аудиторию, кто из знаменитых художников страдал этой болезнью,



изобразив себя на полотне, и студенты поражались, узнавая, что это был всем известный Ван Гог. Услышав, что Конан Дойль не только создал образ детектива Шерлока Холмса, но и описал признаки лепры в одном из своих художественных произведений,

студенты узнавали вдруг, что по первой профессии писатель был врачом. А узнав, что Тургенев в рассказе «Живые мощи» дал описание системной склеродермии, студенты яснее понимали что такое – художественный реализм. На лекции профессора Гокинаевой студенты спешили, как жаждущий путник стремится в пустыне к источнику влаги, не в обиду будь сказано всем остальным преподавателям.

По инициативе профессора Гокинаевой были созданы студенческое, областное и городское научные общества дерматовенерологов. В 1965 году при кафедре были открыты аспирантура и клиническая ординатура. С избранием Л. И. Гокинаевой заведующей кафедрой научные исследования были направлены на изучение обмена веществ у больных псориазом, распространенным дерматозом среди жителей Беларуси. Изучались углеводный, белковый и липидный обмены, активность кислой и щелочной фосфатаз в сыворотке крови больных чешуйчатым лишаем. Также было проведено исследование состояния соединительной ткани у больных псориазом, и впервые была применена лидаза для лечения этого дерматоза. Проводилось

комплексное лечение больных псориазом сирепаром и гепарином с учетом функционального состояния печени у больных. Под руководством профессора Л. И. Гокинаевой были защищены 6 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ею написаны более 100 научных работ по многим разделам дерматовенерологии. Много внимания она уделяла учебно-методической работе. С 1967 г. стали проводиться научно-практические конференции клинических врачей по отделам дерматовенерологии. По инициативе профессора Л. И. Гокинаевой на базе кафедры был организован Республиканский семинар по глубоким и поверхностным микозам для врачей санэпидстанций и главных врачей диспансеров республики с выставкой культур с возбудителями глубоких микозов, показом тематических кинолент, клиническими разборами пациентов и практическими занятиями в микологической лаборатории. Под её руководством сотрудники кафедры участвовали в проведении семинаров с медицинскими работниками промышленных предприятий по вопросам профилактики гнойничковых и профессиональных заболеваний. По инициативе Л. И. Гокинаевой на базе кафедры и областного кожно-венерологического диспансера была проведена III Республиканская научная конференция дерматологов, в которой участвовало более 100 врачей. По её инициативе на кафедре был создан один из лучших в Республике муляжный музей для обучения студентов. Около 100 муляжей были сделаны с пациентов, лечившихся в клинике.

Учитывая огромную научную и организаторскую работу, проведенную Лидией Илларионовной, её по праву можно назвать основателем кафедры. Умерла и похоронена легендарная Лидия Илларионовна в Гродно. Это человек, которым кафедра дерматовенерологии будет гордиться всегда. В 2020 году будет отмечаться 115-летний юбилей со дня рождения Л.И. Гокинаевой.

Литература:

- 1 Гакінаева Лідзія Іларыёнаўна // Беларуская энцыклапедыя: У 18 т. Т. 5: Гальцы – Дагон / Рэдкал.: Г. П. Пашкоў і інш. – Мн.: БелЭн, 1997. – 576 с. – С. 441.
- 2 Здравоохранение Беларуси: знаменательные и юбилейные даты. 2010 год / Сост. Н. Ф. Змачинская, Н. С. Шумин. – Минск: РНМБ, 2010. – 177 с.(руск.).

НЕМАТЕРИАЛЬНЫЙ АКТИВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ. ОЦЕНКА ТРУДА ВРАЧЕЙ

Кульпанович О. А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

Резюме. Современные достижения медицины закладывались предыдущими поколениями. Подтверждением того, что Беларусь привержена сохранению традиций и преемственности в развитии, является практика присвоения имен 128 врачей улицам, учреждениям, пароходам и другим объектам (топонимика).

Ключевые слова: врачи, Беларусь, увековечивание, топонимика

HUMAN CAPITAL AS AN INTANGIBLE HEALTH ASSET. ESTIMATION OF DOCTORS' WORK

Kulpanovich O. A.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Modern achievements of medicine were laid by previous generations. Belarus is committed to preserving the traditions and continuity in development, which is confirmed by practice of giving the names of 128 doctors streets, institutions, steamship and other objects (toponymy).

Keywords: doctors, Belarus, perpetuation, toponymy

Человек живет столько, сколько живет память о нем. Человек жив, пока его помнят. А что отбирает история? Сколько память живет? Кто заставляет ее жить? И зачем?

Прошлое не позади нас, оно вокруг нас. Духовная связь поколений является важнейшим условием развития общества. В преемственности заключается будущее страны. В каждом из нас имеется потребность соизмерять свою жизнь с жизнедеятельностью предшественников. История нужна для сохранения личности, самопознания, для того, чтобы понять себя сегодняшних (кто мы есть, где мы? и зачем?). Разрыв с прошлым и будущим, культивирование "вечного настоящего" является признаком

незрелости, упрощенности личности, социума, что облегчает манипуляцию ими. Знание истоков, предшественников формирует национальную, социальную, профессиональную идентичность. История – это возможность абстрагироваться и поменять точку отсчета – взглянуть на сегодняшнюю жизнь как общества, так и профессиональную, личную через призму предыдущего бытия человечества. Это дает ключ к пониманию смысла, цены и масштаба современных персон, событий.

Медицина Беларуси раскрывает нам огромный мир личностей и судеб великих, уникальных и драматичных. Белорусская земля дала немало врачей, свое существование которые посвятили служению людям. Ф. И. Пастернацкий, А. Ф. Недзведзский, И. К. Стржалко, И. У. Зданович и другие были нравственными камертонами общества. Это признанные классики отечественного здравоохранения. Врачи имели огромный авторитет у населения и признание коллег. Это подтверждает практика увековечивания имен 128 белорусских врачей, ученых-медиков в 355 памятном знаковом объекте и в топонимике (проспекты, улицы, набережные, учреждения, скульптуры, стипендии, почтовые марки и т.д.). Фамилии некоторых врачей и ученых увековечены многократно.

Из 355 наименований различных объектов (проспектов, улиц, набережных, учреждений, скульптур и т.д.), в которых увековечены имена врачей Беларуси 125 увековечений (названия проспектов, улиц, марок, растений и т.д.) приходится на 39 профессоров. Остальные 230 увековечиваний посвящены врачам практикующим.

180 наименований объектов (50,7%) – находятся в пределах Беларуси.

89 наименований (25,0%) – это проспекты, улицы, переулки, набережные.

64 наименования (18,0%) – мемориальные доски.

27 наименований (7,6%) – скульптуры.

64 наименования (18,0%) – учреждения (больницы, институты, библиотеки, гимназии, музеи, детский санаторий, школа, ясли-сад, пароходы и т.д.).

38 наименований (10,7%) – аудитории, палаты, койки, стипендии, фонды и т.д.

38 наименований (10,7%) – авторские операции, симптомы, пробы, лекарственные формы.

13 (3,6%) – планеты, населенные пункты, природные объекты, растения.

6 (1,7%) – медали, нагрудные знаки.

11 наименований (3,0%) – почтовые марки, конверты, открытки.

Наименования являются важным информационным и воспитательным инструментом. Практика присвоения имен свидетельствует о корпоративной солидарности врачебного сообщества, народной памяти, состоянии нравственности общества. Индекс наименований показывает самый важный актив здравоохранения – человеческий капитал. Он имеет уникальную ценность и в отличие от других видов активов, не изнашивается с течением времени, а наоборот, улучшает свои качества.

Присвоение имен осуществлялось по инициативе гражданского населения или врачебного сообщества. Обращает на себя внимание издание последователями врача книг, учебников которые авторы посвящали своему Учителю. Ассиметричным ответом нашего времени является практика самовыдвижения, самонаграждения друг друга и саморекламы.

В подавляющем большинстве эти наименования происходили в XIX-начале XX веков. До революции 1917 г. имена выдающихся врачей присваивались в том числе больничным палатам (Макаревич С. В., Валк А. К., Гнедовский Н. Д. и др.) и койкам (Стржалко И. К., Айзенштадт М. П. и др.). Об этом свидетельствовали медные таблички, прикрепленные к именным койкам. На сегодняшний день в отечественном здравоохранении практика именных наименований коек и палат в больницах отсутствует.

Логистика присвоения названий свидетельствует о том, что переименование является важным инструментом перекодировки сознания. В эпоху красной диктатуры на смену памятникам, улицам, названным в честь творцов и созидателей, пришли мемориалы, посвященные вождям мирового пролетариата. Чаще всего это Ленин, Сталин и Дзержинский. Например, больница еврейского благотворительного общества «Линас Гацедек» в 1922 году была переименована и получила содержательное название I-й Советской. Взамен именных коек, палат и операционных в больничном сквере установили бюсты Ленина и Сталина. В настоящее время на территории больницы стоит памятник Ленину. В 1965 г. больница

стала называться 3 городской клинической больницей им. Е. В. Клумова. Сколько продержится это название – покажет время.

Типичная ситуация нового и новейшего времени, когда объект (улица, учреждение и др.), носивший имя врача, переименовывался во вдохновляющее и содержательное типа «переулок Коммунистический» или «улица Базисная первая». После Великой Отечественной войны улица врача Пацевича А.К. (1847, Пружаны – 1928, Пружаны) в Пружанах переименована в Советскую. В Вилейке улица врача Орловского А.А. переименована в улицу Дзержинского.

Утраченные объекты составляют 33 (9,3%) наименования из 355 объектов, которым присвоены имена врачей. Они переименованы или прекратили свое существование.

Вследствие жизненных обстоятельств врачи меняли место жительства. Текущность врачебных кадров традиционно была достаточно высокой. Благодаря существующей практике присвоения имен фамилии врачей Беларуси увековечены в названиях улиц, скверов и др. объектов различных стран. Таким образом, имеется представительство белорусской медицины, а значит, страны за рубежом.

Из 355 наименований различных объектов за пределами Беларуси находятся 108: Россия – 70, Польша – 11, Литва – 9, Израиль – 4, Франция – 3, Украина – 3, Германия – 3, Испания – 2, Австрия – 1, Чехия – 1, Италия – 1.

Имена выдающихся врачей, ученых-медиков, являвшихся уроженцами самого западного региона Беларуси и/или здесь практиковавших, увековечены в различных объектах Гродненской области и/или за пределами страны. Это Бенецкий Ю. Ф., Битнер В.-А. З., Богданов А. А., Жилибер Ж. Э., Кемарский К. С., Маслаков Д. А., Мирончик В. Ю., Ничипорук И. В., Островский Ю. М., Пацевич А. К. Л. Б., Свенцицкий С. К., Соловьев З. П., Снядецкий А., Цехановский Ц. М. и др.

Белорусы, русские, поляки и литовцы считают многих врачей, ученых, организаторов здравоохранения по-настоящему «своими»: Свенцицкий С. К., Пилецкий Я. И., Соловьев З. П., Снядецкий А. и др. Разные люди, разные судьбы... Всех их объединяло желание служить великой профессии врача, и благороднейшей из наук – медицине.

Достижениями Анджея Снядецкого (1768, под Жнином, Быдгощское воеводство, Речь Посполитая – 1838, Вильна, Российская

Империя) гордятся три соседних народа. Свой талант он проявил в разных науках: медицине, химии, биохимии, биологии, педагогике. Всемирно известный врач, химик, биолог, философ и общественный деятель А. Снядецкий родился в Польше, работал в Вильнюсском университете. Похоронен в Ошмянском районе, в деревне Городники. В Городниках было одно из имений рода Снядецких. А. Снядецкий прожил тут 32 года. Здесь росли его дети. Профессор пропагандировал гигиену и диетику, а также физическое воспитание, которое благодаря ему стало проводиться в школах (Jędrzej Śniadecki. O fizycznym wychowaniu dzieci. 1805). До утверждения в 1927 г. в СССР первых обязательных школьных программ по физической культуре для школ оставалось более 120 лет.

Имя Снядецкого носит больница в Минске-Мазовецком (Польша), лицеи в Быдгощи, Кельце, Лодзи, Олыштыне и других городах Польши, Академия физической культуры и спорта в Гданьске, Университет технологии и естественных наук им. Яна и Анджея Снядецких в Быдгоще, премия отделения медицинских наук Польской академии наук (1972), медаль (Польша), аудитория химического факультета Вильнюсского университета (2008), почтовые марки в Литве (2018) и Польше (2018). Имя Анджея Снядецкого носит улица в райцентре Ошмяны Гродненской области Беларуси.

На территории ГУ "1134-й военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь" (военный госпиталь) в сквере центра установлен памятный знак, посвященный погибшим в Великую Отечественную войну воинам-медикам (Гродно, ул. Дзержинского 17), 2013.

Разные люди, разные судьбы... Всех их объединяло желание служить великой профессии врача, и благороднейшей науке — медицине.

Великое прошлое Беларуси учит нас быть людьми, достойными этого величия, помогает понять смысл жизни, сохраняет веру в предназначение человека и будущее страны. Медицина — это люди, выдающиеся, известные и незаслуженно забытые, которые внесли неоценимый вклад в развитие страны, положили свои жизни на алтарь служения отечеству.

Свой талант врачи отдавали во имя народа Беларуси. Они — золотой фонд отечественной медицины, элита интеллигенции.

Смыслом и значением обладает то, что люди оставляют после себя. Цена практик, наук, трудов проверяется на прочность жизнью. Что отберет матушка-история – покажет опыт бытия. Великий судья время просеивает все через сито и расставляет по своим местам. В результате сохраняется сущностное и настоящее.

Наши предшественники помогли обществу измениться, сделали мир просвещеннее и гуманнее. Они вписали свое имя в историю, оставив в качестве завещания богатое нематериальное наследие: уникальные труды, социально значимые мероприятия, способы лечения, идеи, открытия, школы, книги.

В итоге: Лучшее, что предоставляет история – это имя, вдохновляющее своим примером. Нам есть чем гордиться. Давайте жить так, чтобы следующему поколению было за что гордиться нами!

Литература:

- 1 Мінская праўда. 19 жніўня. 1967. № 162. С. 1.
- 2 НИАБ. Ф. 299. Оп. 3. д. 1058; д. 1926. НИАБ. Ф. 299. Оп. 3. д. 2162. Ф. 299, Оп. 4, д. 2004, л. 5.
- 3 Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об увековечении памяти И.И.Здановича» от 26 января 1999 г. № 124.

О ПЕРВЫХ АПТЕКАХ И АПТЕКАРЯХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ГРОДНЕНЩИНЫ

Петрище Г. М.

Гродненское торгово-производственное республиканское унитарное
предприятие «Фармация», Гродно, Беларусь

ABOUT FIRST DRUGSTORES AND DRUGSTORES, INCLUDING THE GRODNO

Petrishche G. M.

Grodno Trade and Production Republican Unitary Enterprise «Pharmacy»,
Grodno, Republic of Belarus

«Кто не помнит своего прошлого, у того нет будущего».

Слова историка XIX века В. О. Ключевского не потеряли актуальность и сегодня, если не стали еще более значимыми. Это

применимо к различным сферам жизни и деятельности, как человека, так и организации. В статье «О первых аптеках и аптекарях, в том числе Гродненщины» описаны малоизвестные сведения о работе первых аптек г. Гродно. Сегодня никто не представляет свою жизнь без аптеки и в повседневной суете мы как-то не задумывался, когда появились первые аптеки, какими лекарствами лечить, кто в них работал, какими секретами мастерства владели аптекари и как передавали свои знания из поколения в поколение. Некоторые вопросы организации работы аптек освещен в статье «О первых аптеках и аптекарях, в том числе Гродненщины».

Аптека, аптекарь, история, врачевание, монастырь, лекарства,
провизор

Cum Deo – С Богом!

Первые аптеки в Европе появились в XI веке при монастырях. Монахи готовили лекарства и бесплатно отпускали их нуждающимся. В это же время вошли в практику рецепты, которые начинались словами «Cum Deo – С Богом!



До XIII века медицина и фармация неразлучны и существуют в одном лице («лечьцы» в Киево-Печерском монастыре).

Благодаря развитию Салернской врачебной школы, расцвет которой приходится на X-XIII века, и которая была первой в Европе, положено начало научному подходу к искусству врачевания. Курс обучения в Салернской врачебной школе включал три подготовительных года и пять лет медицинского образования. Выпускник получал звание магистра или доктора, откуда и пошло использование слова «доктор» в значении «врач». Здесь же была издана первая в Европе «фармакопея» (Антидотарий – сборник противоядий, 1140г.). Тогда же установлены единые единицы веса – гран, равный весу одного пшеничного зерна, скрупул – равнялся 20 гранам, драхма – трём скрупулам, унция – восьми драхмам, что было важно для стандартизации изготовления лекарств.

Объём лекарственных знаний возрос настолько, что одному человеку уже не по силам было освоить и принципы лечения больного, и технику приготовления лекарств.

Начиная с XII-XIII веков в летописях встречается упоминание об аптекарях (apothecaries). Открываются первые аптеки в европейских городах: в Салерно, Толедо, городах Франции, Англии и др. В Лондоне первая аптека открыта в 1345 году. Отныне изучение лекарств, заготовка лекарственных растений, их переработка и извлечение из них действующих вещества, также приготовление простых и сложных лекарств производится только в аптеках, которые становятся лабораториями и мини-фабриками по производству лекарств. Оговариваются правила открытия аптек, регламентируется порядок их работы, а также правила хранения и отпуска ядов, сильнодействующих и «секретных» (патентованных) лекарств. При этом аптеку мог открыть специально обученный специалист, а лекарства могли продаваться исключительно в аптеках. В XIII веке в Европе издаются законы, которые регламентируют права и обязанности и врачей, и аптекарей, устанавливают порядок получения и врачебного, и фармацевтического образования.

Германский Король и Император Священной Римской Империи Фридрих II издал Статут, который разделил профессии врача и аптекаря и указал на опасность их соединения. Отныне врачам запрещалось извлекать прибыль от снабжения пациентов лекарствами и вступать с аптекарями в соглашения, направленные на извлечение прибыли, аптекарям запрещалось лечить.

В XV веке впервые употреблен термин «провизор» (от латинского *provisor* – предвидящий). Врач ставит диагноз, провизор предвидит течение болезни и корректирует лечение лекарственными средствами.

Первая вольная аптека на территории современной Беларуси была открыта в Пинске в 1561 году (В России первая аптека открыта в 1581 году и предназначалась для обслуживания семьи царя Ивана Грозного, для населения в Москве аптека открыта в 1672 г.).

В 1566 году в Берестье открыта аптека аптекарем Станиславом Бобровским. Сохранилось описание аптеки Берестейского аптекаря: три шкафа, два ларя, столик с выдвижным ящиком для кассы, на



окнах железные решетки, рядом с аптекой каменный погреб (По образу и подобию воссоздана атмосфера первой аптеки в кабинете истории аптечного дела на Гродненщине).



Торговый зал аптеки в музее

В Берестье открываются также аптеки в 1577 и 1583 годах.

В XVII-XVIII веках имеет место процесс активного открытия аптек: 1635 год – в Головчине, 1687 год – в Ружанах, 1688 год – в Несвиже, 1697 год – в Слуцке, 1706 год – в Пинске, 1759 год – в Освее, 1761 год – в Полоцке и т.д.

В 1748 году выдано разрешение Грамотой Короля Речи Посполитой на устройство аптеки Яну Давиду Шейбе в г.Минске «для поротования здоровья людей духовного, светского стану, в том городе живущих, как и для всего воеводства Менского», в 1782 году выдано разрешение на открытие публичной аптеки в Менске Андрею Станкевичу для всех жителей города и т.д.

Когда же появились первые аптеки на Гродненщине?

На взгляд некоторых историков, в частности Ю. Ю. Гордеева, профессора Краковской педагогической академии, первые аптеки в Городне появились в XVI веке при



королевском дворе. В 1626 году упоминается аптека в Лиде во дворе Сципионов де Кампо, в 1630 – в Слониме.

Исходя из документов о продаже, в 1642 г. в Городне содержали аптеки: вдова аптекаря Станислава Мержевского-Регина, которую в своё время Мержевский приобрел у наследников аптекаря Вассербаха. Аптека стояла на Рынке (центральная площадь города), а по соседству с ней была другая аптека, принадлежащая аптекарю Станиславу Бельскому.

В 1659 году Гродненский аптекарь Адам Ярошевич купил участок на углу Рынка и Виленской улицы, на нем стояла корчма и каменица, в которой была аптека (скорее всего одна из аптек, упомянутых выше). Адам Ярошевич занимал очень высокое социальное положение – был членом Гродненского магистрата и был достаточно богат – владел также фольварком на Демьяновской улице, который в 1674 году продал иезуитам. Иезуиты в 1687 году основали «фарную» аптеку (ныне Аптека-музей). Собственники каменицы, в которой была аптека Адама Ярошевича, часто менялись, ею также владел Гродненский староста Антоний Тызенгауз. В 1886 году зданием владели Хая Саламоновна Левинсон и Саша Саламоновна Терловская. Некоторое время в этом здании содержал аптеку провизор Кондратович (1894-1900 гг.), а затем Клинковштейн. Имеется сигнатура, которая подтверждает, что с 1903 по 1934 год в нем функционировала «Apteka Kresova D.Klinkowszejna» (Фото 4). Также в этом здании функционировал аптечный магазин Батковского (1894 г.). В настоящее время в этом здании расположен магазин «Ратушный».

С первой половины XVIII века имеются сведения об аптеке Гродненского бурмистра Михаила Календы, которая располагалась на западной стороне Рынка. В 1729 году аптекой управлял аптекарь Давид Хартвих. Михаил Коленда в 1751 году продал свои владения (аптеку, корчму и пекарню) президенту города Сталинскому, который записал аптеку на жену Сюзанну и подписал 2-летний контракт с аптекарем Юзефом Прайзам на аренду этого весьма прибыльного предприятия.

Здание аптеки Сталинского состояло из нескольких помещений: «чаляднага пакоіка ці лабараторыі, тыльнага пакоя, кухні і склепу. Аптэка была багата забяспечана рознымі фармацэўтычнымі алавянымі, масянжовымі, жалезнымі, шклянымі, глінянымі і драўлянымі начыненьямі і прыладамі: бутэльні, слоі, слоікі, алейкі,

ступкі, мензуркі і шалькі. Месціліся яны ў спецыяльных шафах. У аптэцы быў таксама свой «рэцэптурны стол» (Паводле Ю. Ю. Гардзеева).

В актовых книгах городского магистрата второй половины XVIII века встречается имя еще одного аптекаря – королевского советника Годфрида Шмидта. В 1789 году Гродненский магистрат продал ему участок земли за 10000 злотых в самом центре города – на Рынке, а также между Резницкой улицей и Бригитской, где Шмидт организовал «Аптечный огород» и выращивал на нем «заграничные растения»: итальянские укроп, белые лилии, рапронтыку, сунічную спаржу».

В 1774 году в Новогрудке открыл аптеку врач Фридрих Теодор Эмме, который был личным врачом князей Радзивилов.

Как и в Европе в XVII-XVIII веках аптеки создавались также при монастырях и различных духовных коллегиумах:

- в 1639г. – в Глубоком при монастыре кармелиток;
- в 1687г. в г. Гродно открыта аптека при иезуитском коллегиуме (о ней следует говорить отдельно), в настоящее время в ней функционирует «Аптека-музей» НПК «Биотест»;
- в 1740г. аптека открыта в Несвиже при иезуитском коллегиуме, в Березе – при монастыре картезианцев;
- в 1773 году в Щучине открыта аптека пиаров. Инициатором создания аптеки был монах-пиар Д. Бреннет. Он имел фармацевтическое образование. Огромную роль в работе аптеки сыграл профессор Виленского университета С. Б. Юдзилл, который заложил ботанический сад, где выращивал всевозможные лекарственные растения и т.д.

Польские короли покровительствовали католическим и униатским монастырским орденам и своими привилегиями ставили монастырские аптеки в исключительное положение, предоставляя ряд монопольных прав. Так, например, Гродненская иезуитская аптека приносила ежегодно 30000 злотых дохода, 50 процентов которых давала продажа алкогольных напитков, на изготовление которых иезуиты имели монополию.

В аптеке изготавливались как лекарственные формы, так и парфюмерия и кондитерские изделия. Готовых лекарств было очень мало, большинство из них готовилось в аптеках: настои, отвары, порошки, пилюли, суппозитории, пластыри, пастилки, каши, лепешки, мази и т.д. Рецепты были сложные по 5-7 ингредиентов.

Например, рецепт, который рекомендовали графу Тышкевичу от зубной боли: «Ласточкино гнездо прижечь в духовке, чтобы черное стало, в него вложить яйцо в скорлупе, положить по ложке имбиря, постного масла, 3 ложки крепкой водки, ложку соли, перемолоть и пригреть на малом огне, выложить на платок и прикладывать к больным зубам».

Аптечное дело занимало одно из основных мест в профессиональной структуре городов и приносило существенный доход владельцам. Собственники аптек были представителями богатого мещанства. Аптекари же в разное время относились к ремесленникам, торговцам, а в эпоху Возрождения – были научными работниками.

XVII век – «золотой век аптекарей». За период существования Великого Княжества Литовского и Речи Посполитой на территории нынешней Беларуси было открыто 40 аптек, из них в Гродно – 3. Аптеки обслуживали богатые слои населения, лекарства, как правило, приобретались за очень высокую цену городской верхушкой и были практически недоступны «простому люду».

Литература:

- 1 2011. В.В.Кугач «Вестник фармации»;
- 2 2007. Г.В.Годовальников «История лекарствоведения»;
- 3 2011. В.В.Кугач «Вестник фармации»;
- 4 2011. В.В.Кугач «Вестник фармации»;
- 5 2007. Г.В.Годовальников «История лекарствоведения»;
- 6 2014. В.Ф.Сосонкина «Фармацевтическое дело в Беларуси»;
- 7 1987. Материалы конференции, посвященной 300-летию «фарной аптеки».
- 8 2012. Биография городских улиц;
- 9 2000. Ю.Ю.Гордеев «Материалы научной конференции, посвященной 60-летию государственной аптечной службы Гродненской области»;
- 10 2000. Ю.Ю.Гордеев «Материалы научной конференции, посвященной 60-летию государственной аптечной службы Гродненской области»;
- 11 2000. Ю.Ю.Гордеев «Материалы научной конференции, посвященной 60-летию государственной аптечной службы Гродненской области»;
- 12 2010. Материалы научной конференции, посвященной 70-летию государственной аптечной сети;
- 13 1987. Материалы конференции, посвященной 300-летию фарной аптеки.

ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хитрушко И. Г., Холод С. В., Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Квалифицированный руководитель в области здравоохранения – залог качественной медицинской помощи. Для более качественного кадрового обеспечения учреждений здравоохранения необходимо учитывать профессиональные личностные качества руководителя, с помощью которых он ведет свой коллектив к намеченной цели. Сегодня подготовительный этап становления профессионала имеет особое значение. Современная профессиональная деятельность отличается высокой сложностью и как следствие рынок труда нуждается в высококвалифицированных специалистах. Требования общества заставляют искать новые методы подготовки и использовать индивидуальный подход в подготовке специалиста с устойчивой мотивацией к профессии. Работа в сфере здравоохранения – один из самых сложных, ответственных видов трудовой деятельности человека, характеризующейся высоким уровнем нагрузок. Многие рвутся в руководители, не подозревая о том, какая огромная ответственность лежит на его плечах. Так же в последние годы выросла и ужесточилась административная, уголовная, материальная ответственность руководителей здравоохранения.

Ключевые слова: Руководитель, здравоохранение, старшая медсестра, заведующий отделением.

ASSESSMENT OF PERSONAL QUALITIES OF HEALTH SYSTEM HEADS

Khitrushko I. G., Cold S. V., Khilmonchik N. E.

Grodno State Medical University

Summary. A qualified health care manager is the key to good medical care. For better staffing of health care institutions, it is necessary to take into account the professional personal qualities of the manager, with the help of which he leads his team to the intended goal. Today, the

preparatory stage of becoming a professional is of particular importance. Modern professional activities are distinguished by high complexity and, as a result, the labor market needs highly qualified specialists. The demands of society make it necessary to look for new training methods and use an individual approach in training a specialist with a steady motivation for the profession. Work in the field of health care is one of the most difficult, responsible types of human labor activity, characterized by high levels of stress. Many rush to the leaders, unaware of what a huge responsibility lies on his shoulders. Also in recent years, the administrative, criminal, and material liability of health care managers has grown and tightened.

Keywords: Head, health care, head nurse, head of department.

Сегодня профессионализм медиков считается сам собой разумеющимся. Доверяя медицинскому работнику, пациенты ждут от него демонстрации высших моральных качеств: тактичности, добросовестности, честности, бескорыстия, терпеливости и внимательности, умения слушать и слышать, и главное – любви к людям и своей работе. Необходимо сказать о том, что в любую эпоху отмечалась важность формирования не только профессиональных знаний и умений, но и развития личностных качеств, морально-нравственного развития. Согласно классификации профессий Е. А. Климова, профессия, связанная с медициной относится к типу «человек – человек». Он указывает на то, что одними из основных профессионально-важных качеств являются особенности психических процессов, связанные с неструктурированностью деятельности специалистов. Для решения нестандартных ситуаций необходим творческий склад ума, способность моделировать возможные последствия.

Мы поставили цель сравнить приоритеты врачей и медсестёр, занимающих руководящие должности и определить у них степень выраженности необходимых административных качеств. Нами было проведено анкетирование 168 человек (старшие медсёстры и заведующие отделениями. Стаж их работы варьировался от 5 до 40 лет.

В анкете было предложено 14 качеств руководителей, уровень обладания которыми предлагалось оценить по шкале от 1 до 5 баллов:

1 балл – в целом не должен обладать данным качеством,

- 2 балла – не на высоком (низком) уровне,
- 3 балла – частично (средний уровень),
- 4 балла – на хорошем (высоком) уровне,
- 5 баллов – отлично (очень высокий уровень).

Респондентам было предложено из 14 вышеперечисленных качеств выбрать наиболее важные для руководящего персонала больницы и добавить недостающие по их мнению.

Первое из предложенных качеств – напористость. Среди участников опроса мнения разделились следующим образом: 40.79% старших медсестер и 26.53% врачей считают, что данным качеством руководитель должен обладать на очень высоком уровне, 52.63% и 37.76% соответственно выбрали высокий уровень, 6.58% и 26.53% респондентов ответили, что – средний уровень. 4.08% врачей считают, что напористостью он должен обладать на низком уровне. Среди старших медсестер такой вариант не выбрал никто.

Коммуникативностью, по мнению 68.42% медсестер и 59.18% врачей руководитель должен обладать на отлично, 30.26% и 27.55% соответственно респондентов считают, что руководителю достаточно обладать этим качеством на хорошем уровне и 1.32% и 7.14% опрошенных отметили достаточность частичного уровня. Среди медсестер, никто не выбрал низкий уровень обладания данным качеством, в отличие от врачей, где 2.04% ответили положительно.

Сопереживание должно быть развито на очень высоком уровне, по мнению 32.89% старших медсестер и 22.45% заведующих отделений; 44.74% и 50% опрошенных соответственно считают необходимым высокий уровень, средний уровень – 21.05% и 17.35% респондентов соответственно. 1.32% старших медсестер и 1.02% заведующих отделений считают, что в целом руководитель обладать данным качеством не должен.

Уровень открытости руководителя системы здравоохранения, по мнению большинства старших медсестер (44.74%) и врачей (42.86%), должен быть на высоком уровне. Чуть меньшее количество человек – 28.95% и 26.53% соответственно считают, что уровень открытости должен быть на очень высоком уровне. Частично открытым руководитель должен быть, по мнению 23.68% и 21.43% опрошенных, низкий уровень обладания данным качеством отмечают 2.63% старших медсестер и 3.06% врачей. Интересно, что 2.04% врачей считает, что открытостью в целом, руководитель, обладать не должен.

Следующее предложенное качество – креативность, т.к. необходимость формирования данного качества является основой профессионализма и инновационной активности в процессе профессиональной деятельности с целью повышения её эффективности. Результаты опроса следующие: отсутствие креативности никто из опрошиваемых не отметил, 2.63% старших медсестер и 3.06% врачей считают, что руководителю достаточно обладать данным качеством на не высоком уровне, 7.89% и 17.35% респондентов соответственно выбрали частичный уровень, большинство медсестер – 51.32% и врачей – 37.76% – хороший уровень и 38.16% и 37.76% соответственно – выбрали отличный уровень.

Уровень обладания таким качеством как «систематичность» определился следующим образом: большинство старших медсестер (55.26%) и врачей (52.04%) считают необходимым очень высокий уровень, 38.16% и 37.76% опрошиваемых соответственно считают, что необходим высокий уровень, 6.58% и 5.1% респондентов соответственно, отмечают достаточным средний уровень, и никто из опрошиваемых старших медсестер не указал на невысокий уровень, либо отсутствие данного качества. Лишь 1.02% врачей считает, что руководитель должен обладать систематичностью на невысоком уровне.

По мнению 68.42% опрошенных старших медсестер и 64.29% врачей считают, что готовность постоянно учиться у руководителя должна быть на очень высоком уровне, 28.95% и 24.49% соответственно респондентов считают, что руководителю достаточно обладать этим качеством на высоком уровне, 1.32% и 6.12% соответственно опрошенных отметили достаточность частичного уровня, 1.32% и 1.02% – низкий уровень. Отсутствие данного качества никто не выбрал.

При оценке степени выраженности стрессоустойчивости у руководителя в системе здравоохранения мнения врачей и медсестёр распределились следующим образом: среди медсестёр абсолютное большинство – 73.68% – указывает на необходимость наличия очень высокого уровня стрессоустойчивости, 25.00% – отметили важность наличия высокого уровня и 1.32% – среднего уровня, в свою очередь 24.49% врачей считают, что руководитель должен иметь стрессоустойчивость на хорошем уровне и 71.43% – на отличном уровне.

Настойчивость у личности, занимающей руководящую должность в системе здравоохранения, по мнению большинства медсестёр (52.63%) должна быть развита на очень высоком уровне, 40.79% считает, что достаточно высокого уровня, 5.26% – среднего, 1.32% – низкого уровня, 2.04% врачей считают, что настойчивостью руководитель обладать должен на невысоком уровне, 10.2% – должен обладать частично, 47.96% – на хорошем уровне, 32.65% – на отличном уровне.

Относительно оптимизма, 10.53% медсестёр считают, что оптимизмом руководитель должен обладать частично, 44.74% – на хорошем уровне, 44.74% – очень высоком уровне, по мнению 2.04% врачей данный человек оптимизмом в целом обладать не должен, а 1.02% считают, что должен иметь его на невысоком уровне, 7.14% – должен иметь частично, 38.78% – на хорошем уровне, 43.88% – на отличном уровне.

На счёт ответственности, точности и лидерских навыков мнения разделились следующим образом: 31.02% врачей считают, что ответственностью должен обладать частично, 18.37% – на хорошем уровне, 76.53% – на отличном уровне, в свою очередь, 2.63% медсестёр указывают частичный уровень, 14.47% – хороший уровень, 82.89% – отличный уровень.

Точность частично должен иметь, по мнению 1.02% анкетированных врачей, 26.53% считают, что должен иметь на хорошем уровне, 68.37% – на отличном уровне, 3.95% опрашиваемых медсестёр отмечают частичный уровень, 22.37% – высокий уровень, 73.68% – очень высокий.

1.02% врачей считают, что лидерские навыки в целом руководитель иметь не должен, а 2.04% считают, что должен иметь на невысоком уровне. 16.33% – должен иметь частично, 25.51% – на хорошем уровне, 51.02% – на отличном уровне, абсолютное же большинство опрашиваемых медсестёр – 84.21% – ответило, что лидерскими навыками руководитель должен обладать на очень высоком уровне, 13.16% – высоким уровне, 2.63% медицинских сестер – среднем уровне.

Таким образом, наиболее важными характеристиками из вышеперечисленных, наши руководители считают ответственность (28.29%), на второе место они поставили настойчивость (10.53%), третье место, по их мнению, разделили напористость, креативность и готовность постоянно учиться – по 7.89% соответственно, на

четвертом месте оказались такие качества как коммуникативность, стрессоустойчивость, лидерские навыки – по 6.58%, на пятом месте открытость и оптимизм – по 6.58% каждая характеристика. Далее 3.95% опрошенных выбрали систематичность и на последнее место они поставили сопереживание, доступность и точность (2.63%).

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ БЕЛАРУСИ, РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ ИСТОРИЧЕСКОЙ И СОВРЕМЕННОЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ – 58 ЛЕТ ИСТОРИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Алексо Е. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Изложена история создания кафедры фтизиопульмонологии ГрГМУ. Представлена информация о сотрудниках кафедры, основных направлениях деятельности и научных достижениях.

Ключевые слова: кафедра, туберкулез, ГрГМУ.

DEPARTMENT OF PHTISIOPULMONOLOGY – 58 YEARS OF THE HISTORY OF STRUGGLE AGAINST TUBERCULOSIS

Alekso E. N.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The history of the creation of the Department of Phthisiopulmonology of GRGMU is outlined. Information on the staff of the department, the main activities and scientific achievements are provided.

Key words: the department, tuberculosis, GrGMU.

55 лет назад 30 августа 1961 года ректор Гродненского медицинского института Л. Ф. Супрон поручил доценту кафедры пропедевтики внутренних болезней И. С. Гельбергу организовать

преподавание фтизиатрии. Таким образом, 1 сентября 1961 г. начался первый учебный «фтизиатрический» год.

Эту дату с полным правом можно считать днем рождения кафедры фтизиопульмонологии. Необходимость выделения фтизиатрии в отдельную дисциплину диктовалась, в числе прочего, сложной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу. В частности, в Гродненской области в 1959 г. заболеваемость туберкулезом достигала «заоблачных» для нынешних времен цифр – 229 на 100 тыс. населения. Для сравнения – в 2018 г. заболеваемость активным туберкулезом по Гродненской области составила 18,7 на 100 тыс. населения.

Первым, и единственным в то время, преподавателем стал Илья Самуилович Гельберг. Занятия проводились в маленькой учебной комнате с печным отоплением. За очень короткий срок, на ходу, ему пришлось готовить учебные материалы, наглядные пособия.

Вторым сотрудником кафедры стал Сергей Леонтьевич Романюк (1963 г.). За десять лет – с 1961 по 1971 гг. сформировался преподавательский состав кафедры, ставший на долгие годы ее, по сути, «золотым фондом». На кафедру пришли Феликс Константинович Цишкевич (1967 г.), Мария Максимовна Жаровина (1968 г.) и Николай Иванович Алексо (1971 г.). В 1983 г. начал работу на кафедре Владимир Семенович Авласенко. Более тридцати лет «Старая гвардия» в неизменном составе сражалась с туберкулезом на всех фронтах – учебном, научном, лечебном. Надо сказать, что все преподаватели пришли на кафедру из практического здравоохранения. Они знали туберкулез «в лицо» не по книгам, вернее, не только по книгам, а по жизни и работе в противотуберкулезных больницах – районных, областных. Высочайший профессионализм, сострадание к пациентам, коллегиальность, взаимная поддержка, внимательное и доброе отношение к студентам – вот их характерные черты. Все они были замечательными учителями, любившими и понимавшими студентов, щедро делившимися с ними своим врачебным и жизненным опытом. К сожалению, нет уже с нами Ф. К. Цишкевича, М. М. Жаровиной, С. Л. Романюка. Но, как говорится, пока есть хоть один человек, который их помнит – они живы.

Более 30 лет коллектив кафедры практически не менялся. С 1992 г. коллектив кафедры стал потихоньку меняться: пришли С. Б. Вольф (1992), Е. Н. Алексо (1993) – аспиранты, затем

ассистенты, доценты кафедры, а ныне – проректор по научной работе и заведующий кафедрой, соответственно.

Вместе с увеличением числа студентов, увеличивался штат кафедры. Было время, когда на кафедре было 5 ставок. Затем наметилась тенденция к росту – 5,25 – 5,5 – 6 – 6,75 – 10,75 и так далее, до 16,5 ставок в 2015-2016 учебном году.

Влились в состав кафедры и защитили кандидатские диссертации С. Н. Демидик, Д. В. Шевчук, Ю. А. Шейфер. Пришли на помощь кадры из практического здравоохранения – Н. В. Наумова, А. М. Масилевич, А. В. Циунчик, Я. З. Арцукевич – пришли сначала, как совместители, да так и остались.

С 2002 г. в состав кафедры включен курс профессиональных болезней. Признанный знаток этой, весьма проблемной, области медицины Леонид Николаевич Зеньков преподавал на кафедре до 2016 г. В настоящее время этот раздел работы «лежит на плечах» главного внештатного специалиста О. Н. Могилевец и Т. А. Дешко.

Наши «кафедралы» работают не только у нас. Н. И. Врублевская и Д. В. Шевчук – сотрудники кафедры, работают сейчас за пределами Беларуси – в Голландии и в Саудовской Аравии. Е. В. Чалая продолжила свою преподавательскую деятельность на 1-ой кафедре внутренних болезней.

Всегда были рады помочь преподавателям и студентам во всех делах лаборанты, как бывшие (Т. И. Петрова, Т. И. Радионовская, И. В. Пушкевич, Е. М. Ключева), так и нынешние – О. Ю. Иванова, Т. А. Туповская.

За 58 лет на кафедре сменилось три заведующих. Основатель кафедры – профессор Илья Самуилович Гельберг, возглавлял кафедру 40 лет. Затем его сменил Сергей Борисович Вольф, ныне проректор по научной работе. В настоящее время заведующий – автор этой статьи. По сей день (более 65 фтизиатрического стажа) на кафедре работает наш общий учитель, патриарх фтизиатрии Беларуси Илья Самуилович Гельберг.

За это время на кафедре защищены 2 докторских, 14 кандидатских и 1 магистерская диссертация. Утверждено и выпущено 16 научно-методических разработок и 30 учебно-методических разработок. Опубликовано более 880 научных работ. Подано 15 заявок на изобретения, получено 11 патентов РБ, 3 приоритетных справки. Утверждено более 80 рационализаторских предложений. Выпущено 12 сборников научных работ по материалам проведенных

конференций. По результатам научных работ подготовлено 16 информационных писем. Проведена не одна научная конференция, в том числе с международным участием. Сотрудники кафедры участвовали в научных конференциях, докладывали свои работы не только в Беларуси, но и в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве, Иваново, Кошице, Варшаве, Гданьске, Кракове, Вене, Амстердаме, Париже, Гааге.

Учебный процесс организован в соответствии с современными требованиями: все лекции представлены в виде мультимедийных презентаций, созданы электронные учебно-методические комплексы для студентов всех факультетов, постоянно обновляется богатый рентгенологический архив.

На протяжении всех этих десятилетий сотрудники кафедры оказывали и оказывают практическую помощь практическому здравоохранению области: участие в консилиумах, консультации по фтизиатрическим вопросам пациентов из учреждений общелечебной сети, разбор случаев туберкулеза, выезды в районы, курация пациентов, участие в работе онко-пульмонологической комиссии, организация клинических семинаров и конференций.

На кафедре фтизиопульмонологии всегда был и сохраняется особый микроклимат. В создании творческой, дружелюбной, доброжелательной атмосферы участвовали и участвуют все члены кафедры – от лаборанта до заведующего. Каждый сотрудник кафедры имеет возможность самореализации. Самые важные решения всегда принимались и принимаются коллегиально после их обсуждения. В основе замечательной атмосферы на кафедре лежат базовые принципы, по которым кафедра работала и работает, прежде всего, уважение к человеку, его внутреннему миру и убеждениям. Каждый сотрудник привносит в эту атмосферу свой труд, знания и умения, свое сердце и душу, тем самым продолжая и укрепляя традиции верности выбранной специальности – фтизиатрии и своей Alma mater.

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРОДНЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ В 19 ВЕКЕ

Плоцкий А. Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Приведены архивные материалы об особенностях течения родов при многоплодной беременности и о врожденных пороках развития плодов.

Ключевые слова: многоплодная беременность, роды, врожденные пороки развития

OUTCOMES OF LABOR AT MULTIPLE PREGNANCY IN THE GRODNO PROVINCE IN THE 19TH CENTURY

Plotski A. R.

Grodno state medical university, Grodno, Belarus

Resume. Archival data on the course of labor in multiple pregnancies and on congenital birth defects are discussed.

Key words: multiple pregnancy, labor, birth defects

Частота возникновения многоплодной беременности в естественных условиях подчиняется правилу Геллина – на каждые 80 одноплодных родов приходится одна двойня, на 80 двоен – одна тройня и т.д. В настоящее время частота многоплодия увеличивается в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий и планирования женщинами беременности в позднем репродуктивном периоде. Многоплодная беременность и роды всегда характеризовались повышенным числом акушерских осложнений. Архивные данные о многоплодных родах в Гродненской губернии наглядно демонстрируют это, представляя и для нашего времени интересные клинические ситуации.

Установить точную частоту многоплодия в Гродненской губернии весьма проблематично или даже практически невозможно, т.к. имеющиеся сведения разрозненны и не подчинены какой-либо систематизации. В среднем во второй половине 19-го века в каждом из уездов Гродненской губернии в течение года рождалось около

1500 младенцев [1]. Акушерская помощь оказывалась повивальными бабками либо лицами без медицинского образования, но имеющими авторитет в той или иной местности. Статистика рождений и смертей во многом основывалась на данных из религиозных учреждений (церкви, костёлы, синагоги), и приводимая в них информация не совпадала с отчётами повивальных бабок. Например, в Слонимском уезде Гродненской губернии в 1885 году работали 4 штатные и 4 вольнопрактикующие повивальные бабки [2], и в течение года они приняли 132 родов одним плодом и 4 двойни. Как видно, только десятая часть новорожденных появлялась на свет в присутствии подготовленных в медицинском отношении лиц, что было следствием не столько недоверия к ним, сколько отдаленностью их проживания, а в ряде случаев – бедностью населения [3].

К сожалению, мы не располагаем сведениями о течении беременности, сроках родоразрешения, осложнениях и исходах при многоплодной беременности. Об уровне потерь можно судить только предположительно лишь по тому факту, что до 5-летнего возраста не доживали примерно 50% всех родившихся детей [1]. И многоплодная беременность вносила сюда свою лепту. К примеру – с 4 на 5 февраля 1889 года крестьянка деревни Липинок Фекла Божикова родила четверо детей. Из них три мальчика и одна девочка; «девочка умерла сейчас же после родов, два мальчика 5 февраля после святого Крещения, а третий мальчик умер 6 февраля; дети родились без видимых недостатков, здоровье матери вне опасности» [4].

Хотя нельзя отрицать и совершенно необычные даже для нашего времени случаи успешного окончания родов через естественные родовые пути. По информации повивальной бабки Э.Геллер слонимскому городскому врачу 25 марта 1906 года у мещанки Сары Говурин «родилось четверо вполне доношенных младенцев, 2 мужского и 2 женского пола». Первый младенец мужского пола родился в «теменном положении», второй – тоже мужского пола – родился через полтора часа «при ягодичном положении», третий ребенок женского пола родился через 2 часа после второго и, наконец, четвертый – тоже женского пола – родился через 40 минут после третьего. Все четыре последа, прикрепленные друг к другу, отделились через 15 минут, после рождения четвертого ребенка. Как роженица, так и новорожденные совершенно здоровы. На предложение повивальной бабки взвесить каждого из новорожденных родители ответили отказом [5]. Приведенная

акушерская ситуация в настоящее время, без всяческих сомнений, послужила бы показанием к операции кесарева сечения, в 19-м веке все прошло *per vias naturales*, хотя единичный случай, конечно же, не повод делать далеко идущие выводы.

Если продолжать исторические параллели, то в настоящее время активно обсуждается возможность продолжения беременности после рождения первого плода, что особенно актуально при преждевременных родах. Приверженцы данного подхода используют научно обоснованные методы, хотя в 1853 году в Бельском уезде удалось обойтись без перинатальных технологий вообще: в деревне Голодово крестьянка Евдокия Олесюкова 27 марта родила ребенка женского пола, после чего «прийдя к здоровью и занимаясь домашними делами 18 мая родила другого ребенка (через 52 дня!), тоже женского пола и обе они находятся в живых» [6].

Обо всех подобных и особенно осложненных случаях повивальные бабки, сотрудники полиции либо священнослужители информировали в своих рапортах представителей власти. 4 октября 1864 года в Брест-Литовске жена еврея Моти Белецкого родила трое детей: сына и две дочери. Дети эти сложены как следует, «но две дочери сросшиеся с собою вместе желудками, так что их кладут только боками. Дети эти по ныне живут, их кормят коровьим молоком» [7]. В Лидском уезде 8 июня 1827 года родился ребенок «необыкновенной человеческой породы, два женского пола ребеночка сросшиеся между собой головами, которые были в живых до трех дней, одно из них померло 10 числа сего месяца по утру, а другое в 11 часов утра». Поскольку случай был неординарным, то полицейский пристав посчитал своим долгом «сказанную природу тотчас вложить в спирт, отправить сего числа к доктору Виленского университета» [8].

Учитывая возможность пополнения анатомических коллекций, запрещалось производить захоронения родившихся без осмотра и разрешения полиции. К примеру, волковысский уездный исправник 19 декабря 1879 г. в рапорте Гродненскому Губернатору сообщил, что в еврейской семье содержателя Зельвенской сельской почты родилось «двое мертвых женского пола младенцев-уродов, преданных земле повитухою тотчас же после рождения», в связи с чем назначено производство следственных мероприятий [9].

Схожие события произошли и в Брестском уезде, когда 26 декабря 1871 года в деревне Мризовцы в семье крестьянина

Андрея Петручика родились «близнецы вместе сросшиеся». Отец детей, узнав о родившихся близнецах мертвыми, «во избежание того, чтобы больная жена, видя их в доме, более не страдала, похоронил их как неживыми родившихся» за оградой местного кладбища. Тем не менее, по приказу полиции, этих младенцев пришлось осмотреть вольнопрактикующему врачу К. В. Кобринцу, и, поскольку в научном плане ничего особенного выявлено не было, близнецов захоронили окончательно [10]. Аналогичный случай мертворождения сросшихся близнецов, но еще с дополнительными аномалиями развития («урод родился неживым и оставлен до особого распоряжения»), имел место в деревне Толи Брестского уезда, когда Анна Клебанова 23 ноября 1871 года родила ребенка-урода. В данном случае уже священник Половецкой церкви испрашивал разрешения – «не будет ли признано необходимым взять этого урода для сохранения». Гродненский губернатор распорядился произвести врачебный осмотр, и «если заслуживает особого внимания – доставить в Гродно, в противном случае – предать земле» [11].

Судьба таких мертворожденных детей вполне понятна – они во многих случаях оказывались в анатомических музеях. Сложнее дело обстояло с рожденными живыми. Возможно, что их дальнейшее существование было таким же, как и в других частях мира: дети проживали в монастырях, приютах или их врожденные анатомические дефекты демонстрировали на публике в качестве диковинки, зарабатывая на этом немалые деньги [12].

О схожих в нашей местности ситуациях свидетельствуют следующие примеры. В рапорте гродненского полицеймейстера губернатору сообщается, что 19-го января 1897 года жена рядового Алексея Маркова «родила двое близнецов, мальчика и девочку, из коих последняя без ног и правой руки, которые 22 числа окрещены и по настоящее время находятся в живых» [13]. А 6 мая 1881 года в Сокольском уезде у крестьянки Паулины Сулима родился «младенец чудовищного вида: дитя длиною 20 дюймов, с правой его стороны на высоте подвздошной кости находится нарост величиною в мужской кулак в виде головки другого ребенка, обросшей волосами. На этом наросте находится один большой глаз величиной в турецкий орех, другой – в горошину, рот, пуповина, одна ручка вполне сформировавшаяся с четырьмя пальцами». Опять же было сделано распоряжение «о сохранении трупа младенца в случае его смерти» и

доставлению к врачу, который считает необходимым представить его врачебному отделению для отсылки в анатомический музей [14].

К сожалению, интереснейшие случаи распределялись по анатомическим музеям, а Гродненская кунсткамера, официально открытая в 2013 году пополнялась отнюдь не местными препаратами.

Таким образом, как физиологическое течение многоплодной беременности, так и многообразный спектр осложнений широко встречались в Гродненской губернии в 19 веке. Диагностировать патологические состояния при беременности и родах практически всегда не представлялось возможным. Рождение детей с аномалиями развития описывалось как «необычайное рождение». Научного обоснования этим явлениям не существовало, а с точки зрения теологии они трактовались как данность. Этим детей крестили и пытались выхаживать, что может свидетельствовать о глубоких религиозных воззрениях населения [15].

Литература:

1. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 9. Оп. 1. Д. 1506.
2. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 9. Оп. 1. Д. 1115.
3. Романов, Е.Р. Белорусский сборник. Вып. 8. Быт белоруса. – Вильна, 1912. – 323 с.
4. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 15. Д. 1147.
5. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 9. Оп. 2. Д. 1672.
6. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 28. Д. 557.
7. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 22. Д. 1545.
8. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 2. Д. 1903.
9. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 16. Д. 778.
10. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 9. Оп. 1. Д. 482.
11. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 9. Оп. 1. Д. 473.
12. История уродства / под ред. Умберто Эко. – М. : СЛОВО/SLOVO, 2007. – 457 с.
13. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 16. Д. 767.
14. Национальный исторический архив Беларуси в г. Гродно. – Фонд 1. Оп. 16. Д. 1440.
15. Никифоровский, Н.Я. Простонародные приметы и поверья, суеверные обряды и обычаи, легендарные сказания о лицах и местах. – Витебск, 1897.

К 100-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Чечков О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь.

В статье рассматриваются вопросы становления и развития пенитенциарной медицины Беларуси в советский период.

Ключевые слова: Беларусь, пенитенциарная медицина, развитие.

THE 100TH ANNIVERSARY OF THE HEALTHCARE SYSTEM OF BELARUS. THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE PENITENTIARY HEALTHCARE SYSTEM

Chechkov O. V.

Grodno state medical University Grodno, Republic of Belarus.

The article deals with the formation and development of penitentiary medicine in Belarus in the Soviet period.

Key words: Belarus, penitentiary medicine, development

Каждый исторический этап привносит свои особенности в подходах к местам заключения и содержания людей, к условиям в которых эти люди содержатся. В рамках советской государственности, развитие пенитенциарной медицины Беларуси можно рассматривать с момента освобождения территории от немецко-фашистских захватчиков.

По мере освобождения территории стали возрождаться и функционировать колонии, обязательно включавшие в свою структуру и медицинское подразделение. Так, к концу 1943 г. в Гомельской области имелись 2 колонии: ИТК-1 – Ветковский район (в состав ИТК-1 входил дом младенца, санитарная служба) и ИТК-2, расположенная в г. Гомель[1]. В последние годы войны и первые послевоенные годы на территории Беларуси разворачивались лагеря для военнопленных и интернированных, в которых имелись лазареты. В крупных лагерях организовывались амбулатории и стационары с

изоляторами (например, лагерь №284 имел стационар на 300 коек). Центральные лазареты некоторых лагерей имели инфекционное, хирургическое и терапевтическое отделения, куда поступали больные из лагерных отделений для оказания квалифицированной помощи. На территории республики также дислоцировалось 11 госпиталей НКВД-МВД СССР. Помимо этого, военнопленных обслуживали специальные госпитали министерства здравоохранения[1]. Наряду с этим, в мае 1946г. в республике насчитывалось 14 исправительно-трудовых колоний, в каждой из которых развертывалась санитарная служба. Исторически, численность штатных сотрудников в тюрьмах зависела от лимита их наполнения, и была примерно равной в медсанчастях тюрьмы №9 Гомеля и Гродно (наиболее старые и значимые тюрьмы): начальник санчасти, дезинфектор, два фельдшера, санитарка. Правда, наполняемость данных учреждений колебалась достаточно сильно (от 720 человек к концу войны в Гродненской тюрьме до 3-х тысяч в послевоенные годы). Общее руководство пенитенциарной медициной в послевоенные годы осуществлялось медицинской службой УИТК-ОИТК МВД республики.

С 1956 г. при медицинских отделах лагерей создаются санитарно-эпидемиологические станции (СЭС), (ранее, в наиболее крупных УИТК – санитарно-бактериологические лаборатории со специфическими функциями). СЭС несли полную ответственность за эпидемическое и санитарное состояние лагерей и в своей работе подчинялись начальнику медицинского отдела.[2] В 1956 г. изменилась структура медицинской части подразделений, в основу принципа организации которой был положен опыт работы медико – санитарных частей при промышленных предприятиях с учетом некоторых специфических условий мест лишения свободы. Было предусмотрено полное объединение штатов больницы и амбулатории. Во главе этого объединения ставился начальник медицинской части, что позволяло ему непосредственно решать вопросы как санитарно-профилактического значения, так и по оказанию амбулаторной и стационарной помощи нуждающимся заключенным.

Медико-санитарные части организовывались при крупных колониях, а при небольших (не более 500 человек) – врачебные или фельдшерские амбулатории с медицинскими изоляторами до 5-ти коек. Кроме этого, в каждом лагере или УИТК-ОИТК УВД-МВД

имелась центральная больница (в некоторых республиках их было несколько). Центральные больницы подразделялись на больницы управленческого значения (обслуживали только данную исправительно трудовую колонию), областного и республиканского значения. Наиболее мощные, многопрофильные больницы, укомплектованные опытными врачами-специалистами и расположенные в городах, где имелась возможность привлечения квалифицированных врачей из гражданских лечебных учреждений в качестве консультантов, выполняли роль межобластных и межреспубликанских больниц [2].

20 сентября 1957 г. приказом МВД СССР №696 было утверждено новое «Положение о медицинской службе ГУИТК МВД СССР и его учреждений». Положение состояло из одиннадцати разделов и ряда приложений. Каждый раздел регламентировал определенную область работы по охране здоровья заключенных, начальствующего, вольнонаемного и личного состава конвойной охраны и членов их семей.

Такой порядок организации медицинского обеспечения, в том числе и планирования, сохранился практически до настоящего времени. Вместе с тем, с 1956 г. приказ о штатах лечебных учреждений мест лишения свободы менялся через каждые 10 лет (1967 г., 1977 г., 1988 г.) [3]. Как правило, обеспеченность спецконтингента стационарными койками, несмотря на периодические сокращения, значительно превышала нормативы гражданского здравоохранения и была явно избыточной. Так, в 1954 г. этот показатель составлял 560 на 10 тыс. заключенных, а в 1957 г. (после сокращения) – 355, причем 24% из указанного числа коек не использовались. С 1985 по 1989 г. обеспеченность возросла с 297 до 400 коек на 10 тыс. заключенных [4]. В целом, практически до 90-х годов в отношении практически всех сфер деятельности исправительных учреждений комплексных исследований основанных на принципах научного подхода и анализа практически не было. К тому же, режим секретности, который существовал, приводил к обсуждению и рассмотрению проблем пенитенциарной медицины в течение десятилетий на узковедомственном уровне.

Вопросами организации медицинской помощи осужденным и лицам, содержащимся под стражей, до 1998 г. в Республике Беларусь занималось Управление медицинского обеспечения МВД. С 1998 г. в Комитете исполнения наказаний при МВД (ныне Департамент

исполнения наказаний) создана самостоятельная служба медицинского и ветеринарного обеспечения, которая с 2001 г. прошла ряд преобразований в названиях.

Таким образом, в советский период постепенно была создана система учреждений, обеспечивающих оказание медицинской помощи осужденным и система органов управления пенитенциарным здравоохранением. Для этого периода характерны: зависимость уровня организации тюремной медицины от политических процессов, происходивших в государстве; обособление пенитенциарного здравоохранения на узковедомственном уровне, уход от проблем и контроля общего здравоохранения; слабая связь пенитенциарного здравоохранения с наукой.

Во многом, благодаря подвижническому труду: А. А. Новика, С. А. Кадушкина, В. И. Завадского, А. А. Кралько и иных, подходы к пенитенциарной медицине начали меняться в сторону научного изучения и поиска решений возникающих вопросов.

Литература

1. История исправительно-трудовых учреждений Беларуси: Курс лекций/ А. В. Шарков, В. Б. Шабанов, В. П. Павлов и др. – Минск: Академия МВД Республики Беларусь, 1999. -222с.
2. Черменев М. П. Основные принципы организации медицинского обслуживания заключенных в исправительно-трудовых учреждениях МВД СССР. М., 1959. – 90 с.
3. Об утверждении типовых штатов лечебно-профилактических, санитарно-профилактических и аптечных учреждений мест отбывания наказания МВД союзных и автономных республик, УВД крайоблисполкомов, УЛИТУ МВД СССР: Приказ МВД ССР, 5 окт. 1977г., № 0805.
4. Бородулин А. Г. Заболеваемость и определение нуждаемости в амбулаторной и стационарной медицинской помощи спецконтингенту, содержащемуся в ИТУ МВД СССР: Дис. ...канд. Мед. наук: 14.00.33. – М., 1991. 172 с.

АНАТОМИЧЕСКИЙ ТЕАТР В ЕВРОПЕ И В ГРОДНО

Бараньски Я.¹, Хильмончик Н.²

Вроцлавский медицинский университет, Вроцлав¹

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно²

Резюме. Публичные анатомические демонстрации в XVII веке в Западной Европе были элементом судебно-исполнительной практики и в то же время мощным импульсом для развития анатомии. Они

были также развлечением для зрителей, участвующих в анатомических театрах. На востоке Европы этих театров не было до XIX века, и попытки опубликовать анатомический показ встречали негативную реакцию общества. В Королевской врачебной школе в Гродно анатомические демонстрации проводил Ж. Жилибер. Таким образом, Гродно, где вскрытие было проведено впервые – после смерти короля Стефана Батория в 1568 году – и было задокументировано, относится к первым городам (в те времена это была Польша), в которых были проведены анатомические показы.

Ключевые слова: анатомический театр, история медицины, медицинская школа в Гродно.

ANATOMICAL THEATER IN EUROPE AND IN GRODNO

Baransky J., Hilmonchik N.

Wroclaw Medical University, Wroclaw
Grodno State Medical University, Grodno

Summary: Public anatomical demonstrations in the 17th century in Western Europe were an element of forensic practice and, at the same time, a powerful impetus for the development of anatomy. They were also fun for spectators participating in anatomical theaters. In eastern Europe, these theaters were not until the 19th century, and attempts to publish an anatomical display were met with a negative reaction from society. Anatomical demonstrations were held at the Royal School of Medicine in Grodno by J. Zilibert. Thus, Grodno, where the autopsy was conducted for the first time – after the death of King Stephen Batory in 1568 – and was documented, refers to the first cities (at that time it was Poland), in which anatomical displays were held.

Key words: anatomical theater, history of medicine, medical school in Grodno.

В семнадцатом веке в Западной Европе появилась новая форма общественного понимания мертвого тела, источником которого стал публичный анатомический показ. Он открывал до этих пор недоступную не только взору, но и прикосновению, внутреннюю сферу человеческого тела. Показ, с одной стороны, был проявлением господства политической власти над мертвым телом, а с другой –

пространством, в котором рождалась наука о человеческой анатомии. Показ принадлежал к виду наказания, значением которого было наказание мертвых преступников, инициированному судебной властью. Широко распространенные анатомические показы в этом веке были своего рода спектаклем и в то же время развлечением для собиравшихся зрителей. Ввиду этого анатомические театры были построены с характерным расположением восходящих мест для публики. На эти спектакли продавали билеты, иногда для 200-500 человек, которые участвовали в анатомическом разборе человеческого тела. Это было загадочное и страшное событие для зрителей, для мужчин, женщин и детей, которых на лекции по анатомии привёл пробужденный интерес внутренностей человеческого тела. Анатомический спектакль должен был производить впечатление, несравнимое ни с одним другим публичным зрелищем. Как пишет Ч. Л. Ми, «Публичное вскрытие было своего рода развлечением для толпы – ритуал насилия, науки, возбуждения, секса и удовлетворения любопытства, момент особого, холодного и дотошного насилия над человеческим телом. Последующие разрезы, достигающие самых дальних закоулков тела, становились полным уничтожением тайны "[Мее 1996, 85].

В центре анатомического театра на сцене был анатомический стол, где стоял главный герой спектакля, анатом, который выполнял препарирование трупа. Ведущий демонстрировал извлечённые изнутри тела органы, называл их и объяснил их роль в живом организме, оправдывая, хотя обычно в начале шоу, свою деятельность моралью, непосредственно обращаясь к аудитории и объясняя причины, почему преступник оказался на анатомическом столе. В то же время он ожидал выразительного восхищения публики в виде вздохов или криков, потому как она, в соответствии с правилами театра, не могла устанавливать устный контакт с демонстратором. Санитары и хирурги сидели отдельно от обычной аудитории, ближе всего к анатомическому столу и анатому-демонстратору. Они были теми, кто больше всего слышал и видел, а также понимал, учитывая, что часто использовалась латынь. Шоу было освещено ароматическими свечами, а иногда его сопровождала музыка, играемая на флейтах. После анатомического показа устраивался банкет в честь анатома и членов медицинской гильдии, после чего проходил городской парад с участием общественности.

Чаще всего это событие происходило в зимний период, потому что тогда труп можно было хранить дольше.

В XVII веке публичные анатомические показы были неотъемлемой частью системы криминальной юрисдикции. Суд мог приговорить повешенного преступника, дополнительно к анатомической секции, потому что смерть от повешения считалась мягким наказанием. Кроме того, существовало убеждение, что после казни преступная душа несколько дней кружила вокруг тела и испытывала дополнительные страдания в результате публичного унижения во время анатомического показа. Ван Дейк обращает внимание на два специфических парадокса анатомического театра: первый, трупы были идентифицированы и одновременно анонимны; второе, мертвое тело было предоставлено для живого организма. Таким образом, покойный был идентифицирован как злодей, которому был вынесен смертный приговор, с указанием имени и фамилии, а также квалификации совершенного им преступления [Van Dijk 2000]. По крайней мере, так было в Нидерландах, хотя в других странах, например в Англии, труп был анонимным, а на публичные анатомические показы доставляли тела преступников из соседних городов, чтобы не усугублять позор для семьи. Второй парадокс, однако, был связан с преднамеренным отбором трупов для анатомического показа. Тела казненных преступников явно контрастировали с телами людей, умерших от болезней. Анатомы подсказывала судьям, какие трупы их интересовали (рост, возраст, вес, пол повешенного преступника). Трупы не могли нести признаки болезни или инвалидности, они не могли быть отвратительными по любой другой причине — они должны были быть физически и анатомически показательными.

Анатомические показы также стали темой в живописи. Возможно, наиболее внушительно это выразил Рембрандт в репродукции «Лекции анатомии доктора Тюльпа» (1632) и «Лекции анатомии доктора Деймана» (1656). Первая картина была прорывом для Рембрандта: это первый серьезный заказ; впервые на нем Рембрандт соединил историческую и портретную живопись; впервые он нарисовал это изображение, подписав его своим именем, что в те времена могли делать только два художника — Микеланджело Буонарроти и Леонардо да Винчи. На картине 1632 года представлены доктор Николаас Тульп и члены медицинской гильдии. Только доктор Тульп — здесь врач, и это он — главный изображаемый

персонаж (единственный человек в шляпе, что должно было добавить ему величия, потому что он был очень маленького роста). Использование контрастного сопоставления обнажает трупы, и то, как они представлены (грудная клетка приподнята в результате посмертного напряжения мышц, опоясывание бёдер белой туникой), однозначно относится к более ранним художественным представлениям о Христе. Аура сакральности и динамичность ситуации, переданные через эмоции, нарисованные на лицах изображенных людей, свидетельствуют о театральности анатомического показа. Большинство изображённых вглядываются в показ доктора Тульпа, сравнивая его с разложенным у стоп мёртвого тела анатомическим атласом Vesalius De humani corporis fabrica libri septem (1543), который согласно древним источникам, стал основным источником анатомических знаний и правил вскрытия трупов.

Доктор Тульп начинает показ, совершив ошибку в анатомическом искусстве, вопреки Везалию, и его правилам анатомического препарирования тела. Анатомическая правильность требует начала секции от брюшной полости: «очень острой бритвой сделайте круглый надрез вокруг пупка, достаточно глубокий разрез, чтобы разрезать кожу. Затем сделайте прямой длинный разрез от центра грудной клетки до пупка, а другой ниже пупка аж до лобкового симфиза» [Мее 1996, 85]. Хотя Рембрандт в то время располагал только знаниями о мышечной системе руки, он еще не освоил технику рисования, которая позволила бы ему представить открытую брюшную полость. Это предположение весьма вероятно, учитывая, что Рембрандт делал попытки, которые способствовали развитию этого навыка (Czwierć wolu – около 163).

Лекция анатомии доктора Деймана от 1656 года остается в художественной тени первого анатомического портрета, написанного Рембрандтом двадцатью четырьмя годами ранее. Более поздняя картина живописца не уступает более ранней ни в экспозиции драматического напряжения, ни в художественном артистизме. Можно даже сформулировать мнение, что «Лекция анатомии доктора Деймана» содержит более интригующую художественную концепцию. Однако, после пожара 1723 года, эта картина была глубоко повреждена, и ее воспринимают скорее следом великого дела, чем как оно само: от холста размером 245x300см остался фрагмент размером 113x135см. Уцелело представление трупов подвергшихся анатомическому препарированию и фигура помощника

Иогана Деймана. Не сохранился портрет главного героя, доктора Деймана – видны только его руки и туловище. Как присутствующих на его лекции в январе 1956 года было изображено восемь человек. Тело преступника изображено в перспективе с ногами на переднем плане, с открытой брюшной полостью и открытым черепом и мозгами, свисающими по обе стороны лица, как на рисунке Везалия из *De Human Human Corporis Fabrica* (67: 2) [Gross 1998].

В обеих работах Рембрандт фиксирует тот самый исторический момент, из которого возникает анатомическая практика, связанная с судебной практикой. Момент важный, потому что он не только раскрывает необычные пути медицины, ведущие к созданию собственного предмета (человеческое тело как биологический организм, смерть которого имеет свои естественные причины), но также и великое культурное изменение, которое благодаря анатомическому театру позволило десакрализировать мертвое тело и в то же время открыло общественное пространство для современной медицинской практики. На этот спектакль препарирования тела составлялось два акта: казнь и осуждение на анатомический стол [Sawday 1995]. Таким образом, анатомическое препарирование было дополнительным наказанием для злодеев, поэтому только они становились анатомическим объектом. По мнению общественности, медицинское вскрытие тела во время публичного представления было одним из самых страшных наказаний, которые могли быть вынесены человеку, унижительное, кроме того отказом от обычного захоронения.

История анатомических театров или шоу, во время которых разбирались человеческие тела, т.е. проводилась секция, была чрезвычайно бедна в Речи Посполитой. По двум причинам: анатомические театры в Западной Европе были предметом городской культуры, в то время как на востоке Европы преобладали дворянская и сельская культура, которая, благодаря большему уважению к умершим, эффективно сдерживала развитие анатомических показов. Из скудных доказательств мы знаем, что в 1736 году дедушка Иоахима Лелевела, Генрик Лозльхоффель, впервые основал анатомический театр в Варшаве, в котором вскрывались тела мертвых преступников. Однако жители, узнав об этом, захотели забросать камнями Лёльхоффеля, от чего его спасла армия. Поэтому лекции по анатомии были отменены. В 1770 году Стефан Бизио впервые организовал такую выставку в Вильнюсе, а затем в 1779 году

Рафал Червяковский в Кракове. Оба должны были защитить себя от реакции общества, и Бизио был вынужден прервать анатомические показы [Girsztowt 1863].

В 1775 году была основана Королевская медицинская школа в г. Гродно, первая в Речи Посполитой. Её возглавил Ян Эмануэль Жилибер в конце этого года благодаря усилиям, предпринятым ещё во Франции Тадеушем Дауновичем в 1774 году. Соглашение между Жилибером и Антонием Тызенгаузом было заключено 9 мая 1775 года [1925]. В медицинской школе был анатомический кабинет и анатомический театр, над которым – по приказу короля Станислава Августа – была написана следующая надпись: «Здесь сама смерть приносит пользу человечеству!» вскрытиями и препарированием человеческих тел занимался сам Жилибер, а Кароль Вивион и Юзеф Мунц занималась вскрытием мертвых животных. Хотя все трое проводили занятия по анатомии человека и животных, однако «Жилибер руководил всем заведением, как звезда, препарировал людские тела и животных» [Adamowicz 1855, 328]. Вначале у Жилибера было 8 учеников по анатомии, в то время как в 1779 году Медицинской школе обучалось 10 человек, а 20 – учились хирургии [Ziemczonok 2012]. По словам К. Качковского, Жилиберу пришлось прекратить анатомические показы по той же причине, что и его предшественникам: «как Лельхоффель вынужден был бежать в Варшаву под убийственными угрозами населения, так и анатомическая работа Жилибера в Гродно по этой причине прекратилась» [Качковский 1827, 51].

Коллекция экспонатов в кабинете и анатомическом театре была, безусловно, богатой. За ней следил король Станислав Август, что подтверждает Жилибер в письме к Луи Витету (19 сентября 1777 г.): «Его величество тщательно следил за анатомическим амфитеатром. Король одобрил уже проделанную работу по сравнительной анатомии. Наблюдая за скелетами местных животных, он смог себе представить механизм удивительного жевания бобра. Он хотел знать, как животное может срезать толстую ветку дерева одним укусом резцов. Лекция была проиллюстрирована показом. В конце концов, его высочество закончил изучать эту науку согласно учебной программе. Он подтвердил, предварительно проверив, что каждая часть этой науки была предметом более ранней теоретической подготовки» [Daszkiewicz 2009, 217]. Кроме того, в этом письме есть запись Жилибера, сообщающего, что он стремился обогатить

анатомические экспонаты: «Можете ли вы купить красивые восковые или забальзамированные анатомические модели, а также различные предметы естествознания? Наш банкир в Париже выложит необходимые деньги» [Daszkiewicz 2009, 219]. Год спустя, в письме к Антуан-Лорану де Жуссеу от 23 октября 1777 года Жилибер писал: «Анатомический амфитеатр имеет большое значение, поскольку в нем собраны пятьсот забальзамированных экземпляров, в том числе чудовищ, эмбрионов и т.д.» [Daszkiewicz 2009, 214].

Медицинская школа, согласно рассказу Иоганна Бернулли, посетившего Жилибера 20-21 сентября 1778 года, обучала учеников разделённых на 2 группы, происходящих из дворянских домов и наделённых выдающимися способностями, чтобы обучать их на городских, провинциальных врачей и хирургов. Бернулли писал: «Это отличная ставка, которая приносит мудрому Станиславу Августу длительную хвалу, потому что до сих пор, особенно во внутренних районах страны, существовала жалкая медицинская наука, и даже в столице, только от иностранцев, можно было ожидать помощи» [Liske 1887, 207]. Стоит отметить, что учеником Жилибера был Юзеф Ясиньский, который учился в Гродно, а затем в Вильнюсе после перевода в этот город Школы, как и анатомических собраний (1780-1781). Ясинский является автором первой книги в области антропологии в Польше («Антропология о человеческих свойствах физических и моральных», Вильнюс, 1818), а когда он переехал в Новогрудок, был врачом отца Адама Мицкевича [Gronkiewicz 1989].

Хотя в XVIII-м веке было не так много анатомических выставок, и они не имели такой впечатляющей формы, как в Западной Европе, анатомический показ все чаще становился неотъемлемой частью медицинского обучения, например в Вильнюсском университете, где в 1808 году была открыта кафедра анатомии, а в 1815 году – анатомический амфитеатр, в котором проводились публичные анатомические показы. Фактом является то, что Гродно является третьим городом в Речи Посполитой, в котором происходили анатомические вскрытия человеческого тела в 1776-1779 годах.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В БЕЛАРУСИ

Хильмончик Н. Е., Егорышева И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
ФБГУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН, Москва

Резюме. Вхождение территории Белоруссии в состав Российской империи с 1795 года обусловило в стране принципы государственной медицины и единые статистические подходы. В начале XX века Российская империя характеризовалась крайне высокой смертностью детей до 1 года (младенческой смертностью), что являлось одной из основных причин высокого уровня смертности в стране в целом. В 1901 году доля умерших в этом возрасте в общем числе составляла 40,5%. К концу первого десятилетия она стала медленно снижаться и к 1910 году снизилась до 38%. В этот период российские данные превышали соответствующие показатели в развитых странах в 1,5-3 раза (рисунок 1). В 1901 году коэффициент младенческой смертности в СССР был – 298,8 на 1000, в то время как в Норвегии – 93 на 1000.

Ключевые слова: Беларусь, детская смертность, родовспоможение, медицинская помощь, здравоохранение.

HISTORICAL ASPECTS OF CHILDREN'S MORTALITY IN BELARUS

Khilmonchik N. E., Egorysheva I. V.

Grodno State Medical University, Grodno
FSBI “National Research Institute of Public Health” RAMS, Moscow

Summary: The entry of the territory of Belarus into the Russian Empire from 1795 determined the principles of state medicine and uniform statistical approaches in the country. At the beginning of the 20th century, the Russian Empire was characterized by an extremely high mortality rate of children under 1 year old (infant mortality), which was one of the main causes of the high mortality rate in the country as a whole.

In 1901, the proportion of deaths at this age in the total number was 40.5%. By the end of the first decade, it began to slowly decline and by 1910 it had fallen to 38%. During this period, Russian data exceeded the corresponding figures in developed countries by 1.5-3 times (Figure 1). In 1901, the infant mortality rate in the USSR was 298.8 per 1000, while in Norway it was 93 per 1000

Key words: Belarus, infant mortality, childbirth, medical care, health care.

Основными причинами смерти детей на первом году жизни в начале XX века были желудочно-кишечные и инфекционные заболевания, болезни органов дыхания. Так из 11786 детей, умерших в 1907 году, 35,8% умерло от желудочно-кишечных расстройств, 21,1% от врожденной слабости, 18,1% от катарального воспаления легких и дыхательных путей, на долю инфекционных болезней приходилось 11,0%.

Врачи советского союза и социал-гигиенисты во многом связывали чрезвычайно высокий уровень младенческой смертности с особенностями вскармливания грудных детей у православных, то есть по большей части в семьях, где традиционно было принято чуть ли не с первых дней жизни давать ребенку прикорм или лишать его вообще грудного молока, оставлять без матери на попечении старших детей-подростков или стариков, еда при этом оставлялась на весь день. Представители других религий жили часто в более худших условиях, но в связи с тем, что грудное вскармливание детей продолжалось у них довольно длительное время, смертность детей в этих семьях была гораздо ниже.

Еще одной причиной высокой смертности, в том числе и материнской, была неразвитость системы медицинской помощи и родовспоможения, а также сложная санитарная обстановка труда, быта и жилищных условий, отсутствие знаний по гигиене, низкая грамотность населения. В Российской империи отсутствовало законодательство об охране материнства и детства, существовавшее во многих европейских странах уже в течение довольно длительного времени.

В первом десятилетии XX века коэффициент младенческой смертности последовательно снижался и достиг 259,6 на 1000 в 1909 году. Однако он существенно вырос в годы первой мировой и гражданской войн.

В динамике младенческой смертности в Европе в начале 20 века выделяется несколько этапов. 1). С начала века и до 1910 года – период снижения с различными темпами уровня смертности детей в возрасте до 1 года; при этом происходит сближение уровней младенческой смертности различных стран; 2). Период подъемов и снижения уровней младенческой смертности под влиянием 1-й мировой войны, который заканчивается в 1919 году резким понижением этих показателей; 3). Начиная с 1920 года – восстановление процесса снижения младенческой смертности.

Но за этими положительными достижениями скрыты тенденции, вызывающие серьезную озабоченность.

Принятие и постепенная реализация законодательных актов и декретов об охране материнства и детства, включая охрану труда беременных женщин, предоставление им отпуска до и после родов, перерывов в работе для кормления ребенка грудью; развитие системы родовспоможения и медицинской помощи матери и ребенку; разработка вопросов, связанных с построением единой системы охраны здоровья матери и ребенка, и затем создание инфраструктуры ухода за детьми (молочные кухни, ясли, патронажная система, приюты для грудных детей), проведение санитарно-просветительской работы как составной части культурной революции в Российской империи; положительное влияние на экономическую и социальную жизнь НЭПа – все эти меры, продиктованные октябрьскими изменениями, привели к заметному снижению младенческой смертности. К 1927 году ее коэффициент достиг 205 на 1000.

В дальнейшем его уровень колебался под влиянием экономических и социальных катаклизмов, сопровождающих преобразования новой власти. Свертывание НЭПа, начало индустриализации и особенно коллективизации сельского хозяйства привели к росту уровня младенческой смертности (до уровня первого десятилетия XX века). Своего пика он достиг в 1933 году (295,1 на 1000) – годе самого сильного голода. При этом небезынтересно, что доля умерших в возрасте до 1 года в общем числе умерших в 1933 году была 24,3%, что ниже чем в 1932-37,3% и 1934 – 30,9%. Лишь к концу 30-х годов уровень младенческой смертности в России стал постоянно снижаться. Главной причиной такого снижения можно считать претворение в жизнь мер по охране материнства и детства, рост санитарной грамотности населения, улучшение качества медицинской помощи.

Для промышленно развитых стран и стран Европы эти два десятилетия были в целом годами снижения уровня младенческой смертности, его сближения между странами. В части из них оно было довольно большим (в Австрии он снизился в 2,1 раза, в Нидерландах – в 2,2, Швейцарии – в 2,0, США – 1,8 раза), в других странах – менее заметным (Болгария – на 5%, Ирландия – 18%, Испания – 17%, Румыния – 26%).

Новое принципиальное снижение младенческой смертности в СССР произошло к концу второй мировой войны в результате действия ряда факторов. В основном – это внедрение в медицинскую практику антибиотиков и сульфаниламидов, что привело к сокращению младенческой смертности от болезней органов дыхания, большинства инфекционных болезней, а также снижение рождаемости в совокупности с реализацией мер, направленных на восстановление и улучшение системы обслуживания матери и ребенка. В 1946 году уровень младенческой смертности в России достиг 92 на 1000, что на 74% ниже, чем был в 1940 году.

Одна из характерных черт изменений в младенческой смертности в XX веке – ослабление ее зависимости от времени года. В прошлом, особенно в XIX – начале XX века, наиболее опасным периодом были летние месяцы, когда заметно повышалась смертность от желудочных заболеваний. С течением времени, когда смертность от них удалось поставить под контроль, на первый план стал выходить зимний пик младенческой смертности, связанный с подъемом простудных болезней у младенцев. Установление контроля и над этой причиной смерти создало условия для почти полного исчезновения сезонных колебаний смертности. При этом для многих экономических развитых стран уже к 60-м годам стало характерным или наличие зимней сезонности младенческой смертности или отсутствие сезонности вообще.

Для СССР к началу 50-х годов сезонность продолжала оставаться характерной с наибольшим пиком в летние месяцы, хотя, по сравнению с предвоенными, и особенно дореволюционными, годами доля смертей у детей в возрасте до 1 года, приходящаяся на летние месяцы, стала меньшей. Высота летнего пика продолжала уменьшаться, и к середине 60-х годов он почти исчез (рисунок 4). Зато все более отчетливо стала проявляться зимняя сезонность, которая стала особенно заметной с конца 60-х годов, что отражает изменение структуры причин смерти у детей в возрасте до 1 года, в

частности, меняющееся соотношение смертности от болезней органов пищеварения и дыхания. Понемногу ослабевая, зимняя сезонность сохраняется все же до сих пор, указывая на роль экзогенных причин смерти.

Как летняя, так и зимняя сезонность в младенческой смертности в большей степени обусловлена колебаниями в постнеонатальный период. Именно на этот возраст приходится большая часть умерших от экзогенных причин, в частности, от болезней органов дыхания, в том числе пневмоний.

Внедрение в широкую практику новых медицинских препаратов, развитие здравоохранения СССР, постепенный рост экономического благосостояния населения в послевоенный период отразились и на уровне младенческой смертности. К концу 1950-х годов она снизилась почти в 3 раза по сравнению с послевоенным уровнем в основном за счет причин смерти экзогенного характера. Исключение составлял только 1947 год, когда в результате голода младенческая смертность в стране резко выросла. Далее до начала 70-х годов ее снижение происходило довольно быстрыми темпами, и СССР по этому показателю сблизились с частью стран Европейских государств. С 1970-х годов этот процесс замедлился, а в течение нескольких периодов коэффициент младенческой смертности даже возрастал: 1972-1976 годы (с 21,7 до 25,0 на 1000), 1984 год, 1991-1993 годы. Общее снижение происходило в основном за счет таких причин экзогенного характера, как инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов дыхания, и эндогенного характера, как болезни системы кровообращения, врожденные аномалии, состояний, возникающих в перинатальный период. Динамика снижения показателя смертности детей в абсолютных цифрах в возрасте до года выглядит следующим образом: в 1950 г. – 11,6 тыс. человек, в 1960 г. – 7,0, в 1970 г. – 2,7, в 1980 г. – 1,7. Такое существенное снижение детской смертности исследователи относят к числу важнейших социальных достижений прошлого столетия.

Еще одним фактором, повлиявшим на относительную стабилизацию в конце 60-х и повышение в начале 70-х годов, а затем и небольших темпов снижения в дальнейший период уровня младенческой смертности, стало то, что до этого было причиной ее достаточно сильного снижения: развитие системы здравоохранения в 50-60-х годах, внедрение новых медицинских препаратов, рост числа медицинских кадров (то есть системы, направленной на борьбу с

причинами экзогенного характера), сложившийся характер ухода за детьми, гигиеническая культура, обычаи и традиции, то есть все то, что определяется общим культурным и материальным уровнем семьи на данном этапе.

По наблюдениям медицинских работников, структура причин смертности в возрасте 0 – 1 года непостоянна. Так, если в конце 1950-х г. среди причин смерти лидировала пневмония, то в конце 1960-х г. на первое место вышли болезни новорожденных. Есть несколько стран, которые в начале 70-х годов имели худшие показатели младенческой смертности, чем СССР: Греция, Италия, Португалия, Венгрия, Польша, Болгария.

Экономический кризис в Беларуси, который начался в 90-е годы прошлого столетия повлек за собой резкое падение уровня жизни населения, в критической ситуации оказались и демографические показатели.

Изучение смертности в детском возрасте в 1990-х г. позволило выделить три ведущие причины смерти: 1) отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 38%, 2) врожденные аномалии развития – 31%, 3) заболевания органов дыхания – 14%. В начале 2000-х гг. две ведущие причины сохранили свои позиции (41,0 и 27,0 %), а на третье место вышла причина, весьма трагичная для нашей республики, так как 6,5% младенцев погибло не от болезней, а от внешних причин.

В последние годы республике удалось снизить и стабилизировать показатель младенческой смертности. В 2013 году показатель младенческой смертности составил 3,4 на 1000 родившихся живыми. Уровень детской смертности в 2013 году составил 45,4 на 100 тыс. населения, в 2012-м – 46,2, в 2011-м – 49,8. Ежегодно идёт плавное стабильное снижение, которое прослеживается до сих пор. В 2017г. младенческая смертность составила – 3,2‰, в 2018 году снижена до самых низких показателей за всю историю наблюдения (2,4 промилле). Показатель перинатальной смертности – 3,0 на 1000 живорожденных (11 месяцев 2017 г. – 3,1‰).

Больше всего детей умирает в возрастной группе от 15 до 18 лет. В структуре причин детской смертности первое место занимают несчастные случаи, травмы и отравления (25,3%). В то же время наблюдается тенденция увеличения выживаемости детей с массой тела при рождении менее 1 кг.

Достигнутые в республике показатели являются одними из самых низких среди стран Евросоюза и СНГ и имеют большое значение для определения рейтинга нашей страны в мире. В сравнении с 1990 годом республике удалось снизить младенческую смертность более чем в 4,5 раза. Если в 1990-м показатель младенческой смертности составлял 15,6 на 1000 родившихся живыми, то по итогам 2018-го – 2,4. Достоверность этого показателя подтверждена аудитом ВОЗ. Сегодня это лучший показатель на постсоветском пространстве и один из лучших в Европе. Детская смертность за это время снизилась с 118,6 до 35,7 на 100 тысяч детского населения.

По информации Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), опубликованной в докладе по предотвращению смертности новорожденных за 2016г., наша страна занимает 8 место в рейтинге стран с самыми низкими показателями неонатальной смертности. По индексу «смертность детей при рождении» Беларусь находится в одной группе с такими странами, как Бельгия, Великобритания, Германия, Дания, Израиль, Нидерланды, Норвегия, Чехия, Финляндия, Франция, Япония и др.

В опубликованном в 2018 году международной благотворительной организации «Save the Children» в рейтинге стран счастливого детства, Беларусь занимает 35-е место из 175 стран.

В республике более 20 лет успешно функционирует разноуровневая система перинатальной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям, что позволяет обеспечить доступность и качество всех видов медицинской помощи женщинам и детям, независимо от их места проживания.

Внедрена и доказала свою эффективность система мониторинга и оценки качества медицинских услуг в сфере охраны здоровья матери и ребенка, в том числе, анализа критических случаев в акушерстве. Такая организация работы позволяет своевременно выявить недостатки и принять необходимые меры по их недопущению, повысить профессиональный уровень акушеров-гинекологов на разборе конкретных клинических случаев.

В Беларуси выхаживают самых маленьких – детей весом от полукилограмма. Это сложно представить, но такого ребёнка по закону считают человеком. Так принято во Всемирной организации здравоохранения, но далеко не во всех странах. При этом

выживаемость таких крох в этом году достигла небывалого уровня, а общая младенческая смертность в Беларуси – одна из самых низких в мире.

Литература

1. Пересчеты коэффициентов младенческой смертности за период 1901-1926 годы произведены Е. М. Андреевым
2. Ершов С. Опыт сравнительной демографической характеристики русской и татарской народностей. СПб., 1888; Грохав Д. Е. Общественное значение, причины детской смертности и борьба с ней. М., 1912; Губерт В. О. Современное состояние вопроса о детской смертности в России и борьбе с нею. Журнал Русского общества охранения народного здоровья. 1911. № 9-10
3. Куркин П. И. Рождаемость и смертность в капиталистических государствах Европы. М., 1938. С. 34-35
4. Младенческая смертность в России за период 1927-1958 годов взята из: Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьков Т. Л. Демографическая история России: 1927-1959. М., 1998. С. 164-165
5. См.: Сифман Р. И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны. Продолжительность жизни: анализ и моделирование. М., 1979. С. 50-60; Аминова РЖ. Снижение заболеваемости и смертности детей г. Казани за годы Великой Отечественной войны. Казанский медицинский сборник. Казань, 1947
6. Младенческая смертность в России за 1959 год рассчитана на основе статистических форм. За период 1960-2000. Демографический ежегодник России. Статистический сборник. М., 2001. С. 190
7. Данные по европейским странам за период с 1960 года взяты из Recent demographic developments in Europe 2001
8. <https://rebenok.by/inf/state/702-statistika-ministerstva-zdravookhraneniya-respubliki-belarus.html>

**ГРОДНЕНСКОЕ ТОРГОВО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ
УНИТАРНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «ФАРМАЦИЯ»
СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Петрище Г. М., Зарецкая Т. А., Житко М. А.

Гродненское торгово-производственное республиканское унитарное
предприятие «Фармация», г. Гродно, Республика Беларусь

**GRODNO TRADE AND PRODUCTION UNITARY ENTERPRISE
"PHARMACY" FORMATION, DEVELOPMENT,
IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF MEDICINAL PROVISION**

Petrishche G. M., Zaretskaya, T. A, Zhitko, M. A

Grodno Trade and Production Republican Unitary Enterprise "Pharmacy", Grodno,
Republic of Belarus

В статье «Гродненское торгово-производственное унитарное предприятие «Фармация». Становление, развитие, совершенствование системы лекарственного обеспечения» освещены этапы развития и становления государственной аптечной службы с момента национализации аптек до современности. Описана специфика работы государственной аптечной службы в конкретные исторические периоды белорусской государственности. Особо отмечен период современного функционирования государственной аптечной сети в условиях конкуренции с аптечными организациями других фармсобственников. Отмечена роль руководителя в организации лекарственного обеспечения населения в конкретные временные периоды.

Аптечный, история, государственный, аптекоуправление, фармацевты, провизоры

В соответствии с Законом Верховного Совета БССР от 14.11.1939 «О принятии западной Белоруссии в состав БССР» издан Указ «О национализации промышленных предприятий и учреждений на территории западных областей БССР», который был принят к исполнению Белостокским облисполкомом. Указом предписывалось национализировать (п. 4.10) «лечебные учреждения, в том числе

больницы и аптеки; прием национализированных предприятий и организацию трестов, управлений провести к 05.01.1940».

Организующей структурой, осуществлявшей национализацию аптек и определившей порядок их дальнейшего функционирования, выступило Белостокское областное отделение Главного аптечного управления (ГАПУ) Наркомздрава БССР.

05.01.1940 – дата основания Белостокского областного отделения ГАПУ, правопреемником которого является Гродненское областное аптечное управление. Первый управляющий Белостокским отделением ГАПУ Наркомздрава БССР с января 1940 года до начала войны – Пархоменко Иван Ефимович. Организационные функции в г. Гродно выполняла межрайонная аптечная база, расположенная в г. Гродно по ул. Ожешко, 4, которую возглавлял т. Урицкий.

С 05.01.1940 до начала Великой Отечественной войны в г. Гродно работало 8 аптек и 6 аптечных магазинов. Всего в области функционировало 75 аптек, из них сельских – 36.

Великая отечественная война явилась серьезным испытанием для всего народа Белоруссии. Но и на оккупированной территории в немногочисленных сохранившихся аптеках фармацевты продолжали работать, выполняя свой патриотический и профессиональный долг. Аптеки функционировали в Гродно, Лиде, Берестовице, Зельве, Волковыске, Лунно, Озерах и т.д.

За годы войны 24 аптеки и аптечный склад Гродненской области были разрушены и разграблены полностью. Просуществовав в годы оккупации, многие аптеки были уничтожены немцами при отступлении.

После освобождения Белорусии приказом по Главapteкоуправлению Наркомздрава БССР № 63 от 05.07.1944 исполняющим обязанности заведующего Белостокским областным отделением назначена Гинзбург Фаина Семеновна.

20 сентября 1944 года образуется Гродненская область, в состав которой вошло большинство районов бывшей Белостокской области.

Решением СНК БССР №1238 от 9 октября 1944 года было указано возобновить работу областных аптечных управлений в БССР. Функция управления аптечной сетью Гродненской области были передана Гродненскому областному аптекоуправлению Наркомздрава БССР (Постановление Совета Народных комиссаров №2/22830 от 02 ноября 1944 года). В декабре 1944 года в ГАПУ БССР утверждено штатное расписание Гродненского аптекоуправления,

которым предусмотрено 15 штатных единиц и основные отделы: самоуправление со вспомогательным хозяйством, планово-экономический отдел, главная бухгалтерия и отдел аптечной сети. Возглавлял областное аптекоуправление Канарейкин Герман Никитович (октябрь 1944 г. – апрель 1945 г.).

Освобождение оккупированных территорий сопровождалось процессом восстановления аптек. После освобождения на территории Гродненской области начала работу 31 аптека.

27 июля 1944 года организован областной аптечный склад, который располагался в нескольких помещениях:

- на ул. Виленской;
- на пл. Советской (помещение «Аптеки-музея»);
- на ул. Троицкой (здание синагоги).

Остро ощущался «кадровый голод». 1 сентября 1944 года открыта Гродненская фармшкола с двухгодичным обучением. Ощущалась также острая нехватка лекарственных средств. В сентябре 1944 года налажено мини-производство настоек спиртовых в форме галеновой лаборатории на базе аптеки №1 г. Гродно. Впоследствии галеновая лаборатория функционировала в отдельном помещении на ул. Железной, 7 с 1948 по 1966 год. Для контроля качества изготавливаемых в аптеках лекарственных средств в 1945 году организована контрольно-аналитическая лаборатория, которой руководила с 1950 по 1980 год Порозова Мария Арсентьевна.

Для приближения лекарственной помощи населению уже в 1945 году было открыто 20 аптечных пунктов. Они являлись наиболее удобной формой медикаментозного обеспечения населения, так как для их работы не требовалось специалиста с соответствующим образованием. Принимая во внимание, что большинство населения проживало в сельской местности, в связи с чем приказами «Главка» доводился годовой план расширения сельской аптечной сети. Большинство аптек в сельской местности было размещено в частных домах, где одна-две комнаты занимались под аптеку, а остальная часть дома оставалась за хозяевами, причем кухня, как правило, использовалась совместно. Набор помещений аптеки включал «ожидательную» – торговый зал, ассистентскую (она же материальная) и кухню. Учитывая большие разрушения, нанесенные войной народному хозяйству, низкий уровень развития фармпромышленности, все аптеки занимались изготовлением лекарств, в том числе стерильных растворов.

Директивный метод управления, не принимающий никаких аргументов, позволил выполнить план развития аптечной сети в годы послевоенной разрухи.

Так, если на 01.01.1945 в области функционировало 32 аптеки и 20 аптечных пунктов, то на 01.01.1950 – 49 аптек, 108 аптечных пунктов.

В разные годы областное аптекоуправление возглавляли:

- Чайко Евгений Тимофеевич с 04.1945 по 03.1947;
- Пархоменко Иван Ефимович с 03.1947 по 11.1947;
- Немировский Павел Иосифович с 11.1947 по 01.1952.

1946-1950гг. Гродненское областное аптекоуправление было подведомственно Главному аптечному управлению Минздрава БССР (Указ Верховного Совета БССР от 26 марта 1946 г.).

С 1950 по 1957 год именуется Гродненским областным отделением ГАПУ МЗ БССР

Процесс дальнейшего развития аптечной сети области происходил за счет присоединения в 1950 году аптек Новогрудского, Слонимского, Дятловского и Кореличского районов. Аптечная сеть увеличилась на 14 аптек.



Бунимович В.И.

В 1952 году на должность начальника Гродненского областного отделения назначен Бунимович Владимир Иванович, который руководил аптекоуправлением 33 года по март 1985г. Его по праву следует считать организатором государственного аптечного дела на Гродненщине. За время его работы аптечная сеть увеличилась с 49 до 155 аптек. Достойный человек, многогранная личность. Лирическая

натура, любил поэзию, писал стихи. Интеллигентный человек и вместе с тем требовательный руководитель.

Согласно Постановлению Совета Министров № 610 от 25 сентября 1957 года, Гродненское областное отделение было переименовано в Гродненское областное отделение Главного аптечного и санитарно-хозяйственного управления и подчинялось Главному аптечному и санитарно-хозяйственному управлению Министерства здравоохранения БССР.

Согласно Постановлению Совета Министров БССР от 25 сентября 1957 года №610 Гродненское областное отделение ГАПУ МЗ БССР переименовано в Гродненское областное отделение Главного аптечного и санитарно-хозяйственного управления МЗ БССР.

В 1959 году к Гродненской области присоединилось 4 района: Островецкий, Ошмянский, Сморгонский, Юратишковский. Аптечная сеть увеличилась на 20%.

Начался процесс строительства новых помещений под аптеки:

1963 г. – открыта аптека №114 г. Гродно;

1965 г. – открыта аптека №119 г. Гродно.

В 1967 году под руководством Немировского Павла Ефимовича построено типовое здание для областного аптечного склада по ул. Дзержинского, 88.

Руководил аптечным складом с 1968 года по 1990 год Макарченко Павел Семенович – высокопрофессиональный специалист своего дела с непререкаемым авторитетом. Склад работал четко, слаженно. Дисциплина «железная».

В целях усиления контроля за работой сельских аптек в 1964 году организованы центральные районные аптеки.

На 01.01.1965 аптечная сеть области представлена 117 аптеками (из них 17 – центральные районные аптеки, 77 – сельские, 23 – городские) 13 аптечными пунктами 1 категории, 36 аптечными киосками, 2 аптечными магазинами, 430 аптечными пунктами 2 категории.

1970-1990 уделяется особое внимание материальной базе аптек, в том числе центральных районных. Осуществляется строительство новых помещений под аптеки, отвечающих всем требованиям, предъявляемым к устройству крупных производственных аптек.

Этому способствовало также переподчинение аптечного управления исполнительному комитету Гродненского областного

совета депутатов трудящихся. Постановление Совета Министров БССР от 24 декабря 1971 года № 378 «Об управлении аптечными учреждениями республики» и решением исполкома Гродненского областного совета депутатов трудящихся от 04 февраля 1972 года № 52 образовано Аптечное управление исполнительного комитета Гродненского областного совета депутатов трудящихся. За период с 1970 по 1985 год построено большинство зданий центральных районных аптек: № 6 Щучин, № 55 Дятлово, № 60 Новогрудок, № 65 Кореличи, № 95 Островец, № 99 Сморгонь, № 134 Гродно, № 136 Волковыск, № 146 Лида, а также городских аптек №№ 49,131,132,135,147 г. Гродно и №№ 130,139 г. Лида.

Характерная особенность того времени (развитого социализма) – аптеки строятся за счет бюджетных средств, а по завершении строительства передаются на баланс аптекоуправлению безвозмездно, при том полностью укомплектованные аптечным оборудованием.

Период социалистического строя, период стабильности и спокойствия, уверенности в завтрашнем дне, когда люди работали одержимые идеей построения развитого социализма, оказался самым благоприятным для развития аптечного дела.

Время 60-90-х годов – это период укрепления научной, материальной и практической базы фармацевтической отрасли, время оттачивания аптечного мастерства и возрождения вековых традиций.



Трусь М.И.

В марте 1985 года на должность начальника Аптечного управления Гродненского облисполкома назначен Трусъ Михаил Ильич.

Процесс активного строительства помещений под аптеки, отвечающие всем требованиям СНиПа, продолжается. За период с 1985 по 1992 год построено 15 зданий аптек, в том числе ЦРА области: № 7 (Берестовица), № 10 (Мосты), № 11 (Свислочь), № 16 (Вороново), № 90 (Ошмяны), а также для аптек первой категории №№ 153,158,160,164 г. Гродно, № 108 г. Слоним, № 138 г. Новогрудок, № 8 г. Скидель, № 21 аг. Поречье и др.

Руководители аптечной службы нового поколения продолжили традиции своих послевоенных коллег, активно совершенствовали аптечное дело, активно развивали материально-техническую базу аптек, внедряли в практику работы аптек прогрессивные методы – гарантированный метод лекарственного обеспечения населения.

Характерной особенностью организации работы аптек того времени являлось выполнение производственной функции – изготовление лекарств в аптеке по индивидуальным назначениям врача. Тонны стерильных растворов для инфузий, тысячи флаконов глазных капель, детские порошки, свечи, микстуры изготавливались в аптеках. Поэтому особые требования предъявлялись к аптекам, набору помещений, нормативных площадей, отделке, особенно к помещениям, в которых изготавливались стерильные лекарственные формы, так называемым асептическим блокам.

Необходим жесткий контроль качества лекарств, изготавливаемых в аптеках. Появилась необходимость подготовки и введения в штатное расписание аптек должности химика-аналитика и организация работы контрольно-аналитических столов и кабинетов. Назрел вопрос об изыскании новой материальной базы для контрольно-аналитической лаборатории. В 1970 году контрольно-аналитическая лаборатория переведена в отдельное помещение по ул. Железной, 7. Возглавила контрольно-аналитическую лабораторию химик-аналитик Трусъ Татьяна Николаевна.

Идеи социалистического мировоззрения являлись движущей силой трудовых отношений. По всему СССР развернулась волна социалистических соревнований, движение за коммунистическое отношение к труду и звание ударник коммунистического труда. Начиная с 1972 года стали создаваться аптеки-школы передового труда.

С 01.03.1989 Аптечное управление Гродненского облисполкома Постановлением Совета Министров БССР от 30.08.1988 № 254 реорганизовано в Гродненское областное производственное объединение «Фармация» (Гродненское ОПО «Фармация»). На должность генерального директора переводом назначен Трусь Михаил Ильич, который работал в данной должности по август 1995 года.

1991-1995 годы – время перестройки к новым экономическим отношениям.

Развал Советского Союза повлек за собой прекращение плановых поставок лекарственных средств – аптечные полки опустели.

Начали изыскиваться новые возможности в организации лекарственного обеспечения населения. С 1991 года заключаются первые контракты на поставку лекарств в область со вновь образованными коммерческими организациями.

В 1991 году организован гомеопатический отдел в аптеке № 160 г. Гродно, который в 1997 году переведен в аптеку № 135 г. Гродно. Гомеопатические средства изготавливаются в аптеке № 135 до настоящего времени, предоставляя возможность гражданам, имеющим интерес в использовании нетрадиционных методов лечения.

В целях использования лекарственного растительного сырья, произрастающего в Беларуси, организованы фитоотделы в аптеках № 3 г. Гродно, № 139 г. Лида, № 198 г. Свислочь, которые предлагали растительные сборы и чаи для лечения различных заболеваний.

В целях насыщения аптек лекарственными средствами аптекам предоставлено право самостоятельного закупа лекарств для последующей реализации. Аптекам №№ 3, 119, 159 г. Гродно, № 108 г. Слоним, № 138 г. Новогрудок придан статус аптек-госпредприятий.

Во исполнение постановления Совета Министров Республики Беларусь «О неотложных мерах по лекарственному обеспечению населения Республики Беларусь» от 31.07.1992 № 476 переходят в иные формы собственности аптеки:

- № 2 г. Гродно и № 165 г. Слоним – ООО «Белмединфарм»;
- № 49 г. Гродно – ЗАО «Белфарминторг»;
- №№ 31, 132 г. Гродно – МП «Биоком»;
- №№ 104, 164 г. Гродно – СП «Белфарм».

Приказом МЗ РБ № 96 от 21.07.1995 «О передаче хозрасчетных аптек ЛПУ» переданы на баланс ТМО все больничные аптеки.

В августе 1995 года на должность генерального директора Гродненского ОПО «Фармация» назначен Николай Николаевич Грицевич, руководитель нового формата.



Грицевич Н.Н.

Указом Президента Республики Беларусь от 24 мая 1996 года № 208 и приказом МЗ РБ от 11.12.1996 № 271 Гродненское областное объединение преобразовано в Гродненское областное производственное предприятие «Фармация» (Гродненское ОПП «Фармация»).

С середины 90-х годов государственная аптечная сеть функционирует в условиях жесточайшей конкуренции с аптеками других форм собственности. Перед генеральным директором Грицевичем Н.Н. поставлена задача – сохранить позиции государственной аптечной сети в области оказания лекарственной помощи населению и организациям здравоохранения в стремительно развивающейся конкурентной среде аптечных организаций различных форм собственности.

Прекращена передача государственных аптек в другие формы собственности. Некоторые возвращены (аптеки № 2 и № 49 г. Гродно, № 138 г. Новогрудок, № 108 г. Слоним).

Построены новые помещения для организации работы аптек за счет собственных средств предприятия. Построены три квартиры для проживания аптечных работников.

Открыто 15 аптек. Возвращены под юрисдикцию Гродненского ОПП «Фармация» аптеки-госпредприятия.

Радикально изменились многие основополагающие принципы, определяющие работу по лекарственному обеспечению населения и организаций здравоохранения. Поставки лекарственных средств в Гродненскую область осуществляются по прямым валютным контрактам непосредственно от производителей препаратов, в том числе иностранных компаний. Приоритетными являются поставки лекарственных средств отечественного производства. Особо актуальна политика импортозамещения и поддержки отечественных фармацевтических производителей.

На основании Декрета президента Республики Беларусь от 16.03.1999 № 11 приказом МЗ РБ от 29.05.2000 № 127 Гродненское областное производственное предприятие «Фармация» переименовано в Гродненское торгово-производственное республиканское унитарное предприятие «Фармация» (Гродненское РУП «Фармация»).

Началось поступательное движение вперед.

На 01.01.2000 в Гродненской области функционирует 143 аптеки, имеется разветвленная сеть аптекных пунктов I и II категории.

Проведена реорганизация аптечной сети. Аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски преобразованы в аптеки соответствующих категорий в зависимости от вида и характера выполняемых работ, услуг, занимаемых помещений, реализуемых лекарственных средств.

На 01.01.2010 в области функционирует 220 аптек РУП «Фармация», в том числе 22 аптеки I категории, 23 – II категории, 12 – III категории, 82 – IV категории и 81 – V категории.

Для приближения лекарственного обеспечения к сельскому населению действует 369 точек розничной реализации лекарственных средств медицинскими работниками.

Производство лекарственных средств перешло в значительной степени на промышленную основу. Количество аптек, осуществляющих производственную функцию, уменьшилось более чем в 3 раза (с 76 до 22).

С 90-х годов не строятся новые здания для государственных аптек за счет бюджетных средств, как это было в годы Советской власти. Задача предприятия – это сохранение имеющегося потенциала, а также придание современного вида, создание благоприятных условий для работы и обслуживания населения. С поставленной задачей предприятие справляется успешно. Аптечные

здания, несмотря на различный, иногда «преклонный возраст», – молодеют и преображаются.

Ремонтные работы проводятся с соблюдением технологических регламентов на основании разработанной проектной документации. Кардинально изменились торговые залы аптек. Отремонтированы с учетом современных эстетических требований и новейших технологий. Обставлены торговым аптечным оборудованием с дизайнерскими решениями применительно к особенностям торгового зала, элементами эксклюзивности и специфики оказываемых услуг.

С 2005 года в рамках выполнения отраслевой Программы возрождения и развития села с целью нивелирования различий в обеспечении медицинской и лекарственной помощью городского и сельского населения проводится комплекс мер по усовершенствованию сельских аптек и в целом лекарственного обеспечения сельских жителей.

В целях приближения лекарственной помощи к населению и выполнения системы государственных социальных стандартов открыты государственные аптеки IV категории практически при каждом лечебно-профилактическом учреждении, а также в местах массового движения населения открываются аптеки V категории.

Для улучшения качества обслуживания населения в государственных аптеках установлен программный продукт «Справка» и организован информационно-справочный центр.

Установлено основное программное обеспечение во всех аптеках и произведена глобальная модернизация всей кабельной системы Гродненского РУП «Фармация».

Качество поступающих в область лекарственных средств контролируется системой государственного контроля качества, которую проводит контрольно-аналитическая лаборатория Гродненского РУП «Фармация», аккредитованная Национальным центром стандартизации на независимость и техническую компетентность, располагающая квалифицированным персоналом и соответствующими техническими средствами, под руководством опытного специалиста Скобейко Г. С.

Четко организована работа оптового звена предприятия – областного аптечного склада.

С февраля 2012 г. по июнь 2017 г. руководство Гродненским РУП «Фармация» осуществлял Щука Андрей Иванович.



Щука А.И.

За период 2012-2017 гг. построено два помещения под государственные аптеки за счет собственных средств предприятия. Открыто 32 аптеки. Совершенствуется материально-техническая база аптечных организаций – аптек, аптечного склада, контрольно-аналитической лаборатории.

Период с февраля 2012 и по наши дни без сомнения стал для Гродненского РУП «Фармация» периодом активного расширения аптечной сети, внедрением инноваций и современных технологий во все сферы фармацевтической деятельности, стремительной информатизации, междисциплинарного взаимодействия, открытия новых границ и горизонтов.

С октября 2017 года государственной аптечной службой руководит Литош Сергей Владимирович.



Литош С.В.

Под грамотным руководством Щуки Андрея Ивановича и Литоша Сергея Владимировича были достигнуты амбициозные цели и решены сложные задачи. Так, открытие 32 аптек во всех регионах Гродненщины позволило сделать фармацевтическую помощь не только доступной, но и удобной для каждого жителя региона. Ведь в приоритете стало размещение новых аптек в лечебных организациях, новых растущих микрорайонах, торгово-развлекательных центрах, в соответствии с требованиями современности, чтобы человек, получая медицинскую помощь, совершая покупки, или просто возвращаясь домой с работы, смог быстро приобрести необходимые лекарства. Более того, создание корпоративного сайта предприятия *farmacia.by* позволило пользователям в удобное время находить и бронировать необходимые лекарственные средства в подходящей аптеке.

Повышению комфорта и мобильности для посетителей содействовала также установка бесплатной сети wi-fi во многих аптеках.

Особое внимание уделено оптовому звену предприятия – аптечному складу. Расширение аптечной сети, перспектива вхождения в Европейский экономический союз, необходимость совершенствования логистической деятельности предприятия, – все это и многое другое создало условия для строительства нового здания аптечного склада. И уже в 2014 году было начато проектирование, а в 2017 г. – произведены первые работы по возведению столь необходимого объекта.

Стремительными темпами растущий ассортимент лекарственных средств, биологически активных добавок, медицинских изделий, новых линеек косметических средств и медицинской техники, расширение взаимодействия со специалистами здравоохранения требовали создания качественного программного обеспечения и значительной информатизации на всех уровнях работы предприятия. Благодаря этому удалось успешно освоить и внедрить проект по фармацевтическому сопровождению электронных «Карт для медицинского обслуживания» в рамках программы «Электронное здравоохранение».

Большое внимание оказывается обучению фармацевтических специалистов и развитию института наставничества для молодого поколения провизоров и фармацевтов. Так, регулярно осваиваются и прорабатываются различные формы обучения: семинары, в том числе и выездные, практические тренинги, дистанционные формы

обучения. Такой комплексный подход, несомненно, способствует повышению уровня профессиональных знаний и улучшению качества оказываемой помощи. Проведение в 2016 году областного конкурса «Инновационные идеи для «Фармации» позволило выявить креативный потенциал для дальнейшего развития деятельности предприятия.

Дальнейшему укреплению лояльности посетителей к государственной аптечной сети, формированию имиджа предприятия способствует проведение «Дней открытых дверей» в аптеках области с участием специалистов организаций здравоохранения, в рамках которых посетители могут получить интересующие консультации и информацию по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Во многих аптеках были установлены портативные кресла-тонометры для оперативного контроля артериального давления посетителями аптек.

Многовекторное направление и прогрессивное движение деятельности было бы невозможным без развития и укрепления корпоративной культуры и духа сотрудников предприятия.

Проведение масштабных форумов «Фармация без границ», «Дорогой вереска», различных спортивных, туристических, творческих мероприятий и проектов, без сомнения, формирует высокий уровень сплоченности всех сотрудников предприятия, повышает взаимовыручку, понимание и уважение, а без этого невозможно представить работу Гродненского РУП «Фармация».

Литература

- 1 Материалы конференции, посвященной 60-летию государственной аптечной службы;
- 2 «70-летие (Десять лет спустя)»;
- 3 Документы о реорганизации из материалов кабинета аптечного дела на Гродненщине.

ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛОРУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

НОВАЦИИ И ТРАДИЦИИ КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

**Дубровщик О. И., Гарелик П. В., Суров А. Н., Мармыш Г. Г.,
Довнар И. С., Филипович А. В., Хильмончик И. В., Шевчук Д. А.**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
Городская клиническая больница № 4 г. Городно, Беларусь

Резюме. Представлены этапы становления и развития кафедры общей хирургии за 59-летний период. Отмечена роль организатора кафедры Б. И. Клепацкого и его преемников И. Я. Макшанова и П. В. Гарелика, в совершенствовании учебного процесса, научно-исследовательской и лечебной работы сотрудников клиники общей хирургии.

Ключевые слова: клиника общей хирургии, научные исследования, клиническая работа и педагогический процесс.

INNOVATIONS AND TRADITIONS OF CLINIC OF THE GENERAL SURGERY IN DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF BELARUS: THE PAST, THE PRESENT AND THE FUTURE

**Garelik P. V., Surov A.N., Dubrovshchik O. I., Marmysh G. G,
Dovnar I. S., Filipovich A. V., Hilmonchik I. V., Shevchuk D. A.**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Resume. Stages of formation and development of the general surgery department for the 59-year-old period are presented. A role of the organizer of department B. I. Klepatsky and his successors I. J. Makshanov and P.V.Garelik in perfection of educational process,

research and medical work of the general surgery clinic employees is noted.

Keywords: clinic of the general surgery, scientific researches, clinical work and pedagogical process.

Новации в хирургической практике можно рассматривать как основу достижения успехов в разработке и внедрении новых высокоэффективных технологий. Традиции прокладывают незримую тропу эстафеты знаний, опыта и эрудиции, которая четко указывает направление пути молодым ученым и практическим хирургам в специальности, обеспечивает связь поколений, формирует уважение к делам и умению предшественников. Ученики продолжают дела своих учителей, как специалисты-практики и всесторонне образованные ученые, исповедуя достойные и славные традиции преемственности. Как совместить традиции и новаторство не потеряв лучшее из того, что было, органично соединив с новейшими современными достижениями в медицинской науке и практике? Ответ на этот вопрос известен и состоит в создании гармоничного коллектива единомышленников. Сегодняшние успехи и достижения в развитии хирургической науки и практики сотрудников клиники общей хирургии и их вклад в развитие здравоохранения Беларуси связаны с заложенными традициями и принципами, сформированными при становлении кафедры общей хирургии на базе 1-ой городской больницы имени З. П. Соловьева в 1960 г. Организатором и руководителем кафедры в течение 6 лет был Борис Иванович Клепацкий. Перед руководством больницы и кафедры впервые встала сложная и очень важная задача объединения коллектива практических хирургов и сотрудников кафедры для организации высококвалифицированной помощи больным и подготовки молодых медицинских кадров. Взаимопонимание между руководством института, главным врачом больницы (заслуженный врач БССР, Герой Социалистического Труда Владимир Юстинович Мирончик) и заведующим кафедрой стали основой для формирования коллектива клиники. Благодаря взаимопониманию сотрудников хирургического отделения и кафедры была создана атмосфера сотрудничества, которая способствовала тому, что хирургическая служба больницы быстро вышла на новый, более качественный уровень развития. Создание условий для проведения научного поиска и исследований, поддержка администрации больницы, позволили широко внедрять в

хирургическую практику научные разработки сотрудников кафедры, новые методики диагностики и лечения, рацпредложения и заимствованные из литературы оригинальные способы лечения и диагностики.

В этот период активно проводился научный поиск по проблеме патогенетического лечения больных страдающих тромбоблитерирующими заболеваниями (ТОЗ) сосудов нижних конечностей. Это было первое научное направление кафедры и уже в 1962 г. в клинике была разработана система лечения ТОЗ нижних конечностей, предложенная Б.И. Клепацким, включающая внутривенное введение низких концентраций раствора новокаина с витаминами, глюкозой по разработанной схеме. В историю развития хирургии схема вошла как метод Василенко-Клепацкого.

Активные исследования, проводимые по проблеме лечения ТОЗ сосудов нижних конечностей, завершены защитой и утверждением 6 кандидатских диссертаций, изданы 2 монографии. Организацию учебного процесса на кафедре в первые годы ее становления определяли опыт и педагогическое мастерство Бориса Ивановича. В течение двух лет он сам читал все лекции по общей хирургии, ассистенты посещали лекции, что обеспечивало совершенствование знаний и приобретению опыта преподавания общей хирургии. Благодаря настойчивости, организаторским способностям, умению находить взаимопонимание с руководством института было получено разрешение ректора ГГМИ Л. Ф. Супруна на открытие при кафедре клинической ординатуры и аспирантуры. Молодые врачи-хирурги были приглашены для обучения в клинической ординатуре. Молодые, энергичные ученые, достойно защитившие кандидатские диссертации, хорошо владеющие хирургической техникой, вели учебный процесс. Были подготовлены наглядные пособия к лекционному курсу, приобретены учебной частью института материалы и наглядные пособия для освоения практических навыков, демонстрировались учебные фильмы с помощью проекторов. Организация и становление клиники общей хирургии осуществлялась в лучших традициях, так как все сотрудники кафедры уже заявили о себе, как умелые и известные практические врачи-хирурги, а ассистенты успешно защитили диссертации. Наряду с организацией и совершенствованием учебного процесса в клинике осваивались новые, широко внедрялись и совершенствовались уже выполнявшиеся в клинике оперативные

вмешательства. Обоснован и ряд новых направлений научной и практической работы сотрудников клиники, включающих лечение ТОЗ сосудов нижних конечностей, хирургию желудка и двенадцатиперстной кишки, ободочной и прямой кишки, желчного пузыря. В 1967 году, после смерти Б. И. Клепацкого, на должность заведующего кафедрой избран И. Я. Макшанов, 27-летний период работы кафедры под его руководством был связан с поиском, разработкой и созданием новых прогрессивных направлений в хирургической науке и практике. Оборудование и оснащённость клиники позволили с 1970 г. проводить исследования, поиск и разработку различных вариантов лечения пациентов с венозной патологией: освоены и внедрены оперативные вмешательства при варикозной болезни, в том числе осложненной тромбофлебитом и трофическими язвами. Разработана система профилактики, лечения и реабилитации циркуляторных расстройств регионарной гемодинамики после флебэктомии, что позволило сократить нетрудоспособность в 2,5 раза. Исследования по данной проблеме завершены защитой 3 кандидатских диссертаций. В 1969 году освоена и внедрена в систему лечения ТОЗ сосудов нижних конечностей, поясничная симпатэктомия, а в 1982 году – трансторакальная симпатэктомия в комплексном лечении болезни Рейно. В эти годы клиника оказывала экстренную помощь пациентам с острой хирургической патологией брюшной, грудной полостей при травмах и урологической патологии, в том числе и детям.

Новаторство и творчество И.Я. Макшанова и возглавляемого им коллектива клиники воплощались в быстром развитии новых прогрессивных технологий в хирургической науке и практике. С открытием детского хирургического отделения освоены и внедрены операции при врожденных пороках у новорожденных. Освоена операция экстирпации прямой кишки при злокачественных новообразованиях, пластические операции по восстановлению сфинктера прямой кишки. С 1968 г. стали разрабатывать реконструктивные операции по поводу болезней оперированного желудка. Сотрудники клиники внесли значительный вклад в разработку, совершенствование и внедрение методов реконструктивно-восстановительной гастроэнтерологии, лечение перитонитов, спаечной болезни, сепсиса. С 1967 г. проводили экспериментальные и клинические исследования по разработке методов лечения портальной гипертензии при циррозе печени.

Впервые обоснована методика исследования лимфатической системы с помощью органа «донора», осуществлена прямая контрастная наливка лимфатических сосудов сальника. Обоснована возможность формирования окольного кровотока путем транспозиции селезенки и лимфатока путем оментогепатодиафрагмапексии. В 1974 году по этой проблеме защищена докторская диссертация. С 1975 года ведущей научной темой клиники утверждена тема «Неспецифическая резистентность организма, возможности ее коррекции у больных с повышенным операционным риском». Значимый вклад внесли сотрудники клиники в разработку арефлюксных билиодигестивных анастомозов, реабилитацию пациентов с колостомами и лечение кишечных свищей. Успешно и активно разрабатывались методы инструментальной, биохимической и морфологической диагностики рефлюкс-гастрита, в том числе развивающегося после типовых резекций желудка. В 1988 г. разработан и впервые применен метод математического анализа кардиоритма в условиях пробы Фишера, для диагностики степени тяжести демпинг-синдрома. В 1989 г. в эксперименте разработан и внедрен в клиническую практику метод замедления пассажа кишечного содержимого по тонкому кишечнику формированием клапана-инвагината.

С апреля 1989 г. клинической базой кафедры общей хирургии стала 4-я городская клиническая больница МСЧ «Азот». Хирургическое отделение в полном составе, сотрудники клиники общей хирургии и оборудование были размещены на базе 4-ой больницы. Взаимопонимание с главным врачом больницы Николаем Ивановичем Музычко и заведующим кафедрой способствовало продолжению научных исследований на новой базе, где условия для работы значительно улучшились. Располагая тремя лабораториями: биохимической, вычислительной техники и адаптации к гипоксии, коллектив клиники успешно продолжил ставшие традиционными направления – абдоминальной, острой и хронической хирургической патологии, реконструктивно-восстановительной гастроэнтерологии, изучение болезней оперированного желудка, лечение геморрагического гастрита. И. Я. Макшанов создал научную школу в области хирургии, зарегистрированную в РБ в 1975 г. «Изучение реактивности и резистентности у больных с хирургической патологией, повышение устойчивости организма применительно к операционной травме». Под его руководством с 1967 по 1988 г. защищено 4 докторские диссертации и 14 кандидатских. Диапазон

научных исследований коллектива клиники общей хирургии под руководством Б. И. Клепацкого и И. Я. Макшанова был очень широким и плодотворным, оригинальные и успешные научные разработки велись на стыке хирургии, физиологии, патофизиологии и биохимии. С 1994 г. кафедру возглавил профессор Петр Васильевич Гарелик. Он первый в Гродненском регионе освоил, внедрил и продолжает развивать современные лапароскопические технологии в диагностике и лечении хирургической патологии. Петр Васильевич обоснованно считает, что все возникающие при разработке и внедрении инновационных методов трудности связаны с людьми, однако авторитет, опыт и умение руководителя организовать работу коллектива позволяют добиваться высоких результатов. Сохраняя и преумножая традиции, коллектив кафедры под руководством П. В. Гарелика продолжает научные исследования по ведущим и приоритетным проблемам практического здравоохранения и науки: изучение патогенеза и лечение панкреонекроза, лечение кист поджелудочной железы, цирроза печени и синдрома портальной гипертензии, холестатических гепатитов, гастродуоденальных кровотечений, постхолецистэктомического синдрома. С 2000 г. главным врачом УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» стал Александр Николаевич Суров. Взаимопонимание Александра Николаевича с коллективом руководимой им больницы и сотрудниками кафедры позволили успешно и активно разрабатывать, совершенствовать методики лапароскопической холецистэктомии, аппендектомии, герниопластики, адгезиолизиса при спаечной болезни. Проводятся малоинвазивные диагностические и лечебные операции под наведением УЗИ при объемных образованиях брюшной полости. С 2003 г. П. В. Гарелик – руководитель и лидер научной школы, функционирующей в клинике. Под его руководством защищено 2 докторские и 4 кандидатских диссертаций.

Что же ожидает хирургов в ближайшей перспективе? В хирургическую науку и практику пришла интеллектуальная хирургия, в основе которой применение роботов, микророботов и телеоперационных систем. Расширяются показания к оперативным вмешательствам с использованием робототехники. Расширение технологических возможностей в хирургии требует повышения роли интеллекта знаний, опыта и мастерства хирургов. В более отдаленном будущем, облик хирургической науки и практики совершенно изменится, и возникнет необходимость оборудовать операционные

для тканевой инженерии, генетических и биохимических вмешательств. Однако полагаем, что и в далекой перспективе система приоритетов в подготовке к практической работе как хирургов, так и врачей иных специальностей останется прежней: на первом месте клиника, пациент, со всеми его физическими и душевными особенностями, и лишь затем самые современные и ценные данные инструментальных и лабораторных методов.

Коллектив клиники общей хирургии успешно трудится, преумножая и совершенствуя достигнутое, находится в постоянном поиске нового, прогрессивного. На сегодняшний день кафедра общей хирургии располагает хорошим научным потенциалом (3 профессора, доктора медицинских наук; 5 доцентов, кандидатов медицинских наук; 3 ассистента, выполняющих диссертационные исследования). Добросовестность, честность, порядочность, профессионализм, уважение, добрые традиции, заложенные учителями, поддерживаются и совершенствуются в коллективе клиники общей хирургии на благо здравоохранения РБ, высшего медицинского образования и хирургической науки.

СОВРЕМЕННЫЙ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Хотим О. А.¹, Аносов В. С.¹, Сычевский Л. З.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая
больница», Гродно, Беларусь²

Комбинированный метод лечения костных кист является высокоэффективным. Этому способствует деструкция внутренней выстилки кисты, измельченный аллогенный трансплантат является остеокондуктором, костный мозг – остеоиндуктором.

Костная киста, костная пластика, лазерное излучение.

MODERN MINIMALY INVASIVE COMBINED METHOD OF TREATMENT BONE CYSTS IN CHILDREN

Hotim O. A.¹, Anosov V. S.¹, Sychevskij L. Z.²

Grodno state medical university, Grodno, Belarus
Grodno regional children hospital, Grodno, Belarus

Combined method of treatment of bone cysts is high effective. Destruction of inner cyst's membrane, crashed allogenic bone graft which is osteoconductor, bone marrow which is osteoinductor contribute to this good result.

Bone cyst, bone grafting, laser eradication.

Актуальность. Показаниями для хирургического лечения костных кист у детей является размер кисты (более 2/3 поперечника кости), локализация в нагружаемой области, высокий риск патологического перелома, выраженный продолжающийся болевой синдром.

Существует ряд методов оперативного лечения костных кист: малоинвазивные (пункционные, инъекционные), открытые с резекцией патологического участка. Однако, у каждого метода имеется ряд недостатков и осложнений.

Известен радикальный метод хирургического лечения костных кист, заключающийся в проведении кюретажа патологического участка с костной пластикой. Весомым недостатком данного костно-пластического метода является его травматичность, имеется высокий риск повреждения сосудисто-нервных образований, а перестройка больших по размеру трансплантатов представляет собой длительный процесс, анализ отдаленных послеоперационных результатов указывает на высокий процент осложнений.

В основе наиболее популярного минимально инвазивного пункционного метода лечения костных кист с использованием стероидов лежит простангландиновый эффект, а также снижение давления в кисте. Количество пункций с введением препарата находится в диапазоне от 2 до 5. Однако, положительный эффект от пункционного метода с использованием стероидов варьирует от 40% до 80%. К недостаткам данного метода относят многократность пункций, высокий процент рецидивов, побочное действие на

организм ребенка со стороны стероидов, системный ответ на стероиды (синдром Кушинга) [2].

Цель. Целью данного исследования является оценка эффективности разработанного на базе учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» минимально инвазивного комбинированного метода лечения костных кист у детей.

Материал и методы. Результаты лечения 6 пациентов с диагнозом «костная киста», прооперированных в соответствии с разработанным методом в ортопедо-травматологическом отделении для детей учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с января по сентябрь 2018 года. Методы исследования: сбор анамнеза, клиническое обследование, лабораторные (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, цитологическое исследование содержимого костной кисты для верификации диагноза) и инструментальные (рентгенография пораженного сегмента в 2-х проекциях, компьютерная томография) методы исследования.

Назначение компьютерной томографии позволяет четко локализовать границы костной кисты, определить количество микрополостей, по плотности жидкостного содержимого определить активность каждой из микрополостей провести дифференциальную диагностику [2].

Результаты. Было обследовано и прооперировано 6 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет (1 – мужского, 5 – женского пола). Костная киста локализовалась в проксимальном отделе плечевой кости у 3 детей, в дистальном отделе левой большеберцовой кости у 1, в правой пяточной кости у 1, в правом надколеннике у 1 ребенка. При поступлении жалобы на болевой синдром в области образования предъявляли 3 (50%) пациента. У детей с костной кистой, локализующейся в области плечевой и большеберцовой кости, в анамнезе имелся патологический перелом. У всех пациентов лабораторные показатели были в пределах возрастной нормы.

Под контролем электронно-оптического преобразователя проводили пункцию костной кисты иглой и аспирацию её содержимого, характер которого оценивали визуально и лабораторно. Затем устанавливали дополнительную иглу, через иглы проводили промывание полости аминокaproновой кислотой с гемостатической

целью с последующей полной эвакуацией жидкостного содержимого кисты.

Через одну из игл вводили световод диодного лазера и проводили коагуляцию внутренней выстилки костной кисты высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 0,97 мкм, мощностью 20 Вт, в непрерывном режиме излучения, в несколько этапов поочередно через установленные иглы. Внутренняя выстилка костной кисты является полупроницаемой мембраной и основным источником поступления жидкости, а излучение с длиной волны 0,97 мкм проникает в мягкие ткани на глубину не более 2-3 мм, что соответствует высоте клеточной выстилки костной кисты у детей.

После коагуляции под контролем электронно-оптического преобразователя перфорировали стенку кисты троакарном диаметром 5,5 мм. Проводили заполнение костной полости смесью, состоящей из измельченной губчатой аллогенной кости и аутогенного костного мозга через тубус диаметром 5,5 мм либо через воронку с соответствующим внутренним диаметром рабочей части (в зависимости от локализации кисты). Губчатый аллогенный трансплантат является остеокондуктором, а его измельчение приводит к ускорению процессов регенерации и предотвращает осложнения, характерные для цельных трансплантатов, костный мозг выступает в качестве остеоиндуктора. Степень заполнения полости кисты оценивали электронно-оптическим преобразователем [1].

В послеоперационном периоде пациентам была рекомендовано иммобилизация пораженного сегмента в подкладочной гипсовой повязке в течение 4 недель.

Через 3 месяца после оперативного лечения на контрольных рентгенограммах у всех детей отмечено устранение костной полости и ремоделирование костной ткани.

Выводы. Комбинированный метод лечения костных кист с применением высокоинтенсивного лазерного излучения и костной пластики является минимально инвазивным, малотравматичным, высокоэффективным. Представленный метод позволяет создать благоприятные условия для ремоделирования костной ткани и полного закрытия полости в кратчайший срок путем равномерной деструкции внутренней выстилки костной кисты и заполнения полости костным трансплантатом, являющимся остеокондуктором, и аутогенным костным мозгом, выступающим в качестве остеоиндуктора.

Литература

1. Инструкция по применению «Комбинированный метод хирургического лечения костных кист с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения и костной пластики»: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 30.11.18. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – 7 с.
2. Хотим, О. А. / Костные кисты у детей / О. А. Хотим, В. С. Аносов, Л. З. Сычевский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Том 16, № 5. – С. 625-630.

РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ БЕЛАРУСИ: ВАЖНЕЙШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 2010-2018 ГОДЫ

**Сачек М. М., Малахова И. В., Дудина Т. В., Ёлкина А. И.,
Василевская М. Г.**

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
Минск, Беларусь

Резюме. Представлены важнейшие показатели результативности научно-исследовательских организаций Минздрава Беларуси за 2010-2018 гг., отражающие развитие медицинской науки.

Ключевые слова. Медицинская наука, оценка результативности, показатели эффективности.

DEVELOPMENT OF MODERN MEDICAL SCIENCE OF BELARUS: IMPORTANT INDICATORS FOR 2010-2018

**Sachek M. M., Malakhova I. V., Dudina T. V., Yolkina A. I.,
Vasileuskaya M. G.**

Republican Scientific and Practical Center of Medical Technologies, Informatization,
Management and Health Economics (RSPC MT), Minsk, Belarus

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies,
Informatization, Management and Health Economics of the Ministry of
Health of the Republic of Belarus (RSPC MT), Minsk

Resume: The most important performance indicators of research organizations of the Ministry of Health of Belarus for 2010-2018, reflecting its development and effectiveness, are presented.

Key words: medical science, evaluation of the results, effectiveness indicators.

Медицинская наука играет системообразующую роль в современном здравоохранении республики. Соответственно, одним из приоритетных направлений инновационного развития отрасли здравоохранения республики является разработка и внедрение в практику высокотехнологичных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, прежде всего, социально значимых заболеваний (постановление Совета Министров Республики Беларусь № 153 от 25.02. 2016 г). Медицина и фармация, медицинская техника, био- и наноиндустрия, информационно-коммуникационные технологии в долгосрочном периоде в республике остаются приоритетными направлениями деятельности белорусских ученых.

Решение этих задач требует мониторинга результативности и эффективности отраслевой науки. Все существующие системы оценки результативности науки в качестве основных наукометрических критериев используют оценку итоговой научной продукции и результатов ее практического освоения. В комплексной оценке результативности научных коллективов и эффективности научных исследований общеприняты такие формализованные количественные показатели, как число публикаций, количество получаемых патентов, множество показателей научно-практической деятельности. Тем не менее, комплекс всех этих показателей не всегда в полной мере отражает результативность конкретных научных организаций. Поэтому принято количественные показатели использовать в качестве важных критериев результативности, но вспомогательных, дополняющих экспертную оценку.

В Беларуси оценка результативности отраслевой науки осуществляется с целью соизмерения результатов и затраченных финансовых, материальных, интеллектуальных ресурсов и определения научной и практической значимости научных исследований. В соответствии с инструкцией, утв. приказом МЗ РБ от 1.12.2014 г в РНПЦ МТ ежегодно проводится оценка результативности и эффективности отраслевой науки, позволяющая определить рейтинг научных организаций и дать научно-

обоснованный прогноз перспективы их дальнейшего развития. Технология этой работы подробно изложена в публикации [1].

Из литературы и опыта оценки результативности медицинской науки республики, к основным важнейшим информативным показателям прямых результатов научных организаций системы здравоохранения, позволяющим проводить сравнения с зарубежными научными структурами, целесообразно относить:

- качество научно-исследовательских организаций системы Минздрава (рейтинг НИО);
- доля научных организаций, оснащенных современным оборудованием и доступ исследователей к использованию оборудования национальных лабораторий коллективного пользования;
- количество научных лабораторий, сертифицированных с участием международных экспертов на соблюдение принципов и правил надлежащей научной практики (Good Scientific Practice).
- выполнение научно-технических проектов и программ;
- количество реализованных проектов в рамках созданных научно-образовательных консорциумов, между научными организациями, учебными учреждениями, производством;
- доля НИОК(Т)Р, выполняемых в рамках договоров международного сотрудничества, среди всех договоров по НИОК(Т)Р;
- количество публикаций ученых-медиков в ведущих рейтинговых журналах мира и их цитирований за рубежом;
- количество полученных национальных и зарубежных патентов на изобретение;
- количество новых медицинских технологий, разработанных в рамках ГНТП, ОНТП, инновационных проектов и др. и внедренных в организации практического здравоохранения республики и за рубежом [1,2 и др.].

Последние три вида комплексных количественных показателей относят к наиболее важным, общепринятым мировым научным сообществом критериям, характеризующим развитие медицинской науки – это публикационная активность, изобретательская деятельность и внедрение результатов в практику.

В республике на начало 2019 г сеть государственных научных медицинских (фармацевтических) учреждений, сложившаяся за последние годы, включала 26 организаций: 5 учреждений, реализующих программы высшего медицинского (фармацевтического) образования, 15 государственных учреждений «Республиканский научно-практический центр», 3 научно-практических центра, ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», РУП «Белмедпрепараты», УЗ «Национальная антидопинговая лаборатория» и ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов». В этих организациях трудятся свыше 3700 человек, при этом более половины из них (57,36%) имеют ученые степени и звания. Это более 9,5% от числа всех белорусских исследователей. Для сравнения, в 2001 г в системе Минздрава научной деятельностью занимались 3024 научных работника.

В 2018 году учеными отрасли выполнялись 803 НИОК(Т)Р, результаты которых включали обязательную разработку новых методик (методов) исследования, создание импортозамещающей продукции, новых лекарственных средств, приборов и технологий, тест-систем и наборов для лабораторного анализа, способов и алгоритмов диагностики, лечения и реабилитации, часть из которых после клинической апробации в дальнейшем включаются в протоколы диагностики и лечения.

В соответствии с этой работой год от года растет и продуктивность ученых республики, и, прежде всего, публикационная активность (рис. 1). Необходимо отметить, что, в основном авторы публикуют работы в научных журналах стран СНГ, преимущественно, Российской Федерации. Например, в 2018 г. из общего числа научных статей только 8,9% опубликованы в международных рейтинговых журналах, а по БД Scopus и Web of Science, Medline, а из числа всех статей, опубликованных за рубежом за последние 5 лет, в рейтинговых журналах опубликовано 66% статей. Постепенно растет количество электронных публикаций. В 2018 г. это 5074 монографии и статьи (2015 г. – 3255). При этом количество публикаций, приходящихся на 1 научного работника, занятого в сфере здравоохранения, также постепенно растет: от 3,25 в 2010 г до 5,28 – 2018 г.

Второй важнейший критерий эффективности деятельности ученого – изобретательская работа. По данным [3] в 2012 г. Беларусь

в рейтинге патентной активности (ВОИС) занимала 40-е место в мире по количеству патентных заявок по всем специальностям (среди 105 стран), а в 2016 г – 52-е место по уровню активности в сфере интеллектуальной собственности. Что касается изобретений в сфере медицинской науки, то ежегодное количество получаемых патентов на новые методы диагностики, лечения, полезную модель, сохраняется на уровне 200-270, на рационализаторские предложения – от 390 до 550 в год (рис.2). В среднем, на одного научного работника системы Минздрава в 2018 г. приходилось 0,053 патента на изобретение и 0,103 свидетельств на рационализаторские предложения. Эти цифры практически воспроизводятся из года в год.



Рисунок 1. Общее количество опубликованных в республике и за рубежом статей и монографий, в т.ч. электронных, за период с 2010 по 2018 гг.

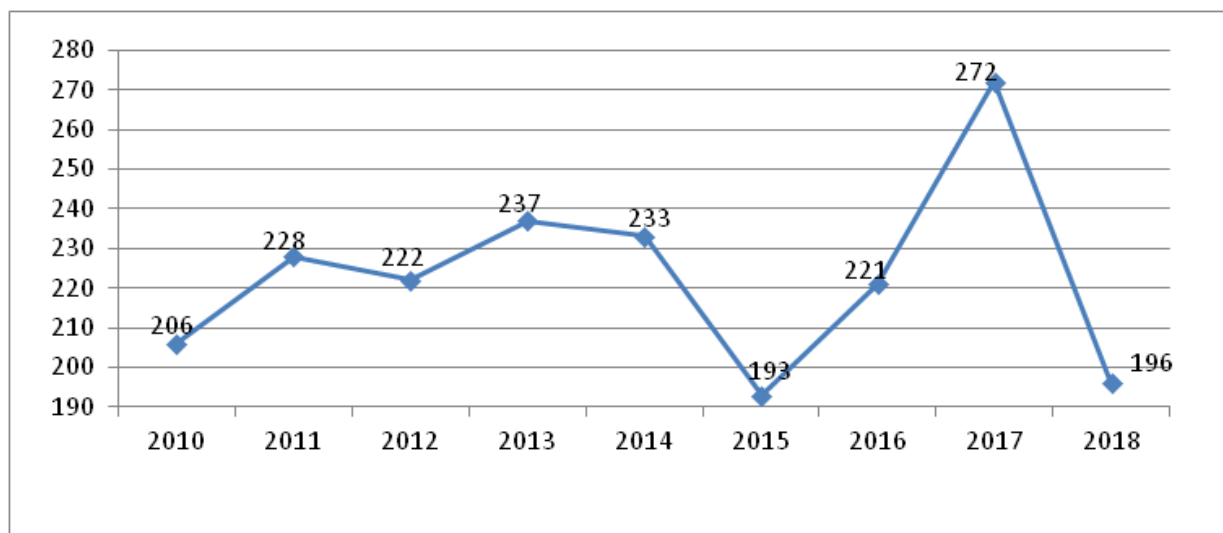


Рисунок 2. Динамика полученных патентов на изобретение, полезную модель учеными-медиками Беларуси (2010-2018 гг.)

И, наконец, третьим важнейшим показателем результативности медицинской науки является эффективность внедрения новых медицинских технологий (НМТ), разработанных по результатам НИР (инструкции по применению) (рис.3). В частности, в 2018 году в рамках выполнения тем НИР разработано и утверждено Минздравом 345 новых методов и медицинских технологий (инструкций по их применению), в практику же организаций здравоохранения внедрено 799 НМТ с учетом внедрений разработок предыдущих 2-х лет.

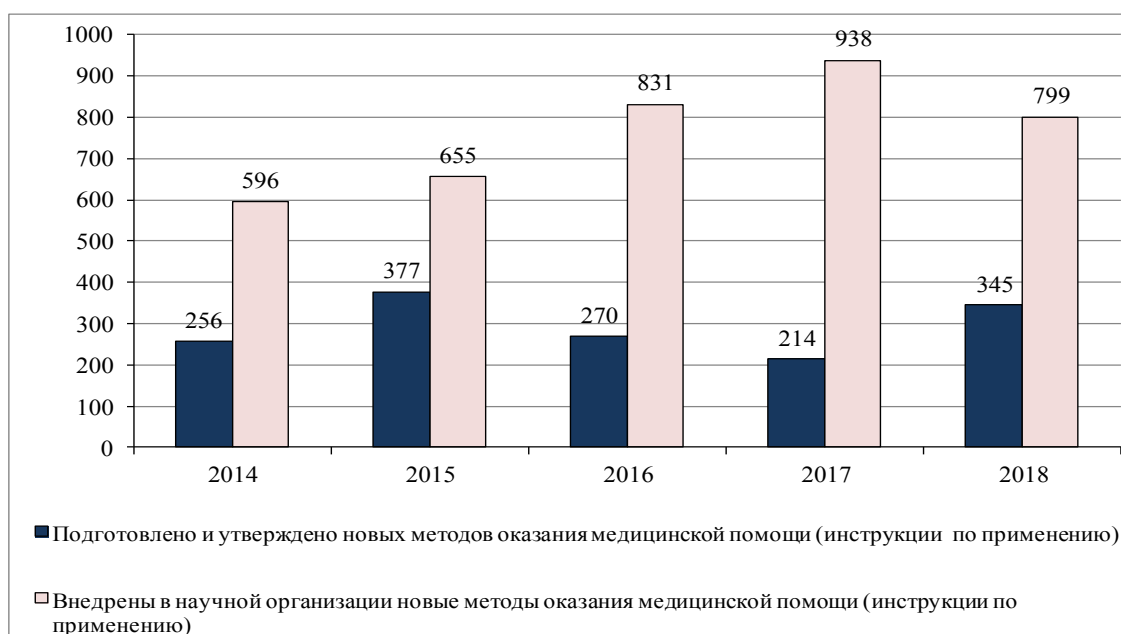


Рисунок 3. Динамика количества внедренных в практику здравоохранения НМТ (инструкций по их применению) НИО МЗ РБ

Для наглядности роста результативности НИО системы Минздрава мы использовали удельный показатель «индекс развития» – отношение суммы полученных баллов за всю деятельность организации за отчетный год к аналогичному показателю предыдущего года (рис.4).

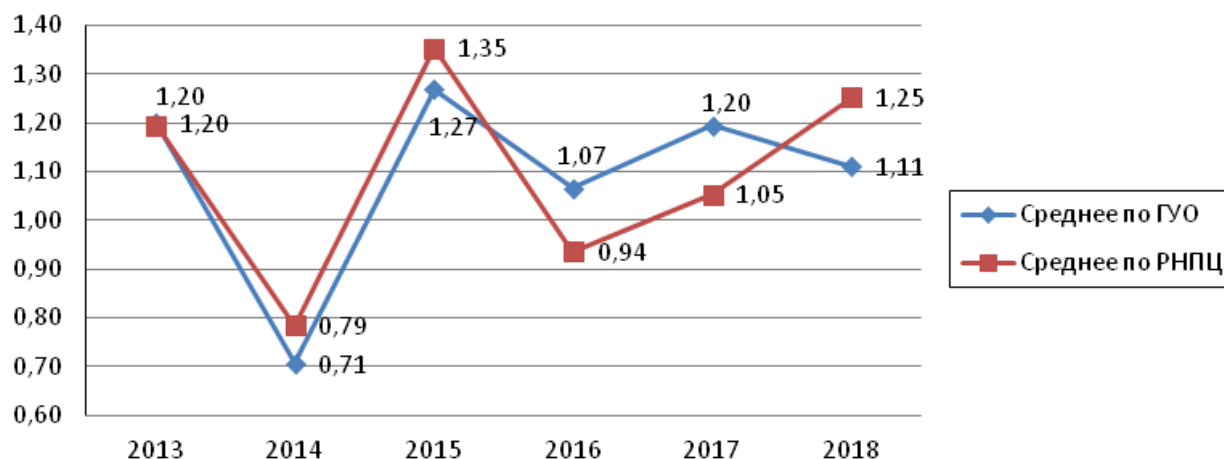


Рисунок 4. Среднее значение индекса развития НИО МЗ РБ (2013-2018)

Таким образом, представленные в статье показатели наглядно отражают поступательное развитие отраслевой науки и ее вклад в практическое здравоохранение республики.

Литература

1. Сачек М. М., Филонюк В. А., Малахова И. В., Дудина Т. В., Ёлкина А. И., Василевская М. Г. Исследовательская активность и результативность ученых-медиков Беларуси за период 2010-2016 гг. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №4. – С.4-15.
2. Левин В.И. Индекс Хирша и оценка вклада ученого в науку //Alma mater. Вестник высшей школы. – 2016. – № 4. – С.6.).
- 3.Материалы Информационно-аналитического центра при Администрации Президента Республики Беларусь на основе информации Национальной академии наук Беларуси, Министерства образования Республики Беларусь, Государственного комитета по науке и технологиям Республики Беларусь //http://sch6.slutsk.edu.by/main.aspx?guid=13441.

ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ПЕРВИЧНЫМ ЗВЕНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В РЕШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

Побиванцева Н. Ф.¹, Сурмач М. Ю.²

УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер»¹,
Гродненский государственный медицинский университет², Гродно, Беларусь

Резюме. В работе на примере Брестской области изложен порядок организационного взаимодействия при интеграции специализированной кардиологической службы с первичным звеном здравоохранения, показана эффективность внедренных подходов в решении медико-социальной проблемы болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, Брестская область, первичное звено здравоохранения, специализированная кардиологическая служба

INTEGRATION OF SPECIALIZED CARDIOLOGY SERVICE WITH PRIMARY HEALTH CARE – A PRIORITY IN SOLVING MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS

Pobivantsava N. F., Surmach M. Yu.

Brest Regional Cardiological Center
Grodno State Medical University

Summary. The work on the example of Brest region presents the order of organizational interaction in the integration of specialized cardiological service with the primary health care, shows the effectiveness of the implemented approaches to solving the medical and social problems of cardiovascular diseases.

Key words: cardiovascular diseases, Brest region, primary health care, specialized cardiological service

Введение. Болезни системы кровообращения (БСК) – ведущий фактор медико-социального бремени хронической неинфекционной патологии населения мира [1]. По данным ВОЗ, глобально БСК

являются причиной смерти в 29% от общего числа случаев смерти, из них половина связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) [2]. По данным официальных статистических сборников «Здравоохранение в Республике Беларусь», в последние 20-25 лет заболеваемость БСК в Республике Беларусь увеличилась не менее чем в десять раз, БСК на протяжении последних нескольких десятилетий являются лидерами в ряду причин инвалидизации и смертности населения. Характерно омоложение проблемы [3], высокая распространённость факторов риска возникновения БСК [4] и их прогрессирования ввиду несоблюдения пациентами рекомендаций [5].

Интеграция специализированной кардиологической службы с первичным звеном здравоохранения является одной из приоритетных задач Брестского здравоохранения. Это направление представляет собой ветвь организационно-методической работы в регионах области, сочетаясь с таким направлением деятельности проблемной подкомиссии управления здравоохранения по кардиологии как анализ основных демографических показателей по разделу болезней системы кровообращения с разработкой мероприятий, направленных на их укрепление.

Материалы, методы. В работе изложен порядок организационного взаимодействия при решении проблем интеграции специализированной кардиологической службы с первичным звеном здравоохранения.

Результаты. Отправной точкой взаимодействия стала совместная работа с участковой службой по формированию среди пациентов с БСК групп кардиоваскулярного риска в соответствии с рекомендациями Белорусского общества кардиологов (2010 год). Целью поставлено своевременное выявление таких пациентов среди лиц с патологией сердца и сосудов, эффективный и качественный охват их диспансерным динамическим наблюдением и построения логистики оказания им медицинской помощи на всех этапах и уровнях. Особый акцент ставится на пациентов из групп высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска, имеющих большую вероятность неблагоприятных исходов, выражающихся в возникновении острых сердечно-сосудистых катастроф и смерти.

После формирования таких групп производится разработка индивидуального плана мероприятий относительно отобранных пациентов на основе клинических протоколов, распределение их по тактическим группам А, В, С и построение так называемого

маршрута движения на всех этапах и уровнях оказания специализированной помощи в целях своевременного и качественного применения всего арсенала имеющихся лечебно-диагностических мероприятий, в том числе высокотехнологичных, обеспечивая тем самым их доступность и своевременность всем слоям населения.

Тактические группы пациентов подразделяются на:

а. группа пациентов, нуждающихся в наблюдении на первом уровне оказания медицинской помощи (фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория, сельская участковая больница, амбулаторно-поликлиническое отделение центральной районной больницы, территориальная поликлиника): как правило, пациенты низкого и умеренного кардиоваскулярного риска.

в. Группа пациентов, нуждающихся в наблюдении на втором уровне оказания медицинской помощи (кардиологический кабинет центральной поликлиники, диспансерное отделение): пациенты умеренного кардиоваскулярного риска; пациенты высокого кардиоваскулярного риска в стабильном состоянии с уже откорректированным и эффективным лечением; пациенты, которые были переведенные с других уровней оказания медицинской помощи для наблюдения по месту жительства.

с. Группа пациентов, нуждающихся в оказании консультативной помощи и/или диспансерном динамическом наблюдении в условиях межрайонного кардиологического центра либо на третьем уровне оказания медицинской помощи: как правило пациенты очень высокого кардиоваскулярного риска с осложненным течением заболевания, тяжелой сопутствующей патологией и недостаточным ответом на проводимую терапию и реабилитационные мероприятия.

Для организации планомерной работы терапевтического участка и в целях обеспечения контроля за проводимыми мероприятиями, используется паспорт терапевтического участка. Принимая работу с Паспортом участка как действенный механизм в организации проведения и планирования качественной диспансеризации населения, управление здравоохранения Брестского облисполкома обязало своим приказом все подчиненные организации к внедрению его на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Для интеграции с первичным звеном здравоохранения по работе с пациентами из групп высокого кардиоваскулярного риска,

вносящих основной вклад в демографию, используется список лиц, состоящих под динамическим наблюдением у врача-терапевта участкового (врача общей практики) с разбивкой по группам Д (I), Д (II) и Д (III) в электронном варианте для формирования базы данных участка о пациентах: перенесших острый коронарный синдром и острое нарушение мозгового кровообращения; нуждающихся в кардиохирургических вмешательствах, имплантации электрокардиостимулятора; с нарушением ритма сердца и проводимости; с хронической сердечной недостаточностью

Формируется население в алфавитном порядке и по нозологическим формам болезней системы кровообращения, выделяя зеленым цветом лиц трудоспособного возраста, красным треугольником – группу высокого риска осложнений заболеваний и смерти. Отражается полный клинико-функциональный диагноз пациента с обязательным указанием степени нарушения функции органа (системы).

Планы мероприятий диспансерного наблюдения разрабатываются для каждого пациента, включая кратность осмотров, исключительно индивидуально, с указанием маршрута пациента в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 № 96, клинических протоколов лечения пациентов с болезнями системы кровообращения и тактических групп А, В или С. Планируемые мероприятия отражаются с указанием конкретной даты их выполнения.

Результаты работы (улучшение состояния, ухудшение состояния, перевод в другие диспансерные группы) отражаются в следующих вариантах: окончательно (если пациент обследован и выставлен (или определен) окончательный диагноз, указывается группа диспансерного наблюдения и следующая явка в течение года); промежуточно (вносятся дополнительные обследования, если нужно уточнить диагноз или провести дополнительное лечение); участковый врач-терапевт (врач общей практики) еженедельно проводит анализ динамического наблюдения пациентов с выводами о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях и вносит предложения по дополнительному обследованию или плановой госпитализации пациентов.

Заведующие терапевтических отделений первичного звена контролируют еженедельно, а специалисты-кураторы из областного кардиологического диспансера, закрепленные за регионом,

ежемесячно при выездах в регион согласно утвержденному плану-графику ход работы с группой пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска, в том числе оценивая оперативность в реализации маршрута движения, объем проводимого обследования и лечения и его качество с акцентом на конечный результат. В соответствии с Положением о диспансере, должностными инструкциями, моделями конечных результатов в объем возложенных обязанностей на врачей-кураторов при выезде в закрепленный регион включена не только организационно-методическая работа, но и диспансерный осмотр группы пациентов, находящихся на учете в диспансере, которые по каким-либо причинам не смогли явиться на прием в областной центр, а так же проведение консультаций нуждающимся в специализированной кардиологической помощи. Кроме того, интеграция обеспечивается посредством ежедневного онлайн-консультирования кураторами региона на своем рабочем месте при возникновении у врача первичного звена (при необходимости совместно с пациентом) каких-либо вопросов по тактике ведения пациента. Таким образом, к команде первичного звена, осуществляющей работу на территориальном участке, присоединился врач-специалист, в нашем случае кардиолог областного уровня, способный своевременно оказать необходимую консультативную и организационно-методическую помощь по своему разделу работы.

Результатом реализации данного направления деятельности явилось: увеличение охвата диспансерным динамическим наблюдением пациентов с болезнями системы кровообращения с 85% до 89%; увеличение диспансерной группы пациентов, состоящих на учете в областном кардиологическом диспансере; рост удельного веса жителей из регионов (без жителей города Бреста и района) в структуре приема областными специалистами, что свидетельствует об организации доступности специализированной кардиологической помощи всем слоям населения области с 37,9% до 41,2%.

Одним из направлений совместной деятельности является отбор пациентов на высокотехнологичные вмешательства. Для реализации этой задачи регионам предложены квоты, разработанные на основании анализа демографических показателей по основным нозологическим формам болезней системы кровообращения, определяющим наибольший вклад в формирование уровней инвалидности, заболеваемости и смертности. В основе отбора лежит принцип

обеспечения своевременности и доступности данного вида помощи наиболее прогностически неблагоприятным пациентам из групп кардиоваскулярного риска высоких градаций. Для организации эффективной совместной работы кардиологической службе понадобилось проведение обучающих семинаров с первичным звеном здравоохранения по вопросам стратегии и тактики взаимодействия на всех этапах и уровнях оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, а так же контроль знаний основ кардиальной патологии и неотложной помощи в острых состояниях, интерпретации основных клинико-инструментальных показателей функционирования сердечно-сосудистой системы, показаний и противопоказаний к проведению тех или иных исследований.

Пять лет практической деятельности подтвердили состоятельность логики оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на всех уровнях ее оказания. Кроме того, определилась необходимость создания межрайонных кардиологических центров ни на функциональной, а на штатной основе.

В области функционирует 4 межрайонных кардиологических центра. Межрайонные кардиологические центры являются вторым уровнем оказания специализированной кардиологической помощи, организованы на основе принципов коллективного пользования в городах Брест, Барановичи и Пинск и созданы на базе медицинских учреждений здравоохранения, наиболее соответствующих по уровню оснащенности, квалификации персонала и географическому положению. За период 2016-2018 годы положительными результатами работы межрайонных кардиологических центров являются следующие: были выявлены и решены значимые проблемы в организации лечебно-диагностического процесса в Брестской области, что позволило улучшить преемственность на всех этапах и уровнях оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения; улучшена работа первичного звена по отбору пациентов в группы высокого кардиоваскулярного риска силами кураторов, сформирована база данных о таких пациентах по каждому району, в области на уровне учреждения здравоохранения «Брестский областной кардиологический диспансер»; увеличена доступность высокотехнологичных вмешательств при острой коронарной патологии (2015 год – 304 чрескожных вмешательства при остром

коронарном синдроме, 2016 год – 501, 2017 год – 716, 2018 год – 938); внедрение высокотехнологичных методик в межрайонных кардиологических центрах и перераспределение потоков в катлабы позволило областным учреждениям увеличить количество операций на нарушениях ритма и на сосудах (коронароангиография, стентирование и т.д.); демографическая ситуация по разделу БСК является одной из лучших в Республике Беларусь; снизилась заболеваемость острым инфарктом миокарда, в том числе за счет лиц трудоспособного возраста, и является одной из самых низких в стране; отмечается стабилизация летальности от острого инфаркта миокарда, в том числе снижение в трудоспособном возрасте; отмечается снижение первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения от БСК; снижение тяжести первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения по данной причине.

Таким образом, интеграция кардиологической службы с первичным звеном здравоохранения является приоритетным направлением, влияющим на все качественные и количественные показатели ее работы, в том числе при решении основных медико-социальных задач, стоящих перед отраслью.

Литература

1. Lantz P. M., Golberstein E., House J. S., Morenoff J. Socio-economic and behavioral risk factors for mortality in a national 19-year prospective study of U. S. adults. Soc. Sci. Med. 2010; 70(1): 1558-1566.
2. Всемирная организация здравоохранения (2018). Available at: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (accessed 27 December 2018).
3. Virtanen M., Vahtera J., Singh-Manoux A., Elovainio M. et al. Unfavorable and favorable changes in modifiable risk factors and incidence of coronary heart disease: The Whitehall II cohort study. Int. J. Cardiol. 2018; 5273(17): 37183-37188.
4. Глинская, Т. Н. Избыточный вес и гиподинамия у населения Республики Беларусь по данным диспансеризации и специальных исследований: вмешательства на популяционном уровне / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №2. – С. 12 – 22.
5. Суджаева, О. А. Особенности ведения пациентов с различными формами хронической ишемической болезни сердца в сочетании с артериальной гипертензией: нерешенные проблемы и пути их преодоления / О. А. Суджаева / Интеграция специализированной кардиологической службы с первичным звеном здравоохранения / Медицинские новости. – 2018. – №10. – С. 4 – 10.

ХИРУРГИЯ ЭПИФРЕНАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ

Можейко М. А.¹, Сушко А. А.¹, Могилевец Э. В.¹, Кропа Ю. С.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

SURGERY OF EPIPHRENAL DIVERTICULES

Mozheiko M. A.¹, Sushko A. A.¹, Mogilevets E. V.¹, Kropa Yu. S.²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
UZ "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus²

Актуальность. Частота эпифренальных дивертикулов по данным литературы составляет 10-15% от всех дивертикулов пищевода. Это, как правило, пульсионные дивертикулы. Причины возникновения и патогенез их раскрыты не полностью. Некоторые авторы считают, что пульсионные эпифренальные дивертикулы возникают в результате растяжения врожденных слабых мест пищевода над диафрагмой под влиянием повышенного внутрипищеводного давления [4, 5]. Многие авторы рассматривают такие дивертикулы как следствие врожденной и приобретенной нервно-мышечной дискоординации пищевода и кардии при ахалазии, кардиоспазме, грыже пищеводного отверстия диафрагмы [1, 2, 3].

Цель. Изучить результаты хирургического лечения эпифренальных дивертикулов пищевода. Определить показания к хирургическому лечению и возможности применения малоинвазивных методов дивертикулэктомии.

Методы исследования. Всем пациентам выполнялись общеклинические методы исследования, а также специальные: рентгеноскопия, рентгенография пищевода в прямой и боковых проекциях, фиброэзофагогастроскопия с биопсией слизистой пищевода.

Результаты и их обсуждение. За период с 2003 по 2018 гг. на базе хирургического торакального отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» клиники 1-й кафедры хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет» на лечении находилось 12 пациентов с эпифренальными дивертикулами. Среди них 8 было мужчин,

4 женщины. Средний возраст пациентов колебался от 34 до 78 лет. У пациентов эпифренальные дивертикулы диаметром до 2,5 см выявлены случайно при рентгенологическом исследовании желудка. Клинически никаких проявлений симптомов со стороны пищевода у данной группы пациентов не было. Пациентам даны рекомендации по соблюдению режима питания, с рентгенологическим контролем через год. У 8 пациентов клинические проявления заболевания сопровождались рентгенологическими и эндоскопическими симптомами ахалазии кардии.

У 5 пациентов клинические проявления заболевания больших дивертикулов диаметром от 6-9 см были связаны с раздражением блуждающего нерва, сдавлением стенки пищевода. Симптоматика проявлялась дисфагией, тяжестью за грудиной, иногда чувством остановки пищи, срыгиванием, тошнотой. У 3 пациентов наблюдались симптомы какосмии, у 2 отмечалось сердцебиение, боли в области сердца, экстрасистолия без изменений по ЭКГ (псевдостенокардия). У одного пациента беспокоила постоянная икота в результате раздражения блуждающего нерва и давления на диафрагму.

Всем пациентам выполнялась дивертикулэктомия с выделением дивертикула от дна до шейки, с прошиванием места формирования дивертикула пищевода аппаратным швом. У 2 пациентов дивертикулэктомия выполнялась через торакальный правосторонний доступ, у 2 – удаление дивертикулов выполнено с помощью торакоскопии. Последний метод отличался малотравматичностью, легче переносился пациентами, был малоболезненным по сравнению с торакотомным доступом. Время пребывания в стационаре после торакотомного доступа составило 9,3+2,1 койко-дней, после торакоскопического вмешательства 5,2+1,3 койко-дней. Одному пациенту дивертикулэктомия выполнена лапароскопическим доступом. Во время лапароскопии выполнена мобилизация пищевода с дивертикулом после диафрагмотомии с прошиванием шейки дивертикула эндостаплером. У данного пациента 65 лет на 3-и сутки отмечена несостоятельность аппаратного шва, что проявилось выделением слюны и пищи по дренажной трубке. Пациенту выполнена торакоскопия с дренированием средостения и правой плевральной полости. Произведена постановка назогастрального зонда. В послеоперационном периоде проводилось постоянное промывание с активной аспирацией из плевральной полости,

средостения, противовоспалительная терапия, парантеральное питание. Энтеральное питание через зонд началось через 8 дней. Состояние пациента постепенно улучшилось. При рентгенологическом контроле сформировалась ограниченная полость в зоне операции с образованием полного пищеводноплеврального свища. Назогастральный зонд удален на 20 суток. Пациент питался через рот. При этом отмечалось умеренное истечение желудочного сока через сформированный свищ, для закрытия которого был поставлен пищеводный стент. Через 2 недели после постановки стента пациент выписан на амбулаторное лечение. Через 3 месяца поступил в отделение в удовлетворительном состоянии. Проведена рентгеноскопия пищевода, затека контраста не выявлено. Произведено эндоскопическое удаление стента. При эзофагоскопии на месте несостоятельности отмечено небольшое углубление с рубцовой тканью.

Выводы. Эпифренальные дивертикулы, как правило, сочетаются с ахалазией кардии.

Эпифренальные дивертикулы более 3 см. в диаметре, сопровождающиеся клиническими симптомами дивертикулита и давлением на соседние органы, подлежат хирургическому лечению.

Торакоскопический способ дивертикулэктомии являлся малотравматичным, сокращает сроки лечения, в связи с чем наиболее предпочтителен.

Лапароскопический метод дивертикулэктомии при эпифренальных дивертикулах менее предпочтителен, так как является более сложным для мобилизации дивертикула и эндостаплерной дивертикулэктомии ввиду недостаточного контроля за дистальным краем бранши аппарата.

Литература

1. М. А. Можейко, А. А. Сушко, А. В. Смирнов, О. В. Власов. Лечение неопухолевых заболеваний пищевода // Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь, Витебск, 11-12 ноября 2010 г. / ВГМУ; редкол.: С.И. Леонович [и др.]. – Витебск, 2010. – С.51–52.
2. М. А. Можейко, А. А. Сушко Хирургическое лечение дивертикулов пищевода // "Нутритивная поддержка в периоперационном периоде и критических состояниях": Респ. науч.-практ. конф. Минск, 24 января 2014г. / БелМАПО; ред. А. В. Воробей [и др.]. – Минск, 2014. – С. 81–82.
3. М. А. Можейко, А. А. Сушко, Ю. С. Кропа. Травматические повреждения пищевода // Современные технологии в хирургической практике: сборник материалов Республиканской науч.-практ. конф., Гродно, 4 апреля 2017 г. [Электронный ресурс] /

ГрГМУ; В. А. Снежицкий [и др.]. – Электрон. текст. дан. и прогр. (объем 3,7 Mb). – Гродно, 2017. – С. 144–146.

4. Ignatjuk AN, Karpickij AS, Panko SV, Boufalik RI, Zhurbenko GA, Vakulich DS. 15-letnij opyt lechenija povrezhdenij pishhevoda. In: Kondratenko GG, Garelik PV, Zavada NV, Zareckij SV, Protasevich AI, Rychagov GP, Tatur AA, Shamodi TP, eds. Aktualnye voprosy neotlozhnoj hirurgii. Materialy plenuma hirurov Respubliki Belarus i Respublikanskoj nauchno-prakticheskoy konferencii; 2016 November 3-4; Molodechno. Minsk; 2016. p. 311-313. (Russian).

5. Ivashkin VT, Truhmanov AS. Bolezni pishhevoda: patologicheskaja fiziologija, klinika, diagnostika, lechenie. Moscow: Triada-H; 2000. 178 p. (Russian).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Кухарчик Ю. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В статье приведены результаты лечения 48 пациентов с риском самопроизвольного аборта с применением дидрогестерона 20 мг ежедневно в течение 10 дней. Применение дидрогестерона снижает риск самопроизвольного аборта у женщин с невынашиванием беременности. Заместительная коррекция очень эффективна для женщин с более низким уровнем прогестерона.

Ключевые слова: самопроизвольный выкидыш, прогестерон, невынашивание беременности.

RESULTS OF USE OF HORMONAL THERAPY IN WOMEN WITH AN INCREASED RISK OF INTERRUPTING PREGNANCY OF PREGNANCY

Kuharchik Yu. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents the results of treatment of 48 patients with a risk of spontaneous abortion using dydrogesterone 20 mg daily for 10 days. The use of dydrogesterone reduces the risk of spontaneous abortion in women with miscarriage. Replacement correction is very effective for women with lower progesterone levels.

Key words: spontaneous miscarriage, progesterone, miscarriage.

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности, частота которого составляет 20%, т.е. практически теряется каждая 5-я беременность, и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы [1, 4]. В настоящее время, вопрос о целесообразности использования прогестагенов в терапии повышенного риска выкидыша остается дискуссионным. С одной стороны, надлежит уточнить, необходимы ли добавки дидрогестерона женщинам с клинически диагностируемым повышенным риском выкидыша при невыясненной этиологии, а с другой стороны, может ли такое вмешательство способствовать успешному завершению беременности у таких женщин [1-4]. Поэтому анализ клинических наблюдений в сопоставлении с уровнем гормонов даст возможность определить клинико-фармакологическую значимость использования дидрогестерона у женщин с повышенным риском самопроизвольного выкидыша.

Цель исследования: оценка влияния прогестероновой коррекции на гормональный статус и исход беременности у женщин с повышенным риском прерывания беременности ранних сроков.

Методы исследования: Обследовано 58 женщин с диагнозом начавшийся самопроизвольный выкидыш. У 38 женщин (основная группа) наблюдались клинические симптомы выкидыша (кровянистые выделения, тонус матки), а у 20 женщин имело место нормальное протекание беременности (отсутствие клинических симптомов опасности выкидыша, регистрируемых до или на момент начала исследования) – контрольная группа. Женщины основной группы с повышенным риском спонтанного выкидыша получали в течение 10 дней дидрогестерон (20 мг/сутки) и антиоксиданты по общепринятой схеме. Двадцати здоровым беременным контрольной группы фармакологическая коррекция не проводилась. Критерием включения в основную и контрольную группы явился срок беременности до 12 недель. В исследование включались только женщины с одноплодной беременностью.

Критерии исключения: хронические заболевания (гипертензия, диабет, почечная или сердечная патология, аномалии половых путей матери, генетические или анатомические дефекты плода, а также применение других прогестагенов до или во время исследования, гиперчувствительность или медицинские противопоказания к

дидрогестерону). Для каждой из пациенток заполнялась разработанная анкета с учетом демографических, конституционных и экологических факторов, клинических симптомов опасности выкидыша (кровянистые выделения, тянущие боли внизу живота до и после фармакологической коррекции). Клинические методы исследования включали: сбор анамнеза, общий осмотр, специальное гинекологическое исследование, общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования; ультразвуковое исследование внутренних половых органов. Все женщины наблюдались до конца беременности. Гестационный возраст при родах, вес новорожденного, и способ родов заносились в сформированную базу данных. Образцы венозной крови отбирались до и через 10 дней после начала терапии. Уровни прогестерона и дигидроэпиандростерона (ДЭГА) определяли методом иммуноферментного анализа. Результаты обработаны статистически (стандартные программы – «Statistica» V.6.0).

Результаты исследования: По нашим данным, на момент начала исследования между группой женщин с повышенным риском выкидыша и контрольной группой не было значимых различий по возрасту матери ($24,63 \pm 3,20$ в основной группе и $25,01 \pm 2,25$ в контрольной) или гестационному возрасту ($7,82 \pm 2,37$ в основной группе и $8,31 \pm 2,23$ в контрольной). Средний интервал между первым и вторым обследованиями также был примерно одинаковым, а именно: $10,02 \pm 3,20$ дня в группе с повышенным риском выкидыша и $10,21 \pm 2,60$ дня в контроле. Четвертая часть женщин обеих групп имели вредную привычку курение. Женщины основной группы имели более низкий образовательный уровень. У женщин обеих групп не наблюдалось значительных различий в исходе беременности. Продолжительность гестационного периода была сходной в обеих группах ($39,1 \pm 2,21$ в основной и $39,3 \pm 1,18$ в контрольной). Вес новорожденных также достоверно не отличался в обеих группах ($3465,72 \pm 567,32$ в основной и $3576,21 \pm 698,29$ в контрольной). У двух женщин основной группы и у одной контрольной беременность завершилась полным самопроизвольным выкидышем. У двух женщин основной группы беременность завершилась на 37 неделе, в то время, как в контрольной преждевременных родов не отмечено. Обнаружено, что уровень ДЭГА достоверно не отличался и составил в контрольной и основной группах в первом обследовании $1,91 \pm 0,3$ нг/мл и $1,95 \pm 0,3$ нг/мл соответственно, а во втором обследовании $2,05 \pm 0,9$ нг/мл и

1,96±0,2 нг/мл соответственно, что указывает на отсутствие гиперандрогении как предиктора самопроизвольного выкидыша. Следует отметить, что уровень прогестерона в контрольной и основной группах в первом обследовании составил 22,57±4,3 нг/мл и 24,45±5,4 нг/мл соответственно, а во втором 28,67±6,4 нг/мл и 23,76±7,1 нг/мл соответственно. То есть при нормальной беременности уровень прогестерона повышался к моменту второго обследования, в то время как в сыворотке у женщин с повышенным риском выкидыша концентрация этого гормона не повышалась, несмотря на терапию дидрогестероном. Концентрация прогестерона, зарегистрированная при втором обследовании в последней группе была значительно ниже, чем у здоровых беременных.

Таким образом, уровень прогестерона на ранних сроках беременности указывает на возможный ее исход, является индикатором прогнозируемого риска спонтанного аборта, а заместительная прогестероновая коррекция снижает этот риск, что является обоснованием для применения прогестагенов при повышенном риске прерывания беременности ранних сроков у женщин.

Литература

1. Хамадьянов, У. Р. Несостоявшийся аборт: новые подходы к проблеме этиопатогенеза / У. Р. Хамадьянов, А. Р. Мавзютов, Л. Н. Гараева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – № 1. – С. 90-94.
2. Early pregnancy failure-current management concepts / M. D. Creinin [et all.] // Obstet. Gynecol. Surv. – 2001. – Vol. 56. – № 2. – P. 105-113.
3. The Role of Hysteroscopic Biopsy in Obtaining Specimens for Cytogenetic Evaluation in Missed Abortion prior to Suction Dilatation and Cu-removal / O. Awoniyi [et all.] // Gynecologic and Obstetric Investigation – 2010. – Vol. 70. – № 3. – P. 149-153.
4. Risk Factors for spontaneous abortion in early symptomatic first trimester pregnancies / C. R. Gracia [et all.] // Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 106. – № 5. – P. 993.

СУЧАСНЫЯ МЕТАДЫ НЕЙРАРЭАБІЛІТАЦЫІ ПАЦЫЕНТАЎ З РУХАЛЬНЫМІ ЗАСМУЧЭННЯМІ ЦЭНТРАЛЬНАГА ГЕНЕЗУ. ВЫНІКІ ДАСЛЕДАВАННЯЎ У ГРОДЗЕНСКІМ І БРЭСЦКІМ РЭГІЁНАХ

**Бут-Гусаім У. У.¹, Пірагова Л. А.¹, Ярош А. С.¹, Сірыцына Ю. Ч.¹,
Табуноў С. Н.², Палуянава І. Я.³, Енджыеўскі В. Л.⁴,
Лукьяноўскі Р. У.⁵, Цітовіч Ю. Л.⁶, Карнялюк С. А.⁶, Гулюта Я. А.⁶**

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт¹, Гродна, Беларусь
Дэпартамент фінансаў і тылу МУС Рэспублікі Беларусь, Мінск, Беларусь²

Медыцынскі центр «Карона», Мінск, Беларусь³

ГУАЗ «Гродзенская абласная клінічная бальніца медыцынскай рэабілітацыі»,
Гродна, Беларусь⁴

УАЗ «Брэсцкі абласны анкалагічны дыспансер», Брэст, Беларусь⁵

КУП ДРАЦ «Колас», Брэстская вобласць, Кобрінскі раён, в. Пескі-2, Беларусь⁶

Рэзюмэ. На працягу апошніх 10 гадоў назіраецца рост захворванняў, інваліднасці і смяротнасці ў выніку набытых паталагічных працэсаў ЦНС, аднак праграмы медыцынскай рэабілітацыі пры дадзеных захворваннях патрабуюць значнага развіцця.

Ключавыя словы: нейрарэабілітацыя, рухальная дысфункцыя, нейрапластычнасць, вострыя парушэнні мазгавага кровазвароту, пухлінныя працэсы галаўнога мозгу.

MODERN METHODS OF NEUROREHABILITATION OF PATIENTS WITH MOTOR DYSFUNCTIONS OF CENTRAL ORIGIN. THE RESULTS OF RESEARCH IN THE GRODNO AND BREST REGIONS.

**But-Husaim U.¹, Pirahova L.¹, Yarosh A.¹, Sirytsyna Y.¹, Tabunou S.²,
Paluyanava I.³, Endzhievsky V.⁴, Lukyanouski R.⁵, Tsitovich Y.⁶,
Karnialiuk S.⁶, Huliuta Y.⁶**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹

Department of Finance and Logistic of the Ministry of Internal Affairs of the
Republic of Belarus, Minsk, Belarus²

Medical Center "Korona", Minsk, Belarus³

Grodno Regional Clinical Hospital of Medical Rehabilitation, Grodno, Belarus⁴

Brest Regional Oncology Center, Brest, Belarus⁵

Children's rehabilitation and health center "Kolos", Brest region, Kobrin district,
v. Peski-2, Belarus⁶

Summary. Over the past 10 years, there has been an increase in morbidity, disability and mortality as a result of acquired pathological

processes of the central nervous system, but medical rehabilitation programs for these diseases require significant developments.

Keywords: neurorehabilitation, motor dysfunction, neuroplasticity, cerebrovascular accidents, brain tumor processes.

У апошнія дзесяцігоддзі праблема агульнай смяротнасці і трывалай страты працаздольнасці з прычыны вострых парушэнняў мазгавога кровазвароту (ВПМК) выклікае пільную ўвагу з боку сістэмы аховы здароўя ў большасці эканамічна развітых краін. У Рэспубліцы Беларусь працэнт трывалай страты працаздольнасці з прычыны ВПМК таксама знаходзіцца на высокім узроўні не гледзячы на актыўнае развіццё метадаў лячэння [1]. Таксама ў Беларусі павялічылася і частата пухлінных захворванняў галаўнога мозгу (ГМ) і за 15 гадоў складае больш за 14 тысяч пралечаных пацыентаў з унутрачарапнымі новаўтварэннямі, а колькасць аперацый пры пухлінах ГМ павялічылася больш чым у 1,5 разы. Пухліны ГМ займаюць другое месца па частаце смяротнасці ад злаякасных новаўтварэнняў ва ўзросце ад 35 гадоў і штогод выяўляюцца ў аднаго з 5000 абследаваных ва ўзросце больш за 60 гадоў [2].

Страта функцыі верхняй канечнасці з'яўляецца адным з частых наступстваў пашкоджання ГМ і сярод розных сіндромаў рухальныя парушэнні ў верхняй канечнасці з'яўляюцца аднымі з самых цяжкіх [5]. Па даных шэрагу даследаванняў да 85% пацыентаў першапачаткова маюць рухальны дэфіцыт верхняй канечнасці, а функцыянальныя парушэнні захоўваюцца ў 45-75% пацыентаў праз тры-шэсць месяцаў пасля паразы. (Wade et al., 1983; Parker et al., 1986; Olsen, 1990; Nakayama et al., 1994) [4]. Пацыенты, якія выжылі пасля пашкоджання ГМ і якія маюць парушэнне функцыі руху канечнасцямі адчуваюць цяжкасці ў выкананні мэтанакіраваных усвядомленых матарных дзеяннях, якія раней былі лёгка здзяйсняльныя, што звязана з пашкоджаннем нейронавых сувязяў у ГМ, адказных за планаванне і выкананне рухаў. Па прычыне выяўленага функцыянальнага абмежавання для большасці пацыентаў з'яўляецца актуальным пытанне адносна прагнозу і лячэння. Спосабы лячэння і дыягностыкі ВПМК і пухлінных працэсаў увесь час развіваюцца, але метады медыцынскай рэабілітацыі (МР) дадзеных катэгорый пацыентаў ускладняюцца або спадарожнай паталогіяй, якая часта суправаджае ВПМК, ці ж абмежаваная ў анкалагічных пацыентаў, што ў асноўным звязана з патэнцыяльнай рызыкай

лячэння або адсутнасцю даследаванняў уздзеяння на неапластычны працэс [3]. Такія метады МР, як люстэркавая візуальная зваротная сувязь, метады індуцыраванага абмежавання рухаў і практыкаванні з латэксных гумкамі з'яўляюцца не нагрузачнымі, ашчаднымі, фізіялагічнымі, бяспечнымі і, пры гэтым, дастаткова эфектыўнымі ў працы з пацыентамі пры розных відах паталагічных працэсаў.

Зыходзячы з таго, што МР пацыентаў з рухальнай дысфункцыяй з прычыны парушэнняў мазгавога кровазвароту або пухлінных утварэнняў ГМ з'яўляецца, у цяперашні час, актуальнай навуковай, медыцынскай і сацыяльна-эканамічнай праблемай існуе высокая запатрабаванасць у развіцці дадзенага кірунку сістэмы практычнай аховы здароўя.

Супрацоўнікамі кафедры медыцынскай рэабілітацыі УА "Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт" быў распрацаваны новы для сістэмы аховы здароўя Рэспублікі Беларусь комплекс рэабілітацыйных мерапрыемстваў для аднаўлення рухальнай функцыі кісці ў пацыентаў, якія перанеслі ВПМК або мелі пухлінныя працэсы ГМ. З 2016 года на базе УАЗ «Брэсцкі абласны анкалагічны дыспансер» і ГУАЗ «Гродзенская абласная клінічная бальніца медыцынскай рэабілітацыі» было праведзена даследаванне, прысвечанае ацэнцы эфектыўнасці распрацаванага комплексу метадаў медыцынскай рэабілітацыі (МР) пацыентаў, якія пакутуюць ад рухальнай дысфункцыі кісці цэнтральнага генезу. У аснове комплексу знаходзяцца люстэркавая візуальная зваротная сувязь, індуцыраваная абмежаваннем рухальная тэрапія, трэніроўка маторнага навыку кісці з выкарыстаннем латэксных гумак і аўтарскі метады рознакіраванага руху пальцаў. Большасць пазначаных метадаў ўжо паказалі сваю эфектыўнасць у рабоце з пацыентамі, якія пакутуюць ад неўралагічнай паталогіяй і некаторых формаў псіхічных захворванняў у краінах Еўропы і ЗША, аднак для Беларусі яны з'яўляюцца дастаткова новымі. Станоўчая дынаміка тлумачыцца з пазіцыі пластычнасці кары ГМ. Гэты працэс рэалізуецца на ўзроўні біяхімічных, клеткавых і фізіялагічных змен і ў наступным прыводзіць да карцікальнай рэарганізацыі і функцыянальных зменаў.

Вынікі праведзенай навукова-даследчай працы дазволілі ацаніць асобныя характарыстыкі працэса медыцынскай рэабілітацыі пацыентаў з рухальнай дысфункцыяй кісці з прычыны ВПМК або пухлінных працэсаў ГМ, прадставіць алгарытм МР з улікам ступені рухальнага парушэння і распрацаваць метады ацэнкі рухальных

парушэнняў кісці якія абпіраюцца на аб'ектыўны аналіз эфектыўнасці праведзенага курсу МР. У пацыентаў якія праходзяць распрацаваны комплекс МР было выяўлена статыстычна значнае павелічэнне паказчыкаў кісцевой дынамометрыі, а, таксама, зніжэнне ступені выяўленасці дэфіцыту сілы кісці па крытэрыях функцыянальных класаў ($p < 0,001$). Таксама выяўлена станоўчая дынаміка ў аднаўленні дробнага маторнага навыку ($p < 0,01$), стабілізацыі эмацыйнага стану ($p < 0,05$) і катэгорый якасці жыцця: «псіхалагічны кампанент здароўя» ($p < 0,05$), «фізічны кампанент здароўя» ($p < 0,05$), у той час як пацыенты кантрольнай групы паказалі паляпшэнне выключна на ўзроўні абсалютных паказчыкаў. Не менш важна што рэспандэнты клінічнай групы самі адзначалі паляпшэнне ў аднаўленні маторнага навыку і выкарыстанні канечнасці ў паўсядзённай дзейнасці ($p < 0,01$), што станоўча ўплывала на матывацыю да далейшага працягу працэса трэніроўкі рухальнай функцыі.

Таксама метады доследнага комплексу былі выкарыстаны ў працы з пацыентамі, якія пакутуюць ад аутаімуных дэміялінізаваных захворванняў цэнтральнай нервовай сістэмы, кампрэсійных і траўматычных відаў нейрапаций, а, таксама, маюць траўмы і паразітарныя інвазіі галаўнога мозгу ў анамнезе. Вышэйуказаныя катэгорыі пацыентаў праходзілі распрацаваны намі дадатак да курсу медыцынскай рэабілітацыі і паказалі станоўчую дынаміку. Аднак, не гледзячы на выяўлены станоўчы эфект, дадзеныя клінічныя выпадкі насілі адзінкавы характар і патрабуюць далейшага больш дэталёвага вывучэння.

Праведзеныя даследаванні дазволілі стварыць аптымальны алгарытм работы метадамі распрацаванага комплексу з улікам ступені выяўленасці рухальных парушэнняў і метадаў ацэнкі рухальнай функцыі кісці, накіраваны на ацэнку асноўных параметраў функцыянавання кісці, звязаных з самаабслугоўваннем з улікам фізічнага стану рэспандэнтаў.

Па выніках праведзеных даследаванняў аформленыя інструкцыі па выкарыстанні «Метад медыцынскай рэабілітацыі пацыентаў з рухальнай дысфункцыяй кісці цэнтральнага генеза» № 014-0218 ад 2018/04/27 і «Метад ацэнкі эфектыўнасці медыцынскай рэабілітацыі пацыентаў з рухальнай дысфункцыяй кісці» № 015-0218 ад 2018/04/27. Атрыманыя вынікі ўкаранёны ў лячэбную практыку ў

Гродзенскай і Брэсцкай абласцях, выкарыстоўваюцца ў працэсе навучання медыцынскіх работнікаў.

Такім чынам, у цяперашні час назіраецца запатрабаванасць у новых, больш эфектыўных метадах нейрарабiлітацыі і супрацоўніцтва ўстаноў аховы здароўя Беларусі з навукова-даследчымі медыцынскімі падраздзяленнямі спрыяе развіццю і ўдасканаленню праграм медыцынскай рэабiлітацыі.

Літаратура:

1. Анализ тенденций заболеваемости цереброваскулярными болезнями жителей Гродненской области в 2001-2005 годы / С. Д. Кулеш [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2008. – № 1 (21). – С. 58-61.
2. Ашуров, Р. Г. Современная диагностика и лечение внутричерепных нейроэпителиальных опухолей / Р. Г. Ашуров // Военная медицина. – 2015. – Т. 1, № 34. – С. 94-98.
3. Ашуров, Р. Г. Эпидемиология, этиопатогенез и диагностика внутричерепных нейроэпителиальных опухолей / Р. Г. Ашуров, В. С. Терехов // Медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 11-17.
4. Gowland, C. Predicting sensorimotor recovery following stroke rehabilitation / C. Gowland. – 1984. – Vol. 36. – P. 313-320.
5. Mirror therapy promotes recovery from severe hemiparesis: a randomized controlled trial / C. Dohle [et al.] // Neurorehabil Neural Repair. – 2009. – Vol. 23, № 3. – P. 209-217.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

**Русин И. В.¹, Карпович В. Е.², Кулага А. В.², Кухта А. В.²,
Русина А. В.³**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
Гродно, Беларусь³

Резюме. Число пациентов с грыжами различных локализаций остается высоким. Для улучшения результатов лечения данной патологии необходимо использовать современные методы герниопластики.

Ключевые слова: грыжа, герниопластика, ненатяжные методы, ущемление, рецидив.

CHANGES IN APPROACHES FOR SURGICAL TREATMENT OF DIFFERENT VENTRAL HERNIA TYPES

**Rusin I. V.¹, Karpovich V. E.², Kulaga A. V.², Kukhta A. V.²,
Rusina A. V.³**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹

UZ "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus²

UZ "Grodno Regional Clinical Perinatal Center", Grodno, Belarus³

Summary: The number of patients with hernias of various locations remains high. It is necessary to use modern methods of hernioplasty for improvement of the results of treatment of this pathology,

Key words: hernia, hernioplasty, non-tensioning methods, strangulation, hernia recurrence.

Введение. Грыжи передней брюшной стенки являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний, ими страдает 5-6% населения [1,3]. Пациенты с разными видами вентральных грыж составляют 8-20% от числа всех госпитализированных в общехирургические стационары [1, 3]. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения различных видов грыж заставляет практических врачей искать новые способы лечения данной патологии. На сегодняшний день основным принципом закрытия грыжевых дефектов является выполнение пластики без натяжения, либо путем уменьшения натяжения тканей при наложении швов [1, 2].

Цель: проанализировать опыт хирургического лечения пациентов с различными видами вентральных грыж и выработать оптимальные подходы к лечению данной патологии.

Материал и методы. За 2011-2018 годы в хирургическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» выполнены 1753 операции по поводу грыж различной локализации, при этом 635 пациентов (36,2%) были прооперированы по поводу послеоперационных вентральных грыж, 842 (48,1%) – по поводу паховых грыж, 251 (14,3%) – с пупочными и околопупочными грыжами, 25 пациентам (1,4%) грыжесечение выполнено по поводу бедренной грыжи. 1635 операций (93,3%) выполнены в плановом порядке, 118 (6,7%) пациентов оперированы по экстренным показаниям в связи с ущемлением грыжи. Паховое грыжесечение

преимущественно выполнялось у мужчин (786 – 93,4%), герниопластика при других видах грыж чаще выполнялась у женщин (послеоперационные грыжи 509 (80,2%); пупочные и околопупочные – 148 (58,9%); бедренные – 15 (60,0%)). По поводу ущемленной паховой грыжи (150 случаев) чаще оперировались мужчины (92%), ущемленные послеоперационные (21 из 24 случаев – 87,5%), бедренные (15 из 25 случаев – 60,0%) и пупочные грыжи (20 из 34 случаев – 58,8%) чаще встречались у женщин.

Из 635 пациентов, прооперированных по поводу послеоперационной вентральной грыжи, у 611 (96,2%) операция выполнена в плановом порядке. Женщины при данной патологии оперировались чаще как в плановом порядке (474 – 77,6%), так и по поводу ущемленной грыжи (21 – 87,5%).

При плановых герниопластиках по поводу послеоперационной вентральной грыжи применялись следующие методы закрытия грыжевых ворот: по Сапежко (118 человек – 19,3%), по Мейо (29-4,7%), по Белоконову (5-0,8%), по Шампильеру (4-0,7%), по Напалкову (6-1,0%), с использованием полиспасных швов (165-27,0%), ненатяжная герниопластика по методике sub lay (220-36,0%), комбинированная пластика (34- 5,6%), задняя сепарационная пластика по Новицкому или Карбонелли (16-2,6%), передняя сепарационная пластика по Рамиресу (3-0,5%), лапароскопическая герниопластика (5-0,8%), пластика по технологии Milos выполнена 8 пациентам (1,3%), e-Milos и irom-пластика – по 1 человеку. При операциях по поводу ущемленных послеоперационных грыж чаще всего использовалась пластика грыжевых ворот полиспасными швами (у 18 пациентов – 75%), в 3 случаях выполнена герниопластика по Мейо, в 2 – полипропиленовой сеткой по методике sub lay, в 1 – комбинированная пластика. При плановых грыжесечениях по поводу послеоперационных вентральных грыж 40 пациентам выполнены симультанные операции (37 – холецистэктомия, 1 – абдоминопластика, 1 – висцеролиз, 1 – резекция яичника). При экстренных операциях при данном типе грыж в 12 случаях выполнена резекция большого сальника, в 4 потребовалась резекция некротизированной ущемленной кишки с наложением межкишечного анастомоза, у 1 пациента после резекции кишки наложена илеостома.

Из 842 пациентов, прооперированных по поводу паховых грыж, у 792 (94,1%) операция выполнялась в плановом порядке, при этом

чаще оперировались мужчины как при плановом поступлении (748 – 94,4%), так и по поводу ущемленной паховой грыжи (46 – 92,0%). Натяжные методики пахового грыжесечения при неосложненных паховых грыжах выполнены в 39,4% случаев (268 – по Бассини, 27 – по Постемпскому), «открытые» ненатяжные – в 45,9% (339 – по Лихтенштейну, 3 по Desarda, 1 по Рудкофу), лапароскопические у 14,7% пациентов (100 – ТАПП, 10 – ТЭП), всем женщинам (44) при неосложненной паховой грыже выполнялась пластика по Жирару-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского (удовлетворительное состояние мышц и апоневроза наружной косой мышцы живота, узкий паховый промежуток). У всех мужчин при ущемленной паховой грыже (38 пациентов) использовались натяжные методы (по Бассини – 35, по Постемпскому – 3), при ущемленных грыжах у женщин (12) в 10 случаях выполнена пластика по Жирару-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского, в 1 случае – ненатяжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки (широкий паховый промежуток, слабость мышечно-апоневротического слоя), у одной пациентки при флегмоне грыжевого мешка вследствие некроза и перфорации тонкой кишки (поступила через 48 ч от момента ущемления кишки) пластика грыжевых ворот не выполнялась.

Из 251 пациента с пупочной или околопупочной грыжей в 220 случаях (86,6%) операция выполнялась в плановом порядке, чаще данная патология встречалась у женщин (148 – 59,0%), при ущемленных грыжах данной локализации также чаще оперировались женщины (20 из 34 – 62,4%). При данном виде ventральных грыж во время плановых операций применялись следующие методики: по Мейо – 81 пациент, по Сапежко – 78, ушивание полиспасными швами – 55, по методике Milos – 6. При ущемленных пупочных грыжах в 1 – случаях выполнена пластика по Мейо, в 16 – полиспасными швами, в 5 – по Сапежко. В 13 случаях при ущемлении сальника выполнена его резекция, в 1 случае – резекция ущемленной тонкой кишки с наложением межкишечного анастомоза.

За анализируемый период времени удельный вес пациентов с бедренной грыжей был незначительным (25 – 1,5%). Прооперировано 15 женщин, 10 мужчин, ущемление грыжи произошло в 13 случаях, при этом у 5 пациентов ущемленный сальник был резецирован, резекция некротизированной кишки выполнена у 3, из них в 1 случае при некрозе кишки и флегмоне грыжевого мешка наложена илеостома. Пластика грыжевых ворот у этой пациентки не

выполнялась. При бедренной грыже у 19 пациентов произведена пластика грыжевых ворот по Бассини, в 5 – по Руджи-Райху.

Результаты и обсуждение. Количество рецидивов после герниопластик по поводу послеоперационных грыж составляло от 9 до 12% в 2011-2017 гг. В 2018 г. мы изменили подходы к выбору метода закрытия грыжевого дефекта при данных операциях. Если в 2011-2017 гг. удельный вес герниопластик по Сапежко, Мейо, Белоконеву, Шампильеру, Напалкову, с наложением полиспастных швов составлял от 44,8 до 67,3%, то в 2018 г. количество таких операций сократилось до 28,6%. Предпочтение мы стали отдавать ненатяжной герниопластике по методике sub lay, задней либо передней сепарационной герниопластике, закрытию грыжевых дефектов по технологии Milos, e-Milos, ipom-пластике, лапароскопическим методикам. Непосредственные результаты при данных операциях лучше: меньше выражен болевой синдром в зоне операции, раньше восстанавливалась функция кишечника в послеоперационном периоде, сокращены сроки пребывания пациентов в хирургическом отделении. С 2018 г. мы стали пользоваться классификацией послеоперационных вентральных грыж Европейского общества герниологов, модифицированной и основанной на классификации Шевреля и Ра, принятой консенсусом в Генте, Бельгия, 2-4 октября 2008 г., в которой оценивается локализация грыж (М – медиальная, L – боковая), размер грыжевого дефекта (W1 <4 см, W2 >4-10 см, W3 >10 см), наличие и количество рецидивов (R1, R2 и т. д.). Объем операции определяли на основании сформированного диагноза в соответствии с данной классификацией.

Изменился наш подход к выбору метода герниопластики при паховом грыжесечении. Если в 2011-2014 гг. удельный вес ненатяжных и лапароскопических методов составлял от 19,3 до 44,8%, то с 2015 г. данные оперативные вмешательства преобладали над традиционными натяжными методиками (по Бассини либо по Постемпскому) и составили от 61,7 до 86,4% в 2018 году. В раннем послеоперационном периоде наименьший болевой синдром отмечали пациенты после лапароскопических операций. Боли средней интенсивности после операции отмечались у 8% оперированных лапароскопически, у 12% при операции Лихтенштейна, у 20% пациентов при использовании натяжных методик герниопластики. У мужчин, оперированных по традиционным натяжным методам, в раннем послеоперационном периоде небольшой отек и боли в яичке

на стороне операции отмечались в 9% случаев, при грыжесечении по Лихтенштейну в 3%, что, вероятно, связано с манипуляциями во время операции на семенном канатике, после лапароскопических операций (ТАПП, ТЭП) подобных явлений не отмечалось. Рецидив паховой грыжи выявлен в 3 случаях при операции Лихтенштейна (0,9%), в 2 – после лапароскопической герниопластики (1,8%), у 27 пациентов при натяжных методах пахового грыжесечения (8,9%).

При грыжесечениях по поводу пупочных и околопупочных грыж преобладали натяжные методы пластики, методика Milos использовалась в 6 случаях, что связано с небольшими размерами грыжевого дефекта, вместе с тем требуется более глубокий анализ результатов операций при данной локализации грыж, внедрение современных ненатяжных технологий при данной патологии.

Пациентам с бедренными грыжами герниопластика выполнялась по традиционным методикам (по Бассини, Ружди-Райху).

Выводы. Количество пациентов с грыжами различных локализаций в хирургических стационарах остается высоким, с увеличением количества операций на органах брюшной полости растет число послеоперационных вентральных грыж.

Традиционные натяжные методы герниопластики сопровождаются большим количеством рецидивов заболевания.

Использование современных ненатяжных методов грыжесечения позволит улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Литература

1. Визгалов, С. А. Сравнительная оценка влияния полимерных эндопротезов, применяемых для паховой герниопластики, на репродуктивную функцию экспериментальных животных / С. А. Визгалов, Р. Е. Лис, Е. Л. Поплавская, В. П. Страпко // Актуальные проблемы медицины. Материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет». Гродно, 2013. – С. 101-103.
2. Леоненко, В. И. Преимущества задней сепарационной герниопластики / В. И. Леоненко, И. Ю. Давидович, В. Б. Мослинский // Материалы XVI съезда хирургов РБ и Республиканской научно-практической конференции «Хирургия Беларуси на современном этапе». Гродно, 2018. – С.130-133.
3. Юшкевич, А. В. Выбор хирургической тактики при послеоперационных вентральных грыжах // А. В. Юшкевич, Е. В. Серафимов, М. И. Лапшин, А. А. Огарышев и др. // Материалы XVI съезда хирургов РБ и Республиканской научно-практической конференции «Хирургия Беларуси на современном этапе». Гродно, 2018. – С.154-156.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аврукевич Е. А.¹, Воробьёва Т. И.¹, Белуга В. Б.²,
Бут-Гусаим Л. С.¹, Зайцева Т. П.²

УЗ «ГКБ СМП г. Гродно», Гродно, Беларусь¹

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь²

Резюме. С целью лечения истмико-цервикальной недостаточности, особенно органической, в 1-ю половину беременности (до 22 недель) необходимо наложение шва на шейку матки, после 22 недель – целесообразна коррекция патологии пессарием.

Ключевые слова. Истмико-цервикальная недостаточность, прерывание беременности, разгружающий акушерский пессарий, круговой подслизистый шов на шейку матки.

RESULTS OF DIFFERENT METHODS OF THE CORRECTION OF THE ISTMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY

Avrukevich E. A.¹, Vorobjeva T. I.¹, Beluga V. B.², But-Gusaim L. S.¹,
Zajtceva T. P.²

Grodno City Clinical Hospital of Emergency Care, Grodno, Republic of Belarus¹

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus²

Summary. A suture on the cervix is necessary in the 1st half of pregnancy (up to 22 weeks) in order to treat isthmio-cervical insufficiency, especially organic, after 22 weeks – correction of the pathology with a pessary is appropriate.

Keywords. Isthmico-cervical insufficiency, abortion, unloading obstetric pessary, circular submucosal suture on the cervix.

Актуальность проблемы. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – нарушение запирающей способности шейки матки, проявляющееся её безболезненным укорочением, размягчением, расширением и открытием до 37-й недели беременности при отсутствии угрозы её прерывания[1].

Частота данной патологии составляет 15-20% от всех беременностей, а среди женщин с привычным невынашиванием – 18-37%. ИЦН является причиной 15-40% поздних самопроизвольных выкидышей и до 30% преждевременных родов[2].

ИЦН манифестирует безболезненной, прогрессивной дилатацией шейки матки во II или в начале III триместра, что приводит к пролапсу, инфицированию и преждевременному разрыву плодных оболочек, прерыванию беременности или преждевременным родам. Известно, что если предыдущая беременность прерывалась в сроке 23–28 недели, то в 25 % случаев и последующая беременность прервется в сроке до 28-й недели без коррекции причин.

Преждевременные роды – одна из самых важных проблем современного акушерства. Показатель преждевременных родов составляет около 10% от общего числа родов (ВОЗ 2011 год) [2]. В Республике Беларусь частота преждевременных родов достигла 4,1%. В 2018 году в Гродненской области число преждевременных родов составило 2,8%.

Различают органическую (анатомическую) – врождённую и приобретённую, функциональную (гормональную), смешанную ИЦН.

Причины органической ИЦН (приобретённой): повреждение шейки матки в патологических и оперативных влагалищных родах, инвазивные методы лечения заболеваний шейки матки (конизация, ампутация), искусственные аборт, прерывание беременности на поздних сроках.

Функциональная ИЦН развивается у женщин с дефицитом прогестерона, гиперандрогенией, дисплазией соединительной ткани.

С целью лечения данного вида патологии шейки матки используют инвазивные (наложение кругового подслизистого шва на шейку матки в различных модификациях), неинвазивные методы (установка разгружающего акушерского pessaria), гормональная терапия и их комбинации.

Цель исследования. Оценить результаты использования различных методов коррекции ИЦН.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ течения и исходов 126 беременностей с целью оценки эффективности хирургической и консервативной методик лечения ИЦН в 2018 году.

При определении тактики ведения беременных с ИЦН мы придерживались ниже предложенного алгоритма:

1. Выявление наличия ИЦН.

Всем пациенткам с угрозой прерывания беременности проводились:

1.2. Бимануальное влагалищное исследование

1.3. УЗ – цервикометрия

2. Выявление причины ИЦН

2.1. Осмотр и определение общего числа гирсутизма

2.2. Определение гормонального фона

- обследование функции щитовидной железы
- определение уровня прогестерона
- определение уровня ДГЭА-сульфата, 17-ОП, 21-гидроксилазы

2.3. Выявление инфекционного фактора:

- посев из цервикального канала
- обследование на ИППП
- мазок из влагалища на флору
- рН-метрия влагалищного содержимого

3. Определение условий для коррекции ИЦН

3.1. Оценка инфицирования (уровень С-реактивного белка, число лейкоцитов, посев из цервикального канала, посев мочи на флору)

3.2. Определение степени чистота влагалища

3.3. Санация всех генитальных и экстрагенитальных очагов инфекции.

4. Определение метода коррекции ИЦН:

- коррекция назначением гормональных препаратов
- наложение кругового подслизистого шва на шейку матки по MacDonald
- введение разгружающего акушерского pessaria (РАП),
- комбинированный метод (шов и РАП)

5. Критерии для выбора метода коррекции:

5.1 Наложение шва:

- Проявления ИЦН до 22 недель беременности. Данная группа пациенток самая неблагоприятная по угрозе невынашивания. Основная причина ИЦН – органическая.

5.2. Коррекция ИЦН pessarium. Вводится после 22 недель беременности.

5.3. Комбинация шва и РАП

В первую группу вошли 19 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН – наложение кругового подслизистого шва на шейку матки в сроках до 22 недель беременности. Средний возраст женщин составил $29,0 \pm 1,5$ лет. Жительницы города – 18 (95%), 1 пациентка (5%) проживала в сельской местности. Средне-специальное образование имели 9 (47,4%) пациенток, высшее – 6 (31,6%), без образования – 4 (21%). В подгруппу первобеременных вошли 3 пациентки (15,8%), остальные 16 (84,2%) сформировали подгруппу повторнобеременных, из которых у 8 (50%) данная беременность была 2-ой по счёту, у 7 (43,75%) – 3-ей, у 1 (6,25%) – 4-ой. Срочные роды в анамнезе отмечались у 8 (42,1%) женщин, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) – у 11 (57,9%) беременных: у 6 (54,5%) из них – неразвивающаяся беременность и/или самопроизвольный выкидыш, у 4 (36,4%) – срочные роды и самопроизвольный выкидыш и/или неразвивающаяся беременность. У 1 (9,1 %) пациентки отмечались срочные роды и антенатальная гибель плода (вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в сроке 31 неделя беременности). Из группы женщин с ОАГА 3 (27,3%) имели привычное невынашивание в анамнезе. Бесплодие в анамнезе прослеживалось у 5 (26,3%) изучаемых (причины: полип эндометрия, СПКЯ).

Вторую группу составили 106 пациенток, которым был установлен РАП. Средний возраст женщин – $31,0 \pm 1,3$ года. Проживали в городе 88 (83,0%) пациенток, в сельской местности – 18 (17,0%). Средне-специальное образование имели 45 (42,5%) пациенток, высшее – 41 (38,7%), без образования – 20 (18,8 %). Повторнобеременных пациенток -67 (63,2%) (среди них женщины с многоплодием, инфекцией, травматизацией шейки матки в предыдущих родах), остальные 39 (36,8%) – первобеременные. Число случаев многоплодной беременности в анамнезе – 6 (5,7%). Из них 5 (83,3%) беременностей закончились срочными родами, 1 (16,7%) – преждевременно. Методы родоразрешения: 3 (50%) из них – роды через естественные родовые пути, 3 (50%) – оперативное родоразрешение.

Один случай представлен пациенткой, которой проводилась коррекция ИЦН комбинированным методом (с использованием РАП и кругового подслизистого шва на шейку матки).

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за 2018 год пролечено 1259 женщин с угрозой прерывания беременности, из них с угрозой самопроизвольного выкидыша – 22%, с угрозой преждевременных родов – 34 % (от числа всех 2227 пациенток ОПБ).

Из группы пациенток с ИЦН, корригированной наложением шва на шейку матки, функциональная ИЦН диагностирована у 4 (21,0%), анатомическая – у 12 (63,2%), остальные 3 случая (15,8%) – смешанная ИЦН. Наложение кругового подслизистого шва на шейку матки производилось в среднем на 18-19 неделях беременности. До наложения шва 2 (10,5%) пациентки с ИППП санированы антибактериальными препаратами. На момент наложения шва у 100% отсутствовали патологические изменения по результатам мазка на флору, посева из цервикального канала, мазка на атипические клетки. Осуществлялась госпитализация 8 (42,1%) пациенток в связи с угрозой прерывания беременности до проведения коррекции ИЦН; из них для 6 пациенток (75%) госпитализация оказалась повторной. Гормональная коррекция назначалась 18 (95%) женщинам, 9 (50%) из них – дидрогестерон и микронизированный прогестерон, остальным 50% – микронизированный прогестерон. Двойня в данную беременность диагностирована у 2 (10,5%) пациенток. Исходы настоящей беременности: у 10 пациенток (52,6%) произошли роды в сроке после 38 полных недель гестации, у 7 (36,8%) – срочные роды до 38 полных недель гестации, у 1 женщины (5,3%) беременность закончилась преждевременными родами, у 1 (5,3%) – преждевременными родами мёртвым плодом в сроке 28-34 недель беременности. Доля кесаревого сечения составила 45%. Средний вес новорождённых при доношенном сроке беременности – 3167 г. С нормальными весовыми показателями родилось 17 (89,4%) новорождённых, 1 (5,3%) – с низкой массой тела (2480 г.), 1 (5,3%) – крупный плод (4420 г.). Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался в 5 (26,3 %) случаях. В 4 (21,1%) случаях беременности отмечены признаки хронической ФПН в стадии компенсации и субкомпенсации, СЗРП плода 1 степени. Синдром внутриутробного инфицирования новорождённых выявлен в 1 случае (5,3%).

Разгружающий акушерский пессарий установлен в сроках 22-33 недели беременности: до 28 нед. – 16 (15,1%) пациенткам, из них на 24 неделе – 5 (31,25%), на 26-27 неделях – 11 (68,75%); в сроке 28-31 неделя – 89 пациенткам (84%), 31-33 недели – 1 пациентке (0,9%). Гестагенная поддержка проводилась 105 пациенткам с

пессарием (99,1%), кроме той из них, кому он вводился в сроке 31-33 недели. В схему лечения 56 (52,8%) беременным внесли гексопреналин, острый токолиз с сульфатом магния – 23 (21,7%) пациенткам, лечение НПВС в сроки с 22 по 32 неделю беременности – 12 (11,3%). Все женщины получали седативную и спазмолитическую терапию. Антибактериальные препараты – 34 (32,1%) беременных по причине инфекций мочевыводящих путей, острого пиелонефрита, уретерогидронефроза, мочекаменной болезни. Из них 6 (17,6%) беременным производилось стентирование мочеточников. Исходы настоящей беременности: преждевременные роды в сроке до 34 недель беременности – 0%, 34-37 недель – у 11 пациенток (10,3%), 37-38 недель – у 19 (17,9%), после 38 недель – у 76 (71,8%). Средний вес новорождённых при доношенном сроке беременности – 3345 г. С нормальными весовыми показателями родилось 100 (94,3%) новорождённых, 4 (3,8%) – с низкой массой тела (2303 г.), 2 (1,9%) – крупный плод (4000 г.). Одной пациентке (0,94%) из данной группы с верифицированным адреногенитальным синдромом проводилась коррекция медролом. Исход беременности – срочные роды в 38 недель беременности. Синдром ВУИ новорождённых наблюдался в 3 (2,8%) случаях.

Выводы. Признаки ИЦН наблюдаются преимущественно у городских жительниц со средне-специальным образованием.

Основная доля пациенток со швом на шейке матки (84,2%) и с РАП (63,2%) – повторнобеременные с органической формой ИЦН.

Наложение шва на шейку матки производилось на 18-19 неделях беременности, установка РАП – преимущественно на 28-31.

У 57,9% повторнобеременных, которым накладывался шов – невынашивание беременности в анамнезе (у 27,3 % из них – привычное невынашивание).

У 42,1% пациенток со швом на шейке матки в анамнезе госпитализация в стационар в связи с угрозой прерывания беременности, из них у 75% – неоднократная.

В гормональной поддержке нуждались 95% пациенток из группы женщин со швом на шейке матки с ОАГА (невынашиванием беременности), признаками прерывания беременности в I-II триместрах, а также пациентки с корригируемой ИЦН при помощи РАП (при сроке введения пессария 22-30 недель).

У 89,4 % женщин со швом на шейке матки исход беременности благоприятный: рождение ребёнка в сроке гестации после 37 полных

недель. 1 беременность окончилась преждевременными родами. Исходы беременности пациенток с РАП благоприятные: 71,8% из них окончились родами после 38 недель гестации.

Проведение профилактики РДС у новорождённых, согласно Клиническим протоколам МЗ РБ, профилактики цервицита и кольпита у беременных, своевременной коррекции ИЦН наложением шва на шейку матки и постоянный контроль отсутствия инфицирования (в случае наличия признаков инфицирования нижних отделов половых путей – назначение лечения в срок) позволяют снизить риск развития синдрома ВУИ.

Литература:

1. Беспалова О. Н. Выбор метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности / О. Н. Беспалова, Г. С. Саргсян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – № 3. – С.157-168.
2. Леваков С. А. Ведение пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью / С. А. Леваков, Е. И. Боровкова, Н. А. Шешукова, И. М. Боровков// Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2016. – №. 2. – С. 64-69.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

**Панасюк О. В.¹, Могилевец Э. В.¹, Горячев П. А.²,
Васильчук Л. Ф.², Будревич О. В.¹**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
Гродненская областная клиническая больница, Гродно, Беларусь²

Резюме. Тромбоз является самым распространённым осложнением раннего послеоперационного периода у пациентов с облитерирующим атеросклерозом, перенесших реваскуляризирующие вмешательства на артериях нижних конечностей.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз, реваскуляризирующие вмешательства, послеоперационные осложнения.

EARLY COMPLICATIONS AFTER REVASCULARIZING INTERVENTIONS ON LOWER LIMBS ARTERIES IN PATIENTS WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS

Panasiuk O. V.¹, Mogilevets E. V.¹, Goryachev P. A.², Vasilchuk L. F.², Budrevich O. V.¹

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus²

Resume. Thrombosis is the most common complication of the early postoperative period in patients with obliterating atherosclerosis who had undergone revascularizing interventions on the arteries of the lower limbs.

Key words: obliterating atherosclerosis, revascularizing interventions, postoperative complications.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются первой причиной смертности среди населения. По статистике всемирной организации здравоохранения на данную патологию приходится 31,5% от общей летальности и 45% от неинфекционных заболеваний [1]. Каждый год примерно 4 млн. европейских жителей умирают от сердечно-сосудистой патологии [2]. В Республике Беларусь ССЗ составляют половину от общего количества ежегодных смертей [3]. Около 20% от всех ССЗ составляет облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) [4]. При острой артериальной недостаточности (ОАН), или прогрессирующем течении хронической (ХАН), операции по восстановлению кровоснабжения в нижних конечностях являются единственным результативным методом лечения у пациентов с облитерирующим атеросклерозом.

Цель. Проанализировать результаты реваскуляризирующих вмешательств на магистральных артериях нижних конечностей у пациентов с облитерирующим атеросклерозом в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с ОААНК, находившихся на стационарном лечении в отделения сосудистой хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в период с 2015 по 2018г., и перенесших реконструктивно-восстановительные операции на артериях нижних конечностей.

Результаты. С 2015 по 2018г. реваскуляризирующие вмешательства были выполнены 868 пациентам с ОААНК. Из них 756 (87,1%) были мужчинами, 112 (12,9%) – женщинами. Средний возраст мужчин составил $62,2 \pm 8,5$ года, женщин $72,1 \pm 9,6$ года.

379 пациентов с ОААНК прооперировано по поводу ХАН 2Б ст. по классификации Фонтейна-Покровского, 257 человек – ХАН 3 ст., 154 – ХАН 4 ст. 135 пациентам с ОААНК была выполнена реваскуляризация по поводу ОАН.

За указанный период времени пациентам с ОААНК было выполнено 1062 хирургических вмешательства. Проведено 720 (67,8%) открытых вмешательств и 342 (32,2%) рентгенэндоваскулярных (РЭВ). Наиболее часто выполнялись шунтирующие операции на магистральных артериях нижних конечностей – 421. Полный перечень реконструктивно-восстановительных операций отображён в таблице 1.

Таблица 1 – Реваскуляризирующие операции выполненные пациентам с ОААНК

Вариант реваскуляризирующей операции	Количество выполненных операций
Шунтирующие операции:	421
1. Бедренно-подколенное шунтирование:	269
– аутовена;	233
– протез;	29
– комбинированный шунт	7
2. Аорто-бедренное линейное шунтирование	63
3. Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование	41
4. Бедренно-берцовое шунтирование	24
5. Подвздошно-бедренное шунтирование	9
6. Бедренно-берцовое шунтирование	8
7. Бедренно-подколенное шунтирование	3
8. Подключично-бедренное шунтирование	1
9. Подвздошно-подколенное шунтирование	1
10. Подвздошно-берцовое шунтирование	1
11. Подколенно-стопное шунтирование	1
Ангиопластика и стентирование	342
Тромбэктомия	151
Эндартерэктомия	147
Трансплантация хомографта аорто-подвздошно-бедренного сегмента	1
Всего	1062

В раннем послеоперационном периоде наблюдался 101 (9,5%) случай осложнений. После открытых операций осложнения наблюдались в 89 случаях (12,4%), после РЭВ в 12 (3,5%). Наиболее часто встречались: тромбоз шунта и/или артерии – 29 случаев, лимфорея из области послеоперационной раны и прогрессирующая ишемия реваскуляризированной нижней конечности – по 21 случаю соответственно. Полный перечень осложнений раннего послеоперационного периода представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Осложнения раннего послеоперационного периода у пациентов с облитерирующим атеросклерозом, перенесших реваскуляризирующие вмешательства на артериях нижних конечностей

Характер осложнения	Количество осложнений	Доля от всех осложнений (%)
Тромбоза шунта и/или артерии	29	28,7
Лимфорея из области послеоперационной раны	21	20,8
Прогрессирующая ишемия реваскуляризированной нижней конечности	21	20,8
Кровотечение из области сосудистого анастомоза или артерии	9	8,9
Обширная послеоперационная гематома	8	7,9
Инфицирование послеоперационной раны	6	5,9
Выраженный постишемический отёк оперированной конечности	4	4
Эвентрация	2	2
Послеоперационная артериовенозная фистула	1	1
Всего	101	100

Выводы. Наиболее распространённым осложнением раннего послеоперационного периода у пациентов с облитерирующим атеросклерозом, перенесших реваскуляризирующие вмешательства на артериях нижних конечностей, является тромбоз.

Литература

1. Naghavi, M. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study / M. Naghavi, H. Wang, R. Lozano // Lancet. – 2015. – № 385. – P. 117-171.
2. Townsend, N. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update / N. Townsend, L. Wilson, P. Bhatnagar // Eur. Heart J. – 2016. – Vol. 37, № 42. – P. 3232-3245.

3. Беларусь в цифрах 2018: Статистический справочник / Национальный статистический комитет РБ; редкол.: И.В. Медведева [и др.]. – Минск: Информационно-вычислительный центр Национального статистического комитета Республики Беларусь, 2018. – 489 с.

4. Покровский, А. В. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А. В. Покровский. – Москва: Медицина, 2004. – 888с.

КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Глуткина Н. В.¹, Романчук Э. В.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
Гродненская областная клиническая больница, Гродно, Беларусь²

Резюме. Проанализировано значение кислородзависимых механизмов в развитии инфаркта миокарда с метаболическим синдромом. При этом синдроме наблюдается выраженная гиперлептинемия, степень которой коррелирует с функцией транспорта кислорода в крови.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, метаболический синдром, оксид азота, кислород, антиоксидант.

OXYGEN-SUSTAINABLE PROCESSES IN INFECTED MYOCARDIUM IN CONNECTION WITH METABOLIC SYNDROME

Hlutkina N. V.¹, Romanchuk E. V.²

Grodno State Medical University, Grodn, Belarus¹
Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus²

The significance of oxygen-dependent mechanisms in the development of myocardial infarction with metabolic syndrome is analyzed. With this syndrome, there is marked hyperleptinemia, the degree of which correlates with the oxygen transport function of the blood.

Key words: myocardial infarction, metabolic syndrome, nitric oxide, oxygen, antioxidant.

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности в мире (7,6 млн человек ежегодно умирают от инфаркта миокарда (ИМ) [1]. За последние 20 лет такие метаболические нарушения, как ожирение, сахарный диабет (СД), рассматриваются как доминирующие факторы риска сердечно-сосудистой патологии, что обусловлено неуклонным ростом их частоты в популяции взрослого населения как в развитых, так и в развивающихся странах [2]. По прогнозам к 2030 г. каждый 15-20 житель планеты будет иметь СД [3]. Наибольшую опасность для жизни и здоровья пациентов с данной патологией представляют его осложнения. Наличие метаболического синдрома (МС) увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2-4 раза и смертельного исхода в течение ближайших 3-х лет на 29%.

Цель работы – провести анализ кислородзависимых процессов при инфаркте миокарда в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Обследуемые пациенты были разделены на следующие группы: 1-я группа состояла из 15 соматически здоровых лиц (5 женщин; 10 мужчин) в возрасте 54,0 (53,0; 57,0) лет, у которых отсутствовали анамнестические и клинические признаки ИБС (на ЭКГ, при выполнении велоэргометрии); 2-я группа – 19 пациентов (8 женщин и 11 мужчин, средний возраст пациентов – 60,0 (53,0; 65,0) лет) с ИБС: стабильной стенокардией напряжения, ФК II в сочетании с АГ 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I-II степени (НУНА). Группа 3 включала 25 пациентов (5 женщин и 20 мужчин), средний возраст 57,0 (53,0; 64,0) лет, с ИМ в сочетании с АГ 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I-II степени (НУНА). Группа 4 состояла из 27 пациентов женского и мужского пола (6 женщин и 21 мужчина), средний возраст 58,0 (53,0; 63,0) лет, с ИМ в сочетании с АГ 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I-II степени (НУНА) и СД 2-го типа. Группа 5 включала 25 пациентов женского и мужского пола (7 женщин и 18 мужчин), средний возраст 58,0 (50,0; 61,0) лет, с ИМ в сочетании с АГ 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I-II степени (НУНА) с МС.

Метаболический синдром оценивали по критериям, предложенные Международной диабетической федерацией в 2005 г. (абдоминальное ожирение, повышение уровня триглицеролов более

1,7 ммоль/л, снижение холестерина липопротеидов высокой плотности у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,3 ммоль/л, повышение артериального давления более 130/85 мм рт.ст., повышение уровня глюкозы в плазме крови натощак более 5,6 ммоль/л или ранее диагностированный СД 2-го типа).

На газоанализаторе Synthesis-15 (Instrumentation Laboratory) определяли напряжение кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2), насыщение крови кислородом (SO_2) и pH. Сродство гемоглобина к кислороду (СГК) оценивали по показателю p_{50} (pO_2 , соответствующее 50% насыщению гемоглобина кислородом). Активность свободнорадикальных процессов оценивалась по содержанию диеновых конъюгатов и малонового диальдегида в крови. Уровень антиоксидантной защиты оценивался по содержанию α -токоферола и активности каталазы. Уровень общих нитритов в плазме определяли спектрофотометрически при длине волны 540 нм с реактивом Грисса на спектрофотометре Solar PV1251C. Содержание лептина определяли методом иммуноферментного анализа, используя наборы фирмы DRG LEPTIN ELISA.

Результаты и их обсуждение. Состояние кислородтранспортной функции крови у пациентов с ИМ отражает развитие гипоксии на 25-е сутки от начала заболевания и ее уменьшение на 60-е сутки. У данных пациентов на 25-е сутки отмечается сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина (КДО) вправо, а к концу исследуемого периода она сдвигается влево, что, очевидно, связано с улучшением резервных возможностей гемодинамического компонента системы транспорта кислорода.

В нашем исследовании степень окислительного стресса у пациентов с ИМ на 25-е сутки более выражена, чем у пациентов с ИБС: стабильной стенокардией напряжения, ФК II. У них отмечают более высокие уровни диеновых конъюгатов и малонового диальдегида и снижение активности каталазы в эритроцитарной массе, концентрации α -токоферола, а на 60-е сутки от начала заболевания наблюдается уменьшение проявлений данного прооксидантно-антиоксидантного дисбаланса. В связи с вышеизложенным представляется важным исследовать влияние патогенетической терапии, основанной на применении небиволола и симвастатина, на механизмы транспорта кислорода и свободнорадикального окисления липидов у пациентов с ИМ в сочетании с СД 2-го типа. Так, у пациентов с ИБС: стабильной

стенокардией напряжения, ФК II увеличивались менее выражено p_{50} и 2,3-ДФГ, чем при I ФК заболевании. Параметры прооксидантно-антиоксидантного состояния крови отражают развитие окислительного стресса на 25-ые сутки и его сохранение на 60-е. У данной категории пациентов в нашем исследовании, несмотря на проводимую терапию, в частности, лекарственными средствами, воздействующими на образование NO, не наблюдается значимых улучшений кислородзависимых процессов, как это отмечалось у пациентов только с ИМ. Также у них не происходит более полного восстановления вазомоторной функции, что проявляется в снижении эффективности утилизации кислорода, сохранении сдвига КДО вправо к концу периода проводимого лечения (на 60-е сутки), направленного на более адекватное обеспечение тканей кислородом.

У пациентов с ИМ в сочетании с МС к концу 60-х суток от начала данного заболевания проявления кислородного дефицита уменьшаются в сравнении с 25-ми сутками. В то же время у данных пациентов не выявлено различий в положении КДО как при реальных, так и при стандартных значениях. Однако при разделении исследуемых пациентов на подгруппы по критерию наличия СД 2-го типа отмечаются определенные особенности кислородного обеспечения. У исследуемых пациентов без СД 2-го типа СГК повышается (p_{50} реал снижался с 29,9 (28,9; 31,6) до 26,2 (23,6, 30,9) мм рт.ст., $p < 0,05$), а при наличии СД 2-го типа положение КДО не изменялось. Величина p_{50} станд в данных подгруппах имела близкий характер изменений. Это согласуется с данными других исследователей о том, что при прогрессировании заболевания ИБС: стабильной стенокардией напряжения, ФК III, судя по показателю СГК p_{50} , адаптивные свойства крови к гипоксии также резко снижаются, особенно у пациентов с выраженными факторами риска (сопутствующая артериальная гипертензия, курение).

У данных пациентов выявлено повышение активности процессов свободнорадикального окисления липидов на 25-е сутки, а к концу 60-х суток ее активность существенно не менялась, и, соответственно, степень окислительного стресса не уменьшалась. Аналогичная ситуация имела место в подгруппе с СД 2-го типа: также не выявлено снижения степени прооксидантно-антиоксидантного дисбаланса, а в подгруппе без СД 2-го типа после проводимой терапии отмечается уменьшение проявлений окислительного стресса. У пациентов с МС в сочетании с СД 2-го

типа сохраняется сниженным СГК, несмотря на проводимую терапию, а у пациентов, не осложненных СД, отмечается повышение СГК, что, очевидно, обусловлено более полным восстановлением механизмов, формирующих кровотоки, как важнейшей составляющей функциональной системы транспорта кислорода.

Как известно, гиперлептинемия и ее взаимосвязь с гипергликемией, гиперинсулинемией, повышением уровня С-пептида и свободных жирных кислот позволяют рассматривать лептин в качестве одного из важных звеньев в цепи нарушений углеводного и липидного обмена и дополнительного маркера развития инсулинорезистентности при ИМ не только у пациентов с диабетическим анамнезом, но и без указанной сопутствующей патологии. Как видно из проведенных нами исследований, у пациентов в сочетании с СД 2-го типа или МС на 25-е сутки от начала заболевания отмечается высокий уровень лептина, значение которого снижается к 60-м суткам, но не достигает значения у здоровых. Характер изменения данного гормона коррелирует с такими показателями кислородтранспортной функции крови, как pO_2 , SO_2 и $p50$, что указывает на его значение для оксигенации тканей.

Таким образом, результаты выполненных исследований о характере изменения содержания лептина в постинфарктный период (на 25-60-е сутки) отражают сложный характер его изменения и связь с кислородным обеспечением организма, участие в развитии гипоксического синдрома. Очевидно, уровень, динамику изменения лептина, его взаимосвязь с СГК можно использовать для оценки тяжести течения данной патологии.

Выявлены изменения ряда показателей кислородтранспортной функции крови (pO_2 , SO_2 , $p50$ и другие) у пациентов в постинфарктный период, которые свидетельствуют о нарушениях кислородного обеспечения организма, обусловленных изменениями в миокарде ишемического характера и связанных с дисбалансом между резко возросшими потребностями в кислороде и субстратах метаболизма гипертрофированных кардиомиоцитов и сниженным уровнем кровоснабжения.

Таким образом, оценка эффекта патогенетической терапии с включением небиволола и симвастатина на кислородзависимые процессы позволит дополнить и переосмыслить фармакологические механизмы действия препаратов с точки зрения воздействия на кровь с позиции модуляции продукции NO. Установленные данные

обосновывают новые пути коррекции кислородтранспортной функции крови, дают возможность назначать дифференцированную адекватную терапию пациентам с ИМ в сочетании с МС и СД 2-го типа.

Литература

1. Бова, А. А. Место антагонистов рецепторов ангиотензина II в клинической практике / А. А.Бова // Медицинские новости. – 2009. – № 6. – С.11-15.
2. Мамедов, М. Н. / Рациональный подход в лечении артериальной гипертензии у больных с высоким сердечно-сосудистым риском и метаболическими нарушениями // М. Н. Мамедов, М. Н. Ковригина, З. А. Тогузова // Кардиология. – 2013. – Т. 53. – № 2. – С. 85-89.
3. Дедова И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение. // Медицинское информационное агентство, 2006. 456 с.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ И «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ

Семенцова С. В., Могильницкая О. Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В статье описаны основные методы индукции родов. В группах индуцированных и самопроизвольных родов оценивались: степень зрелости шейки матки перед родовозбуждением; продолжительность родов.

Ключевые слова: беременность, индукция, препараты, шейка матки.

ANALYSIS OF INDUCED INDUSTRY INITIATIVES DEPENDING ON INDUCTION METHODS AND "MATERIALS" OF THE UTERINE NECK

Sementsova S. V., Mogilnitskaya O. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The article describes the main methods of induction of labor. In the groups of induced and spontaneous labor, the following were evaluated:

degree of maturity of the cervix before labor induction; the duration of labor.

Key words: pregnancy, induction, drugs, cervix.

Актуальность. За последние 20 лет частота индуцированных родов значительно возросла [1]. По данным отечественных и зарубежных исследователей частота индуцированных родов составляет до 25% при доношенной беременности и 20-30% при недоношенной [2]. В мире существует понятие программированных, или элективных, родов – завершение беременности по достижении 39 недель беременности при зрелом плоде и подготовленной шейке матки в произвольно выбранное время, оптимальное для матери, плода, акушерского учреждения [3]. В настоящее время для возбуждения родовой деятельности широко используют искусственное вскрытие плодного пузыря – амниотомия и введение препаратов, повышающих сократительную активность матки – простагландинов, а также представляет интерес использование палочек ламинарий и катетера Фолея. Наиболее ответственным моментом является принятие решения о целесообразности самой индукции. При индукции необходим постоянный кардиомониторный контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

В настоящее время для индукции родов при целом плодном пузыре используют следующие препараты [4]:

Мифепристон – таблетки 200 мг внутрь однократно или двукратно с перерывом в 24 часа. При недостаточной эффективности в течение 48 часов от первого приема можно продолжить индукцию с помощью простагландин содержащего геля. Время достижения эффекта составляет в среднем 18 часов (максимально 24-30 часов).

Динопростон – гель 0,5 мг интрацервикально. Начальную дозу 0,5 мг ввести в цервикальный канал. При отсутствии эффекта (созревание шейки матки или развитие родовой деятельности) через 6 часов ввести повторную дозу. Максимальная суточная доза 1,5 мг. При отсутствии развития родовой деятельности в течение 24 часов от первого введения можно использовать индукцию динопростоном 1 мг интравагинально.

Динопростон – интравагинальный гель 1 мг следует ввести в задний свод влагалища, через 6 часов можно ввести вторую дозу: 1 мг для усиления уже достигнутого эффекта после первой дозы или 2 мг при полном отсутствии эффекта. Достижимый результат: зрелая

шейка матки, начало родовой деятельности. При этих условиях производится амниотомия.

Динопростон – раствор для инъекций 1 мг в 1 мл (0,75 мг в ампуле).

Титрование инфузоматом: 0,75 мг на 19 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно со скоростью от 0,3 до 2,4 мл/час. Или внутривенно капельно:

0,75 мг в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью от 4 до 32 капель в минуту. Скорость увеличивается вдвое через 30 минут от начала инфузии, затем каждый час. При раскрытии шейки матки 34 см показана амниотомия.

Мизопростол – таблетки 25 мкг внутрь. По 1 таблетке внутрь каждые 2 часа до развития родовой деятельности. Максимальная суточная доза – 200 мкг.

Динопростон – раствор для инъекций 1 мг в 1мл (0,75 мг в ампуле).

Титрование инфузоматом: 0,75 мг на 19 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно со скоростью от 0,3 до 4 мл/час. Или внутривенно капельно:

0,75 мг в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью от 4 до 40 капель в минуту. Скорость увеличивается вдвое через 30 минут от начала инфузии, затем каждый час. Предпочтительно при раскрытии шейки матки менее 5 см. Для родостимуляции скорость введения должна обеспечивать родовую деятельность активной фазы родов – 4-4,5 схватки за 10 минут.

Окситоцин – раствор для инъекций 5 МЕ в 1 мл. Титрование инфузоматом: 5 МЕ (1 мл) на 19 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно со скоростью от 0,3-1 до 6,4 мл/час. Внутривенно капельно: 5 ЕД в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью 6-8 капель в минуту (3-4 мМЕ/мин), увеличивая каждые 15 минут на 6-8 капель в минуту, но не более 40 капель в минуту (20 мМЕ/минуту). Предпочтительно при раскрытии шейки матки более 5 см. Для родостимуляции скорость введения должна обеспечивать родовую деятельность активной фазы родов – 4-4,5 схватки за 10 минут.

Мифепристон – таблетки 200 мг внутрь однократно при преждевременном разрыве плодных оболочек.

Предпочтительно введение утеротоников по инфузомату для точного контроля скорости инфузии. Введение утеротоников

внутривенно капельно может выполняться в исключительных случаях.

При возникновении гиперстимуляции в I периоде родов необходимо прекратить введение утеротоника, ввести гексопреналин 2 мл (10 мкг) + натрия хлорид 0,9 % раствор 8 мл внутривенно за 5-10 минут (болюсом – острый токолиз) на высоте схватки с последующим титрованием 4 мл гексопреналина + натрия хлорида 0,9 % 16 мл, начиная с 0,3 мкг/мин (7,2 мл/час), увеличивая каждые 10 минут до прекращения признаков гиперстимуляции.

При преждевременном разрыве плодных оболочек при доношенной беременности родовозбуждение начинать при отсутствии спонтанной родовой деятельности через 4 часа при незрелой шейке матки, через 6 часов – при зрелой, с внутривенного введения простагландина Е2 инфузоматом с переходом на окситоцин или мизопростол. Через 6 часов введения утеротоников врачебным консилиумом решается вопрос об эффективности родовозбуждения, при отсутствии эффекта – роды завершаются кесаревым сечением.

Цель работы. Провести анализ индуцированных родов по материалам родильных отделений УЗ БСМП г. Гродно за 2018 г. Определить необходимость подготовки шейки матки к родам у перво- и повторнородящих и необходимость подготовки шейки матки к родам у рожениц до 30 лет и старше в зависимости от паритета родов.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 635 историй родов за 2018 год, из которых 236 индуцированные роды. Показаниями для родовозбуждения явились: обострение соматической патологии – 32,1%; преэклампсия, устойчивая к консервативному лечению – 27,2%; преждевременный разрыв плодных оболочек и отсутствие регулярной родовой деятельности при доношенной беременности – 11,3%, переносная беременность – 22,9%.

При оценке по шкале Е.Н. Bishop до 6 баллов шейку матки оценивали как «незрелую», 6-8 баллов – «недостаточно зрелую», более 8 баллов – «зрелую». «Незрелая» шейка матки была у 9,6% беременных, «недостаточно зрелая» – у 26% и «зрелая» – у 65,4%.

В ходе проведения исследования роженицы были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 499 рожениц, у которых физиологические роды начинались спонтанно. В исследуемую группу вошло 236 беременных, где родам предшествовали мероприятия по

подготовки шейки матки к родам, при чем, в 58,4% случаев применялся один способ, а у 41,6% применялась комбинация способов.

При подготовке шейки матки к родам одним способом чаще других использовались: палочки ламинарии в 43,4%; динопростон как самостоятельный метод применялся у 16,8% рожениц; простингель был применен в 13% случая; катетер Фолея применялся у 9,4% рожениц.

Родоразрешение через естественные родовые пути после подготовки шейки матки к родам завершилось в 68,7% случаев, в 17,5% – плановым кесаревым сечением, в 13,8% случаев экстренным кесаревым сечением.

Из 316 первородящих у 41,1% производилась подготовка шейки матки к родам, а у повторнородящих из 319 рожениц в 33,2% случая производились мероприятия по подготовки шейки матки к родам.

Следует отметить, что существенных различий в подготовке шейки матки к родам у первородящих до 30 и старше 31 года не выявлено. У 41 первородящей старше 31 года необходимость в подготовке шейки матки наблюдалась в 46,3% случая, а у 275 рожениц до 30 лет в – 40,3%.

Не выявлено различий и у повторнородящих до 30 лет и старше 31 года. Из 287 рожениц до 30 лет в 34,8% случаев применялась подготовка шейки матки к родам, а из 32 повторнородящих старше 31 года лет – 18,7%.

Анализ исследуемых групп показал, что нет достоверных различий в неэффективности применения методов подготовки шейки матки к родам в зависимости от паритета родов, из 130 первородящих подготовка шейки матки к родам она оказалась неэффективной в 46 случаях, что составило 35,3%, а у 106 повторнородящих в 26 случаев, что составило 24,5%.

Средняя продолжительность самопроизвольных индуцированных родов у первородящих составила 6ч 50мин ± 31мин, у повторнородящих 4ч 27мин ± 25мин.

Выводы. Таким образом, проведя ретроспективный анализ индуцированных родов установлено, что у 37,2% рожениц требуется подготовка шейки матки к родам. Более чем в 60% случаев подготовка шейки матки является эффективной. Установлено, что «зрелость» шейки матки не зависит от возраста и паритета родов, а необходимость ее подготовки к родам должна рассматриваться в

каждом конкретном клиническом случае, для достижения наиболее благоприятных исходов, как для матери, так и для плода.

Литература

1. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение / О. Р. Баев, В. П. Румянцева, Е. Н. Кан и др. // Акушерство и гинекология – 2012. – № 4/2. – С. 1-16.
2. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д. Ю. Хофмейр, Д. П. Нейлсон, З. Альфиревич и др. / Под общ. Ред. Г. Т. Сухих. Пер с англ. В. И. Кандрора, О. В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.
3. Рудь О. И., Наумов А. Д. Изучение относительных рисков неблагоприятных исходов родов при подготовке шейки матки / О. И. Рудь, А. Д. Наумов // Актуальные вопросы современной медицины и фармации. Материалы 67-й итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Витебск: ВГМУ – 2015 – С. 397-400.
4. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» Постановление МЗ РБ 19.02.2018 № 17

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ АКУШЕРСКО-ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Сурова Н. А.¹, Семенцова С. В.², Могильницкая О. Э.²

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города
Гродно» Гродно, Беларусь¹

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь²

В статье представлены клинические данные, актуальность и методика использования антибактериальных препаратов в акушерстве в качестве антибиотикопрофилактики и стартовой терапии после операции кесарево сечение.

Ключевые слова: беременность, кесарево сечение, антибиотики.

NEW VIEW ON RATIONAL USE OF ANTI-BACTERIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PARENTILES OBSTETRATION DEPARTMENT

Surova N. A.¹, Sementsova S.V.², Mogilnitskaya O.E.²

City Clinical Emergency Hospital of the city of Grodno¹
Grodno State Medical University²

The article presents the clinical data, relevance and method of use of antibacterial drugs in obstetrics as antibiotic prophylaxis and initial therapy after cesarean section surgery.

Key words: Pregnancy, cesarean section, antibiotics.

Актуальность. В настоящее время назначение антибактериальной терапии носит профилактический характер даже пациентам наблюдательного отделения. Известны длительные схемы лечения по 7-10 дней, короткие схемы по 3 дня с последующей сменой антибактериального препарата [1,3]. По данным литературы риск возникновения инфекции после операции кесарево сечение составляет менее 2% [2,3]. Доказательные данные об эффективности продолженной антибиотикопрофилактике отсутствуют.

Цель исследования. Изучить случаи гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде и обоснованность назначения антибактериальной терапии. Оценить экономическую выгоду периоперационной антибиотикопрофилактики.

Материалы и методы. Истории родов акушерско-наблюдательного отделения за 2016-2018 года (родоразрешение операцией кесарево сечение). Приказ МЗ Республики Беларусь № 1301 от 29.12.2015 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов»).

Принципы рациональной антибактериальной терапии:

1. Применять по строгим показаниям.
2. Соблюдать дозу и кратность введения в течение суток.
3. Курсовой прием.
4. Выбор антибактериального препарата с учетом чувствительности микрофлоры.
5. Смена антибиотиков при его неэффективности.

Цели и принципы антибиотикопрофилактики:

1. Сокращение частоты послеродовых инфекций.
2. Использование антибиотиков согласно принципам, эффективность которых доказана в клинических исследованиях.
3. Сведение к минимуму влияния антибиотиков на нормальную микрофлору пациента и защитные механизмы организма.

Результаты исследования. В результате исследования отобрано 989 историй (368 историй родов за 2016 год, 364 за 2017 год, 257 за 2018 год). Во всех случаях родоразрешение выполнялось путем операцией кесарево сечение.

Для периоперационной антибиотикопрофилактики использовался цефазолин (70%), амписульбин (10%), амоксиклав (3%), биотаксим (12%), другие цефалоспорины (5%), которые вводились внутривенно-капельно на физиологическом растворе 0,9% хлорида натрия – 500 мл за 60 минут до разреза кожи.

Плановые и экстренные операции кесарево сечение

	2016 г	2017 г	2018 г
Всего операций	368	364	257
Плановые	312	315	207
Экстренные	56	49	50

Показания к операции кесарево сечение

А. ПЛАНОВЫЕ

	2016 г	2017 г	2018 г
Рубец на матке	150	165	121
Тазовое предлежание плода	26	31	29
Плацентарные нарушения, стадия субкомпенсации	29	22	6
Миопия высокой степени	12	10	3
Неврология	31	34	19
Травматология	21	25	16
Слабость родовых сил	13	9	2
Длительно текущая преэклампсия	7	4	4
Вирусные гепатиты	17	0	0
Двойня	2	6	3
ЭКО	2	6	3
Возраст	2	3	1

Б. ЭКСТРЕННЫЕ

	2016 г	2017 г	2018 г
Острая гипоксия плода	13	18	24
Клинически узкий таз	19	15	18
ПОНРП	7	9	2
Преждевременные роды	2	2	2
Тяжелая преэклампсия	2	2	3
Судорожный синдром (эпилепсия)	0	0	1
Несостоятельность рубца на матке	0	1	0
Выпадение петель пуповины	0	1	0
Аntenатальная гибель плода	0	1	0

Примечание. Необходимость расширения оперативного вмешательства (консервативная миомэктомия, удаление перегородки полости матки) было выполнено: в 2016 год – у 40 пациенток, в 2017 год – у 44 пациенток, в 2018 год – у 47 пациенток. Длительность операции не превышала 1,5 часа.

Антибактериальная профилактика

	2016 г		2017 г		2018 г	
	Интраопера- ционно	Периопе- рационно	Интраопера- ционно	Перио- перацион- но	Интра- операцион- но	Перио- перацион- но
Всего	351 (95,3%)	17 (4,6%)	80 (21,9%)	283 (77,7%)	38 (14,7%)	218 (84,8%)
Продление АБ-терапии по решению хирурга	332 (94,5%)	4 (23,5%)	56 (70,0%)	71 (25,0%)	21 (55,2%)	46 (21,3%)
Продление АБ терапии по изменению ОАК	19 (5,4%)	6 (35,2%)	22 (27,5%)	13 (4,5%)	6 (15,7%)	39 (17,8%)
Субинволю- ция матки	3 (0,8%)	1 (5,8%)	12 (15,0%)	18 (6,3%)	3 (7,8%)	19 (8,8%)
Послеопе- рационный шов	3 (0,8%)	0	1 (1,25%)	1 (0,3%)	0	0
Децидуит	29 (8,2%)	1 (5,8%)	29 (36,25%)	65 (22,9%)	9 (23,6%)	43 (20,0%)
Назначение АБ терапии амбулаторно	13 (3,7%)	0	13 (16,25%)	40 (14,1%)	9 (23,6%)	48 (22,3%)

	2016 г		2017 г		2018 г	
	Интраопера- ционно	Периопе- рационно	Интраопе- рационно	Перио- перацион- но	Интра- операцион- но	Перио- перацион- но
Однократ ное введение АБ	0	7 (41,1%)	2 (2,5%)	173 (61,1%)	11 (28,9%)	134 (61,2%)

Примечание. В 2017 году 1 пациентке не проводилась антибактериальная профилактика из-за выраженной аллергической реакции на препарат Диасплен накануне операции. В 2018 году 1 пациентке не проводилась антибактериальная терапия – отказ пациентки в связи с аллергической реакцией на многие лекарственные препараты, в том числе и антибиотики (какие именно не помнила).

Ежегодно растет количество однократного (интраоперационного и периоперационного) применения антибактериальных препаратов. В 2016 году – 7 случаев однократного периоперационного введения антибактериальных препаратов; в 2017 году – 175 случаев (2,5% интраоперационно и 61,1% периоперационно; в 2018 году – 134 (61,2%) периоперационно и 11 (28,9%) интраоперационно.

Анализ результатов бактериологических посевов из полости матки

	2016г	2017г	2018г
Всего посевов	48 (посевы брали только при зеленых водах)	194	167
Отрицательные	47	177	142
Положительные	1	17	25
Микроорганизмы в посевах	Staphylococcus capitis	Грамм-отр. палочка (Enterobacterica) – 2; Анаэробный streptococcus – 2; Streptococcus Ls – 2; Staphylococcus – 7; St. epidermialis – 2; St. Saprophyteum – 2	St.Epidermidis-5; Str.agalactie – 2; Enter.faecalis – 5; Грамм-полож. палочка Staphylococcus-4; E.Coli – 4; Грибы рода Candida-2; Диплококки – 1; Enterococcus – 1; Грамм- отриц.палочка Enterobacterica – 1

Проведя анализ результатов бактериологических посевов из полости матки, установлено:

1. Экономическая выгода. При использовании для периперационной антибактериальной профилактики:

- Цефазолин 2,0 в/венно-капельно однократно. Анализ историй показал неоправданное продление АБ-терапии после получения ОАК на 1 сутки – стоимость 2руб. 84коп. (АБ-2 флакона, система – 1, физиологический раствор-500мл – 1, шприц для разведения – 1)
- Амписульбин 3,0 – 4руб.78коп.
- Продолжая антибактериальную терапию, экономические затраты увеличиваются.
- Пятидневная антибиотикотерапия препаратами, разрешенными при грудном вскармливании (например, цефотаксим, амикацин) составляет:
- Цефотаксим №10 по 1,0 в/мыш. через 12 часов – 9 руб. 5 коп. (с учетом стоимости АБ и расходных материалов)
- Амикацин №10 по 0,5 в/мыш. через 12 часов – 6руб. 91коп.

Разница: 2руб. 84коп – однократное введение цефазолина 2,0

2руб. 84коп + 9р5коп = 12руб. 34коп. – продленный курс антибактериальной терапии (5дней).

В пересчете на количество случаев за 2018 год при проведении 257 пациенткам только периперационной профилактики цефазолином 2,0, затрачено было бы: 729руб. 88коп. А при продленном 5-дневном курсе антибактериальной терапии – 3171руб. 38коп. Экономическая выгода: 2441руб.5коп.

Обсуждения и выводы. Проведя ретроспективный анализ назначения антибактериальной терапии в послеродовом периоде установлена тенденция к необоснованному назначению пролонгированной антибактериальной терапии по решению хирурга, что можно объяснить опасением возможных осложнений.

Исследование показало неоправданное продление АБ-терапии после получения ОАК на 1 сутки, когда по литературным данным при неосложненной операции кесарево сечение показано назначение ОАК на 3 сутки.

Анализ показал отсутствие осложнений в послеоперационном периоде у рожениц с однократным проведением периперационной АБ-профилактики.

Экономическая выгода. Продление антибактериальной терапии при отсутствии показаний приводит к увеличению экономических затрат на лечение пациентов и формированию антибиотикорезистентности.

Литература

1. Клинический протокол «Антибиотикопрофилактика при проведении абдоминального родоразрешения (кесарево сечение)» / О.Р. Баев [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С. 15-16.
2. Antimicrobial prophylaxis for caesarean delivery: before or after cord clamping? A meta-analysis. Ann. Fr. Anesth., Committee opinion no. 465: antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery: timing of administration /E. Boselli [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 116 (3). – P. 791-792.
3. Perioperative antibiotic prophylaxis for nonlaboring cesarean delivery / M.J. Dinsmoor [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol.114 (4). – P. 752-756.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Заборовский Г. И.¹, Пилипенко Е. О.¹, Бондаренко О. Н.²,
Стадник Т. В.¹**

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
Женская консультация № 5 Гродно, Беларусь²

Резюме: проведен анализ течения беременности и родов у 80 женщин с сахарным диабетом (СД). Среди исследуемых преобладали повторнородящие (70%) женщины. Беременность, осложненная сахарным диабетом, сопровождается более высоким риском серьезных акушерских и перинатальных осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет, беременность, осложнения.

FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH DIABETES MELLITUS

Zaborovskij G.I.¹, Pilipenko E.O.¹, Bondarenko O.N.², Stadnik T.V.¹

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹

Women's consultation № 5, Grodno, Belarus²

Objective: analysis of pregnancy and childbirth have 80 women with diabetes mellitus. Among the studied dominated multiparous women. Pregnancy aggravated by diabetes mellitus is associated with a higher risk of serious obstetrical and perinatal events.

Key words: diabetes mellitus pregnancy, complications.

Актуальность. Беременность в сочетании с СД является одной из серьезнейших медико-социальных и экономических проблем современного здравоохранения, требующая внимания как эндокринологов, так и акушеров-гинекологов [1]. В среднем в 1% случаев СД существовал ранее, а у 4,5% пациенток возникает во время беременности. Еще примерно у 5% женщин под видом гестационного СД происходит манифестация истинного СД [2]. Уровень показателя в динамике не снижается, что обусловлено истинным ростом заболеваемости СД среди населения и улучшением качества диагностики [3]. Согласно литературным данным у 20-50% женщин, перенесших гестационный СД, последний диагностируется при последующих беременностях [4], а у 25-50% женщин через 16-20 лет после родов развивается манифестный СД [5].

Учитывая значимость проблемы и наличие единичных сведений в республике о влиянии СД на течение беременности, перинатальные исходы данной патологии явились предметом настоящего исследования.

Цель исследования. Изучить основные осложнения беременности и родоразрешения у женщин с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Обследованы 80 беременных, проживающих на территории Гродненской области. Ретроспективно изучено течение беременности у женщин с сахарным диабетом, находившихся под наблюдением в перинатальном центре и родоразрешившихся в 2017-2018 г.г. Оценивались индекс массы тела (ИМТ) к началу настоящей беременности, ее исходы, прибавка в весе за период гестации, частота и сроки выявления сахарного диабета, а

также состояние новорожденных на момент рождения и в течение раннего неонатального периода.

Обработка материала осуществлялась с использованием методов параметрической статистики.

Результаты. Что собой представляет контингент женщин, у которых беременность сочетается с сахарным диабетом? Большинство пациенток (55,0%) пребывает в возрасте 30 лет и старше ($p < 0,05$) и заняты преимущественно умственным трудом (31,6%, $p < 0,05$). На каждую женщину приходится 2,43 беременности и 1,95 родов, что выше относительно общей популяции. По количеству гестаций женщины распределились следующим образом: первобеременные – 30,0%, повторобеременные – 70,0% от всех случаев. Более $\frac{3}{4}$ рождений (77,2%) связаны с первыми и вторыми родами ($p < 0,01$).

Исследуемая группа характеризуется высоким уровнем заболеваемости. В среднем на каждую женщину репродуктивного возраста приходится 3,2 заболевания. Одно заболевание зарегистрировано лишь у 1,9% пациенток, два – у 13,5%, три – у 38,1%, четыре и более нозологических форм – у 46,5% женщин.

Фактически распространенность общей заболеваемости беременных с СД превышает аналогичный показатель в популяции почти в два раза. Причем, доля соматической патологии составляет 82,5%, а гинекологические заболевания – 17,5%. Среди сопутствующей патологии две трети составляют болезни глаза и его придаточного аппарата (25,3%), болезни системы кровообращения (22,9%) и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (20,5%), что характерно для осложнений сахарного диабета.

Группа гинекологических заболеваний сформирована в основном за счет невоспалительных болезней женских половых органов – 75,0% (эрозия шейки матки, миома, полипы), дисфункции яичников (7,8%) и синдрома поликистозных яичников (5,9%).

Средний вес женщин при постановке на учет по беременности составил $77,6 \pm 1,6$ кг, что на 10,3 кг выше показателя при нормальном течении беременности ($p < 0,05$). Избыточный вес тела и ожирение зафиксированы у 37,7% пациенток, а прибавка веса в течение беременности более 10 кг наблюдалась у 61,3% женщин.

В исследуемой группе 17,5% беременных имели в анамнезе СД 1 типа, 3,8% – СД 2 типа, а в большинстве случаев (78,7%) СД возник

во время беременности (гестационный). Сравнительный анализ групповой принадлежности крови матери показал, что у беременных с наличием СД в два раза реже встречается четвертая группа, в 1,3 раза чаще первая группа, а также в 1,7 раза чаще резус-положительная кровь ($p < 0,05$).

Гинекологический анамнез пациенток характеризуется нарушением менструального цикла (7,5%), отягощен бесплодием (11,3%), преимущественно первичным (66,7%). Акушерский анамнез осложнен в 13,8% случаев неразвившейся беременностью, 18,8% – регуляцией менструального цикла, по 7,5% – абортom по медицинским показаниям, самопроизвольным выкидышем.

Особенностью медико-социального портрета беременных женщин, страдающих СД, является наличие большого количества факторов риска, отрицательно влияющих на течение беременности, родов и состояние новорожденного. К их числу относится более старший возраст рожениц ($30,5 \pm 0,5$ лет) по сравнению с нормальными родами ($28,9 \pm 0,5$ лет), $p < 0,05$. К важным факторам риска развития СД следует отнести избыточный вес (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) и ожирение разной степени (ИМТ $> 30,0$ кг/м²) к началу беременности (33,9%). Весьма ощутима и прибавка веса более 10 кг за период гестации (61,3%).

Одним из прогностических факторов риска СД служит повышенный уровень глюкозы крови натощак, который выявлен в 47,5% наблюдений, значительная часть которых приходится на III триместр беременности. Для текущей беременности характерны роды крупным (более 4000 г) плодом ($p < 0,05$), регистрируемые в 32,5% случаев от всех наблюдений, нередко являясь причиной травматических повреждений в родах.

Родоразрешение почти у каждой двух пациенток из трех (63,7%) осуществляется посредством кесарева сечения и лишь в 36,3% случаев через естественные родовые пути. Причем у каждой шестой беременной требуется проведение кесарева сечения в срочном порядке.

Обращает на себя внимание высокий показатель (30,0%) патологии пуповины (обвитие вокруг шеи, туловища, ножки и др.), чему в значительной степени способствует распространенность многоводия (11,3%).

Акушерские осложнения проявлялись в виде гестоза (16,3%) различной степени тяжести, угрозой и преждевременными родами (20,1%).

Беременность и роды на фоне СД протекали с осложнениями для новорожденных в виде диабетической фетопатии (13,8%), морфофункциональной незрелости (11,3%), геморрагических проявлений (16,3%), внутриутробной инфекции (15,0%), синдрома дыхательных расстройств (37,5%) и другие.

Выводы. Таким образом, женщины, отягощенные СД, являются группой высокого риска возникновения и развития акушерских и перинатальных осложнений в виде гипергликемии, ожирения, макросомии, патологии пуповины, многоводия, угрозой преждевременных родов, диабетической фетопатии, морфофункциональной незрелости, синдрома дыхательных расстройств плода, внутриутробной инфекции и других, что вызывает необходимость тщательного наблюдения за данным контингентом акушеров-гинекологов и эндокринологов

Литература

1. Краснопольский, В. И. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему / В. И. Краснопольский, В. А. Петрушкин, Ф. Ф. Бурумкулова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 2. – С. 3-7.
2. Акушерство: нац. руководство / Под редакцией Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. М.: ГОЭТАР Медиа, 2007. – 1200 с.
3. Landon, M. Obstetric management of pregnancies complicated by diabetes mellitus / M. Landon // Clin. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 43. – № 1. – P. 65-74.
4. Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus / D. Boriboonhirunsarn [et. al.] // J. Med. Assoc Thal. – 2006. – Vol. 89. – № 4. – P. 23-28.
5. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова // Методические рекомендации МЗ РФ ФТУ ЭНЦ. М.: 2009. – 104 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Грек Н. И.¹, Хоров А. О.², Астапенко Т. Г.¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь¹
ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Беларусь²

Резюме. В статье представлена клиническая и морфологическая оценка результатов неoadъювантной химиотерапии при местно-распространенном раке молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, неoadъювантная химиотерапия, лечебный патоморфоз

EFFICIENCY OF NEOADJUVANT POLYCHEMOTHERAPY FOR LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER

Greк N. I.¹, Khorov A.O.², Astapenko T.G.¹

Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus¹
State Institution «N. N. Alexandrov National Cancer Centre of Belarus»,
Minsk, Belarus²

Resume. The article presents a clinical and morphological assessment of the results of neoadjuvant chemotherapy for locally advanced breast cancer.

Keywords: breast cancer, neoadjuvant polychemotherapy, medical pathomorphosis

Наиболее актуальной медико-социальной проблемой среди женского населения остается рак молочной железы (РМЖ). В Республике Беларусь (РБ) за последние 10 лет (2008-2017 гг.) заболеваемость РМЖ увеличилась на 28,7% [1]. Среди всех пациенток с РМЖ следует выделить случаи местно-распространенного РМЖ (МРМЖ), относящиеся к IIB-III (T2-4N0-3M0) стадиям заболевания. В силу распространенности злокачественного процесса и невозможности выполнить органосохраняющую операцию на первом этапе лечение начинают с

системного воздействия – неoadьювантной полихимиотерапии (НПХТ). Главными целями НПХТ являются: 1) достижение резектабельности и возможности выполнения органосохраняющей операции; 2) улучшение отдаленных результатов лечения (безрецидивной и общей выживаемости); 3) определение чувствительности к лекарственной терапии.

Целью нашего исследования было оценить эффективность НПХТ при МРМЖ, проанализировать динамику изменения молекулярно-биологических параметров опухоли на фоне индукционной химиотерапии.

Материалы и методы. В проспективное исследование было включено 76 первичных пациенток, страдающих МРМЖ и получавших лечение в онкологических отделениях №2 и №4 УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в период с 2015 по 2018 гг. Всем пациенткам лечение было начато с курсов НПХТ. Режим лекарственной терапии определялся молекулярно-биологическим подтипом опухоли молочной железы. Чаще всего применялась схема FAC (5-фторурацил+доксорубин+циклофосфамид) с интервалом в 21 день, что составило 67,1%. Клиническая оценка эффективности предоперационного лечения осуществлялась по критериям RECIST 1.1.

Все морфологические исследования выполнены на базе УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро». Материалом для морфологического исследования служили трепанобиоптаты опухолей молочной железы, взятые до начала лечения, и операционный материал, полученный после завершения НПХТ. Оценку степени лечебного патоморфоза проводили с использованием адаптированной классификации Лавниковой-Miller-Payne. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием Microsoft Excel 2013, пакета программ «Statistica» 10.0. для Windows (StatSoft, Inc., США).

Результаты исследований. Возраст пациенток варьировался от 25 до 75 лет, преобладали женщины возрастной категории 40-59 лет (60,5%). Распределение пациенток по стадии заболевания, степени дифференцировки и гистологической структуре опухолей представлено в таблице 1.

Таблица 1. – Характеристика пациенток по основным параметрам

Показатель		Количество случаев, n (% от общего числа случаев)
Клиническая стадия до начала лечения	IIВ	32 (42,1)
	IIА	20 (26,3)
	IIВ	17 (22,4)
	IIС	7 (9,2)
Степень дифференцировки опухоли	G2	31 (40,8)
	G3	37 (48,7)
	не определена	8 (10,5)
Гистологический тип	протоковый	49 (64,5)
	дольковый	3 (4,0)
	протоковый+дольковый	13 (17,1)
	редкие формы	2 (2,6)
	не определен	9 (11,8)

Как видно из предложенной выше таблицы, в исследовании преобладали пациентки со IIВ стадией заболевания, высокой степенью злокачественности и протоковым типом аденокарциномы. В ряде случаев (8/9) отсутствовали сведения о степени дифференцировки опухоли и её гистологическом подтипе, т.к. в трепанобиоптатах было недостаточно опухолевой ткани для определения данных характеристик, а в операционном материале после НПХТ регистрировался лечебный патоморфоз III и IV степени.

При клинической оценке эффективности НПХТ по критериям RECIST 1.1 установлено, что полный регресс опухоли наблюдался у 24 пациенток (31,6%), частичный регресс – у 28 пациенток (36,8%) и стабилизация заболевания – у 24 пациенток (31,6%). Прогрессирование опухолевого роста во время лечения не наблюдалось. В целом объективный ответ (сумма полной и частичной регрессии опухоли) составил 68,4%.

Предоперационная терапия индуцировала проявления лечебного патоморфоза разной степени выраженности. При этом лекарственный патоморфоз 0 степени наблюдался у 1 пациентки (1,3%), I-II степени у 49 (64,5%), III степени у 14 (18,4%) и IV степени (pCR) у 12 (15,8%).

При сравнении результатов полного клинического и полного патоморфологического ответа опухоли на НПХТ выявлено их несоответствие. Так, полный клинический регресс опухоли наблюдался у 24 пациенток (31,6%), а pCR – в 12 случаях (15,8%), т.е. разница составила половину случаев. Это указывает на большую точность морфологической оценки эффективности НПХТ.

Одним из самых значимых вопросов остается оценка динамики изменения биологических характеристик опухоли при проведении индукционной терапии. В таблице 2 представлены результаты иммуногистохимической оценки рецепторного статуса эстрогенов (ER) и прогестеронов (PR), Her2/neu-рецепторов, уровня Ki-67 в опухолях у пациенток до и после лечения.

Таблица 2. – Иммуногистохимический статус опухолей до и после НПХТ

		До лечения	После лечения
Рецепторы стероидных гормонов, n (%)	ER(+)	39 (51,3)	34 (44,75)
	ER(–)	37 (48,7)	27 (35,55)
	PR(+)	38 (50)	35 (46,1)
	PR(–)	38 (50)	26 (34,2)
	не определен		3 (3,9) (III степень – единичные опухолевые клетки, ИГХ не выполнено)
Экспрессия Her2/neu, n (%)	Her2/neu- негативный статус	52 (68,4)	44 (57,9)
	Her2/neu- позитивный статус	24 (31,6)	17 (22,4)
	не определен		3 (3,9) (III степень – единичные опухолевые клетки, ИГХ не выполнено)
Ki-67, n (%)	≤ 20%	36 (47,3)	37 (48,7)
	> 20%	35 (46,1)	19 (25)
	не определен	5 (6,6)	8 (10,5)
pCR			12 (15,8)

Из приведенных данных следует, что достоверного изменения экспрессии рецепторов стероидных гормонов и эпидермального фактора роста в злокачественных клетках зарегистрировано не было ($p < 0,05$). У пациенток с ER(–) и PR(–) статусом чаще регистрировался pCR.

При соотношении частоты pCR после НПХТ с молекулярными подтипами РМЖ установлено, что в 50% (6 случаев) наблюдался тройной негативный РМЖ и в 41,7% (5 случаев) – HER2/neu-позитивный подтип (люминальный-В HER2-позитивный и HER2-обогащенный).

После проведения НПХТ отмечено разнонаправленное изменение иммунофенотипа опухоли: люминальный-В HER2-негативный подтип переходил в люминальный-А из-за снижения уровня Ki-67 и в тройной негативный подтип в связи с потерей

экспрессии гормональных рецепторов, а тройной негативный после проведенного лечения приобретал экспрессию гормональных рецепторов и переходил в люминальный-В HER2-негативный и люминальный-А подтип.

Уровень Ki-67 после проведения НПХТ снизился до среднего – 21,9% по сравнению с 32,9% до начала лечения. Полный патоморфологический ответ при высоком исходном уровне Ki-67 наблюдался в 75% случаев, а при низком – в 25%.

Выводы.

НПХТ продемонстрировала высокую эффективность при всех схемах лечения пациенток, страдающих РМЖ, что создало условия для выполнения органосохраняющих операций (22,4% – органосохраняющие операции, 77,6% – радикальная мастэктомия по Маддену).

Наиболее информативным методом оценки эффективности НПХТ является морфологический с применением классификации Лавниковой-Miller-Payne, что позволяет оценить потенциальный ответ опухоли на применяемые препараты, и при необходимости внести коррективы в последующую адъювантную химиотерапию.

Ориентиром для выбора адъювантного лечения остается первичный биологический статус опухоли, определяемый по трепанобиоптатам. Изменения иммуногистохимического статуса после НПХТ могут в ряде случаев нести в себе недостоверную информацию, которая в конечном итоге изменит план адъювантной терапии, что является недопустимым.

Для оценки эффекта НПХТ при РМЖ одним из наиболее достоверных параметров опухоли является динамика индекса пролиферации Ki-67.

Отрицательный рецепторный статус стероидных гормонов, трижды негативный и HER2/neu-позитивный РМЖ являются значимыми предикторными параметрами развития pCR опухоли.

Литература

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008-2017) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин, А. А. Евмененко; под ред. О. Г. Суконко. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2018. – 286 с.

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗ «ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Хоров А.О.¹, Хомбак А.М.², Грек Н.И.², Шамбецкая С.И.³

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Беларусь¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь³

Резюме. На собственном опыте изучены результаты использования реконструктивно-пластических операций при лечении пациенток с диагнозом рак молочной.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивно-пластическая хирургия

EXPERIENCE OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER AT THE GRODNO REGIONAL CLINICAL HOSPITAL

Khorov A. O.¹, Khombak A. M.², Grek N. I.², Shambetskaya S. I.³

State Institution «N. N. Alexandrov National Cancer Centre of Belarus»,
Minsk, Belarus¹

Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus³

Resume. The results of the use of reconstructive plastic surgeries in the treatment of patients with a diagnosis of breast cancer have been studied on their own experience.

Keywords: breast cancer, reconstructive plastic surgery

Рак молочной железы (РМЖ) по-прежнему занимает лидирующую позицию в структуре заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями. В Республике Беларусь (РБ) в 2017 году выявлено 4616 пациенток с РМЖ, при этом заболеваемость составила 52,6 на 100000 женского населения (стандартизованный World показатель). В Гродненской области, как и в других областях РБ, отмечается рост данного показателя. Так в 2008 году он составил 63,2, в 2012 году – 69,4, а в 2017 году –

80,7 [1]. Неуклонный рост статистических данных свидетельствует об актуальности и злободневности данной онкопатологии.

Одним из основных компонентов в лечении РМЖ по-прежнему остается хирургический. В последние годы всё большее значение уделяется вопросам качества жизни пациенток с РМЖ, их социальной и психологической реабилитации. Потеря молочной железы – символа женственности, материнства и красоты – становится как физической, так и психологической травмой для женщины, постоянным напоминанием о диагнозе. В связи с этим, наряду с радикализмом, возрастает значимость и потребность реконструктивно-пластической хирургии в онкологии. В настоящее время существует множество методик реконструкции молочной железы как за счет аллопротезов (эндопротез, экспандер), так и за счет аутопластики различными лоскутами (TRAM-лоскут, ТДЛ, DIEP-лоскут и другие) и комбинацией этих методов, которые могут выполняться одномоментно или отсрочено.

В Гродненской области на базе онкологических отделений УЗ «Гродненская областная клиническая больница» с 2009 года активно выполняются различные варианты реконструктивно-пластических операций при РМЖ. Целью нашего исследования было оценить опыт применения реконструктивно-пластических операций в период с 2014 по 2018 гг., проанализировать их эффективность, ближайшие и отдаленные результаты лечения, а также косметический эффект операций.

Материалы и методы исследования. В проспективное исследование включено 72 пациентки с диагнозом РМЖ, которым было выполнено реконструктивно-пластическое лечение на базе онкологических отделений УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием MicrosoftExcel 2013.

Результаты. Средний возраст пациенток в исследуемой группе составил 43,3 года. В возрастной категории до 40 лет РМЖ встречался в 28 случаях (39%), после 40 лет – в 44 случаях (61%). Наиболее часто опухоль локализовалась в верхненаружном квадранте молочной железы – 36 случаев (50%). Распределение пациенток по стадии заболевания, степени дифференцировки и гистологической структуре опухолей представлено в таблице 1.

Таблица 1. – Характеристика пациенток по основным параметрам

Показатель		Количество случаев, n (% от общего числа случаев)
Клиническая стадия	0	1 (1,4)
	I	25 (34,7)
	IIA	27 (37,5)
	IIB	13 (18,1)
	III	6 (8,3)
Степень дифференцировки опухоли	G2	39 (54,2)
	G3	33 (45,8)
Гистологический тип	протоковый	58 (80,6)
	дольковый	4 (5,6)
	протоковый+дольковый	5 (6,9)
	медуллярный	5 (6,9)

Частота встречаемости различных молекулярных подтипов в изучаемой группе варьировала (таблица 2).

Таблица 2. – Распределение по молекулярно-биологическим подтипам РМЖ (Санкт-Галлен, 2015 г.)

Молекулярный подтип РМЖ	Количество случаев, n (% от общего числа случаев)
Люминальный-А (ER+/PR+/HER2-/Ki-67: низкий ($\leq 20\%$))	22 (30,55)
Люминальный-В HER2-негативный (ER+/PR– или низкий/HER2-/Ki-67: высокий ($> 20\%$))	9 (12,5)
Люминальный-В HER2-позитивный (ER+/PR: любой/HER2+++/Ki-67: любой)	8 (11,05)
HER2-обогащенный (не люминальный: ER-/PR-/HER2+++)	13 (18,1)
Тройной негативный (ER-/PR-/HER2-)	20 (27,8)

Примечание: * – ER – рецепторы эстрогенов, PR – рецепторы прогестеронов, HER2 – рецептор фактора роста, Ki-67 – индекс пролиферативной активности

Как видно из представленной таблицы, в исследовании преобладали женщины с люминальным-А и тройным негативным подтипами РМЖ.

Всем пациенткам наряду с удалением первичной опухоли и лимфодиссекцией выполнялся онкопластический хирургический компонент. Вариантами реконструктивно-пластических операций на молочных железах явились: маммопластика с 2-х сторон с одномоментным эндопротезированием (рис. 1) – у 32 женщины (44,5%), маммопластика местными тканями (рис. 2) – у 21 (29,2%), маммопластика с 2-х сторон комбинированным способом (местными

тканями и эндопротезами) – у 5 (6,9%), радикальная подкожная мастэктомия, как этап отсроченной реконструкции – у 14 (19,4%). Средний срок наблюдения составил 24 месяца (диапазон 6-56 месяцев). Косметические результаты в послеоперационном периоде оценены как отличные в 35% случаев, хорошие – в 50% и удовлетворительные – в 15% случаев. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 5 пациенток (6,9%): краевой некроз кожи молочной железы – в 4 случаях (5,6%), диффузное кровотечение – в 1 (1,4%), в 4 случаях эндопротез был удалён. Среди поздних послеоперационных осложнений у 2 пациенток (2,8%) отмечена капсулярная контрактура молочной железы II степени. В 1 случае эндопротез удалён, в другом – иссечена капсула имплантата, дефект укрыт местными тканями, эндопротез сохранён.

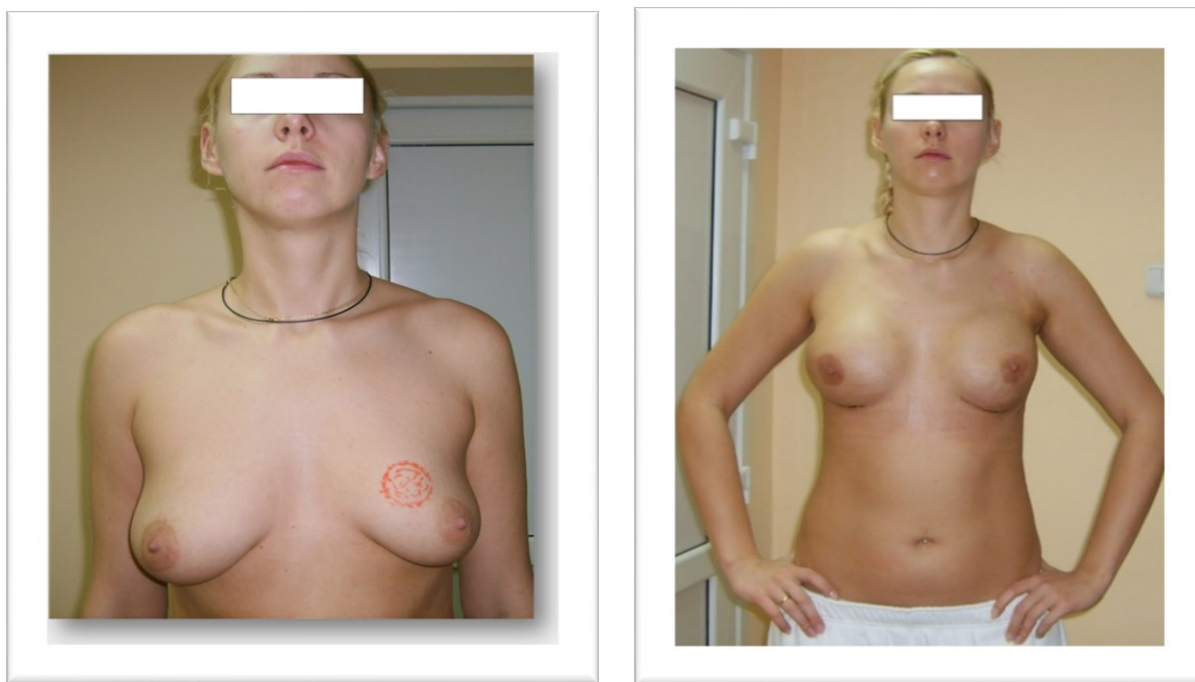


Рисунок 1. Реконструкция молочных желез с одномоментным 2-сторонним эндопротезированием

В отдалённом периоде регистрировались удовлетворительные результаты. Отсутствие явных признаков калечащей операции и эстетический результат благоприятно влияли на эмоциональный статус.



Рисунок 2. Реконструкция молочных желез местными тканями

Выводы. Реконструктивно-пластическая хирургия при РМЖ наиболее распространена среди женщин репродуктивного возраста, ведущих социально активный образ жизни, и при локализованном распространении процесса (I-II стадии). Операцией выбора явилась первичная реконструкция молочной железы с применением эндопротезов. Владение хирургами онкологических отделений техникой реконструктивно-пластических операций позволяет достичь хороших и отличных косметических результатов, и незначительных послеоперационных осложнений (9,7%), что сопоставимо с данными мировой литературы [2]. Использование методов первичной хирургической реабилитации при РМЖ позволяет выполнять одноэтапные реконструктивные вмешательства с высокими показателями психологической реабилитации и удовлетворительным отдалёнными показателями.

Литература

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008 – 2017) / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин, А. А. Евмененко; под ред. О. Г. Суконко. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. – 286 с.
2. Использование биологических и синтетических материалов в реконструктивной хирургии при раке молочной железы (обзор литературы) / А. Д. Зикиряходжаев [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 28-37. – doi: 10.17650/1994-4098-2018-14-1-28-37.

ГРОДНЕНСКИЙ РЕГИОН В ЗДРАВООХРАНЕНИИ БЕЛАРУСИ, ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

РАЗВИТИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ: ВКЛАД КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Дубровщик О. И., Гарелик П. В., Мармыш Г. Г., Довнар И. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Обобщены результаты работы клиники общей хирургии и вклад сотрудников в развитие хирургической науки и практики в здравоохранение Республики Беларусь и Гродненского региона.

Ключевые слова: клиника общей хирургии, успехи, результаты работы, развитие здравоохранения.

DEVELOPMENT OF THE SURGICAL SCIENCE AND PRACTICE IN THE GRODNO REGION: THE CONTRIBUTION OF CLINIC OF THE GENERAL SURGERY

Dubrovshchik O. I., Garelik P. V., Marmysh G. G, Dovnar I. S.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Resume. Work results of the general surgery clinic and the contribution of employees to development of a surgical science and practice in public health services of Byelorussia and the Grodno region are generalised.

Keywords: clinic of the general surgery, successes, results of work, public health services development.

«Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, всевозрастающую ответственность. И, как прежде, он будет утешать страдальцев и ободрять павших духом. Завтра, как и сегодня, человек в

медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был – друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как сегодня – трудной, тревожной, героической и возвышенной»

Андре Моруа

Слова этого эпиграфа очень четко и конкретно определяют значимость врачебной специальности. Хирургия Беларуси вступила в новое тысячелетие с ценнейшим богатством знаний, опыта, мастерства и имеет большой научный и практический потенциал. Человеческому сознанию свойственно придавать цифрам и датам, весомое, порой магическое значение. На рубеже этой, пусть и условной с точки зрения хронологии, но все же знаковой даты, хочется остановиться, окинуть взором и осмыслить не только победы и достижения хирургической науки и практики, но и оценить проблемы, трудности и препятствия, как оставшиеся в наследство от прошлого тысячелетия, так и те, которые ожидают нас в будущем. Определение основных путей их преодоления, своевременное решение встающих перед хирургами новых, подчас неожиданных и весьма сложных задач, обусловленных не линейным развитием общества и науки, являются теми условиями, без которых невозможен дальнейший прогресс нашей специальности. Огромное значение имеет объем и качество медицинского образования. Это касается как подготовки студентов, так и постоянного совершенствования знаний и мастерства уже сформировавшихся специалистов.

Достигнутый прорыв в лечении сложнейших заболеваний определен активным повсеместным внедрением современных технологий, стремительно меняющих лицо хирургии. Миниинвазивная хирургия позволила соединить то, о чем мечтали многие поколения хирургов: радикализм, косметичность, малую травматичность и быструю реабилитацию. Во многих случаях именно доступ, а не объем вмешательства определяют общую переносимость операции, темпы выздоровления, сроки восстановления трудоспособности. Миниинвазивные вмешательства на желчных путях, желудке, при грыжах, опухолях кишечника, пищевода выполняются в клинике общей хирургии ежедневно. С 2002 года клиника общей хирургии является городским центром гастродуоденальных кровотечений. На сотрудников клиники возложены весьма трудные и ответственные обязанности по

оказанию круглосуточной экстренной помощи пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями, что требует постоянного совершенствования знаний и умений. Внедряются новые перспективные методы диагностики и лечения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. Сегодня коллектив клиники общей хирургии успешно трудится, приумножая и совершенствуя достигнутое, находится в постоянном поиске нового. Кафедра располагает хорошим научным потенциалом (3 доктора медицинских наук, профессора, 5 доцентов, кандидатов медицинских наук, 3 ассистента, соискатели ученой степени кандидата медицинских наук). Научные исследования сотрудников клиники общей хирургии внесли существенный вклад в практическое здравоохранение при лечении хирургических заболеваний, среди них: тромбоблитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей; вопросы флебологии и лимфовенозной недостаточности; поиск оптимальных вариантов предоперационной подготовки в плановой и экстренной абдоминальной хирургии; реконструктивная хирургия желудочно-кишечного тракта; вопросы хирургической инфекции.

Поиск возможных путей решения поставленных задач завершился следующими новыми разработками:

- разработаны объективные критерии оценки течения операционной стресс-реакции с помощью электрофизиологических и биохимических методов;
- разработано новое направление в системе предоперационной подготовки основанное на адаптации организма к операционной травме;
- изучены особенности течения послеоперационной реакции у больных язвенной болезнью желудка и толстой кишки, острым холециститом в условиях традиционной предоперационной подготовки и анестезиологического обеспечения;
- получены данные, обосновывающие возможность снижения уровня и продолжительности стрессорной реакции во время операции и в раннем послеоперационном периоде, путем тренировки реактивности гипоталамо-надпочечниковой системы;
- разработано новое направление в предоперационной подготовке больных к плановым оперативным

- вмешательствах, обеспечивающее резерв прочности и антистрессорную защиту организма к операционной травме;
- доказано, что у тяжелых больных с сопутствующей патологией можно настолько стабилизировать гомеостаз, что обеспечит снижение послеоперационной летальности и значительно сократит количество послеоперационных осложнений, а также ускорит процесс реконвалесценции (получено 2 авторских свидетельства на изобретение, 2 патента, изданы методические рекомендации и инструкция по применению);
 - разработан способ снижения операционной стресс-реакции при экстренных и срочных вмешательствах, базирующийся на стабилизации реакций перекисного окисления липидов (получен патент, изданы методические рекомендации, защищена кандидатская диссертация);
 - разработан и внедрен способ лечения рефлюкс-гастрита при оперативном лечении язвенной болезни и раке желудка (получено авторское свидетельство на изобретение, изданы методические рекомендации);
 - разработан способ лечения синдрома сброса при резекции желудка путем формирования S-образного клапана-инвагината (получено авторское свидетельство на изобретение, издана монография, защищена кандидатская диссертация);
 - разработан способ коррекции пилорического жома при дуоденальном рефлюксе, сопутствующем желчно-каменной болезни;
 - разработан способ лечения геморрагического гастрита (получен патент на изобретение, изданы методические рекомендации, защищена кандидатская диссертация).

Почти за 60-летнюю историю сотрудники клиники общей хирургии проводили и продолжают исследования по следующим научным направлениям:

1. Заболевание сосудов нижних конечностей. Данное научное направление оказалось весьма плодотворным. Результаты исследований реализовались защитой докторской и 12 кандидатских диссертаций.

2. Патология вен и лимфо-венозная недостаточность нижних конечностей представлена в трех диссертационных работах: предложена система лечения тромбофлебитов и профилактика тромбэмболических осложнений при оперативных вмешательствах на венах нижних конечностей.

3. Изучение реактивности и резистентности у больных с хирургической патологией, повышение устойчивости организма применительно к операционной травме. Проведен поиск возможных путей, методов и принципов адаптации больных к операционному стрессу с целью формирования устойчивого гомеостаза — обеспечивающего снижение продолжительности и выраженности операционной стресс-реакции, уменьшения количества послеоперационных осложнений и сокращения сроков реабилитации.

4. Реконструктивно-восстановительная хирургия желудочно-кишечного тракта: профилактика и лечение синдромов оперированного желудка — это направление является предметом пристального внимания на протяжении всего периода работы кафедры общей хирургии.

5. Реабилитационное направление в абдоминальной хирургии. Активно проводились и проводятся исследования по проблеме постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), роль гепато- и экстрабилиарной патологии в его развитии. Результаты исследований свидетельствуют о том, что ПХЭС связан как с билиарными, так и с экстрабилиарными причинами.

6. Малоинвазивные технологии в лечении острого панкреатита. Разработаны 2 миниинвазивные методики, применяющиеся при острых панкреонекрозах: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и второй метод — интервенционной ультрасонографии.

В последние 10 лет научная тематика кафедры следующая:

1. «Реконструктивная гастроэнтерология: профилактика и лечение оперированного желудка».

2. «Вопросы патогенеза и лечения острого панкреатита. Постхолецистэктомический синдром».

3. «Изучение, разработка, внедрение в хирургическую практику методов и способов лечения пациентов с избыточной массой тела».

4. «Совершенствование способов лечения послеоперационных вентральных грыж».

Вклад сотрудников кафедры общей хирургии в развитие практического и научного хирургического потенциала РБ и Гродненского региона определяется защитой 8 диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук, 27 на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Значимый вклад сотрудников кафедры в развитие здравоохранения Беларуси и Гродненского района обеспечен опубликованными монографиями на основании проведенных исследований и полученных результатов.

За последние 10 лет издано 7 учебников, в том числе 5 с грифом МО РБ, 5 учебно-методических пособий, 5 инструкций по применению, утвержденных МЗ РБ, 7 методических рекомендаций для врачей и студентов, получено 19 патентов на изобретения, внедрено 99 рационализаторских предложений, опубликованы 494 печатные работы, из них 126 статей в журналах РБ, ближнего и дальнего зарубежья. Кафедра является организатором международного симпозиума «Белорусско-польские дни хирургии», который проходит как в Беларуси, так и в Польше. Преподавание частной и общей хирургии ведется и на английском языке. Организован элективный курс по выбору для студентов 4-6 курсов трех факультетов университета по эндоскопической хирургии.

Многие эндоскопические и лапароскопические оперативные вмешательства выполнены и выполняются сотрудниками клиники впервые в Гродненском регионе. Впервые освоены и внедрены в Гродненской области методики лапароскопических операций, многие из них усовершенствованы (при ЖКБ, паховых, послеоперационных вентральных грыжах, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, прободной язве желудка и 12-перстной кишки, аппендиците, спаечной болезни, остром и хроническом панкреатите). Внедрены открытые и лапароскопические бариатрические операции по снижению массы тела пациентов. Применяются и совершенствуются методы диагностики и лечения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями. В клинике проводятся занятия в группе слушателей факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов-хирургов здравоохранения в Республике Беларусь «Эндоскопические методы диагностики и лечения в абдоминальной хирургии». Ведется подготовка научно-педагогических кадров через аспирантуру, докторантуру и клиническую ординатуру.

Сотрудники кафедры принимают активное участие в международных конференциях, симпозиумах, конгрессах по

приоритетным направлениям в хирургии, как в РБ, так за рубежом, поддерживают активное международное сотрудничество и научные связи с РАМН, медицинскими университетами РФ (Москва, Санкт-Петербург, Смоленск), Украина (Тернополь), РП (Белосток, Познань, Краков, Варшава, Вроцлав). Доклады были представлены в Англии, Франции, Болгарии, Финляндии, Чехии. Свидетельством значимого вклада и плодотворной работы сотрудников клиники общей хирургии в развитие хирургии в Гродненском регионе является издательская деятельность: опубликовали около 4000 научных работ, издано 29 сборников научных трудов, внедрено в практическую хирургию более 300 рационализаторских предложений, 32 патента и авторских свидетельств. Проведено более 290 научных семинаров, конференций и лекций для повышения квалификации практических хирургов.

В заключение следует отметить, что кафедра общей хирургии располагает квалифицированным кадровым потенциалом, способным успешно решать задачи здравоохранения, учить студентов, лечить больных людей, проводить научные исследования.

ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА: ОТ БОЛЬНИЦЫ К ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ

Таранцей С.В., Ложко П.П. Малышко Н.А.

Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь

Освещается история возникновения и динамического развития стационара, его переход от больницы к областной клинике.

Ключевые слова: детская областная больница, коечный фонд, стационар, кафедра, оказание медицинской помощи детям.

GRODNO STATE REGIONAL CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL: FROM HOSPITAL TO THE REGIONAL CHILDREN'S CLINIC

Tarantsey S.V., Lozhko P.P., Malyshko N.A.

Grodno State Regional Children's Clinical Hospital, Grodno, Republic of Belarus

The history of the development and dynamic development of the hospital, its transition from the hospital to the regional clinic is covered.

Key words: state regional children's hospital, bed capacity, hospital, department, medical care for children.

За годы оккупации в здравоохранении Беларуси воцарилась разруха и упадок. Многие лечебные учреждения были разрушены, а кадры потеряны. Возникла острая проблема восстановления системы здравоохранения и, в частности, оказания медицинской помощи детскому населению.

После освобождения Гродненщины от немецко-фашистских захватчиков, в августе 1944 года Гродненским отделом здравоохранения издан приказ о восстановлении городской детской больницы на 30 коек.

Больница располагалась на 1 этаже в здании городского родильного дома. Главным врачом назначен доктор Орлов И. С. К 1946 году в детской больнице функционировало 75 коек. В стационаре работало 5 врачей и 26 человек среднего медперсонала. Врачи стационара внесли большой вклад в становление медицинской помощи детям, возглавив борьбу с инфекционными заболеваниями и болезнями органов дыхания и пищеварения у детей. С 13 ноября 1948 года детская больница начинает работать по принципу «единого врача» с детской консультацией, с февраля 1949 года – объединение работает с детской поликлиникой. Происходит внедрение 3-х звеньевой системы работы врачей. Приказом городского отдела здравоохранения от 10.01.1948 года №2 главным врачом детской больницы и детской поликлиники назначена Чернуха Л. А. Штат детской больницы составил 44 человека. В стационаре действовали и активно развивались вспомогательные службы, в 1950 году объединение (детская больница, детская поликлиника и детская консультация) имело рентгенологический, зубоврачебный, глазной кабинеты, 2 клиничко-диагностические лаборатории, кабинет врача

ухо, горло, носа, хирурга, отделение для амбулаторного приема больных, приемный покой и молочную кухню. К 1951 году были открыты для приема детей туберкулезный, физиотерапевтический и социально-правовой кабинеты.

В связи с недостатком мест в стационаре принимались меры по увеличению количества детских коек в области. Решением исполнительного комитета от 21.06.1950 года в областной больнице открыто 20 детских коек, а в открытой 2-ой городской больнице выделено детское отделение на 20 коек. Одновременно детская больница сокращена на 25 коек. С 15 декабря 1951 года детская больница ликвидирована и открыто 2 детских отделения: при областной больнице – на 50 коек, при 2-ой городской больнице – на 20 коек для лечения городских детей с соматической патологией. В марте 1953 года в 1-ой городской больнице открывается детское отделение на 30 коек, во 2-ой городской больнице количество детских коек увеличено до 30, в областной больнице детские койки сокращены до 20.

Оказание стационарной медицинской помощи детям в трех стационарах города затрудняло планирование и координирование работы медицинских работников, рациональное использование кадрового потенциала и ресурсов. При подведении итогов работы за год областным педиатром Макаровой И. Ф. отмечена необходимость строительства детского стационара на 150 коек.

В марте 1961 года открыта детская больница на 150 коек с поликлиническим отделением. Главным врачом Гродненской городской детской больницы назначена Чернухо Л. А. Детские отделения из первой и второй городских больниц и областной больницы объединены в городской детской больнице. Таким образом, коечный фонд стационара составил 200 коек. В состав больницы входила детская поликлиника, сформированы 4 соматических отделения для госпитализации детей с респираторными заболеваниями и пневмонией, закрытыми формами туберкулеза, желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, крови и почек. С октября 1962 года развернута бактериологическая лаборатория, где выполняются необходимые бактериологические и серологические исследования.

В сентябре 1962 года детская больница стала клинической базой кафедры педиатрии Гродненского медицинского института (заведующий кафедрой доцент Шейбак М. П.). Больница

переименовывается в городскую объединенную детскую клиническую больницу. После открытия 1961 году организационно-методического кабинета больница становится головным учреждением по оказанию организационно-методической и планово-консультативной помощи лечебным учреждениям области. Разрабатываются и анализируются показатели здоровья детей, эффективность организации медицинской помощи детям и в целом педиатрической службы области. Проводится внедрение оказания специализированной медицинской помощи детям. В связи с высоким уровнем заболеваемости и обращаемости детей с патологией желудочно-кишечного тракта, в апреле 1966 года открыто профильное отделение на 40 коек. В феврале 1967 года на базе пульмонологического отделения открыто 25 неврологических коек. В 1975 году больница получает статус областной детской клинической больницы. К 1976 году мощность больницы достигает 300 коек (225 коек соматического профиля и 75 коек хирургического). Создание анестезиологической группы при детском хирургическом отделении в 1976 году положила начало развитию реанимационно-анестезиологической службы. С 1976 года анестезиологическая служба обеспечивала не только обезболивание во время оперативных вмешательств, но и интенсивную терапию в педиатрии. Усиливается кадровое обеспечение, оснащение медицинской аппаратурой, открываются койки для выхаживания новорожденных и недоношенных. С 1979 года все больные дети с диагнозом кишечный токсикоз госпитализируются в инфекционную больницу.

В 1982 году вошла в строй пристройка к больнице на 120 коек, это позволило улучшить условия пребывания больных и расширить объем специализированной помощи. Открывается отделение анестезиологии и реанимации на 6 коек. По приказу Гродненского областного отдела здравоохранения № 29 от 09.03.1983 в детской больнице открывается неврологическое и гастроэнтерологическое отделения по 40 коек. К 1987 году коечный фонд больницы достиг 400 коек.

Вторая половина 80-х годов для больницы характеризуется работой по совершенствованию медицинской помощи новорожденным – открыто второе отделение для выхаживания недоношенных и новорожденных.

На основании приказа ректора института Васильева В. С. № 124-Л-1 от 10 октября 1985 г. организована кафедра детской хирургии

педиатрического факультета Гродненского государственного медицинского института. Расширился диапазон госпитализации пациентов, начали внедряться новые оперативные методы лечения пороков развития лёгких, почек, половых органов, брюшной полости. Отделения становятся не только местом оказания оперативной помощи, а научным и организационным центром.

В 1990 году с внедрением в лечебных учреждениях элементов нового механизма хозяйствования происходит реструктуризация коечного фонда и его сокращение до 360 коек. Сокращены и уменьшены невостребованные койки (терапевтические, гастроэнтерологические, инфекционные койки, койки дневного стационара). В связи с открытием в 1991 году в г. Минске Детского республиканского гематологического центра лечение всех злокачественных заболеваний крови проводится в специализированном центре. В 1992 году в отделении для новорожденных и недоношенных детей открывается палата интенсивного лечения на 4 койки, начинает работать выездная реанимационная бригада, оказывающая консультации реаниматолога, проведение необходимых лечебных мероприятий больным в лечебных учреждениях области, транспортировка больных в перинатальные центры 2-3-его уровня и отделение реанимации детской больницы.

В 1995 году больница становится самостоятельным лечебным учреждением с подчинением областному управлению здравоохранения. С 1997 года приказом управления здравоохранения Гродненского облисполкома 2-ое отделение областной детской больницы отнесено к перинатальным центрам 3-го уровня по оказанию медицинской помощи новорожденным. Продолжают развиваться специализированные службы – открываются кардиоревматологические (1998 год), пульмонологические (2002 год) койки. С января 2003 года по ноябрь 2010 года руководил детской больницей Стрижак А.А.

Активно проводится реконструкция материально-технической базы, приведение ее к требованиям, предъявляемым к лечебным учреждениям на современном этапе; внедрение новых технологий в лечебно-диагностический процесс, поиск новых форм организации труда, компьютеризация; подбор, расстановка кадров, повышение их профессионального уровня. С 2010 года в больнице функционирует 326 коек (с учетом реанимационных коек). С февраля 2011 года

коллектив Гродненской областной детской клинической больницы возглавил Таранцей С.В.

В апреле 2014 года вводится в эксплуатацию 4 корпус (хирургический). С открытием хирургического корпуса на базу учреждения переведены из БСМП г. Гродно детское ортопедо-травматологическое отделение и травмапункт.

Коечный фонд стационара насчитывает 372 койки по всем профилям педиатрии, кроме детской оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии и гинекологии. Коллектив стационара насчитывает 719 сотрудников, в том числе 135 врачей и 295 средних медицинских работников.

В стационаре круглосуточно оказывается экстренная педиатрическая, хирургическая, травматологическая и реанимационная помощь. Организован круглосуточный экстренный прием врача-травматолога, дежурства врача-педиатра, реаниматолога, хирурга, невролога, лаборанта.

Приоритетом в динамическом развитии стационара является внедрение новых видов высокотехнологичной медицинской помощи детям. Активно внедряются высокотехнологичные методы лечения в хирургических отделениях и отделении для новорожденных и недоношенных детей, в ряде случаев в областном детском стационаре выполняются оперативные вмешательства, которые были доступны только республиканским клиникам.

В 2017 открыто отделение анестезиологии и реанимации для новорожденных и недоношенных детей рассчитанное на 12 коек и оснащенное современным оборудованием. Отделение обеспечивает своевременный перевод нуждающихся в реанимационном пособии новорожденных детей на соответствующий уровень оказания медицинской помощи, с современными высокотехнологичными методами выхаживания детей квалифицированным медицинским персоналом, и соответствующими условиями пребывания. В этот период так же организована работа областного детского консультативного центра, что позволило сконцентрировать консультативную помощь детям города и области в одном месте и более оперативно решать вопросы госпитализации ребенка согласно показаниям в областной стационар.

Организация оказания медицинской помощи детскому населению Гродненской области позволила добиться положительных результатов по снижению детской и младенческой смертности,

первичной детской инвалидности, повышение качества жизни не только маленьких пациентов, но и «здоровые отношения» в семье.

Литература:

1. Тищенко, Е. М. Санитарные последствия немецко-фашистской оккупации Гродненщины: материал в помощь лектору / Е.М. Тищенко. – Гродно, 1988. – 13 с.
2. Гарелик, П. В. Роль Гродненского медуниверситета в жизни Гродненщины / П. В. Гарелик, И. М. Арцукевич, Е. М. Тищенко // 60-летие образования Гродненской области: материалы Междунар. науч. конф., 3-4 марта 2004 г. – Гродно, 2004. – С. 388-390.
3. Материалы 10-й Республиканской конференции по истории медицины и здравоохранения / под ред. Т. Г. Светлович, Е. М. Тищенко. – Минск, 2004. – 312 с.
4. 200 лет государственной службе управления здравоохранением Гродненщины: материалы науч.-практ. конф. / редкол.: Е. М. Тищенко (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2002. – 211 с.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Зеньков О. Л.¹, Сурмач М. Ю.²

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В работе изложен порядок реализации в Гродненской области Концепции развития электронного здравоохранения в Республике Беларусь на этапе 2019 года. Регионы области подошли к этапу внедрения региональных информационных медицинских систем, объединяющих все медицинские информационные ресурсы региона. Проиллюстрирована этапность процесса внедрения, приведены задачи каждого этапа для Гродненской области.

Ключевые слова: электронное здравоохранение, региональные информационные медицинские системы, Гродненская область

EXPERIENCE IN CREATING OF THE REGIONAL INFORMATION MEDICAL SYSTEM OF GRODNO REGION

Ziankov A. L.¹, Surmach M. Yu.²

Grodno Regional Clinical Hospital¹
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus²

Summary. The article presents the procedure for the implementation of the Concept of e-health development in the Republic of Belarus in the Grodno region at the stage of 2019. The regions of the region have come to the stage of implementation of Regional information medical systems that combine all medical information resources of the region. The phasing of the implementation process is illustrated, the tasks of each stage for the Grodno region are given.

Key words: e-health, Regional information medical systems, Grodno region

Одной из целей реализации Концепции развития электронного здравоохранения в Республике Беларусь до 2022 года является содействие совершенствованию качества медицинской помощи посредством прямого обмена информацией между всеми уровнями её оказания. Региональные информационные медицинские системы (РИМС) представляют комплексную систему хранения, обработки и представления объективной медицинской информации. К 2019 году регионы области подошли к этапу внедрения РИМС, объединяющих все медицинские информационные ресурсы региона. При этом по состоянию информатизации областной специализированный уровень находится в стадии 95% готовности к внедрению РИМС, амбулаторно-поликлинический уровень г. Гродно в 90% готовности, стационарный уровень г. Гродно в 85% готовности, высокий уровень в Лидском, Островецком, Волковыском регионах.

Целью работы является определение задач и этапов внедрения РИМС, определение места РИМС в реализации концепции электронного здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты. Пилотным проектом в Гродненской области является создание ГИМС г. Гродно. Для его реализации в настоящее время создана центральная платформа, которая объединяет 7 городских поликлиник, 1 детскую городскую поликлинику, 4 городские больницы, 3 областные больницы, 2 медико-санитарные

части предприятий города. Вторым и третьим пилотными проектами является создание РИМС Островецкого района и РИМС Лидского района, объединяющими все медицинские учреждения данных регионов.

Одной из основных целей построения региональных информационных систем является предоставления возможностей получения сводных сравнительных данных, полученных из различных источников для принятия своевременного управленческого решения, наличие возможности сравнивать и анализировать одинаковые показатели из разных учреждений. На уровне региональной системы большая часть отчетов предназначена для проведения количественного и сравнительного анализа объединенных (сгруппированных по какому либо признаку) данных.

Региональная система будет является единым портом передачи информационных потоков с региона на центральную электронную платформу электронного здравоохранения. Преимущество будет заключаться в том, что передаваемая информация будет анализироваться на региональном уровне, будут проводится корректирующие действия, данные мероприятия несомненно улучшат качество информации из региона. Внедрение РИМС обеспечит персонифицированный учет оказания медицинской помощи, управление затратами на медицинскую помощь, оказываемую гражданам, переход на электронное взаимодействие при обмене клинической медицинской информацией, полную, достоверную и актуальную информацию о состоянии дел в здравоохранении по территориям и в разрезе классификаторов болезней.

При создании РИМС решаются следующие задачи:

- разработка нормативных документов, регламентирующих информационное взаимодействие между организациями и учреждениями здравоохранения и органами управления здравоохранением региона обработку и хранение медицинских записей в электронном виде; публикацию нормативно-справочной информации;
- сбор и хранение данных электронных медицинских записей пациентов, обслуживаемых учреждениями здравоохранения региона с учетом требований законодательства об обработке персональных данных;

- создание процедуры оперативной подготовки и предоставления статистической и управленческой отчетности в органы государственной власти региона в автоматизированном режиме.
- предоставление достоверной и качественной информации на центральную платформу электронного здравоохранения.

Нами была выбрана централизованная модель РИМС, где вся информация поступает в центральный сервер, который является для всех потребителей единственным источником информационных ресурсов. Другие системы более низкого уровня могут являться каналами, предоставляющими и передающими данные в центральный сервер. Основным преимуществом данной модели является ее простота – полный набор данных (например, электронных медицинских записей пациентов) доступен из единого источника. Обеспечение ожидаемого качества обслуживания (доступность, устойчивость), безопасности и управляемости одного центрального хранилища данных может быть более простой и экономичной задачей, чем управление несколькими хранилищами данных, которое требует специалистов в области информационных технологий. При использовании централизованной модели доступны только те данные, которые были сохранены в центральном хранилище. Сложно определить конкретный перечень данных и степень детализации, которые необходимо отправлять в центральное хранилище: если данных будет слишком мало, можно упустить детали, которые могут понадобиться, сохранение избыточного объема данных приведет к необходимости расширения объема хранилища и может негативно повлиять на производительность.

Основным способом взаимодействия с центральной системой был выбран доступ через WEB интерфейс. Данный способ выбран как наиболее перспективный и имеющий ряд преимуществ, таких как низкие затраты на внедрение системы, низкие требования к квалификации технического персонала в учреждении здравоохранения, необязательно объединять все здания учреждения в единую сеть, а достаточно подведенного к каждому здания интернета, легкое масштабирование, что позволяет плавно распределять нагрузку

Любой врач, допущенный к использованию создаваемого централизованного информационного ресурса, может с помощью интернет-браузера либо программного обеспечения информационной

системы учреждения здравоохранения подключиться к нему через интернет, используя полученные при регистрации учетные данные (логин и пароль). После подключения врач может производить поиск пациента по личному номеру, и просматривать информацию о предыдущих посещениях пациента, установленных ему диагнозах, результатах анализов и исследований.

Изначально была произведена загрузка в Центральное хранилище информации из локальных баз данных учреждения здравоохранения. В дальнейшем для поддержания информации в актуальном состоянии был организован обмен медицинской информацией между учреждением здравоохранения и Центральным хранилищем данных. Помимо информации о амбулаторных посещениях и стационарном лечении, была добавлена информация об анализах и исследованиях пациентов.

Для эффективной реализации проекта по созданию региональной информационной медицинской системы необходимо разделить его на определенные этапы, с контролем сроков исполнения и ответственными лицами.

На первом этапе необходим запуск пилотного проекта по внедрению электронной медицинской карты. Создается центральное хранилище данных, производится первоначальная загрузка данных о пациентах.

В результате врачи, подключенные к системе, могут получить подробную информацию о прошлых обращениях любого пациента в любое учреждение, входящих в пилотную зону; доступно формирование сводной отчетности по обращаемости и заболеваемости в масштабе пилотной зоны; из пилотных учреждений возможно автоматизированное получение персонифицированной информации об оказанном лечении. Фактом завершения этапа является завершение внедрения информационных систем во всех пилотных учреждениях, а также завершение создания инструмента для получения сводной информации.

На втором этапе необходимо создание единого интернет-портала региона, на котором пациенты и врачи смогут получить полную информацию о врачах и учреждениях здравоохранения региона, а также другую медицинскую информацию, полезную для них.

В результате возрастет информированность пациентов о деятельности учреждения и доступности специалистов; появиться

новая возможность в получении врачами полезной для них медицинской информации о новых методах лечения, лекарственных средствах и т.п. Фактом завершения этапа служит окончание создания и базового информационного наполнения интернет-портала.

На третьем этапе необходимо запустить возможность записи на прием к врачам через интернет-портал. Пациенты получат возможность удаленно записываться к нужным им врачам на удобное для них время, сократятся очереди в регистратуре, повысится качество обслуживания, будет автоматизирован процесс получения информации о записи пациентов также и внутри учреждений, подключенных к РИМС. В результате создается раздел портала для предварительной записи, а также будет получена отчетность о произведенной записи посредством созданного портала.

На следующем этапе необходимо добавление на интернет-портал дополнительного закрытого раздела для формирования регламентированной и сводной аналитической отчетности по деятельности медицинских учреждений региона. В результате будет получен полный набор сводной статистической отчетности как по отдельному учреждению, так и в масштабах региона, получена сводная аналитическая отчетность, на основании которой возможно принятие управленческих решений в масштабах региона. Далее – расширение списка учреждений, подключенных к РИМС. Должны быть охвачены все учреждения поликлинического и стационарного профиля. Все врачи получают доступ к информации из регионального информационного ресурса. Информация в электронной амбулаторной карте становится полной, так как все учреждения теперь работают в системе. Сводная аналитическая отчетность становится более точной. Список учреждений, в которых доступна предварительная запись через интернет, становится всеобъемлющим по всему региону. Достигается полное автоматизированное получение информации об оказанном лечении в масштабе региона.

Подключение к РИМС диагностических и лабораторных подразделений и учреждений, внедрение механизмов для обмена информацией о результатах анализов и исследований между этими структурами и центральным хранилищем является следующим этапом. Внедрение телемедицинских технологий во всех учреждениях региона завершает создание РИМС региона.

Выводы: при создании РИМС будет повышена оперативность принятия решений при оказании медицинской помощи, снижение

операционных затрат на обработку, передачу, хранение медицинской и другой необходимой в работе врача информации; снижение количества искажений отчетных данных в статистической и управленческой отчетности учреждений здравоохранения перед вышестоящими органами; повышение уровня доступности медицинской информации и образовательных ресурсов для специалистов и населения; уменьшение ошибок медицинского персонала, связанных с назначением лекарственных препаратов и выбором курса лечения (ошибки, связанные с неразборчивостью рукописных записей в листах назначений, исключаются полностью); сокращение количества проводимых дополнительных консультаций, обследований и анализов; сокращение количества лабораторных тестов и рентгенологических исследований, назначаемых различными специалистами в отсутствии информации о ранее проведенных анализах (при наблюдении у специалистов в различных учреждениях); сокращение перерасхода медицинских расходных материалов и лекарственных препаратов; сокращение времени, затрачиваемого медицинским персоналом на ведение текущей и поиск необходимой информации; сокращение времени, затрачиваемого медицинским персоналом на проведение консультаций, собрание анамнеза и постановку диагноза.

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гельберг И. С., Алексо Е. Н., Вольф С. Б., Калач В. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
ГОКЦ «Фтизиатрия», Гродно, Беларусь

За 75 лет, прошедших с момента организации противотуберкулезной службы в Гродненской области, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу претерпела кардинальные изменения. Еще в 1959 г. показатели заболеваемости и смертности были очень высокими. Однако, на фоне улучшения социально-экономической ситуации, благодаря интенсивному проведению противотуберкулезных мероприятий, удалось добиться благоприятного патоморфоза заболевания. Основные

эпидемиологические показатели по туберкулезу с 1959 г. значительно улучшились: заболеваемость снизилась в 12,1 раза, смертность – в 13,3 раза, повысилось качество лечения.

Ключевые слова: туберкулез, заболеваемость, смертность, противотуберкулезные мероприятия.

THE PROBLEM OF TUBERCULOSIS AND WAYS OF ITS SOLUTION IN THE GRODNO REGION

Gelberg I.S., Alekso E.N., Wolf S. B., Kalach V.I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
MCC “Phthisiology”, Grodno, Belarus

In the 75 years since the organization of the antituberculosis service in the Grodno region, the epidemiological situation of tuberculosis has undergone cardinal transformations. Indicators of tuberculosis – the incidence and mortality rates were very high in 1959. On the background of an improvement in the socio-economic situation, due to intensive implementation of antituberculosis activities it was possible to achieve a favorable pathomorphosis of the disease. The main epidemiological tuberculosis indicators have improved significantly since 1959: the incidence has decreased 12.1 times, the mortality rate – 13.3 times. The efficiency of the treatment has improved.

Key words: tuberculosis, morbidity, mortality, antituberculosis activities

В первые послевоенные годы заболеваемость туберкулезом и смертность от него были очень высокими. По имеющейся оценке заболеваемость в 1950 г. составила 355 на 100 тыс. населения. В 1959 г. показатель заболеваемости составил 229, а смертности – 44 на 100 тыс. населения (1960). Заболевание в основном выявлялось при обращении пациентов с жалобами. К этому времени в области было уже четыре передвижных флюорографических аппарата, с помощью которых производились профилактические флюорографические обследования населения (М. А. Серкова). В 1960 г. на кафедре микробиологии открывшегося Гродненского государственного медицинского института были налажены бактериологические исследования с определением лекарственной устойчивости

микобактерий туберкулеза (С. И. Гельберг), которые в 1968 г. были продолжены в областном противотуберкулезном диспансере.

В конце 50-х годов в Гродненском областном противотуберкулезном диспансере – одном из первых в Беларуси было организовано хирургическое лечение пациентов с применением резекции легкого (В. М. Гориенко, Т. Г. Болозя, Н. В. Яговдик, Н. И. Алексо) и анестезиологическая помощь при торакальных вмешательствах (И. С. Рубин). Первые операции резекции легкого в Беларуси были выполнены в Гродненской области П. М. Кузюковичем (впоследствии профессором, доктором медицинских наук, руководителем торакальной службы Беларуси).

Большинство врачей и часть медицинских сестер противотуберкулезной службы были участниками Великой Отечественной войны и направлены в Западную Беларусь еще до окончания военных действий для организации и развития медицинской помощи (А. Г. Иткина, М. А. Серкова, Н. И. Силукова, Л. Д. Рехтман, Т. Г. Болозя, Л. Т. Апанасевич, В. Т. Дмитриева, которой в июне 2019 г. исполняется 95 лет и др.).

Однако мест для госпитализации пациентов было крайне недостаточно. Очень большую роль в повышении уровня противотуберкулезных мероприятий сыграло Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 07.09.1960 г. «О дальнейшем снижении заболеваемости туберкулезом». Были выделены значительные средства на оказание противотуберкулезной помощи населению. Бесплатным стало амбулаторное лечение. Количество коек для больных туберкулезом было доведено к 1970 г. при активном участии облисполкома (С.А. Пронько) до 2850, из них 425 санаторных. Значительно были увеличены средства на питание пациентов с туберкулезом (более чем в 1,5 раза по сравнению с соматическими стационарами). В настоящее время в области функционирует 460 коек.

В 1969 г. было построено здание стационара облтубдиспансера на 330 коек (ныне 300 коек), ставшее учебной базой курса туберкулеза ГГМИ, ныне – кафедры фтизиопульмонологии ГрГМУ.

С 1966 г. население области начало обследоваться флюорографическим методом 1 раз в 2 года. К началу 70-х гг. эпидемиологическая обстановка по туберкулезу оставалась достаточно напряженной и характеризовалась его распространенностью, высоким уровнем пациентов с

деструктивными и хроническими формами, а также бактериовыделением.

Министерство здравоохранения СССР издало в 1972 г. приказ о проведении эксперимента по резкому снижению заболеваемости туберкулезом на основе интенсификации противотуберкулезных мероприятий. В число 8 экспериментальных баз, созданных на огромной территории страны, вошла Гродненская область. Центральным НИИ туберкулеза (чл.-корр. АМН СССР А. Г. Хоменко, проф. Е. А. Гинзбург, М. П. Алтынова и др.) при участии Белорусского НИИ (М. Н. Ломако, О. М. Калечиц, А. К. Абрамовская и др.) было разработано 16 научно-практических программ, которые предстояло выполнить в экспериментальных базах в течение 10 лет, распространив полученные результаты на все регионы страны. Основной идеей была организация повторных сплошных рентгенофлюорографических обследований с охватом не менее 95% населения, начиная с 15 лет, для выявления скрытой заболеваемости с последующей изоляцией и лечением пациентов, в том числе всех (100%) бактериовыделителей. Необходимо было разработать систему контроля за диагностикой и лечением, методику картотечного учета, определить контингенты высокого риска заболеваемости туберкулезом. Ряд программ были посвящены важным аспектам проблемы вакцинации и ревакцинации БЦЖ, эффективности химиотерапии с использованием новых для того времени препаратов, организации бактериологических исследований и централизации лабораторий, разработке информационно-вычислительной системы «фтизиатрия» для управления службой с использованием электронно-вычислительных машин – недавно появившихся предшественников современных компьютеров.

Выполнение программы требовало активного участия в работе всей общемедицинской сети, а также органов местной власти, руководителей предприятий и учреждений, ветеринарной службы, правоохранительных органов и т.п. В Гродненской области выполнением программ руководили начальник УЗО Ф. А. Богданович, главный врач облтубдиспансера В. Д. Чернецкий. Активное участие принимали сотрудники курса туберкулеза ГГМИ.

Было проведено три сплошных рентгенофлюорографических обследования населения области с охватом до 96-98,5% населения от 15 лет с разработкой и внедрением картотечного учета. Флюорокартотека была сформирована в поликлиниках по месту

жительства и существовала в течение многих лет. По мере выбытия и прибытия людей в нее вносились изменения. Одновременно осуществлялась туберкулинодиагностика и ревакцинация БЦЖ туберкулиноотрицательных лиц до 30 лет. Благодаря этому была выявлена так называемая «скрытая» заболеваемость и установлена истинная распространенность туберкулеза среди населения области. Были госпитализированы (изолированы) практически все лица с активным туберкулезом. Показатель заболеваемости увеличился с 97,3 на 100 тыс. населения в 1972 г. до 136 в 1973 г. Была проведена разработка групп повышенного риска заболевания и осуществлен переход на дифференцированные обследования с охватом обязательных и «угрожаемых» контингентов, а также призывников, родильниц (в роддомах) и др., используемая до настоящего времени. У нетранспортабельных исследовалась мокрота на МБТ. Разработана и продолжает функционировать система централизованного контроля за диагностикой и лечением больных туберкулезом, проведена модернизация бактериологической службы с определением ЛУ МБТ к препаратам не только первого, но и второго ряда. Сотрудники курса туберкулеза, облтубдиспансера, фтизиатры районов принимали активное участие в выполнении программ (И. С. Гельберг, Ф. К. Цишкевич, Н. В. Яговдик, Д. Ф. Осинковский, Ж. К. Железинская, Д. Н. Апон, И. Н. Музычко, С. Д. Федосенко, Н. С. Будаи, С. И. Вильчевский, Г. К. Заневский, Н. С. Прецкайло, Е. И. Соколовский и др.). Было рекомендовано при исходной высокой заболеваемости в регионах проводить два сплошных обследования населения с последующим переходом на дифференцированные и проведением через 3 года повторного сплошного обследования.

В результате проведенных мероприятий эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в области значительно улучшилась. Заболеваемость снизилась за 10 лет в 3,7 раза со 134 до 36,5 в 1983 г. и 31,5 в 1989 г. Гродненская область, в частности областной противотуберкулезный диспансер, были объявлены Всесоюзной школой передового опыта, проведено четыре всесоюзных конференции и семинара. Результаты программ были внедрены в других областях Белоруссии и Советского Союза. Однако, после распада Советского Союза и Чернобыльской катастрофы, в Беларуси, как и в других странах СНГ и в мире был отмечен неблагоприятный патоморфоз туберкулеза, связанной очевидно с ухудшением социально-экономической и экологической ситуации, а также со

снижением уровня профилактических обследований. Наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдались в 1998 г. – 62,8 на 100 тыс. населения, а смертность – 12 в 2002 г. Значительно вырос уровень туберкулеза с наличием множественной лекарственной устойчивости микобактерий (МЛУ МБТ), так называемый МЛУ-ТБ. До последнего времени он составлял более трети среди впервые выявленных и более двух третей у повторно леченных пациентов. Наиболее неблагоприятным вариантом является широкая лекарственная устойчивость – ШЛУ МБТ. Часть этих пациентов приходилось переводить на паллиативное лечение, что в абсолютном большинстве случаев заканчивалось летальным исходом.

В последующие годы в Гродненской области, как и в Беларуси в целом, противотуберкулезные мероприятия осуществляются совместно с Глобальным фондом ООН по борьбе с туберкулезом, СПИДом и малярией. Разработана система противотуберкулезных мероприятий, в которой сочетаются традиционные и новые методы: профилактическая рентгенография на новой цифровой аппаратуре, позволяющей снизить лучевую нагрузку до 30 раз, повысить качество изображения и снизить затраты; централизованный контроль; туберкулинодиагностика; рекомендуемая ВОЗ система выявления возбудителя с быстрым определением чувствительности к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) и контролируемое лечение. Наряду с бюджетным финансированием, используются средства фонда. Появление двух новых ПТЛС для лечения МЛУ-ШЛУ-ТБ позволило почти полностью отказаться от паллиативного лечения.

Все эти применяемые меры, на фоне стабильного улучшения социально-экономической обстановки, позволили добиться значительного улучшения эпидемиологической ситуации. Заболеваемость туберкулезом вместе с рецидивами составила 24,4 на 100 тыс. населения (без рецидивов – 18,9), смертность – менее 3 на 100 тыс. населения.

С открытием в 1958 г. Гродненского медицинского института, ныне университета, началась и продолжается до настоящего времени активная научно-исследовательская работа. Создана и функционирует научная школа по фтизиатрии (проф. С. И. Гельберг, проф. И. С. Гельберг, проф. С. Б. Вольф). В ее рамках защищено 4 докторских и 29 кандидатских диссертаций. Проведено более 10 научно-практических конференций общесоюзного и

республиканского уровня с международным участием, выпущено 10 сборников научных трудов, 2 монографии, 2 издания учебника для студентов медицинских вузов, была проведена первая Всесоюзная конференция студентов медицинских вузов по фтизиатрии в 1979 г. с участием более 50 медицинских вузов страны. Налажены международные контакты с учеными из России, Украины, Польши, Нидерландов. Единственный в стране специализированный Совет по защите диссертаций по специальности «фтизиатрия» существует в Гродненском медицинском университете.

Таким образом, в настоящее время в области наблюдается благоприятный патоморфоз туберкулеза, характеризующийся низкими показателями заболеваемости и смертности.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАБОТЫ 3 ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОКЦ «ФТИЗИАТРИЯ»

Алексо Е. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В статье изложена история создания и работы третьего фтизиатрического отделения ГОКЦ «Фтизиатрия». Представлены сведения о врачах, медицинских сестрах и младшем медицинском персонале, работавших в отделении.

Ключевые слова: ГОКЦ «Фтизиатрия», врачи, история.

HISTORY OF CREATION AND WORK OF THE THIRD DEPARTMENT OF THE GRCC "PHTHISIATRIA"

Alekso E. N.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The history of the creation and work of the third department of GRCC "Phthisiatria" is described in the article. Information about medical staff – doctors and nurses working in the department are presented.

Key words: GRCC "Phthisiatria", doctors, history.

В 2019 году Гродненская фтизиатрическая служба будет отмечать свой 75-летний юбилей. Днем создания государственной противотуберкулезной службы можно считать 7 октября 1944 г., когда в Гродно был открыт первый областной противотуберкулезный диспансер, находившийся в здании по ул. Социалистической и еще не имевший своего стационара.

В 1969 году был построен стационар областного противотуберкулезного диспансера на 330 коек. В стационаре были открыты 4 отделения: для вновь выявленных больных туберкулезом органов дыхания, для больных с ограниченными формами туберкулеза органов дыхания, дифференциально-диагностическое, хирургическое. В отделении для вновь выявленных больных было развернуто 95 коек (в настоящее время – 80 коек). Пятьдесят лет это отделение является базовым в плане оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Первой заведующей отделением была Лидия Анатольевна Кибинь (1969-1972 гг.). С 1973 г. по 1980 г. отделением руководил Дмитрий Николаевич Апон, который затем долгие годы работал заместителем главного врача ОПТД по лечебной работе. Двадцать лет отделение возглавляла Мария Григорьевна Богданчук. В значительной мере благодаря ей, в отделении был сформирован стабильный, сплоченный коллектив врачей, медсестер, санитарок, главной целью которого стала забота о пациентах, достижение высоких показателей излечения больных. Человек, преданный работе, больным, Мария Григорьевна долгие годы была профсоюзным лидером диспансера, постоянно заботилась об улучшении условий труда медицинского персонала.

С 1999 по 2001 год отделением заведовала Елена Михайловна Кораблева, которая впоследствии длительное время была внештатным областным пульмонологом и в настоящее время работает в Гродненской областной клинической больнице.

С 2002 года по настоящее время коллективом руководит врач-фтизиатр первой категории Вера Семеновна Авдейчик, которая сформировалась как врач в этом отделении, прошла в нем все ступени от интерна до врача первой категории. Вера Семеновна – настоящий врач-фтизиатр, не только великолепно знающий «сложный характер» туберкулеза, его особенности, но, также понимающий особенности пациентов и принимающий близко к сердцу их боль и тревогу.

Благодаря прекрасной творческой атмосфере, можно сказать исторически сложившейся в этом отделении, врачи и медсестры трудились здесь годами и десятилетиями. Высокий профессионализм, преданность больным, забота о них, человеческое участие, добросовестность – вот далеко не полный перечень качеств, которые присущи врачам, работавшим в отделении: М. С. Терешко, В. А. Горюнову (работает и ныне врачом-рентгенологом), ныне покойным А. И. Громаку (работал впоследствии ЛОР-фтизиатром) и И. А. Чекелю (после работы в отделении возглавлял отделение для больных-хроников, работал фтизиатром в Тунисе); П. И. Кисель (работает фтизиопедиатром), Н. Г. Курышко (впоследствии заведовал 1 фтизиатрическим отделением, сейчас работает врачом в туббольнице «Бояры»), Я. З. Арцукевич (работает ассистентом кафедры фтизиопульмонологии).

В настоящее время в отделении сложился замечательный коллектив врачей – врач-фтизиатр второй категории И. Б. Клусевич, врач В. В. Ярошук.

На базе отделения функционировал бронхологический эндоскопический кабинет. Долгие годы в нем успешно трудился врач-эндоскопист, виртуоз своего дела Иосиф Антонович Кедадь (в настоящее время – на пенсии).

Активную помощь в диагностическом процессе по функциональной диагностике оказывает врач Наталья Мечиславовна Латынник. Ранее в это кабинете работали врач Е. М. Никонова и медицинские сестры Е. С. Данильчик, Т. Н. Жеребило.

В процессе исцеления больного участвуют не только лечащие врачи. Их активными помощниками являются медицинские сестры и младший персонал.

С 1969 года единственной и бессменной сестрой-хозяйкой отделения работала Мария Ивановна Чемерко. Благодаря её хозяйской рачительности, бережливости, аккуратности отделение всегда было в порядке. В настоящее время Л.В. Гурина продолжает традиции.

Первой старшей медицинской сестрой отделения была Анна Ивановна Кривеня, которая затем стала главной медицинской сестрой диспансера.

После неё долгие годы старшей медсестрой отделения была К. И. Лисовская. Более 22 лет руководит средним и младшим медперсоналом Ирина Ивановна Козел, проработавшая в больнице в

общей сложности более 40 лет. В отделении долгие годы работали медсестры Л. Г. Карчевская, К. А. Божидловская, Д. К. Бойко, Л. В. Бармина. И сейчас на “боевом посту” ветеран – медсестра Мира Сергеевна Копть (более 40 лет). Более 20 лет работают Т. А. Третьякова и Т. В. Жилинская.

Все годы (50 лет) лечебная работа в отделении проводилась и проводится в тесном взаимодействии с сотрудниками кафедры фтизиатрии (ныне фтизиопульмонологии). На базе отделения постоянно проводилась разнообразная научно-исследовательская работа по разработке методов патогенетического лечения пациентов, больных туберкулезом органов дыхания. Итогом этой работы стали кандидатские диссертации проректора ГрГМУ по научной работе С. Б. Вольфа (а также его докторская диссертация), заведующей кафедрой Е. Н. Алексо, доцентов Д. В. Шевчука и С. Н. Демидик, старшего преподавателя Ю. А. Шейфера, начальника ГУЗ Гродненского областного исполнительного комитета Е. Н. Кротковой.

Около 30 лет куратором отделения был великолепный диагност кандидат медицинских наук Феликс Константинович Цишкевич (ныне покойный). Сейчас отделение курирует заведующая кафедрой Е. Н. Алексо.

По прошествии 50 лет своего существования отделение продолжает достойно выполнять свою главную функцию – лечить и излечивать вновь выявленных пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом органов дыхания.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В СИТУАЦИИ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА БАЗЕ КАБИНЕТА «ЗА РОЖДЕНИЕ!»

Кузмицкая Ю. Л., Купрашевич С. С., Савич И. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В статье представлен опыт организации помощи женщинам в ситуации кризисной беременности в г. Гродно (Республика Беларусь). Особой формой оказания помощи становятся кабинеты психолого-психотерапевтической помощи «За Рождение!». В статье

освещены цели и задачи, основные направления работы специалистов кабинета.

Ключевые слова: беременность, кризисная беременность, репродуктивный выбор, предабортное консультирование.

EXPERIENCE IN ORGANIZING ASSISTANT SERVICE FOR WOMEN IN A CRISIS PREGNANCY SITUATION BASED ON PSYCHOLOGICAL HELP ROOMS «ZA ROGDENIE!»

Kuzmitskaya Yu.L., Kuprashevich S.S., Savich I.N.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The paper presents experience in organizing assistant service for women in a crisis pregnancy situation in Grodno (Belarus). The special form of help is psychological helprooms «Za Rogdenie! ». The purpose and objective as well as the main form of the specialists work are presented.

Key word: pregnancy, crisis pregnancy, reproductive choice

В настоящее время в акушерско-гинекологической практике важным становится оказание наряду с медицинской помощью – психологической помощи женщинам. Основным фокусам внимания специалистов психолого-психотерапевтического профиля является женщина в ситуации кризисной беременности. Незапланированная беременность, конфликтные отношения с супругом, усталость от материнства, материальные и финансовые трудности – наиболее распространенные причины переживания женщиной кризисного состояния в ситуации наступившей беременности. Сложности в переживании беременности могут быть спровоцированы и обстоятельствами протекания беременности: угроза для жизни матери и жизни ребенка, заболевания несовместимые с жизнью ребенка, внутриутробные пороки развития.

А. Г. Амбрумова и А. М. Полеев, кризисное состояние определяют как особое психическое состояние человека, вызванное субъективно значимой и тяжело переносимой ситуацией [1]. Беременность на фоне сложившихся вышеперечисленных обстоятельств соответствует основным признакам кризисного события. Л. А. Пергаменщик выделяет такие признаки кризисного

события, как внезапность возникновения; недостаточность ресурсов и отсутствие опыта у личности для преодоления; возникновение внутриличностного и межличностного конфликтов; прогрессирующие изменения в привычном образе жизни и в условиях жизнедеятельности человека, в социальных ролях; нестабильность, противоречивость, потеря контроля; истощение адаптационных ресурсов личности. [2] Женщина с незапланированной беременностью, с тяжелыми обстоятельствами протекания беременности сталкивается внезапно, беременность несовместима с привычным образом жизни, с представлениями о желаемом развитии событий жизни. Беременность для женщины становится кризисным событием.

Кризисную беременность характеризует амбивалентность мотивации, чувств и переживаний в отношении настоящей беременности. Кризисная беременность сталкивает женщину с необходимостью репродуктивного выбора относительно прерывания или сохранения беременности [3]. В ситуации кризисной беременности очень часто именно прерывание беременности оценивается женщиной как решение, которое прекратит страдание, предупредит негативный исход или негативное развитие событий. Следовательно, кризисная беременность ставит под вопрос сам факт беременности, психическое и физическое благополучие женщины. В связи с чем, важно создавать необходимые условия для оказания психолого-психотерапевтической помощи женщинам, оказавшимся в ситуации кризисной беременности.

Так, в редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 16.06.2014 N 164-З Гражданам Республики Беларусь гарантированы бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам брачно-семейных отношений. В статье 27 «Искусственное прерывание беременности» указано, что в организациях здравоохранения должны быть созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности. Одна из возможностей реализации данного направления работы – это оказание психолого-психотерапевтической помощи женщинам на базе специально организованных кабинетов в женских консультациях. Преабортное психологическое консультирование –

это вид психологического сопровождения женщин в ситуации репродуктивного выбора.

В г. Гродно кабинеты оказания психолого-психотерапевтической помощи начали свою работу в 2013 г. на базе отделений «Брак и семья» женских консультаций №2 (Октябрьский район г. Гродно) и №5 (Ленинский район г. Гродно). Работа психолого-психотерапевтического кабинета осуществляется согласно Приказу «Об организации амбулаторной психотерапевтической, психологической помощи женщинам в Гродненской области» от 13.08.2013 г. №742.

Основная цель психолого-психотерапевтического кабинета: оказание психолого-психотерапевтической помощи женскому населению. Основными направлениями работы кабинета выступают: профилактика; диагностика; лечение; медицинская реабилитация; психологическая коррекция; психологическое консультирование женщин, находящихся в кризисных состояниях.

Основными показаниями для консультирования женщин на базе психолого-психотерапевтического кабинета являются:

- 1) беременные женщины кабинета по профилактике невынашивания беременности;
- 2) женщины, состоящие на учете с бесплодием;
- 3) женщины после неразвивающейся беременности или самопроизвольного прерывания беременности, после прерывания беременности по медицинским и генетическим показаниям, после антенатальной гибели плода и потери младенца;
- 4) женщины, имеющие в анамнезе послеродовые психосоматические нарушения;
- 5) женщины, страдающие онкологическими заболеваниями женской репродуктивной системы;
- 6) женщины перед прерыванием беременности по собственному желанию.

Наиболее полно оказание помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора и проведение преабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности, реализовано в работе кабинета «За Рождение!». Открытие кабинета «За Рождение!» на базе женской консультации №2 г. Гродно состоялось 4 декабря 2015 г. в рамках областного научно-практического семинара «Психологическая и психотерапевтическая помощь женщинам в

кризисной беременности». На базе кабинета «За Рождение!» женщины г. Гродно и Гродненского района могут получить комплексную помощь, столкнувшись с ситуацией репродуктивного выбора. Оказанием помощи женщинам на базе кабинета «За Рождение!» занимаются специалисты данного учреждения здравоохранения – это врач акушер-гинеколог, врач-психотерапевт, психолог, а также юрист, священники Православной или Католической Церкви.

Деятельность специалистов кабинета «За Рождение!» направлена на:

1) проведение психопрофилактической работы с беременными женщинами в группах риска;

2) повышение образовательного уровня женщин в отношении сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, последствий прерывания беременности; обучение принципам охраны репродуктивного здоровья;

3) проведение преабортного психологического консультирования;

4) обеспечение медицинской, психологической, социальной, юридической помощью беременных женщин в ситуации кризисной беременности;

5) повышение ценности материнства, отцовства, ценности жизни нерожденного ребенка;

6) формирование ответственного поведения подрастающего поколения за свое сексуальное поведение;

7) предотвращение и своевременную работу с последствиями прерывания беременности (постабортный синдром);

8) развитие материнских чувств в ситуации сохранения беременности;

9) диагностику, профилактику, адаптацию членов семьи к принятию ребенка после сохранения его жизни.

Можно выделить следующие этапы психологического сопровождения женщин в ситуации кризисной беременности.

1 этап: обращение за помощью. За психологической помощью женщина может обратиться самостоятельно или по рекомендации врача акушер-гинеколога, к которому женщина обращается за медицинским сопровождением. Основная сложность данного этапа – это отсутствие мотивации, особенно это проявляется при обращении за помощью по рекомендации врача. В связи с чем, важно помочь

женщине сформировать мотивацию на получение психологической помощи в ситуации репродуктивного выбора.

2 этап: принятие решения женщиной обратиться за психологической помощью.

3 этап: предабортное консультирование, консультирование в ситуации репродуктивного выбора. Знакомство с психологом, информирование о цели консультации, сбор и анализ общих сведений о женщине, об эмоциональном и физическом состоянии; создание условий, благодаря которым женщина получает возможность расширить собственное видение возникших в ее жизни проблем и рассмотреть альтернативные способы их решения.

4 этап: психологическое сопровождение в случае сохранения беременности или после ее прерывания.

Основные задачи психологического предабортного консультирования [1]: 1) отделить в сознании женщины беременность от предшествующих и сопутствующих проблем; 2) выявить истинные мотивы прерывания и возможные мотивы сохранения беременности, сформировать ценность ребенка в сознании женщины; 3) помочь женщине осознать и откорректировать мотивы прерывания беременности; 4) осуществить совместный анализ личностных и средовых ресурсов, а также изучить особенности реакций ближайшего окружения на прерывание беременности; 5) изучить осведомленность женщины о возможных последствиях прерывания беременности; 6) выяснить необходимость получения врачебной (врач-гинеколог, врач-генетик), юридической, социальной и духовной помощи; 7) изучить обратную связь (общее эмоциональное состояние, степень готовности принять решение, динамику изменений в процессе психологического консультирования).

Психологическое сопровождение женщин в ситуации репродуктивного выбора достаточно новое направление в оказании психологической помощи женщинам.

Существенного психологического обсуждения требуют категории «кризисная беременность» и «репродуктивный выбор», основные направления, цели, задачи, формы и методы проведения предабортного психологического консультирования. Решение ряда вышеназванных общетеоретических вопросов позволит разработать модель психологического сопровождения женщин в ситуации

кризисной беременности, а также позволит определить основные направления психопрофилактической деятельности.

Литература:

1. Амбрумова, А. Г. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, А. М. Полеев. – Москва, 1986.
2. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология : учебное пособие / Л. А. Пергаменщик. – Минск : Вышэйшая школа, 2004. – 288 с.
3. Куценко, О. С. Аборт или рождение? Две чаши весов : учеб. пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора / О. С. Куценко. – 2-ое изд. – СПб., 2011. – 375 с.

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА: ИЮНЬСКИЕ ТЕЗИСЫ 2019

Цыркунов В.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В тезисной форме представлено мнение по вопросу создания университетской клиники в областном центре, в основе которого содержится необходимость изменения законодательной базы для организации лечебно-диагностического, педагогического и научного процессов, осуществления кадровой и хозяйственной деятельности университетской клиники.

Ключевые слова: университетская клиника, организация, условия.

UNIVERSITY CLINIC: JUNE TERAS 2019

Tsyrkunov V.M.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Summary. The abstract form presents an opinion on the creation of a university clinic in the regional center, which is based on the need to change the legal framework for the organization of therapeutic and diagnostic, pedagogical and scientific processes, the implementation of personnel and economic activities of the university clinic.

Key words: university clinic, organization, conditions.

История и инициатива. Вопрос о создании университетской клиники с различной степенью интенсивностью и эффективности обсуждался многократно на разных уровнях системы здравоохранения.

Инициатива создания подобной структуры исходила от прогрессивных профессоров и доцентов-клиницистов, каждый из которых чувствовал себя руководителем специализированной клиники, которому подчиняются все сотрудники кафедры, а также практического здравоохранения (конкретного отделения, учреждения). Нынешняя инициатива о создании университетской клиники, официальные документы об этом подписаны, принадлежит профессору В. А. Снежицкому. Уместно добавить, что до ректорства он был преподавателем медицинского университета, в течение многих лет работал главным врачом областного клинического учреждения (кардиодиспансер), имеет степень доктора медицинских наук и завершает обучение в академии управления при Президенте Республике Беларусь.

Причины. Общая. Признанный в мире опыт. Гродно является университетским компактно расположенным городом, практически в центре Европы, в странах которой давно и эффективно функционируют университетские клиники.

Главная. Аргументы в пользу открытия университетской клиники доминирующие, в связи с наличием контраргументов против существующей клинической и педагогической практики, проводимой на базе учреждений здравоохранения в университетских городах:

- низкая эффективность работы сотрудников кафедры и практического здравоохранения, оказывающих непосредственную помощь пациентам на небольших площадях клинических отделений;
- перекладывание друг на друга ответственности сотрудниками кафедры и практического здравоохранения, оказывающих параллельно необходимую медицинскую помощь одному и тому же пациенту;
- экономическая нецелесообразность – сверхзатратность медицинской помощи пациенту в связи с тем, что за лечение одного и того же пациента заработную плату получают одновременно несколько сотрудников кафедры (ассистент, доцент, профессор, зав. кафедрой, аспирант) и врачей из практического здравоохранения (интерн, клинический

ординатор, врач отделения, зав. отделением, нач. мед, субординаторы, которые ведут истории болезней).

Местные. Желание ряда сотрудников клинических кафедр приобрести единоначалие и за счет этого ликвидировать перманентно возникающие внутренние конфликты между заведующими кафедрами (преимущественно хирургическими) и заведующими профильных отделений, которые затрагивают морально-этические и даже финансовые вопросы (распределение обязанностей среди сотрудников кафедры и практических врачей внутри и вне отделения – операции, дежурства, ведение палат, консультации, консилиумы, дежурства по санавиации и другие).

Руководство. На первый взгляд, руководителем клиники должен быть заведующий кафедрой, но, в большинстве случаев, это является неверным. И хотя вопрос при разработке положения об университетской клинике в очереди стоящих проблем стоит далеко не первым, тем не менее, при обсуждении среди коллег – является приоритетным. В данном случае возможны два варианта. Первый: руководителем клиники (название должности не имеет принципиального значения – медицинский менеджер, главный врач) должен быть специалист (независимо от бывшей принадлежности к кафедре или к отделению, со званием или без него), имеющий высокий или достаточный уровень доверия коллег и высший уровень профессионализма. Второй: медицинский менеджер, но не обязательно с наличием высшей профессиональной подготовки, за которую обязан отвечать заместитель руководителя клиники (начмед). В любом случае, руководитель клиники обязан быть хорошим организатором, хозяйственником, экономистом, идеально – с научной степенью и педагогическим опытом.

Существенная проблема видящих себя в роли «директоров клиники» сотрудников кафедры заключается в том, что большинство из них не совсем понимают объема и характер ответственности, которые их ждут вместе с должностью. Далеко не каждый доктор и кандидат наук, профессор или доцент может руководить клиникой. Среди практических врачей с достаточным стажем работы в клинических учреждениях есть немало специалистов, которые могут успешно руководить коллективом клиники.

Особенностью университетской клиники является то, что все сотрудники будут выполнять обязанности и преподавателя, и практического врача (о нагрузке – ниже). Одного желания быть

руководителем клиники мало, на такую должность должны претендовать и избираться по конкурсу коллеги, имеющие клинический опыт, специальную подготовку по организации здравоохранения, экономике, юриспруденции и, что важно, иметь врожденные навыки руководителя. Научить можно многому, но нельзя упустить время, поэтому, руководителем надо родиться!

Ряд моих коллег (руководители, профессора и доценты) не представляют, какие изменения могут произойти в их функциональных обязанностях после приобретения статуса руководителя клиники. Полномочия руководителя (менеджера) распространяются на решение ежедневно возникающих триединых проблем (организация хозяйственной деятельности, лечебного, учебного и научного процессов), проведению кадровой политики, осуществлению фармацевтического обеспечения, составлению планов закупок и приобретения оборудования и многого другого, чем, претендент ранее не занимался.

Распределение нагрузки, кадры. Это наиболее серьезный вопрос, так как функционирование классической клиники предусматривает, существенное изменение в кадровом составе, как кафедры, так и отделения и учреждения здравоохранения, претендующего на роль университетской клиники. В настоящее время учебная нагрузка преподавателя клинической кафедры колеблется в пределах 700-900 часов в год, что, безусловно, не может быть таковой в условиях университетской клиники. Для снижения учебной нагрузки до 200-300 часов потребуется её перераспределение между «новыми» кадрами из состава практических врачей, заведующих отделениями, начмеда, а также руководителя клиники (при наличии специального образования). Необходим пересмотр расписания всех видов аудиторной и внеаудиторной подготовки и многое другое, касающееся распределения обязанностей, выполнения методической работы, планирования науки, внедрения и т.д.

Для наглядности приведу пример нашего клинического учреждения, на котором все заинтересованные смогут смоделировать, чем обернется создание клиники в конкретном подразделении. В настоящее время на кафедре инфекционных болезней введено 22 должности ППС, а на базе Гродненской областной инфекционной клинической больницы – 47 врачебных должностей. Итого 67 потенциальных сотрудников университетской, которые ежедневно осуществляют медицинскую помощь 100-120 пациентов,

находящихся в стационаре и ведут занятия в 12-16 группах студентов разных курсов. Для интенсификации лечебного (увеличения нагрузки) и учебного (снижение нагрузки) процессов, рационального расходования бюджетных средств, выделяемых на зарплату сотрудникам университетской клиники, потребуется перераспределение обязанностей, независимо от бывшей принадлежности к разным учреждениям (университет, больница). Начмедом, как и заведующими отделениями, должны работать самые опытные врачи-инфекционисты (нынешние заведующие, доценты, ассистенты), имеющие высшую категорию. Кадровый потенциал и штатное расписание должно быть составлено таким образом, чтобы студенты 4, 5, 6-х. курсов, занимающиеся в клинике, основное время тратили не на кабинетные разборы тематики, а на приобретение практических навыков, передаваемых врачами-педагогами во время выполнения ими своих служебных обязанностей, включая послеобеденные и ночные дежурства (приемный покой, стационар), а после освоения соответствующей программы могли досрочно сдать зачет (экзамен) по соответствующему предмету, сократив время пребывания на клинических базах в дневное время. Важно заметить, что в одном случае численность кадрового потенциала может сократиться, но без ущерба лабораторной базы клиники, а в другом, при производственной необходимости – увеличиться за счет расширения спектра медицинских услуг, оказываемых населению региона и приграничных областей.

Областная больница – университетская клиника. Станет ли областная больница, вся и одновременно университетской клиникой. Вероятно, да, в соответствии с поставленной задачей, а также уже принятым административным решением, но, скорее виртуально или не в виде классического варианта, так как неизвестна эффективность её функционирования в новых условиях.

Пессимизм объясним. Гродненская областная больница – многопрофильное лечебное учреждение, созданное для оказания медицинской помощи пациентам региона и областного центра. С августа 1961 года функционирует в статусе областной клинической больницы, на базе которой размещены 7 кафедр и 5 доцентских курсов кафедры Гродненского медицинского университета (сайт больницы). В 1961 году в г. Гродно проживало менее 100 тыс. жителей, в настоящее время в г. Гродно проживает свыше 350 тыс. жителей. На первый курс Гродненского медицинского института в

1958/59 учебном году было принято 250 студентов, в 1993 году выпуск превысил 600 человек, в настоящее время в ГрГМУ обучается свыше 4 тыс. студентов, половина которых, как минимум, посещает клинические базы, материальная база которых не была существенно модернизирована с момента постройки зданий.

Нынешние условия для размещения пациентов в отделениях областной больницы, рассчитанных на госпитализацию 30-60 пациентов нельзя назвать удовлетворяющими требованиям современной университетской клиники. О приемлемых условиях размещения сотрудников кафедр и студентов, которые должны быть обеспечены не только учебниками, учебными комнатами и оборудованием для учебы, в большинстве отделений, в проекте которых не были предусмотрены помещения для клинических кафедр, приходится только мечтать. Это факт нельзя в виде претензии предъявить ни главному врачу, ни ректору, которые не планировали, не воздвигали существующие стены, не проектировали здание, не рассчитанное на ВУЗовские потребности и прием такого количества пациентов и студентов, так как они не в состоянии «раздвинуть» стены для всех нуждающихся.

Возникает закономерный вопрос о возможности в нынешнее время без существенных «революционных» изменений создать необходимые условия для одновременного функционирования многочисленных университетских клиник на базе всех клинических отделений областной больницы. На мой взгляд, это не реально (возможно я ошибаюсь). Реально то, что называется «намерением», т.е. когда формально подписывается документ (договор), который ни к чему не обязывает обе стороны. В связи с этим, вспоминаю нашего мудрого ректора – профессора Маслакова Дмитрия Андреевича, который на все просьбы или рекомендации и советы всегда односложно отвечал «Будем думать».

Перед тем как переименовывать областную больницу с её многочисленными специализированными подразделениями в «Университетскую клинику», необходимо апробировать данную модель только на одном или двух отделениях или же на узкоспециализированных клинических учреждениях, безусловно, заручившись поддержкой кураторов пилотного проекта со стороны местных властей, от которых зависит главное – финансовое наполнение.

Для пилотного проекта выбор областной больницы (многопрофильного учреждения) не совсем удачен по многим причинам (субъективным и объективным). Наиболее удачным «пробным» вариантом может быть областной кардиодиспансер, или кожнодиспансер, или инфекционная больница, которые относятся к специализированным клиническим учреждениям с удовлетворительной клинической и кафедральной базой. Вот здесь и уместно вспомним еще раз характеристику нашего ректора. Для учреждения «Университетская клиника: областной кардиодиспансер» идеальным руководителем может стать специалист, который имеет большой стаж работы по специальности, хорошо владеет вопросами организации медицинской помощи и принятием управленческих решений, аналитический склад ума, это самостоятельный и целеустремленный работник, высококвалифицированный научный сотрудник, в совершенстве владеющий решением вопросов экономики, соблюдения финансовой дисциплины, врач высшей категории, который пользуется авторитетом у пациентов, коллег, студентов и у руководства. Среди других кандидатов на руководство клиникой «Областной кардиодиспансер» должны рассматриваться кандидатуры главного врача А. В. Янушко и проректора В. И. Шишко. Это мое мнение.

Любой руководитель клиники с момента назначения на должность обязан готовить замену, отвечающую тем же морально-этическим и профессиональным требованиям, предъявляемым к руководителям. Положительных примеров и одаренных руководителей немного, их надо заранее готовить, так как с рождением опыт, к сожалению, не передается!

Причиной пессимизма в вопросе создания полноценной университетской клиники, который может поставить крест на хорошей идее, является юридическая сторона проблемы, но не на уровне Гродно и области, а на самом высоком законодательном уровне. В нашей стране функционирует государственная (бюджетная) система здравоохранения, обеспечивающая высокую степень социальной защищённости граждан, гарантируя предоставление бесплатной медицинской помощи, проведение строгого государственного контроля за условиями оказания медицинской помощи. Данная система имеет ряд известных недостатков, которые при создании университетской клиники должны быть максимально устранены.

Юридическая сторона, прежде всего, предусматривает необходимость наличия единственного собственника клиники (частное лицо или государственная организация) – держателя финансовых ресурсов на содержание университетской клиники и решение экономических и юридических вопросов. Двух хозяев или руководителей у одной клиники быть не может, для этого требуется коррекция законодательства на уровне государства или отдельного планирования пилотного проекта на местном уровне. Нельзя исключать участие отечественного или зарубежного инвестора.

Университетская клиника должна быть обеспечена передовыми технологиями, высококвалифицированными кадрами, прием на работу сотрудников должен проходить через открытый конкурс, клиника должна успешно конкурировать с частными медицинскими структурами, гарантировать высокий уровень медицинских услуг и медицинского образования, иметь самый высокий научный потенциал, зарабатывать средства на оказании медицинских услуг, обучении студентов, повышении квалификации врачей, внедрении и продаже собственных разработок.

Все только начинается...

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чечков О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В статье рассматриваются вопросы становления и развития пенитенциарной медицины Гродненщины в советский период.

Ключевые слова: пенитенциарная медицина, Гродненская область.

THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE PENITENTIARY HEALTHCARE SYSTEM OF GRODNO REGION

Chechkov O. V.

Grodno state medical University Grodno, Republic of Belarus

The article deals with the formation and development of penitentiary medicine of Grodno Region in the Soviet period.

Key words: Belarus, penitentiary medicine, development

Одной из составляющих исторического аспекта развития общества является отношение к местам заключения и содержания людей, лишенных свободы; к условиям в которых эти люди содержатся. Становление и развитие пенитенциарной медицины Гродненщины имеет давнюю и непростую историю.[1] Отметим тот факт, что в XIX в. ведомство занимало второе место после военного по числу тюремных больниц[2]. Список действующих тюрем на 1928г. по Виленскому округу: Волковыск, Брест, Гродно, Лида, Ошмяны, Новогрудок, Свинтяны, Слоним, Сувалки (9 из 16 тюрем) [3]. Численность штатных сотрудников в тюрьмах зависела от лимита их наполнения. В медсанчасти Гродно штат состоял: начальник санчасти, дезинфектор, два фельдшера, санитарка. Наполняемость учреждений колебалась достаточно сильно от 720 человек к концу 2-ой мировой войны до 3х тысяч в послевоенные годы. В своем развитии пенитенциарная медицина опиралась на законодательство Российской империи 1795 – 1919 гг., с 1919 г. по 1939 г. – на законодательство Министерства Юстиции Польши, а с сентября 1939 г. – законодательство Западной Белоруссии, далее в составе БССР.

Развитие пенитенциарной медицины, в рамках становления советской государственности, можно рассматривать с момента освобождения территории страны от немецко-фашистских захватчиков. Уже в последние годы войны и первые послевоенные годы на территории Беларуси разворачивались лагеря для военнопленных и интернированных, в которых имелись лазареты. Центральные лазареты некоторых лагерей имели инфекционное, хирургическое и терапевтическое отделения, куда поступали больные из лагерных отделений для оказания квалифицированной помощи. Общее руководство пенитенциарной медициной в послевоенные годы

осуществлялось медицинской службой УИТК-ОИТК МВД республики.

Восстанавливались и открывались новые колонии (14 всего на послевоенное время). Крупнейшая колония Гродненщины – ИК-11, появилась в Волковыске после освобождения города 14 июля 1944 года, когда с Восточного фронта пришли эшелоны с сотнями военнопленных немцев. Их разместили в пустующее гетто, через которое с октября 1942 по начало 1943 гг. прошло 20 тысяч евреев со всего Волковысского района. Гетто строилось руками советских красноармейцев, попавших в плен и содержавшихся в начале войны, на базе бывшего военного городка на западной окраине города. Еще до революции здесь стояли казармы с царскими войсками, а при правительстве Польши (до 17 сентября 1939) размещался 3-й полк конных стрелков. В 1947 году, когда пленных осталось совсем немного, на их место начали прибывать осужденные из Белоруссии. Первых осужденных доверили стеречь немецким пленным. Снабжены те были палками, так как оружие выдавать боялись. К охране также привлекали и самих осужденных – бывших фронтовиков, которые могли освободиться в ближайшее время. Контингент осужденных состоял из бывших полицаев, старост, солтысов и прочих пособников фашистов, были и отъявленные уголовники. Сидели и женщины. Колония разделялась на две зоны – мужскую и женскую. Много женщин отбывало срок наказания за недостачу или, наоборот, за излишки при ревизии в магазине, на складах. Сидели за аборт и за опоздания на работу. Вскоре прибыло три взвода охранников, формировались они из солдат срочной службы. Колония вошла в определенный ритм.

На территории республики дислоцировалось 11 госпиталей НКВД-МВД СССР (9 из них в восточной части республики). Помимо этого, военнопленных обслуживали спецгоспитали министерства здравоохранения.[4] 15 мая 1945 года в город Гродно из Каунаса, где находился на момент окончания войны, передислоцирован 2386 военный сортировочно-эвакуационный госпиталь. Создан 29 сентября 1939 года Пуховичским районным военкоматом Минской области. В октябре 1939 года 725 военно-полевой подвижный госпиталь (ВГТПГ) направлен в г. Волковыск, где был развернут и приступил к работе. Впоследствии преобразован в 2386 военный сортировочно-эвакуационный госпиталь (на 2000 коек) и являлся на определенном этапе войны одним из самых крупных госпиталей

Красной Армии. В настоящее время известен как государственное учреждение «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» по ул. Дзержинского г. Гродно.

В 1956 г. изменилась структура медицинской части подразделений, в основу принципа организации которой был положен опыт работы медико-санитарных частей при промышленных предприятиях с учетом некоторых специфических условий мест лишения свободы. Было предусмотрено полное объединение штатов больницы и амбулатории. Во главе этого объединения поставлен начальник медчасти, что позволяло ему непосредственно решать вопросы как санитарно-профилактического значения, так и по оказанию амбулаторной и стационарной помощи нуждающимся заключенным.

20 сентября 1957 г. приказом МВД СССР № 696 было утверждено новое «Положение о медицинской службе ГУИТК МВД СССР и его учреждений». Положение состояло из одиннадцати разделов и ряда приложений. Каждый раздел регламентировал определенную область работы по охране здоровья заключенных, начальствующего, вольнонаемного и личного состава конвойной охраны и членов их семей.

Такой порядок организации медицинского обеспечения, в том числе и планирования, сохранился практически до настоящего времени. Вместе с тем, с 1956 г. приказ о штатах лечебных учреждений мест лишения свободы менялся через каждые 10 лет (1967 г., 1977 г., 1988 г.) [5]. Как правило, обеспеченность спецконтингента стационарными койками, несмотря на периодические сокращения, значительно превышала нормативы гражданского здравоохранения и была явно избыточной [6].

4 февраля 1965 года выходит Указ Президиума Верховного Совета БССР «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании злостных пьяниц (алкоголиков)». В соответствии с указом, в 1982 г. под Новогрудком открывается лечебно-трудовой профилакторий №5 (сокр. ЛТП – 5) – вид исправительного учреждения закрытого типа, где изолируются граждане, больные хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, и граждане, обязанные возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении. Заключенные в ЛТП в обязательном порядке привлекаются к труду.

Таким образом, в советский период постепенно была создана система учреждений, обеспечивающих оказание медицинской помощи осужденным и система органов управления пенитенциарным здравоохранением. Вопросами организации медицинской помощи осужденным и лицам, содержащимся под стражей, до 1998 г. в Республике Беларусь занималось Управление медицинского обеспечения МВД. С 1998 г. в Комитете исполнения наказаний при МВД (ныне Департамент исполнения наказаний) создана самостоятельная служба медицинского и ветеринарного обеспечения (с 2001 г. прошла ряд преобразований в названиях; ныне отдел организации медицинского обеспечения спецконтингента управления тылового обеспечения Департамента).

Литература:

1. Чечков О. В., Лисицин В. М. Исторические аспекты организации пенитенциарной медицины. Материалы международной научно-практической конференции Минск, 5-6 сентября 2001г., стр. 33-35
2. Тищенко Е. М. Некоторые исторические аспекты взаимодействия здравоохранения и пенитенциарной медицины Беларуси (вторая половина XIX – начало XX веков). Материалы международной научно-практической конференции Минск, 5-6 сентября 2001г., стр. 30-31.
3. Лисицин В. М. За тюремной стеной: История Гродненской тюрьмы (XIX век – 1939) / В. М. Лисицин; научн. ред. Д. В. Карев: – Гродно: ГО.
4. История исправительно-трудовых учреждений Беларуси: Курс лекций/ А. В. Шарков, В. Б. Шабанов, В. П. Павлов и др. – Минск: Академия МВД Республики Беларусь, 1999. – 222с.
5. Черменев М. П. Основные принципы организации медицинского обслуживания заключенных в исправительно-трудовых учреждениях МВД СССР. М., 1959. – 90 с.
6. Бородулин А. Г. Заболеваемость и определение нужды в амбулаторной и стационарной медицинской помощи спецконтингенту, содержащемуся в ИТУ МВД СССР: Дис. ...канд. Мед.наук: 14.00.33. – М., 1991. 172 с.

РОЛЬ ДИНАСТИЙ В СТАНОВЛЕНИИ ГРОДНЕНСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Третьякевич В. К., Юцевич Г. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Резюме. В становлении гродненской медицины большую роль сыграли и продолжают играть врачебные династии. Члены их на протяжении нескольких поколений, сохраняя преданность медицине, вносят немалый вклад в развитие медицинской науки и практики.

Ключевые слова. Династия, урология.

ROLE OF DYNASTICS IN THE FORMATION OF GRODNO MEDICINE

Treetyakevich V. K., Yutsevich G. V.

EE "Grodno State Medical University"

Summary. Medical dynasties played and continue to play an important role in the development of Grodno medicine. Members of them for several generations, while maintaining loyalty to medicine, make a considerable contribution to the development of medical science and practice the development of medical science and practice.

Keywords. Dynasty, urology.

В среде нашей медицинской общественности есть уникальное давнее явление – династия. В современном понимании это семья, в которой на протяжении нескольких поколений сохраняется не только любовь, но и преданность медицине. Существуют такие династии и в Гродненском государственном медицинском университете.

Патриархом одной такой семьи бесспорно является выдающийся врач-уролог Александр Захарович Нечипоренко, столетие со дня рождения которого мы отмечали совсем недавно – 21 марта 2016 года. Он прожил яркую, замечательную жизнь известного советского уролога, онколога, учёного, педагога, военного хирурга.

Александр Захарович родился в 1916 г. в городе Малине Волынской губернии (ныне Житомирская область Украины). В

1940 г. окончил Киевский медицинский институт. Вступив в ряды Вооруженных Сил, был направлен в Бессарабию, в пограничные войска, а весной 1941 г. для дальнейшего прохождения службы переведен в Монголию. Военные годы для Александра Захаровича Нечипоренко закончились в РККА на Карельском фронте. В 1945-1947 гг. он продолжил образование в Ленинграде, проходя подготовку по грудной хирургии в Военно-медицинской академии, Здесь молодой офицер встретил свою будущую жену, Надежду Александровну, фронтового хирурга, работавшую в то время в клинике.

Научно-практическая и педагогическая деятельность доцента А. З. Нечипоренко в 1968-1980 гг. связана с Гродненским государственным медицинским институтом, поэтому развитие урологии в Гродненской области проходило при непосредственном участии Александра Захаровича. Он начал руководить курсом урологии. Выезды в районы области для изучения обстановки на местах, непосредственная помощь урологам районных больниц и кропотливый труд по их обучению позволили изменить качество урологической помощи в Гродненской области. А. З. Нечипоренко много внимания уделял онкоурологическим пациентам. Его энтузиазм и самоотверженный труд позволили значительно улучшить уровень оказания онкоурологической помощи в 70-е годы. Им была внедрена цистэктомия при раке мочевого пузыря, лимфаденэктомия при злокачественных опухолях яичка (операция Шевассю), стали использоваться торакоабдоминальные доступы к почке. Под его руководством разрабатывались и внедрялись новые методы отведения мочи после удаления мочевого пузыря по поводу рака.

В 1946 г. у супругов Нечипоренко родился сын Николай. В 1971 г. он с отличием закончил Гродненский государственный медицинский институт. В 1971-1980 гг. Н. А. Нечипоренко работал врачом-ординатором в хирургической клинике кафедры госпитальной хирургии ГГМИ. 1980-1982 гг. – ассистент курса урологии Гродненского медицинского института. В 1982-1985 гг. он заведовал курсом урологии Гродненского медицинского института. С 2015 г Н. А. Нечипоренко является профессором 2-й кафедры хирургических болезней Гродненского государственного медицинского университета

Его научные исследования посвящены изучению проблем онкоурологии, урогинекологии, неотложной урологии.

В 1978 г. Н. А. Нечипоренко защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук («Выбор метода хирургического лечения рака мочевого пузыря в зависимости от локализации опухоли»). А в 1989 г. он стал доктором медицинских наук («Лечение распространенных форм рака мочевого пузыря в зависимости от состояния гомеостаза»). Н. А. Нечипоренко является автором 220 научных работ, в том числе 2 монографий, 7 методических рекомендаций для врачей, 7 изобретений, редактор двух сборников научных работ.

Является член-корреспондентом Польского научного общества урологов. Член Правления Белорусской ассоциации урологов. Эксперт ВАК РБ по урологии. Награжден медалью «Изобретатель СССР».

По стопам Н. А. Нечипоренко пошел и его сын Александр.

В 1996 г. закончив Гродненский государственный медицинский институт, работал врачом-онкологом, а затем врачом-урологом в Гродненской областной клинической больнице, затем в УЗ «ГКБСМП» г. Гродно.

В 2000 г. А. Н. Нечипоренко защитил кандидатскую диссертацию по теме «Органосохраняющее лечение доброкачественных опухолей и рака почки T1N0M0». В 2009 г. ему присвоена высшая квалификационная категория врача-уролога. Присвоено звание доцента.

Основное направление научной и практической деятельности А. Н. Нечипоренко – хирургическое лечение недержания мочи при напряжении и генитального пролапса у женщин с использованием синтетических сетчатых протезов. Он является автором более 100 научных работ, в т.ч. 2-х учебных пособий, 4-х патентов на изобретение, 16 рационализаторских предложений.

Интересно, что основным мотивом выбора профессии врача как для профессора Нечипоренко, так и для его сына было влияние родителей – врачей. Ведь первые профессиональные навыки были заложены именно в семье. Семья – начало человека и его продолжение, а значит и продолжение истории. Династия Нечипоренко многое сделала для развития урологии на Гродненщине. И эти достижения будут долго служить людям.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ ПРОФПАТОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Могилевец О. Н., Алексо Е. Н., Котова Е. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме: В статье изложены этапы становления службы профпатологии в Гродненском регионе. Особое внимание уделено организации и функционированию областного центра профпатологии.

Ключевые слова: профпатология, областной центр профпатологии.

HISTORICAL ASPECTS AND CURRENT STATUS OF THE SERVICE OF OCCUPATIONAL MEDICINE OF THE GRODNO REGION

Mahiliavets V., Aleksa E., Kotava K.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Summary: The article describes the stages of formation of the service of occupational medicine in the Grodno region. Special attention is paid to the organization and functioning of the regional center of occupational medicine.

Key words: occupational medicine, regional center.

Развитие профпатологической службы в Республике Беларусь как самостоятельной дисциплины началось с 1925 г., с созданием в 1-й клинической больнице г. Минска отделения профпатологии. Первая медико-санитарная часть создана на Минском тракторном заводе в 1944 г. Уже в 1959 г. образованы территориальные кабинеты врачей-профпатологов, а в 1961 г. в Белорусском институте усовершенствования врачей была создана кафедра профпатологии.

Образование профпатологической службы Гродненской области связано с именем доцента Владимира Дмитриевича Устиловского (1930-2001), который после окончания аспирантуры и защиты диссертации был приглашен для работы на кафедру факультетской

терапии Гродненского медицинского института в 1966 г. Именно доцент Устиловский В. Д. начал преподавание дисциплины «профессиональные болезни» в рамках учебного процесса кафедры факультетской терапии, а затем возглавил самостоятельный курс профпатологии с 1973 года. С 1980 г. ассистентом, а затем доцентом курса являлся Зеньков Леонид Николаевич. В 1996 году он возглавил данный курс и в течение 20 лет был его руководителем.

С 70-х годов обследование пациентов с подозрением на профессиональное заболевание проводилось на базе Городской клинической больницы №2, что создавало определенные трудности при госпитализации пациентов из районов области. В связи с чем, профпатологические койки было решено перенести на базу Гродненской областной клинической больницы (в составе отделения пульмонологии, затем отделения терапии, отделения нефрологии, а с 2009 года 10 профпатологических коек входят в состав отделения аллергологии). Это обеспечило большую доступность для пациентов со всей области. Не смотря на это, окончательное установление диагноза профессионального заболевания в то время осуществлялось только в г. Минске.

Основной вехой становления службы в Гродненской области следует считать создание 1 октября 1995 года областного профпатологического центра (приказ №113/98-Л-1 от 28.09.1995 УЗО Гродненского облисполкома) с целью улучшения организации оказания медицинской помощи пациентам с профессиональными заболеваниями, улучшения и преемственности в работе общелечебной сети и профилактической службы, решения вопросов экспертизы временной трудоспособности, инвалидности и реабилитации пациентов с профессиональными заболеваниями. Руководителем областного профпатологического центра был назначен заведующий курсом профпатологии ГГМИ, доцент Зеньков Л. Н. (с 2005 по 2016 – заместитель главврача Гродненской областной клинической больницы по поликлинике Прокопович С. В., с 2016 – доцент кафедры фтизиопульмонологии Могилевец О. Н.)

В состав областного профпатологического центра функционально были включены: курс профпатологии медицинского института; профпатологические койки Гродненской областной клинической больницы; кабинеты профпатолога и аллерголога областной консультативной поликлиники; вспомогательные лечебно-диагностические подразделения и службы областной больницы.

При областном профпатологическом центре была создана также специализированная профпатологическая ВКК. Основные ее функции: решение вопроса рационального трудоустройства для лиц, работающих во вредных условиях труда; установление первичного диагноза профессионального заболевания (впервые в Республике Беларусь установление связи заболевания с профессией проводилось в областном центре); оформление документации на освидетельствование МРЭК; отбор пациентов для направления в Республиканский центр профпатологии для решения сложных и конфликтных случаев.

Также данным приказом были утверждены показания и порядок направления пациентов на консультацию и госпитализацию в стационарное отделение профпатологического центра, должностные инструкции врача-профпатолога и врача-члена ВКК. Одновременно предписывалось во всех районных и городских ТМО назначить одного из терапевтов ответственным за работу по медицинским аспектам профилактики, своевременной диагностике и оказанию лечебной помощи профессиональным больным. Право установления окончательного диагноза закреплялось только за областным центром профпатологии.

Кроме того, осуществлялась методическая работа по улучшению качества медосмотров (семинары, конференции), анализ работы в регионе. Проводились выездные циклы повышения квалификации по профессиональным болезням, специалисты областного центра проводили обучающие семинары по избранным вопросам профессиональной патологии для специалистов районного звена, осуществлялась стажировка на рабочем месте не только врачей области, но и из других регионов РБ (Гомель, Витебск, Орша).

Все эти меры положительно сказались на качестве медосмотров и выявляемости профессиональных заболеваний. Так, за 2000-2005 годы выявлялось в год от 19 до 43 случаев.

В настоящее время служба профпатологии занимается оказанием медицинской помощи работающему населению (472,3 тыс. человек в Гродненской области).

Структура службы профпатологии Республики Беларусь включает три уровня оказания помощи экономически активному населению: республиканский, областной и городской (районный).

На районном уровне осуществляется: проведение обязательных медицинских осмотров работающих с вредными и/или условиями

труда; решение вопросов профессиональной пригодности лиц, занятых на работах с вредными и/или условиями труда (в сложных случаях, при наличии конфликтных ситуаций – направление пациентов на консультацию в Областной Центр профпатологии); осуществляется работа по профилактике профессиональной патологии, а также её ранняя диагностика в районе обслуживания; выявление подозрений на профессиональные заболевания и направление пациентов на консультацию в Областной центр профпатологии; диспансерное наблюдение пациентов с профессиональной патологией.

На областном уровне осуществляется: обеспечение специализированной лечебно-профилактической помощью (в стационарных и амбулаторных условиях) населения региона, оказание организационно-методической, консультативной, квалифицированной стационарной и амбулаторной помощи пациентам с установленными профессиональными заболеваниями; определение в сложных случаях профессиональной пригодности лиц, занятых на работах с вредными и или опасными условиями труда; оказание консультативной помощи организациям здравоохранения области по лечебно-диагностическим вопросам пациентов профпатологического профиля; организационно-методическое руководство службой профессиональной патологии в регионе; оформление своевременно и в полном объёме документации для направления пациентов в Республиканский центр профпатологии, а также Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации по показаниям, в необходимых случаях, для решения вопросов трудовой экспертизы.

На республиканском уровне оказывается специализированная помощь пациентам с профессиональной патологией, определяется связь заболеваний с условиями труда, изменение или отмена диагнозов профессиональных заболеваний, решение сложных вопросов профессиональной пригодности лиц, занятых на работах с вредными и/или опасными условиями труда, проводятся научные исследования и осуществляется организационно-методическая помощь организациям здравоохранения.

С апреля 2018 в связи с изменениями в законодательстве (Постановления Совета Министров от 13 апреля 2018 г. № 286 «О внесении изменений и дополнений в постановления Совета Министров Республики Беларусь от 15 января 2004 г. № 30 и от

30 июня 2014 г. № 637»)), профессиональный характер заболевания устанавливается только МЭК Республиканского центра. Таким образом, через 22,5 года самостоятельное установление диагноза профессиональных заболеваний в областных центрах стало недоступным.

В 2015 году Гродненским областным центром профпатологии установлено 7 профессиональных заболеваний, в 2016 – 9, в 2017 – 7, в 2018 – 3. Следует, однако, обратить внимание, что установление профессиональных заболеваний в процентном соотношении по сравнению с республиканскими данными практически соответствует численности рабочей силы (Гродненская область 11% всей работающих, установлено профессиональных заболеваний 2015 – 7,84%, 2016 – 7,26%, 2017 – 6,86%, 2018 – 3,45%). При этом среди областей по выявлению профессиональных заболеваний Гродненская область находится на 3-м месте, в то время как по численности рабочей силы – на 5-м. На настоящий момент в областном центре профпатологии на диспансерном учете состоит 280 пациентов.

Обеспеченность Гродненской области врачами-профпатологами в настоящее время достаточно высокая (14,25 ставок, 17 физических лиц). Комиссии по проведению обязательных медицинских осмотров, работающих согласно постановлению МЗ РБ № 47 от 28.04.2010, имеются во всех районах области. В целом комиссии удовлетворительно укомплектованы врачами-специалистами. При этом весьма низкой остается обученность членов комиссий. Так повышение квалификации по специальности «Профпатология» имеют всего 21% врачей, а за последние 5 лет – только 12%.

Первоочередной задачей оптимизации работы по раннему выявлению профессиональных заболеваний является улучшение подготовки будущих специалистов по профпатологии на додипломном уровне, так как она является базисной и, довольно часто, единственной. Только на 5 курсе лечебного факультета предусмотрено изучение профессиональных болезней, которое носит ознакомительный характер, а на 6 курсе и в последующей подготовке (врач-стажер) изучение профессиональных болезней и нормативно-правовой документации службы профпатологии не предусмотрено, хотя после окончания медицинского университета многие специалисты, а не только терапевты, будут привлекаться для проведения медицинских осмотров.

Все затронутые проблемы могут быть решены, что будет способствовать оптимизации работы службы профпатологии и здравоохранения в стране в целом.

Литература:

1. Гродненский областной центр профпатологии: опыт работы, задачи, перспективы / Зеньков Л. Н., Прокопович С. В., Котова Е. В., Атьман В. Н., Дешко Т. А. // Здоровье и окружающая среда. – 2014. – №24, Т. 2. – С. 8-12.
2. Зеньков, Л. Н. Основные пути оптимизации работы службы профпатологии / Л. Н. Зеньков // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 27–29.
3. Зеньков, Л. Н. Служба профпатологии гродненского региона: вчера, сегодня, завтра / Зеньков Л. Н., Дешко Т. А. // Международная научно-практическая конференция «Медицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны»: сборник материалов / Э. А. Вальчук (отв. ред.), Е. М. Тищенко (отв. ред.). – Гродно, ГрГМУ, 2014. – С. 165-167.
4. Скепьян, Н. А. Профессиональные заболевания: Справочник / Н. А. Скепьян, Т. В. Барановская, Л. К. Першай ; под ред. Н. А. Скепьяна. – Мн.: Беларусь, 2003. – 336 с.

ПОДГОТОВКА КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ

Гарелик П. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В статье приводятся сведения, касающиеся развития учебной и научной работы в Гродненском государственном медицинском университете на рубеже 20-21 веков. Приведен кадровый потенциал профессорско-преподавательского состава и структура заведения. Отражены наиболее важные события и новации того времени, в частности аттестация и акредитация института на статус университета.

Ключевые слова: институт, университет, преподаватели, студенты, аттестация, акредитация, диссертации.

GRODNO STATE MEDICAL UNIVERSITY AT THE TURN OF THE CENTURIES

Garelik P. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Resume. The article provides information about the development of educational and scientific work in the Grodno State Medical University at the turn of the 20-21 centuries. The personnel potential of the faculty and the structure of the institution are given. The most important events and innovations of that time are reflected, particularly the certification and accreditation of the institute for university status.

Keywords: institute, university, teachers, students, certification, accreditation, dissertations.

Гродненский государственный медицинский институт был открыт согласно Постановлению Совета Министров БССР № 541 от 9 августа 1958 г. и приказу министерства здравоохранения БССР №75 от 14 августа 1958 г. При этом целью организации нового высшего учебного заведения была подготовка врачей и проведение научных исследований в западном регионе Беларуси. За короткое время усилиями тогдашнего руководства института, который возглавлял ректор Л. Ф. Супрон, а так же при помощи и содействии министерства здравоохранения, областных и городских властей достаточно быстро был сформирован успешный профессорско-преподавательский состав и ответственный студенческий коллектив.

В течение 36 лет (1962-1998 гг.) ректором университета являлся профессор Д. А. Маслаков, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки БССР, почетный гражданин г. Гродно, почетный доктор Гродненского и Белостокского медицинских университетов. Это была легендарная личность. Его организаторский талант и огромное трудолюбие позволили приумножить успехи коллектива в учебной, научной и лечебной работе.

В конце прошлого века, по прошествию 40 лет функционирования института (1998), на торжественном заседании, посвященном этой дате, были отмечены следующие факты. В институте в то время работало 308 человек профессорско-преподавательского состава, из них 39 докторов медицинских наук (12,6%) и 33 профессора, кандидатов медицинских наук 166 (53,9%),

5 профессоров и 101 доцент. Процент сотрудников, имеющих ученую степень, составлял 66,5% (процент остепененности) – это был на то время один из лучших показателей среди всех ВУЗов Советского Союза. В институте велась подготовка специалистов на следующих факультетах: лечебном, педиатрическом, медико-психологическом и медицинских сестер с высшим образованием.

За это время было подготовлено для практического здравоохранения 11383 врача, которые трудились в лечебных учреждениях не только Беларуси, но и многих регионах Советского Союза и за рубежом. В институте успешно проводились научные исследования. За это время были защищены 56 докторских и более 230 кандидатских диссертаций. Если в первые годы становления института в кадровой политике была ставка на приезжих ученых, то в последние годы столетия выпускники института защитив кандидатские и докторские диссертации стали заведующими кафедрами, вошли в руководство института. Первым выпускником нашего института, ставшим заведующим кафедрой (биологии) в 1967 году был доцент В. П. Андреев. В 1987 году впервые деканом лечебного факультета становится наш выпускник, доцент И. П. Протасевич, а выпускник первого выпуска профессор М. В. Борисюк назначен проректором по научной работе.

В 1998 г. произошла смена руководства, и институт возглавили все выпускники Гродненского медицинского института. Ректором был назначен профессор Гарелик П. В., проректором по учебной работе – доцент Жук И. Г., проректором по науке – профессор Зиматкин С. М., проректором по лечебной работе – доцент Ковальчук В. И. Были назначены новые деканы факультетов. Министерством здравоохранения на то время были поставлены следующие задачи: произвести смену поколений среди сотрудников кафедр и структурных подразделений и привести штатное расписание в соответствие с нормативами; увеличить набор студентов: в 1998 году набор на первый курс составлял 290 человек, в 2008 году он был доведен до 950 человек; активизировать научную работу; улучшить материально-техническую базу института – главный корпус и другие учебные корпуса и общежития нуждались в ремонте.

Но самая главная задача, которая стояла перед молодым руководством института – пройти государственную аттестацию и аккредитацию и подняться на новую ступень развития – стать профильным университетом. Необходимо отметить, что единого

мнения насчет акредитации «институт-университет» не было как в министерстве здравоохранения, так и среди ректорского корпуса. Бывший ректор Витебского медицинского института А. Н. Косинец был явным сторонником университетского пути развития, а вот ректор Минского медицинского института П. И. Беспальчук, наоборот, был противником этого процесса. Его поддерживал в то время очень авторитетный ректор Минского института усовершенствования врачей А. В. Руцкий. Этот вопрос обсуждался на ректорате нашего института, и большинство участников дискуссии были за университетский путь развития, к нам присоединились гомельские коллеги, и после длительных дебатов победила первая точка зрения. Первым прошел аттестацию и акредитацию Витебский медицинский институт, мы были вторыми, минчане третьими. Необходимо отметить, что это мероприятие не было простой сменой вывесок. За время подготовки и проведения лицензирования была проделана огромная работа. Прежде всего, уделялось большое внимание качеству образовательного процесса в ВУЗе. Были заново переработаны и усовершенствованы программы преподавания и учебные планы по всем предметам. Была введена трехуровневая система контроля знаний. Разработаны критерии оценок по дисциплинам. Внедрена контролируемая самостоятельная работа студентов.

Были заново, с учетом современных реалий, разработаны положения о ректорате, деканате, факультете, кафедре, структурных подразделениях университета. Были разработаны, обсуждены в коллективах преподавателей и студентов и приняты положения о гербе, флаге и гимне университета. Для поддержки талантливой студенческой молодежи и поощрения отличников учебы в 2002 году были учреждены персональные стипендии Совета ГрДМУ. За время аттестации и акредитации институт посетили порядка 60 экспертов, среди них много известных ученых медицинских и других ВУЗов нашей республики. Выступая в должности экспертов, они проверили работу буквально всех кафедр и структурных подразделений института, оценили ее качество, внесли ряд предложений. Общая оценка работы института была положительной, заложенный потенциал на перспективу имелся, в связи, с чем 31 октября 2000 г. приказом Министра здравоохранения нашему институту по результатам аттестации и акредитации присвоен статус университета.

За эти годы была значительно активизирована научная работа. Происходила смена поколений. Пришедшим на смену опытным и

заслуженным преподавателям, новым заведующим кафедрами, была поставлена задача в максимально короткие сроки защитить докторские и кандидатские диссертации. В большинстве своем молодые сотрудники оправдали оказанное доверие. За этот промежуток времени (1998-2010) была защищена 31 докторская диссертация и более 100 кандидатских диссертаций. Так, в год пятидесятилетия университета (2008 г.) в нашем учебном заведении работало 48 докторов и 165 кандидатов медицинских наук, среди них 34 профессора и 112 доцентов. Это один из самых успешных периодов по развитию науки в истории университета. Во многом успешной защите диссертаций способствовало открытие в нашем институте 3 специализированных советов по защите диссертаций. В результате научных достижений в это время сформировались и были официально признаны 11 научных школ. В 2000 году впервые выпускник университета, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, профессор С. И. Болтрукевич получил почетное звание «Заслуженный деятель науки Беларуси». Ранее аналогичное звание получили профессора Д. А. Маслаков и М. В. Кораблев. В 2007 году этого звания удостоен профессор П. В. Гарелик. Среди юбилейных мероприятий заметным событием было открытие памятника животным за их неоценимый вклад в развитие науки. Начал издаваться журнал Гродненского государственного медицинского университета, первый номер которого вышел в 2003 году. В настоящее время это авторитетное издание, которое входит в перечень «Ваковских публикаций».

Активизировалась издательская деятельность – в университете начали издаваться не только монографии, но и учебные пособия и учебники с грифом МО РБ. Студенты стали учиться по учебникам своих преподавателей. Для повышения жизнестойкости была проведена большая работа по реорганизации сестринского факультета. Последний был преобразован с факультета главных медицинских сестер в факультет медицинских сестер с высшим образованием, кроме очной введена заочная форма обучения. В течение нескольких лет в инстанциях разного уровня приходилось отстаивать право на существование единственного в РБ медико-психологического факультета. Единого мнения, в каком университете (медицинском и педагогическом) должны готовиться медико-психологи, не было. Благодаря стараниям многих сотрудников нашего университета и прогрессивной позиции тогдашнего ректора

БГУ В. И. Стражева этот вопрос был снят, факультет сохранен. Выпускники этого факультета своей отличной работой подтвердили правильность принятого тогда решения.

Велением времени стало открытие 2 новых кафедр: психологии и педагогики и поликлинической терапии, а также создание нового факультета – медико-диагностического.

Начало нового века для университета ознаменовалось значительной активизацией международного сотрудничества. Были налажены тесные связи с учебными медицинскими центрами Польши, России, Литвы, Украины, Германии. Университет в 2006 году был включен в ассоциацию балтийских университетов. Наши преподаватели начали ездить на стажировки и повышение квалификации не только в Россию, но и Польшу, Германию и другие страны. Заметным явлением было прохождение практики нашими студентами в медицинских академиях Польши и во «Фrankenвальд-клиник» (Кронах, Германия). Это движение студентов было взаимным – польские студенты с удовольствием проходили практику в клиниках нашего университета.

Одновременно ректоратом и деканатом решалась задача по расширению экспорта образовательных услуг. В университете уже велось обучение иностранных граждан. С целью увеличения их количества нами впервые среди медицинских ВУЗов РБ в 2003 году организовано преподавание всех предметов иностранным студентам на английском языке. Наш университет стал более привлекательным для иностранных граждан, расширилась география стран, присылавших на обучение студентов. В отдельные годы обучалось до 300 иностранных студентов (больше не позволяли возможности общежития) из 26 стран.

Наряду с учебной и научной деятельностью большинство сотрудников университета, являясь врачами и имея степень кандидата или доктора медицинских наук выполняли большой объем клинической работы. Ученые университета внедрились в практику учреждений здравоохранения значительное число оригинальных методов диагностики, лечения и реабилитации, получили свидетельства на изобретения и патенты. Основными видами клинической работы были: участие в консилиумах; обходы и курация сложных больных; оказание экстренной высококвалифицированной помощи, в том числе с выездами в районные больницы Гродненской

и Брестской области; выполнение высокотехнологичных оперативных вмешательств.

За эти годы значительно укреплена материально-техническая база университета, проведен капитальный ремонт учебных корпусов, 3-го общежития, начат ремонт 5-го общежития, изготовлена проектно-сметная документация на строительство нового общежития. Но главным капиталом университета оставались его преподаватели, самоотверженный труд которых сложно переоценить. Для поощрения лучших преподавателей профессорско-преподавательского состава в 1999 году была учреждена медаль «За заслуги перед Гродненским государственным медицинским университетом». В этом же году учреждено звание почетного доктора «Doctor honoris cause» Гродненского государственного медицинского университета, которое получили самые заслуженные люди как нашего университета, так и сотрудники других, в том числе иностранных университетов за их вклад в становление и развитие университета. Важным событием в жизни университета было открытие в 2007 году портретной галереи «Ректоры и профессора Гродненского государственного медицинского университета». Была увековечена память особой категории профессорско-преподавательского состава – профессоров – той когорты преподавателей, которые формируют имидж университета как внутри страны, так и за рубежом.

Таким образом, на рубеже XX-XXI веков Гродненский медицинский институт в течение своего 40-летнего развития сформировался в солидное высшее учебное заведение РБ, приобрел университетский статус и продолжает успешно развиваться. Нынешнее руководство и преподаватели университета бережно сохраняют традиции прошлых лет и, самое главное, не стоят на месте, приумножают славу университета, вносят свои новации в учебную, научную и лечебную работу.

БАЗОВЫЕ НАВЫКИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ХИРУРГОВ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Довнар И. С., Мармыш Г. Г., Дубровщик О. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В статье рассмотрена роль симуляционного обучения при подготовке хирургов в медицинском университете. Освоение базовых навыков приобретает особое значение при обучении эндоскопическим операциям.

Ключевые слова: симулятор, базовые навыки, эндовидеохирургия.

BASE SKILLS OF ENDOVIDEOSURGERY IN THE SYSTEM OF SURGEONS TRAINING AT MEDICAL UNIVERSITY

Dovnar I. S., Marmysh G. G., Dubrovshchik O. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The resume. The role of simulators by training of surgeons at medical university is examined in the article. Master of base skills is very important for training of endoscopic operations.

Keywords: simulator, base skills, endovideosurgery.

Нет сомнений в том, что широкое внедрение и использование видеолапароскопии, которое началось в начале 90-х годов прошлого века, существенно улучшило результаты диагностики и лечения пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Поэтому в настоящее время полноценная подготовка хирургов в медицинском университете должна основываться на внедрении и совершенствовании оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, к которым относятся и лапароскопические методы хирургических вмешательств. Преимущества их хорошо известны врачам и пациентам, количество вмешательств довольно быстро увеличивается. В прошлом обучение лапароскопической хирургии в основном осуществлялось по методике «из рук в руки», которая была вынужденной, но далеко не

самой результативной. Имеющиеся данные свидетельствуют, что уровень мастерства хирургов не всегда удовлетворяет современным требованиям. В результате исследований доказано, что наиболее оптимальной методикой подготовки мануальным навыкам являются симуляционные способы (1, 2). В лечебных учреждениях нет возможности обеспечения необходимыми симуляторами хирургов, обучающихся технике лапароскопических вмешательств. Эту задачу призваны решать хирургические кафедры медицинских университетов.

Одним из важнейших процессов в обучении студентов технике выполнения хирургических операций является овладение базовыми навыками лапароскопической хирургии. Они могут осваиваться на начальном этапе в простейших «коробочных» тренажерах. В интернете множество описаний таких устройств. Их изготавливают самостоятельно студенты из любых закрытых боксов (пластиковых, картонных, деревянных), а изображение получают путем применения веб-камер компьютеров и планшетов. Удлиненные инструменты, введенные через изготовленные технологические отверстия, позволяют осуществлять выполнение вначале простых, а в последующем и сложных навыков, контролируя движение инструментов только на экране монитора.

Хорошо оснащенные механические видеотренажеры являются достаточно дорогим оборудованием. Это связано с тем, что требуется наличие видеокамеры, синхронизированной с монитором, лапароскопических инструментов и расходного материала для освоения навыков (иглы с нитками, салфетки, клипсы).

Учебный процесс в данном случае не ограничивается только созданием специального класса с необходимым оснащением. Процесс освоения навыков требует присутствия преподавателя вначале для демонстрации манипуляции, а затем для контроля выполнения студентами и корректировки их действий. Таким образом, выполнение данных навыков является достаточно трудоемкой деятельностью и требует постоянного тандема преподаватель – студент. В этом практически нет необходимости при работе на виртуальном симуляторе и хотя его первичная стоимость выше, но при тщательной калькуляции она не кажется чрезмерной.

Виртуальный лапароскопический тренажер – симулятор является следующей логичной ступенью получения эндоскопических базовых навыков. Его преимущество обусловлено возможностью

выполнения самых разнообразных оперативных вмешательств при наличии соответствующих программ. Существенным недостатком наиболее простых виртуальных тренажеров является отсутствие тактильного ощущения при контакте инструментов с тканями, поэтому постоянно ведутся работы над повышением их реалистичности. Однако для эффективности тренинга в первую очередь внимание должно быть уделено отработке основных мануальных навыков. Последние необходимы для выполнения всех (!) эндохирургических вмешательств. Именно поэтому в последние годы появился ряд виртуальных или виртуально-дополненных устройств, ориентированных именно на базовые навыки, а не отдельные лапароскопические вмешательства. Типичным примером является симулятор ЛапСим.

Тренажер представляет собой базу-подставку с тремя портами, в которые вводятся лапароскопические инструменты и видеокамера. Данное устройство может быть установлено в любом помещении.

Обучение на тренажере осуществляется в соответствии с международными стандартами выполнения лапароскопических операций. Для работы на симуляторе в начале курса студент выбирает язык, создает и входит в аккаунт. Это за него может сделать преподаватель. Преподаватель, исходя из учебных целей, изначального уровня подготовленности и отведенного на занятия времени, присваивает студенту один или несколько учебных курсов, выбирая их из общего списка имеющихся десяти вариантов. Они различаются по количеству и разнообразию заданий, уровню сложности выполнения, формируемым целевым навыкам. Всего в курсах комбинируется 40 упражнений, каждое из которых может быть настроено на различные уровни сложности. Небольшие курсы содержат всего несколько заданий, а в самый объемный включены все сорок. Для того чтобы обучающийся продвигался поступательно, шаг за шагом формируя свои мануальные навыки, в списке для него выделены все задания, но к выполнению доступно лишь первое.

Студенты без предшествующего опыта выполнения лапароскопических операций отрабатывают на симуляторе в виртуальной среде различные упражнения, в том числе тупую и острую диссекцию, захват, подъем, клипирование и эндохирургический шов.

Сначала студент выбирает курс из отведенных ему преподавателем и получает список отдельных упражнений. Перед

началом каждого во вкладке демонстрируется инструкция – видеоролик с комментариями по выполнению манипуляции. Если остались неясные моменты, видеоинструкция может быть повторена в любой момент.

Затем обучающийся приступает к выполнению задания, нажимает кнопку «старт» и берет в руки инструменты, введенные в порты, подвижно зацепленные на настольной базе-подставке. Программа воспроизводит движение рук уже в виртуальной реальности на экране – в виде движений инструментов и взаимодействия их с объектами, тканями, органами. По завершению задания выводится подробный отчет о результатах манипуляций.

Первым заданием является «Навигация камерой». Студенту необходимо найти в полости объект (желчный пузырь) и, наведя на него камеру, удержать несколько секунд на экране неподвижно. Задачу необходимо выполнить в кратчайший срок, стараясь двигаться быстро, но точно и экономно, не задевая окружающие ткани, в то же время держать горизонт и учитывать эффект рычага.

Далее уровень сложности упражнений нарастает – сначала необходимо научиться работать обеими руками («Навигация инструментами»), затем координировать их движения («Координация инструментов»). Постепенно манипуляции усложняются и становятся более реалистичными – необходимо научиться работать электрохирургическим крючком, ножницами, клиппатором, ультразвуковыми ножницами, эндо-мешком. Наконец, итоговым упражнением является прошивание тканей и интракорпоральное завязывание узла.

По мере выполнения заданий и достижения необходимого уровня студенту предоставляется возможность выполнения следующего упражнения. Этот подход формирует для каждого обучающегося его индивидуальную учебную траекторию. Переход от одного задания к следующему осуществляется независимо от инструкций преподавателя или даже в его отсутствие. Подобные функции помогают будущему эндохирургу проходить весь курс практически самостоятельно.

После освоения базовых навыков студенты приступают к выполнению лапароскопической операции полностью – лапароскопической холецистэктомии, аппендэктомии и остальных, в зависимости от наличия программ в данном симуляторе.

Безусловным преимуществом виртуального тренажера является наглядная демонстрация целой группе студентов выполняемых различных манипуляционных упражнений. Особенно это актуально при возрастающем увеличении набора студентов. Широкое применение симуляторов позволит значительно снизить присутствие студентов в операционной в качестве наблюдателей, что благоприятно скажется на санитарно-гигиеническом и противоэпидемическом режиме в операционном блоке. Демонстрация выполнения манипуляций во много раз эффективнее самого подробного описания, даже с приведением многочисленных иллюстраций. Кроме этого, разрешать неподготовленному студенту выполнение манипуляций у пациента не совсем этично.

Таким образом, приобретение эндоскопических навыков выполнения операций на виртуальном тренажере в настоящее время следует рассматривать как обязательный этап между аудиторной подготовкой и клинической практикой.

Литература:

1. Горшков М.Д., Федоров А.В. Классификация по уровням реалистичности оборудования для обучения эндохирургии // Виртуальные технологии в медицине.-2012.-№1(7).-С.35-39.
2. Мар М.А., Ходж Д.О. Конструктивная валидность симуляционных учебных модулей «Хирургический пинцет» и «Антитремор на переднем отрезке» // Виртуальные технологии в медицине.-2010.-№2(4).-С.20-32.

КАДРЫ ВЫСШЕЙ НАУЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ БЕЛАРУСИ

**Сачек М. М., Малахова И. В., Дудина Т. В., Ёлкина А. И.,
Василевская М. Г.**

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
Минск, Беларусь

Резюме. Оценена эффективность подготовки кадров высшей научной квалификации в медицинских университетах и организациях здравоохранения Беларуси за 2014-2018 гг.

Ключевые слова. Научные кадры, здравоохранение, высшая научная квалификация.

TRAINING OF PERSONNEL OF HIGHER SCIENTIFIC QUALIFICATION FOR THE HEALTHCARE OF BELARUS

**Sachek M. M., Malakhova I. V., Dudina T. V.,
Yolkina A. I., Vasileuskaya M. G.**

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies,
Informatization, Management and Health Economics of the Ministry of Health of the
Republic of Belarus (RSPC MT), Minsk

Resume. The effectiveness of the training of higher scientific qualifications in medical universities and health organizations of Belarus for 2014-2018 has been evaluated.

Key words. Scientific shots, health protection, higher scientific qualification.

Основная цель подготовки кадров высшей научной квалификации в учреждениях системы Минздрава – развитие трудовых ресурсов научной организации в соответствии с потребностями отрасли здравоохранения. Поэтому оценка эффективности подготовки и использования научных кадров высшей научной квалификации становится важнейшим элементом управления персоналом.

По данным литературы основное внимание государственной кадровой научной политики уделяется вопросам планирования численности и структуры кадров на основе прогноза потребности, средств оценки эффективности научного труда и персонала, диагностики кадровой ситуации, оценки движения кадров, характера процессов развития медицинской науки. Решение этих задач требует совершенствования технологий учета и оценки кадрового потенциала, мониторинга кадрового потенциала и, наконец, создания современной системы комплексной оценки научного потенциала отрасли на основе использования единых методологических подходов.

В этом аспекте кадровой научной политики во многих странах основное внимание уделяется планированию подготовки кадров высшей научной квалификации. В нашей республике плановое управление подготовкой научных кадров высшей квалификации осуществляет Государственный высший аттестационный комитет Республики Беларусь [1]. Подготовка ученых-медиков проводится по

традиционной схеме: аспирантура (соискательство) и докторантура в соответствии с планом Минздрава, формирующимся на основе ежегодного анализа результативности научных организаций и определения перспективной потребности в кадрах. В соответствии с инструкцией об оценке результатов научной деятельности, утв. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.12.2011 N 1236 (ред. от 01.12.2014) "Об утверждении Инструкции об оценке результатов научной деятельности" в РНПЦ МТ ежегодно проводится оценка результативности отраслевой науки, включающая оценку кадрового потенциала науки, движения научных кадров, эффективности их подготовки с формированием соответствующих информационных баз данных [2].

Цель работы – дать общую характеристику кадрового научного потенциала отрасли здравоохранения и оценить эффективность подготовки кадров высшей научной квалификации в организациях Минздрава за 2014-2018 гг.

На начало 2019 г. по представленным отчетным материалам 26 научных организаций системы здравоохранения отраслевой наукой занимались 3729 научных работников, причем более половины из них (57,36 % или 2139 человек) имели ученые степени. Свыше 1000 человек продолжают работу над диссертациями, из которых – 217 на соискание ученой степени доктора медицинских наук, большинство из которых трудятся в высших учебных заведениях.

В практическом здравоохранении республики работает значительно меньшее количество специалистов с ученой степенью – 320 человек, (292 – кандидата и 28 докторов наук). Из этого числа высококвалифицированных специалистов 1510 человек имели ученые звания (2017 год – 1465). Среди них – 5 академиков НАНБ, 11 членов-корреспондентов НАНБ, из которых 22 – заслуженные деятели науки Беларуси, 305 профессоров и 1202 доцента. 60 человек являются членами иностранных общественных академий, что подтверждает развитие научных связей белорусских ученых-медиков с международной научной медицинской общественностью, хотя этот показатель имеет некоторую тенденцию к снижению.

Следует отметить, что в возрастном аспекте среди ученых-медиков преобладают сотрудники предпенсионного и пенсионного возраста. Среди докторов наук – это 85,86 % от общего числа докторов (334 человека), а среди кандидатов наук – 49,14%

(860 человек). Характерная для последних лет картина постарения специалистов, занимающихся медицинской наукой, наглядно свидетельствует о необходимости государственной поддержки научных школ и молодых специалистов на ближайшие годы. Тем не менее, увеличивается численность молодых ученых, обучающихся в аспирантуре и работающих над кандидатскими диссертациями.

Государство оказывает помощь молодым ученым. Так, в 2018 г. были установлены стипендии Президента Республики Беларусь 14 аспирантам и 9 молодым ученым, преимущественно из медицинских университетов. 497 студентов медицинских университетов республики стали лауреатами конкурса научных работ.

Как показывает опыт предыдущих лет, в целом кадровый потенциал медицинской науки Беларуси в количественном выражении более чем достаточен.

На рис.1 и 2 отражена динамика изменений численности специалистов высшей научной квалификации в научно-исследовательских организациях (НПО) системы Минздрава за последние 5 лет и эффективность их подготовки (соотношение запланированных и защищенных диссертаций).

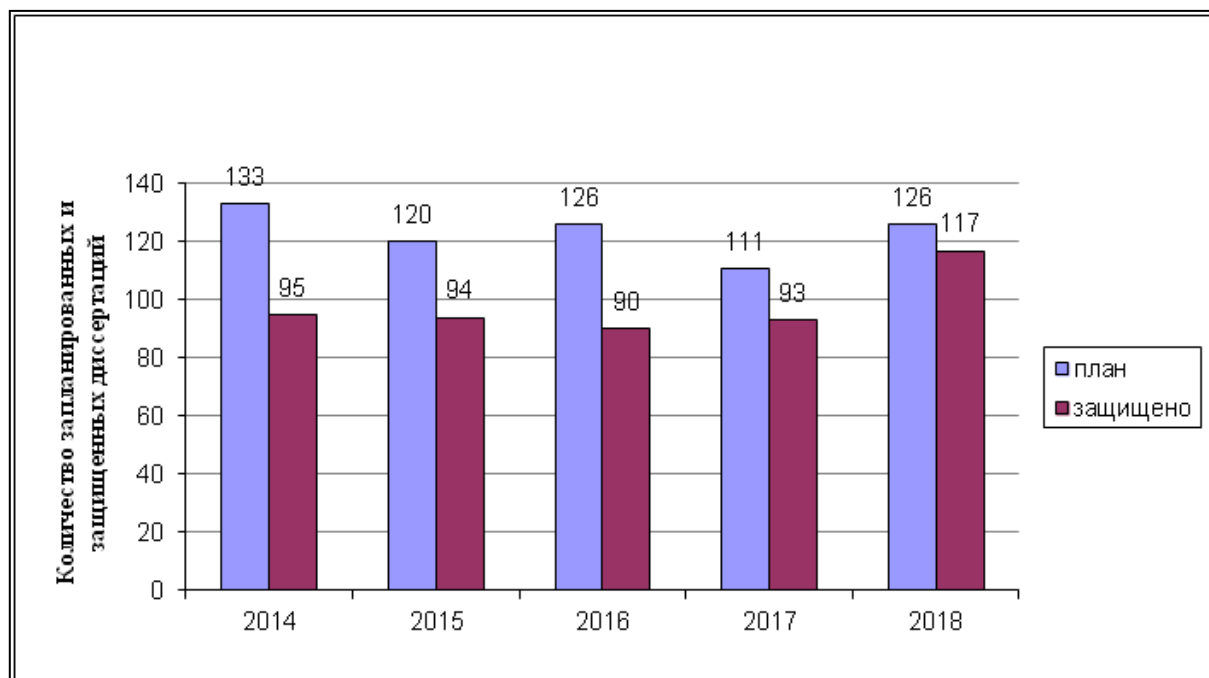


Рис.1. Количество запланированных и защищенных кандидатских диссертаций в НПО системы Минздрава за период 2014-2018 гг.

Нами представлена только количественная характеристика подготовки специалистов высшей научной квалификации в научно-исследовательских организациях системы Минздрава, отражающая стабильный и постоянный рост числа подготовленных и защищенных специалистов, продолжающих после защиты диссертации работать в организациях Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Ежегодно в подведомственных Минздраву организациях защищается в среднем около 10-20 докторских и около 100 кандидатских диссертаций, преимущественно специалистами учреждений высшего образования.

Этот уровень ежегодных защит диссертаций за последние пять лет позволяет поддерживать в научных организациях Минздрава Республики Беларусь количество кандидатов наук на уровне 1220-1400 человек, а докторов наук – на уровне 325 – 360 сотрудников.

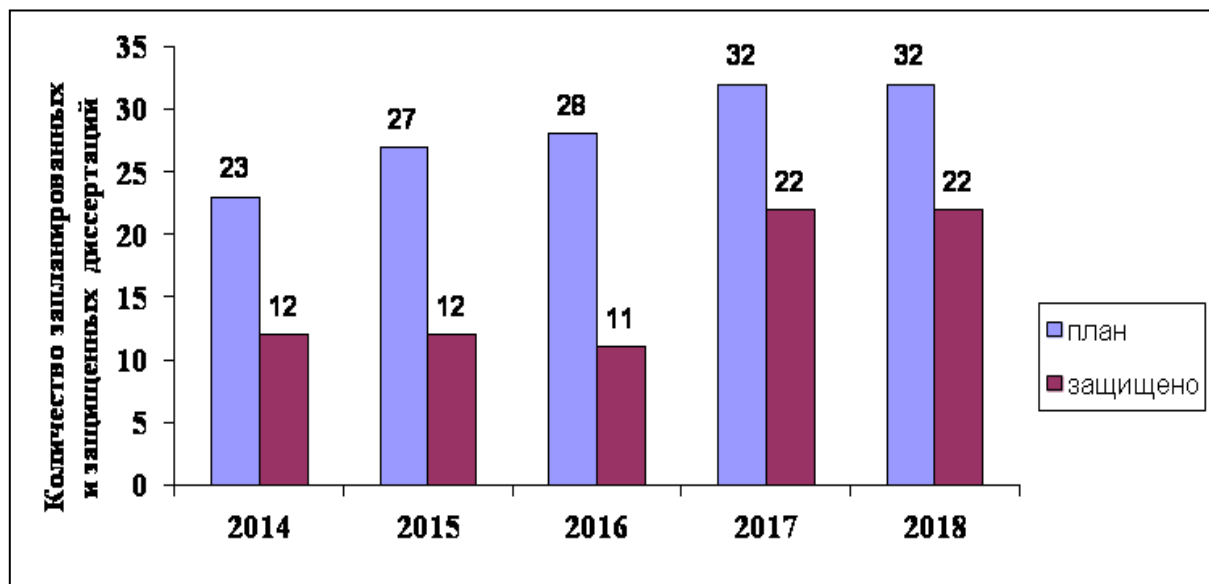


Рис.2. Количество запланированных и защищенных докторских диссертаций в НИО системы Минздрава за период 2014-2018 гг.

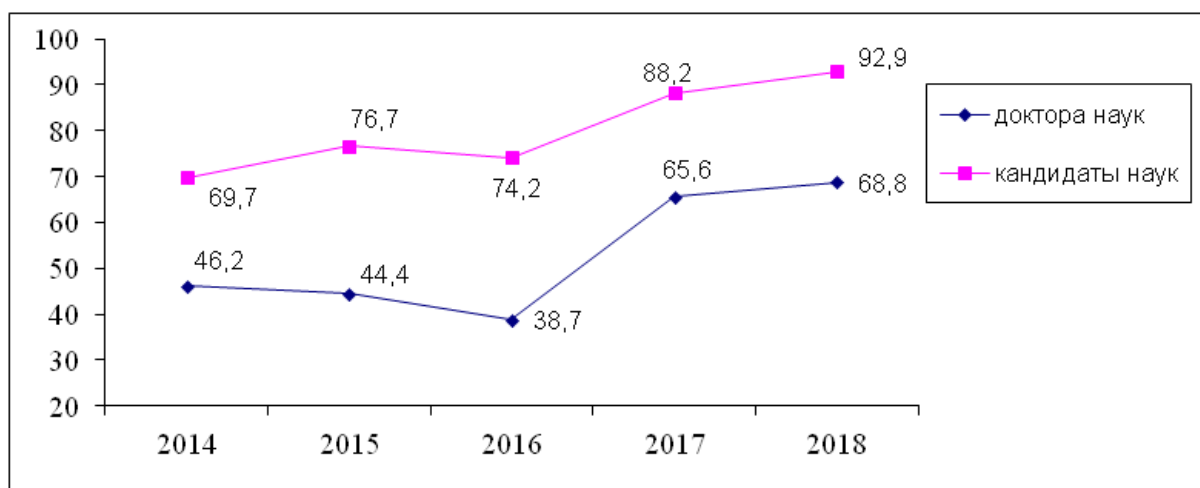


Рис.3. Эффективность подготовки кадров высшей научной квалификации за 2014-2018 гг. (отношение числа защищенных диссертаций к планируемым, %)

И, тем не менее, как видно на рис.3, эффективность подготовки кадров высшей научной квалификации в организациях республики за последние годы хоть и имела тенденцию к росту, но не достигала запланированных величин. Последнее требует пересмотра подходов к планированию и подготовке к защите соискателей степеней кандидатов, и, особенно, докторов наук.

В целом, в системе здравоохранения республики работает значительное количество ученых-медиков, которые выполняют огромную по значимости работу, и не только научную. Сегодня важнейшими достижениями ученых отрасли здравоохранения являются разработка и внедрение медицинских технологий в работу организаций практического здравоохранения – новых методов оказания медицинской помощи (диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и организационных форм работы учреждений здравоохранения), включая разработку соответствующих инструкций по их применению. К примеру, только в 2018 г. было разработано и утверждено 345 новых методов и медицинских технологий (2017 год – 214). При этом в практическое здравоохранение внедрено 799 методов и технологий, а также подготовлено клинических протоколов диагностики и лечения, санитарных норм, правил и гигиенических нормативов и т.д. – всего 523 документа. Это отражает достаточно высокий и ежегодно растущий уровень результативности ученых-медиков республики.

Эффективное же использование научного кадрового потенциала зависит от рациональной структуры кадров, занятых в науке, их

квалификации, степени подготовленности, творческих интеллектуальных способностей, обеспечивающих рост научного знания и использования современных методов оценки этих показателей, а также комплексных показателей конечного научного продукта. Это свидетельствует о необходимости постоянного улучшения национальной системы формирования, учета, контроля, оценки развития и сохранения кадрового потенциала страны.

Литература:

1. Указ Президента Республики Беларусь от 16.12.2013 N 560 (ред. от 28.02.2018) "О некоторых вопросах Высшей аттестационной комиссии и внесении изменений и дополнений в отдельные указы Президента Республики Беларусь" (прил. Положение о Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь). Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 20.12.2013, 1/14692.

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.12.2011 N 1236 (ред. от 01.12.2014) "Об утверждении Инструкции об оценке результатов научной деятельности" [КонсультантПлюс].

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ

Перевалов Я. О.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет, Витебск, Беларусь

В статье рассматриваются аспекты подготовки студентов медицинских специальностей в условиях инновационного развития современного общества, вопросы подготовки высококвалифицированных медицинских кадров.

Ключевые слова: инновационное, студент-медик, интеллектуальный, системный

SOME ASPECTS OF PREPARATION OF STUDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES OF THE REPUBLIC OF BELARUS IN THE CONDITIONS OF INNOVATIVE DEVELOPMENT

Perevalov Y. O.

Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University, Vitebsk, Belarus

The article deals with the aspects of training medical students in the innovative development of modern society, the issues of training highly qualified medical personnel.

Keywords: innovative, medical student, intellectual, systemic

Стратегической целью любого государства в процессе развития общества является создание высококвалифицированной, инновационной, конкурентоспособной на мировом рынке, социально ориентированной экономики страны, обеспечивающей устойчивое социально-экономическое развитие и повышение качества жизни населения. На современном этапе становления инновационного общества в Республике Беларусь поставлена цель на построение инновационной экономики с максимальной отдачей, что в свою очередь не возможно без подготовки квалифицированных кадров которые смогли бы в своей практической деятельности опираться на современные, передовые технологии и мировой опыт. Одной из основных задач для выполнения данной цели является построение национальной инновационной системы, достижение качественно нового (инновационного) технологической организации в отраслях экономики, развитие интеллектуального потенциала и творческой активности населения. Без опоры на науку невозможно добиться высоких результатов в инновационной деятельности в любой сфере. В период инновационного развития всего мирового общества наука становится главным ресурсом экономики. Особенно это актуально в процессе подготовки медицинских кадров, будущих специалистов в области здравоохранения.

По уровню медицинского образования и интеллектуального потенциала Республика Беларусь входит в число развитых стран, у которых есть исключительный исторический шанс на основе реализации интеллектуального потенциала обеспечить прорыв к качественно новому технологическому обществу.

Для создания высокоэффективной системы подготовки медицинских кадров особую значимость приобретает система подготовки кадров высшей квалификации в сфере медицинской науки и инноваций, вопросы совершенствования подготовки научных кадров высшей квалификации в условиях инновационных преобразований. Для повышения результативности научных исследований и активного вклада ученых в инновационное развитие медицины, обеспечения демографической безопасности страны и создания приоритетных, конкурентоспособных на мировом рынке медицинских и иных технологий особую значимость приобретает проблема кадрового обеспечения системы подготовки медицинских кадров специалистами медицинского профиля высшей квалификации. Современные технологии предполагают соответствующий уровень подготовки кадров [1].

В основе любых знаний лежат фундаментальные исследования. Они помогают формировать научную картину мира, закладывают основы новых и инновационных технологий, способствуют развитию современной практики. Современные научные открытия в области здравоохранения происходят на стыке медицинской практики и фундаментальных исследований. В связи с этим вопросы подготовки кадров медицинского профиля высшей квалификации, докторов и кандидатов наук, ее совершенствования в условиях инновационных преобразований приобретают особую значимость. С этой целью в республике, наряду с повышением требований к качеству диссертационных работ, к претендентам на соискание ученых степеней и присвоение ученых званий, создаются механизмы стимулирования интеллектуальной и творческой деятельности в сфере образования и науки, успешно развивается система грантовой поддержки аспирантов и молодых ученых, как на Республиканском, так и на университетских уровнях. В Республике Беларусь сохранены лучшие традиции белорусской науки такие как: сочетание активности талантливой молодежи с опытом и практикой старшего поколения. Для участия талантливой молодежи в научной и инновационной деятельности в Республике Беларусь создаются благоприятные условия ее адаптации и закрепления в сфере образования и науки. Тут особую роль играет подготовка кадров высшей квалификации в системе образования. Зависимость науки и образования обратно пропорциональная. Большая часть докторов и кандидатов наук в сфере здравоохранения работают в системе медицинского

образования нашей страны, многие из них совмещают преподавательскую работу с реальной практической, медицинской деятельностью. Современный преподаватель, который располагает информацией о современных научных мировых достижениях, через учебный процесс передаёт их студенту, тем самым вносит элемент новизны в учебный процесс. Если не осуществляются моменты передачи нового, инновационного опыта развития современных научных сведений то и падает качество самого учебного процесса, что в свою очередь ведёт и к снижению уровня подготовки будущего специалиста (врача). Для этого необходимы талантливые, инициативные, креативные педагоги, ученые с высоким уровнем квалификации, которые бы способствовали раскрытию творческого потенциала студентов-медиков, смогли обогатить их самыми современными знаниями и достижениями в области медицинской науки и технологии. Вместе с тем существенной проблемой, сдерживающей дальнейшее совершенствование подготовки будущих врачей, их профессиональный рост, в условиях инновационных преобразований является недостаточно эффективная форма осуществляемой международной научной и творческой кооперации студентов-медиков в мировое пространство. Многие страны мира, в том числе и Республика Беларусь, не могут обеспечить подготовку медицинских кадров, проведение научных исследований по всем специальностям и направлениям. Вне международного сотрудничества это потребовало бы колоссальных затрат. Поэтому знание и использование результатов научных исследований зарубежных стран в области медицины, материально-технической базы ведущих научных центров мира, международного опыта в научной сфере является жизненной необходимостью подготовки медицинских кадров. Необходимо использовать мировой опыт, который перенимается в результате международного научно-технического сотрудничества, в развитии новых технологий, диагностики, профилактики, лечения и реабилитации пациентов.

Расширение возможности прямых контактов с зарубежными учебными заведениями и центрами, возможности обмена студентами и преподавателями в ведущих зарубежных научных и учебных центрах, возможностей стажировки за границей, широкого участия в международных кооперативных исследовательских программах, в реализации ряда международных проектов, перенимание прогрессивного, передового, инновационного опыта в медицине будут

способствовать не только интенсификации в области подготовки высоко подготовленных специалистов, но и совершенствованию всей системы подготовки медицинских кадров и решению задач инновационного развития всей системы здравоохранения по интенсивно развивающимся направлениям, которые связаны с молекулярной биологией, трансплантологией, генной инженерией, биотехнологией, медицинской робототехникой и др.

Литература:

1. Ф.И. Висмонт Материалы международной научно-практической конференции «Инновации и подготовка научных кадров высшей квалификации в Республике Беларусь и за рубежом» / Под ред. И.В. Войтова. – Минск: ГУ «БелИСА», 2008. – 316 с.

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К БИОЭТИКЕ КАК ОСНОВЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Губарь Л. М., Смирнова Г. Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Проведен анализ среди врачей и студентов медицинских ВУЗов таких понятий биоэтики и медицинской этики как эвтаназия, этика аборта, суррогатное материнство, клонирование, использование стволовых клеток и других.

Ключевые слова. Биоэтика, студенты, врачи, экологическое мировоззрение.

STUDY OF ATTITUDE TOWARD BIOETHICS AS BASIS OF ECOLOGICAL WORLD VIEW IN THE MODERN WORLD

Gubar L. M., Smirnova G. D.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The analysis among doctors and students of medical universities of such concepts of bioethics and medical ethics as euthanasia, ethics of abortion, surrogacy, cloning, use of stem cells and others.

Key words. Bioethics, students, doctors, ecological outlook.

Актуальность. Для современного человека уже давно очевидно, что научно-технический прогресс несет с собой не только новые блага, но и угрозу окружающей человека природе, да и самому человеку. Осознание тотальной угрозы биосфере ученые назвали «экологическим поворотом человечества», который далее трансформировался в «биоэтический поворот человечества». Иными словами, обретая экологическое сознание, человечество осознало реальную угрозу существованию всей окружающей живой природе, а вслед за этим, обретая биоэтическое сознание, – угрозу биологической природе самого человека. На рубеже 60-70-х годов XX века возникло новое, оригинальное направление в этике, связанное с медициной, но имеющее гораздо более широкое мировоззренческое значение (влияющее на представления о жизни и смерти) и меняющее взаимоотношения между врачом и пациентом – биоэтика. Данное направление потребовало создания новых этических принципов, поскольку было связано с крупными открытиями в биологии, ведущими к революции во всей системе ценностей, к революции в морали [1].

Огромное значение проблемам этики и биоэтики придают ведущие общественные организации – ООН (особенно такие ее подразделения как ЮНЕСКО и ВОЗ), Совет Европы, христианские церкви. Не остается, естественно, в стороне и медицинское образование, так как с позиций здравоохранения идеи биоэтики – не только новый шаг в этической оценке современных проблем цивилизации, но и яркое событие в развитии медицины. Задача биоэтики состоит в нормотворчестве и этической рационализации различных моральных проблем. Основные принципы биоэтики выражаются не в обязанностях врача (как в медицинской этике), а в формулировке прав пациента [1].

Медицинская этика (греч. *ethos* – обычай, характер, привычка) – наука о морали – это профессиональная этика врача и зародилась она в древности. Создатель её – великий Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) – сформулировал основные принципы поведения врача («не навреди – *poli posere*») в своей знаменитой «Клятве». Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы («делай добро») были изложены Парацельсом (1493-1541 гг.). В отличие от модели Гиппократов, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм – эмоциональный и духовный контакт

врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс. В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие *pater* (лат. – отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность патерналистских взаимоотношений определяется благодеянием врача. «Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в современной общественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства не оставила в стороне и медицину. Вместо принципа патернализма, характерного для медицинской этики, в биоэтике применяются принципы информированного согласия и автономии пациента. Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «красной нитью» для всей биоэтики. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента основана на том, что жизнь человека – приоритетная ценность, «благо больного – высший закон» для врача, полноту ответственности за принятие клинических решений берет на себя врач. Напротив, непатерналистская модель исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой становится категория прав пациента [2].

Совершенно новое звучание приобретает и принцип справедливости (например, при необходимости решать проблемы трансплантации органов или эвтаназии). В этих вопросах биоэтика вступает в противоречие с медицинской этикой. Главный принцип биоэтики – информированное согласие («informed consent»). В биоэтике смещаются акценты с обязанностей врача на права пациента: пациент имеет право на информацию о своем здоровье и о предполагаемом лечении, он имеет право голоса в выборе лечения [2].

Биоэтика – направление, рассматривающее моральные проблемы в новейших областях медицины, связанные с принятием решений относительно здоровья и продолжения жизни. Каждый этап человеческой жизни – зачатие, рождение и смерть – сегодня подвержен изменению по воле пациента, его родственников и врачей [2].

Человечество в настоящее время готово подчинить своему контролю живые силы природы. Технический прогресс выходит за пределы традиционных моральных ценностей. Задача биоэтики – определить границы применения новых орудий жизни и смерти. Наиболее значимыми проблемами, рассматриваемыми биоэтикой, являются: эвтаназия, этика аборта, трансплантация, суррогатное

материнство, клонирование, использование стволовых клеток, генная инженерия и изменение пола[2].

Цель. Анализ соотношения биоэтики и медицинской этики в современном обществе, выявление роли биоэтики, как части медицинского образования, в формировании мировоззрения будущих врачей.

Материалы и методы. Валеолого-диагностическое исследование среди 200 респондентов: студентов 2-3 курсов лечебного факультета медицинских ВУЗов (100) и врачей (100). Критерии включения: наличие информированного согласия. Материалы систематизированы, результаты исследования были обработаны с использованием методов непараметрической статистики с помощью пакета анализа STATISTICA 6,0 и Excel.

Результаты и их обсуждение. Проблемы биоэтики оказались интересными для 88% респондентов, все участники исследования признают значимость знаний по вопросам этики в формировании медицинского профессионализма. Видят основную причину неблагополучия в медицине в недостатке материальных ресурсов 59% студентов и 56% врачей, в духовно-нравственном кризисе общества 27% и 32% участников исследования. При этом согласны с утверждением, что понятие медицинского профессионализма предполагает определенные моральные качества врача и приобретенное этическое знание 92% студентов и 80% врачей. Необходимость клятвы врача указали 82% студентов и 61% врачей.

Большинство респондентов считают, что жизнь человека начинается с момента зачатия (соответственно 68% студентов и 60% врачей), рождения 24% и 35% участников исследования. Выяснение отношения к искусственным абортам показало, что у 49% студентов и 36% врачей оно отрицательное (аборт – это убийство). Нейтральное отношение (это личное дело каждого) высказали 19% и 17%, и еще 32% и 47% считают, что аборт стоит разрешить только по медицинским или этическим показаниям. Анализ ответов сторонников аборта показал, что у студентов доминировали медико-социальные аргументы, у врачей – социально-правовые. В тоже время к официальному запрету абортс большинство респондентов во всех группах относятся отрицательно – 69%. Увеличение количества абортс в наше время большинство 82% связывают с тем, что люди стали менее ответственными.

Допустимость эвтаназии присутствовала в ответах 45% студентов и 42% врачей. Затруднились с ответом 20% и 12% участников исследования и еще 35% и 44% респондентов отнеслись отрицательно. Однако выбирая ответ на вопрос: «Что же такое эвтаназия: милосердие или преступление?» – каждый пятый респондент (20,1%) вообще не ответил. Дали неопределенный ответ 34,3%, а 22,9% участников исследования считая, что эвтаназия в некоторых случаях необходима, сам никогда бы на это не пошли. Признали эвтаназию милосердием 25,5% респондентов (поскольку при этом пациент избавляется от страданий), 35,7% назвали эвтаназию преступлением (расценив ее как убийство). Часть врачей (43,7%) считают, что эвтаназия – это милосердие по отношению к больному и преступление по отношению к Богу, что она противоречит религиозным и этическим нормам. Сам акт эвтаназии предполагает как действия врача, так и действия пациента (его просьбу). Так должны ли подобные действия совершаться медиками? Отвечая на конкретный вопрос, 73,4% всех респондентов считают, что медработник никогда не должен помогать пациенту умереть; 14,5% ответили, что медработник имеет право прервать жизнь больного; 8,8% затруднились с ответом; по мнению 3,3% нужен закон, решающий проблему эвтаназии. Несостоятельность, противоречивость и вредность идей эвтаназии, относится к разряду явлений, которые в принципе невозможно разрешить нравственно безупречным образом. Поскольку, по сути, предлагаемый выбор приходится делать не между злом и благом, а между двумя разновидностями зла. Рассуждая о моральной слагаемой эвтаназии, следует исходить из того, что убийство гуманным не бывает, оно всегда есть убийство. Преобладание «положительных» ответов за эвтаназию не может не настораживать, тем более что клятва Гиппократова и все религии мира её запрещают, но среди врачей больше ее противников. Половина респондентов по вопросам аргументов эвтаназии вообще затруднились с ответом. Гуманизм призван помогать человеку выжить, а не умереть. Общество, если оно хочет быть гуманным, не должно навязывать врачу обязанность, противоречащую сути его профессии, под каким бы то ни было благовидным предлогом. Анализ ответов сторонников эвтаназии показал, что как у студентов, так и у врачей доминировали морально-правовые, а среди ее противников профессионально-юридические и религиозные аспекты.

Допустимость ЭКО признают 72% респондентов. По поводу использования фетальных тканей и «лишних» эмбрионов человека, полученных в результате ЭКО, у всех участников исследования нет единого мнения: треть респондентов оказались сторонниками их использования, треть – противниками и треть – просто затруднились с ответом.

Недопустимость клонирования человека присутствует у 81% студентов и 73% врачей (затруднение в высказывании своего мнения, этот вопрос вызвал у 7% студентов и 22% врачей).

Выводы. На основании приведенных результатов можно сделать вывод, что нет единого мнения и знаний по многим вопросам биоэтики, отмечается тенденция пересмотра классических морально-этических принципов. Врачи подходили с большей ответственностью к ответам на вопросы, поскольку решение проблемы – или хотя бы подходы к решению – необходимы им, сегодня зачастую действующих на свой страх и риск, на уровне личной нравственной культуры. Необходимо чаще обсуждать проблемы биоэтики, особенно со студентами, из-за недостаточного знания этого раздела медицины.

Таким образом, вопросы этического воспитания, освоения основных правил и норм цивилизованного общения являются важнейшей частью образования. Делом первостепенной важности выступает умение врача общаться с людьми и вызывать у них доверие. Конечно, изучение биоэтики само по себе не может вывести отечественное здравоохранение и науку из той сложной ситуации, в которой они оказались. Но это поможет полнее осознать моральные проблемы, с которыми сталкиваются врачи в своей повседневной работе. При этом задача биоэтики в учебном процессе состоит не только в том, чтобы описывать трансформацию моральных норм, но и в том, чтобы выявить способы их реализации в конкретных жизненных ситуациях. Роль медицинского образования – привлечь будущих врачей к механизмам проявления в их профессиональной деятельности высших моральных ценностей, выработать готовность в своей практической деятельности руководствоваться принципами биоэтики.

Этико-гуманитарная подготовка студентов медицинских специальностей – важнейшая государственная задача, решение которой призвано существенно повлиять на процесс оптимизации работы в области здравоохранения.

Литература:

1. Алексина, Т. А. Прикладная этика / Т.А. Алексина // М.: Изд-во РУДН, 2004. – 210с.
2. Мишаткина, Т. В. Биомедицинская этика: Учеб. пособие / Т. В. Мишаткина, Э. А. Фонотова, С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич // Мн., 2003. – 320с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ КАК ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА РЕНТГЕНОЛАБОРАНТОВ

Губарь Л. М., Маркевич Н. Б., Толкач Т. Г.

Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

Резюме. Специальность рентгенолаборанта связана с радиационной безопасностью населения, что накладывает особую от других профессий ответственность. Поэтому качество подготовки рентгенолаборантов имеет значение для всей медицины и требует создания динамичной системы обучения.

Ключевые слова. Рентгенолаборанты, последипломная подготовка, радиационная безопасность.

OPTIMIZATION OF POSTGRADUATE TRAINING AS THE BASIS FOR CONTINUOUS IMPROVEMENT OF THE RADIOGRAPHER'S EXPERTISE

Hubar L. M., Markevich N. B., Tolkach T. G.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus
Grodno regional clinical hospital, Grodno, Republic of Belarus

Summary. The specialty of the radiographer is related to radiological safety of the population, which imposes specific responsibilities, i.e. differing from other professions. Therefore, the quality level of radiographer's training is important for medical industry and requires dynamic teaching system.

Key words. Radiographers, postgraduate training, radiological safety.

Актуальность. Проблема последипломной подготовки рентгенолаборантов всегда являлась важной и необходимой во всем мире) [2]. Рентгенология – наука методическая. От её возможностей зависят полноценность и разносторонность рентгенологических исследований, а значит достоверность и точность поставленного диагноза) [1]. Многочисленные методики лучевой диагностики все время совершенствуются, усложняются, видоизменяются, дополняются [3]. От квалификации рентгенолаборантов зависит качество обследования пациентов [4]. Радиологические процедуры по частоте своего применения уже давно занимают второе место, уступая лишь самым распространенным и обязательным лабораторным исследованиям. Современному здравоохранению нужны кадры новой формации, хорошо профессионально подготовленные, способные разбираться в многообразии новых технологий. И поэтому качество подготовки рентгенолаборантов имеет громадное значение для всей медицины и требует создания динамичной системы обучения.

Цель. Проанализировать количество обучаемых и качество последипломного обучения рентгенолаборантов в Гродненской области.

Материалы и методы. Изучение архивных планов образовательных программ повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным образованием в период с января 1997года по декабрь 2018 года.

Результаты и их обсуждение. Последипломное обучение рентгенолаборантов в Республике Беларусь проводится по следующим двум основным направлениям: переподготовка (780 учебных часов) и повышение квалификации (80 учебных часов). С 1997 г. повышение квалификации рентгенолаборантов проводится в Гродненском государственном медицинском колледже (ГГМК), а с 2005 г. и переподготовка. За период с января 1997 по декабрь 2018 гг. обучено 1316 рентгенолаборантов, из них 232 человека на курсах переподготовки. На курс переподготовки «Рентгенология» зачисляются лица, имеющие среднее медицинское образование по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело». Процесс обучения рентгенолаборантов весьма длительный (4 месяца) и трудоемкий, который состоит из нескольких этапов: отбор слушателей, обучение их общеобразовательным аспектам, теоретическое и практическое обучение по дисциплинам

специальности. Востребованы творческие, ответственные и готовые к освоению нового медицинские работники, так как специальность рентгенолаборанта связана с радиационной безопасностью населения, а это накладывает особую от других профессий ответственность. На этапе отбора обучаемых важны профориентационные беседы и индивидуальные консультации, проводимые преподавателями-рентгенологами, координация действий отдела организационно-кадровой работы управления организации медицинской помощи и главного внештатного специалиста главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома по лучевой диагностике.

При обучении на теоретических занятиях упор делается на активные методы и приемы обучения. Акцент перенесен с образования по методу «лектор плюс освоение через учебный процесс» на образование по методу «слушатель плюс освоение через вопросы». В процессе обучения слушатели готовят рефераты по темам специальности, которые обсуждаются на семинарах. По всем дисциплинам проводятся контрольные работы или зачеты в зависимости от количества учебных часов в программе. При подготовке к ним курсанты часть знаний «добывают» сами с помощью предложенных заранее вопросов по темам. Важным в обучении должно быть формирование у слушателя критического взгляда на проблемы специальности, любви к профессии, развитие в нем стремления к постоянному самообразованию, утверждаться как НОМО CREATO (человек творческий).

В процессе обучения мы учитываем, что роль рентгенолаборанта разнообразна. С одной стороны, это специалист технического профиля, который должен в совершенстве изучить рентгенодиагностическую аппаратуру, но и иметь определенный объем знаний по физике, химии – без чего невозможен фотолабораторный процесс. Для проведения практических занятий группа делится на подгруппы по 8-10 курсантов, что не позволяет полностью использовать индивидуальный подход в обучении. Слушателя надо обучить не только умению квалифицированно эксплуатировать разнообразную аппаратуру, овладеть техникой укладок, в совершенстве овладеть фотолабораторным процессом, но его надо и морально подготовить к неизвестной ранее работе. Специалисты должны получать прочные и глубокие знания, которые в дальнейшем должны реализоваться в осмысленные и правильные действия.

Эффективная подготовка специалистов обеспечивается наличием практической базы: это рентгенкабинеты многопрофильных городских поликлиник и больниц, оснащенных современными аппаратами (32срезовый спиральный PKT Light Speed Pro 32 General Electric; ангиографический комплекс «Innova 3100», производства GE, Франция; высокопольный МР-томограф «Echelon» 1,5T, производства Hitachi, Япония, 2015 год выпуска; цифровые рентгенодиагностические аппараты Пульмоскан-760У, VISION; аппарат дистанционной литотрипсии «Литоскоп»; аппарат рентгеновский урологический «Уроскоп»; палатный аппарат Basic-100-30; ортопантомограф ORTOPHOS Simens; маммограф «Маммоскан», производства «Адани», РБ, год выпуска 2017; дистанционно управляемая диагностическая рентген – установка Connexity, производства GE, Италия, 2015 год выпуска и др.).

С другой стороны, рентгенолаборант – это медицинский работник. Без знаний анатомии, подготовки пациентов к различным методам, клиники заболеваний он не сможет грамотно произвести укладки пациентов. В процессе обучения преобладают вопросы практической направленности, алгоритмы последовательности действий рентгенолаборантов при исследовании различных органов и систем, особенно при неотложных состояниях (кишечная непроходимость, пневмоторакс, гидроторакс, пневмогидроторакс, пневмоперитонеум, инородные тела глазниц, пищевода), используются ситуационные задачи в виде рентгенограмм различных органов и систем, проводятся деловые игры, которые моделируют реальную профессиональную деятельность.

Роль рентгенолаборанта не исчерпывается вышеперечисленными задачами. Рентгенолаборант – организатор всей работы кабинета, что требует определенных навыков сочетать рациональную последовательность различных процедур с эффективным использованием аппаратуры, и, конечно же, совершенствование комплекса защитных мер от вредного воздействия ионизирующей радиации. Радиационная грамотность слушателя – это знание комплекса защитных мер от вредного воздействия ионизирующей радиации, в основе которого лежит принцип ALARA (As Low As Reasonably Achievable – так низко, как разумно достижимо), основы дозиметрии, СанПиНов, умение использовать защитные средства, понимание совместных усилий диагностов с клиницистами.

Помимо знаний и умений, рентгенолаборант должен овладеть определёнными человеческими качествами, обладать соответствующим паттерном. Паттерн – характеристика профессионала как личность: – иметь моральные, этические, эстетические качества (эмпатия, честность, коммуникативность, милосердие, добросовестность, равнодушие, опрятность, аккуратность, отсутствие вредных привычек, знание этикета делового общения) и интеллектуальные качества (постоянное профессиональное совершенствование – участие в научно-практических конференциях, семинарах, конкурсах).

Процесс формирования мировоззрения и общечеловеческого, и профессионального – едва ли не самая серьёзная задача последиplomного образования. «Где есть любовь к людям, там будет и любовь к медицинскому искусству». Но и этого мало. Имея дело с пациентами разных специальностей, интеллекта необходима общая культура коммуникаций (как вербальных, так и невербальных). При обучении мы уделяем внимание медицинской этике и деонтологии, и обязательно истории рентгенологии.

Результаты анкетирования выпускников в 2015г. показали, что слушатели по специальности «Рентгенология» достаточно востребованы работодателями. Среди 57 рентгенолаборантов Гродненской области, находившихся на курсах повышения квалификации, выяснилось, что практически все они являются выпускниками Гродненского медицинского колледжа (92,2%) со стажем работы до 10 лет (30,9%) и более 10 лет (69,1%). 92,8% из них считают, что правильно выбрали профессию. Адаптация на рабочем месте у 85,9 % составляла не более 2 недель (хотя у 5,1% – до полугода) и основными наставниками были коллеги по работе (96,8%), реже знакомые – 3,2%, именно поэтому 96,8% оценивают микроклимат в коллективе как дружеский. Оценивая самих себя, выпускники на первое место ставят профессионализм, а с возрастом приоритеты меняются – у проработавших 5-10 лет профессионализм играет значение для половины (59,9%), а более 10 лет – менее четверти (21,4 %) – скорее всего потому, что профессионализм у них уже есть как само собой разумеющееся. Зато важное место отводится таким качествам как терпение, добросовестность и умение работать с людьми. Свои функциональные обязанности – главными в своей работе, считают 100% опрошенных. Среди желаемых перспектив в работе молодежь отмечает работу на современной аппаратуре (100%),

а лица со стажем более 10 лет – хотели бы повысить свою компьютерную грамотность – 95,2%.

Внедрение новых технологий предполагает подготовку специалистов в соответствии с современными требованиями, а для этого преподаватели должны быть высокопрофессиональны. На курсах преподают рентгенологи со стажем работы не менее 10 лет, с наличием высшей и первой категории. Они повышают свой профессиональный уровень в процессе выступления с научными докладами на конференциях, съездах, симпозиумах, конгрессах, пишут статьи.

Совершенствование и все усложняющееся техническое оснащение рентгено-диагностического процесса требует непрерывного постоянного повышения профессионализма рентгенолаборантов. По отзывам слушателей, обучение на курсах повышения квалификации помогает в подготовке к экзаменам на квалификационную категорию, при этом из года в год увеличивается число стремящихся её повысить. Если в 2003г. имели категорию 61% рентгенолаборантов Гродненской области, в 2012 г. – 79%., то в 2018 г. имели категорию – 89,1% рентгенолаборантов. Это доказывает практическую направленность обучения рентгенолаборантов на курсах повышения квалификации.

Выводы. Для повышения эффективности подготовки рентгенолаборантов можно предложить:

- наряду с традиционными формами обучения шире использовать инновационные;
- подгруппы формировать в количестве 4-5 человек, при этом учитывать стаж работы в медучреждениях;
- шире использовать компьютерные технологии;
- направлять на переподготовку по специальности «Рентгенология» медицинских работников, проработавших после медицинского колледжа не менее 3-х лет;
- чаще издавать и переиздавать литературу для рентгенолаборантов.

Цель последипломного образования прежде всего в формировании готовности к освоению новых знаний и приобретению многофункциональных умений. Для практического здравоохранения сегодня важны не только узкопрофессиональные знания специалистов – рентгенолаборантов, а ориентация их на постоянный

профессиональный рост, что и является основной задачей последипломного образования. Культура радиационной безопасности предполагает подготовку компетентных специалистов в соответствии с современными требованиями.

Литература:

1. Остман, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368с.
2. Михайлов, А. Н. Справочник врача-рентгенолога и рентгенолаборанта / А. Н. Михайлов. – Мн.: Изд-во Харвест, 2006. – 749с.
3. Кац, Д. С. Секреты рентгенологии / Д. С. Кац, К. Р. Мас, С. А. Гроскин. – М. – СПб: Изд-во БИНОМ – Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.
5. Овчинников, В. А. Лучевая диагностика и лучевая терапия: пособие для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» / В. А. Овчинников, А. С. Александрович, Л. М. Губарь. – Гродно : ГрГМУ, 2019. – 340 с.

ТРАДИЦИОННЫЙ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЙ МУЗЕЙ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Гуща Т. С., Киселевский Ю. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель статьи – показать роль и значение музея кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии в высшем медицинском образовании, поскольку главной стороной процесса обучения студентов на практических занятиях является демонстрация препаратов.

Ключевые слова: топографическая анатомия, оперативная хирургия, музей, анатомические препараты.

TRADITIONAL TOPOGRAPHIC-ANATOMICAL MUSEUM IN THE SYSTEM OF MODERN HIGHER MEDICAL EDUCATION

Hushcha T. S., Kiselevsky M. Yu.

Grodno state medical University, Grodno, Belarus

The purpose of the article is to show the role and importance of the museum of the department of operative surgery and topographic anatomy in higher medical education, as the main side of the process of teaching students in practical classes is the demonstration of drugs.

Keywords: topographic anatomy, operative surgery, museum, anatomical specimens.

В настоящее время повышение качества подготовки студентов, совершенствование учебного процесса является приоритетной задачей и актуальной проблемой медицинского университета. Знания, умения и навыки – основной результат. Топографическая анатомия и оперативная хирургия остается базовой дисциплиной современного медицинского образования и является одной из самых сложных, назначением которой является формирование у студентов цельного структурно-функционального представления о строении областей тела человека в норме и при патологии. Успешное ее изучение только по учебникам, таблицам и схемам невозможно. Одной из главных сторон процесса обучения студентов на практических занятиях является демонстрация препаратов, для этого важно изготовление качественных наглядных пособий, которые можно использовать для углубленного изучения тонкостей строения человеческого организма. В их число входят коллекции влажных и сухих препаратов, муляжей, анатомических и хирургических инструментов и других наглядных пособий, которые активно используются как для учебно-исследовательской, так и самостоятельной работы студентов.

Учебный музей на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии УО «ГрГМУ» занимает особое место в педагогическом процессе и имеет соответствующие тематические разделы: топографическая анатомия, оперативная хирургия, врожденная патология, нормальная и патологическая анатомия.

На сайте кафедры размещена информация о музее, а режим работы кафедры позволяет студентам пользоваться фондом музея для самостоятельной работы, подготовки к занятиям в удобное для них

внеурочное время. Посещение студентами музея и использование для подготовки к занятиям препаратов позволяет изучить историю становления, современное состояние и перспективы развития кафедры, а также акцентировать их внимание на особенностях строения отдельных органов, взаимоотношениях их с окружающими органами, сосудами и нервами, легче освоить методы и технику современных оперативных вмешательств.

Заведующим кафедрой Киселевским Юрием Марьяновичем уделялось особое внимание как созданию, так и функционированию музея. По его инициативе и при непосредственном участии были приобретены посуда, шкафы и современные стационарные витрины, изготовлены ценные музейные препараты, оборудована и открыта топографо-анатомическая лаборатория в помещении морга для обновления и изготовления новых экспонатов сотрудниками кафедры на высоком профессиональном уровне для учебных целей, которые активно используются студентами. Каждый препарат учитывается в каталоге. Подписи к структурам сделаны с использованием латинской анатомической терминологии, что с одной стороны поддерживает традиции анатомической школы, с другой стороны позволяет обучающимся в университете англоязычным студентам без проблем самостоятельно работать в музее кафедры.

Музейная экспозиция насчитывает более 150 различных препаратов: влажных, коррозионных, костных и т.д. Помимо этого в музее имеется более 25 муляжей, манекенов и топографо-анатомических моделей, а также стенды с хирургическим инструментарием. Собранные музейные экспонаты, рентгенограммы, магнитно-резонансные и компьютерные томограммы являются «прижизненными пироговскими срезами». Преподаватели кафедры демонстрируют их при проведении практических занятий у студентов различных факультетов, что наиболее продуктивно формирует и закрепляет знания по топографической анатомии. Студент имеет возможность видеть естественную форму и строение отдельных деталей внутренних органов, мозга, сосудисто-нервных образований, мышц, связочного аппарата, особенности строения отдельных органов, взаимоотношения их с окружающими тканями, что позволяет легче освоить методы и технику современных оперативных вмешательств.

В помещении музея проводятся заседания студенческого научного кружка и студенческих научных конференций, проводятся

практические и факультативные занятия. Новым предметом музейного значения стало применение высоких информационных технологий – цифровое наследие топографо-анатомической науки на современных носителях (просмотр учебных видеофильмов, большинство из которых являются авторскими, учебных программ, моделей оперативных вмешательств).

Анатомические препараты музея систематизированы в соответствии с принципом деления органов на системы, имеющиеся рентгенограммы отображают патологию внутренних органов, сосудов, костей. Костная система представлена всеми отделами частей скелета и цельными скелетами: муляжи верхней и нижней конечностей, костные структуры, связочный аппарат и внутренние структуры суставов.

Для разных факультетов сотрудниками кафедры изготовлены и собраны в отделениях лучевой диагностики клиник пособия, имеющие важное значение в визуализации анатомических объектов на живом человеке: для педиатрического – оформлена экспозиция по анатомическому строению и топографии, врожденной патологии органов грудной и брюшной полости новорожденных детей; медико-диагностического – рентгенограммы с различной патологией, муляжи и влажные препараты в виде «пироговских» срезов, которые необходимы при изучении КТ и МРТ изображений.

Музей пополняется новыми экспонатами, изготовлены стенды современных инструментов и приспособлений для изучения приемов микрохирургии и эндоскопической хирургии. Изготовлены муляжи с проекциями сосудисто-нервных пучков и операционных доступов на голове, туловище, верхних и нижних конечностях.

Музей кафедры осуществляет разностороннюю деятельность: является базой подготовки специалистов высшей и средней медицинской квалификации с широким естественно-научным кругозором и глубоким знанием строения, функции человеческого организма и современных оперативных вмешательств, играет важную роль в распространении медицинских знаний среди населения. Проводимые на базе музея экскурсии для учащихся гимназий, школ, лицеев, колледжей, студентов способствуют углублению их познаний в медицине, что в последнее время становится весьма актуально.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ НАУЧНЫХ СОТРУДНИКОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ЗА 2000-2018 ГОДЫ

Королёв П. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. В статье представлен количественный анализ публикаций научных сотрудников Гродненского государственного медицинского университета за период 2000-2018 гг., цитируемых в международной базе данных PubMed.

Ключевые слова: Grodno State Medical University, Belarus.

QUANTITATIVE REVIEW OF INTERNATIONAL PUBLICATIONS OF SCIENTIFIC STAFF OF THE GRODNO STATE MEDICAL UNIVERSITY FOR 2000-2018

Korolev P. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Summary. The article presents a quantitative analysis of publications of researchers of the Grodno State Medical University for the period 2000-2018 quoted in the international PubMed database.

Keywords: Grodno State Medical University, Belarus.

Обеспечение научно-технического прогресса в медицине необходимо для повышения качества медицинской помощи населению, что в значительной степени достигается за счёт активизации и использования интеллектуального потенциала медицинских работников путём разработки ими новых способов диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Самый современный и быстрый способ ознакомить научное сообщество с результатами своей деятельности – это публикации в научных изданиях. В настоящее время все более востребованными становятся международные публикации, так как они позволяют напрямую общаться с мировым научным сообществом, делиться своими достижениями и узнавать о новых исследованиях. Публикации

в международных научных журналах – это одно из приоритетных направлений в деятельности учёных, в формировании международного имиджа учреждения науки и образования [1, 2].

Цель исследования: отразить вклад сотрудников Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) в достижения мировой медицинской науки и практики с использованием количественного анализа научных публикаций, цитируемых в международной базе данных PubMed за период 2000-2018 гг.

Англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций PubMed создана Национальным центром биотехнологической информации на основе раздела «Биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США в 1996 году. PubMed документирует более 5620 биомедицинских журналов, изданных в США и во всем мире, содержит более 29 миллионов ссылок на биомедицинскую литературу.

Ежегодно база данных PubMed увеличивается на 500 000 документов, входит в международные реферативные базы данных, является одним из важных источников получения наукометрических данных для проведения оценочных исследований публикационной активности авторов [3, 4].

В результате проведенного количественного анализа в указанной базе данных за весь период исследования выявлено 133 цитируемых научных публикаций сотрудников ГрГМУ, 64 из которых (48%) опубликованы за последние 5 лет, что свидетельствует об увеличении публикационной активности авторов в последние годы.

Следует подчеркнуть, что авторству сотрудников ГрГМУ принадлежит 62% всех цитируемых публикаций. В соавторстве со специалистами из ближнего и дальнего зарубежья опубликовано 35% статей, что способствует укреплению сотрудничества с зарубежными учёными. В соавторстве с белорусскими учёными опубликовано 3% статей.

В зарубежных профильных научных журналах, перечень которых охватывает более 90 наименований, было опубликовано 123 работы, что составляет 92% от их общего количества, 8% работ опубликовано в иных научных изданиях.

Отрадно отметить, что 86% цитируемых публикаций сотрудников ГрГМУ представлено на английском языке, который в настоящее время является наиболее распространённым языком международного общения, при этом следует подчеркнуть, что более

90% научных журналов, пользующихся авторитетом в мире, печатаются на английском языке.

На русском, испанском и польском языках было опубликовано 14% статей.

Очень обширна география публикаций. За исследуемый период времени работы сотрудников ГрГМУ публиковались в более чем в 80 странах Европы, Азии, Австралии, Африки, Северной и Южной Америк.

Подавляющее большинство работ (82) посвящены различным аспектам клинической медицины, 39 публикаций – экспериментальным исследованиям на животных.

Среди цитируемых источников выявлено 15 научных обзоров, посвящённых теории и практике медицины.

Цитируется 5 публикаций с исследовательской поддержкой правительства США и 23 публикации с поддержкой правительств других стран.

Обеспеченность доступа к публикациям в Интернете: аннотации – 121, полнотекстовые версии – 110, в том числе со свободным доступом – 46.

На основании количественного анализа научных публикаций, цитируемых в авторитетной международной базе данных PubMed за период 2000-2018 гг., можно констатировать, что сотрудники ГрГМУ внесли ощутимый вклад в достижения мировой медицинской науки и практики, при этом наиболее высокая публикационная активность была отмечена в последние 5 лет.

Полученные результаты свидетельствуют о стремлении профессорско-преподавательского коллектива ГрГМУ к интеграции в международное научное сообщество.

Литература:

1. Евразийский Союз учёных. Научные публикации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://euroasia-science.ru/nauchnye-publikacii/> – Дата доступа: 16.05.2019.
2. Евразийский Союз учёных. Международные научные публикации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://euroasia-science.ru/mezhdunarodnyie-nauchnyie-publikatsii/> – Дата доступа: 16.05.2019.
3. Публикации в зарубежных журналах, включенных в международные базы цитирования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.aspirans.com/publikatsii-v-zarubezhnykh-zhurnalakh-vklyuchenykh-v-mezhdunarodnye-indeksy-tsitirovaniya#/> – Дата доступа: 14.05.2019.
4. PubMed. US National Library of Medicine. National Institutes of Health [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> – Дата доступа: 31.05.2019.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Тюхлова И. Н., Щавелева М. В.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», Минск, Беларусь

Резюме: Изложены направления подготовки кадров в здравоохранении по вопросам медицинской профилактики.

Ключевые слова: профессиональные компетенции, медицинский работник, медицинская профилактика.

FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE IN HEALTHCARE WORKERS ON THE ISSUES OF MEDICAL PROPHYLAXIS

Tioukhlova I., Schaveleva M.

State Educational Establishment "Belarusian Medical Academy of Postgraduate
Education", Minsk, Republic of Belarus

Summary: Directions of training the healthcare personnel on the issues of medical prophylaxis are presented in the article.

Keywords: professional competence, healthcare worker, medical prophylaxis

Основная задача медицинских работников – оказание своевременной, качественной и эффективной медицинской помощи. Медицинская помощь представляет собой комплекс услуг, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками. Приоритетность мер профилактической направленности является одним из основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения [1]. Исходя из этого, профилактическая деятельность является частью профессиональной деятельности медицинских работников. От их профессиональных компетенций во многом зависит успех в достижении целей, связанных с сохранением

и укреплением и восстановлением здоровья, как индивидуума, так и популяции.

Для реализации данного направления на кафедре общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» осуществляется повышение квалификации руководителей организаций здравоохранений, заместителей руководителей, заведующих подразделениями (отделениями) организаций здравоохранения, врачей-специалистов, научных работников, преподавателей учреждений образования системы здравоохранения по актуальным аспектам медицинской профилактики. К числу таких аспектов относится гигиеническое воспитание населения, формирование здорового образа жизни, профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний. Для формирования профессиональных компетенций по вопросам медицинской профилактики необходимы знания нормативно-правового обеспечения профилактической деятельности, основ медицинской этики и деонтологии, биоэтики.

В программах повышения квалификации большое внимание уделяется формированию знаний, умений и навыков медицинских работников в области организации профилактической деятельности организаций здравоохранения. С этой целью используются различные методы обучения: элементы проблемного обучения, учебно-воспитательной деятельности, творческого подхода. Важное значение имеют тематические дискуссии по обмену опытом, которые позволяют формировать умения по применению полученной информации на практике.

Особое внимание уделяется формированию профессиональных компетенций врачей-валеолога [2].

Разработан Образовательный стандарт Республики Беларусь «Переподготовка руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование» по специальности «Валеология»; типовой учебный план переподготовки по специальности «Валеология».

Образовательный стандарт устанавливает требования, необходимые для обеспечения качества образования, и определяет содержание образовательной программы переподготовки по специальности «Валеология». Специалист, прошедший переподготовку по данной программе, должен обладать

определенными знаниями, навыками и компетенциями, позволяющими осуществлять профессиональную деятельность.

Профессиональные компетенции врача-валеолога определяются знаниями нормативных правовых актов в области здравоохранения; современных концепций формирования здоровья и здорового образа жизни; теоретических основ и методологии гигиенического воспитания населения; основных направлений профилактики хронических неинфекционных и социально-значимых заболеваний; влияния факторов среды обитания на здоровье населения и основных направлений профилактики их неблагоприятного воздействия; умениями в области организации и осуществления работы по гигиеническому воспитанию, формированию здорового образа жизни населения. Для формирования профессиональных компетенций обучение осуществляется по таким дисциплинам специальности, как медицинская валеология, гигиеническое воспитание, профилактическая медицина.

Типовой учебный план переподготовки определяет объем аудиторной и самостоятельной работы слушателей, формы текущей итоговой аттестации, дисциплины, входящие в государственный экзамен.

Учитывая актуальность профилактической деятельности, вопросы медицинской профилактики включены в Образовательный стандарт «Переподготовка руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование» по специальности «Организация здравоохранения», типовой учебный план переподготовки по специальности «Организация здравоохранения». Это способствует формированию профессиональных компетенций руководящих кадров системы здравоохранения. В дальнейшем эти компетенции поддерживаются в программах повышения квалификации.

Также на кафедре общественного здоровья и здравоохранения осуществляется формирование профессиональных компетенций главных и старших медицинских сестер. Программы повышения квалификации включают вопросы медицинской профилактики.

Таким образом, формирование профессиональных компетенций медицинских работников по вопросам медицинской профилактики, осуществляемое на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, являются частью непрерывного профессионального обучения.

Литература:

1. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 16 июня 2014 г. , №164-3 : в ред. от 21.10.2016, №433-3//Консультант плюс, Респ.Беларусь.-Минск, 2019.
2. Тяхлова И.Н. «Валеология: периоды развития»/ Современные проблемы гигиенической науки и практики, перспективы развития: материалы междунар. науч.-практ. конф., Минск, 12 июня 2014 г./редколл.:Демидчик Ю.Е.[и др].- БелМАПО, 2014.- С.329

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ В ШЕСТИДЕСЯТЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА

Стасевич Н. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В статье анализируются основные направления решения главных проблем подготовки и совершенствования медицинских кадров в БССР в шестидесятые годы XX в.

Ключевые слова: Подготовка медицинских кадров, профессорско-преподавательский состав, ЦНИЛ, узкие специалисты, здравоохранение БССР.

IMPROVEMENT OF TRAINING OF SPECIALISTS FOR THE HEALTH CARE SYSTEM OF BELARUS IN THE SIXTIES OF THE XX CENTURY

Stasevich N. P.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The article analyzes the main directions of solving the main problems of training and improving medical personnel in the BSSR in the sixties of the twentieth century.

Key words: Training of medical personnel, faculty, Central Scientific Research Laboratory, narrow specialists, health care of the BSSR.

Проблема подготовки и совершенствования медицинских кадров актуальна и важна на всех этапах исторического развития. В шестидесятые годы XXв. В БССР был накоплен богатый опыт решения злободневных вопросов связанных с увеличением количества и улучшения качества подготовки специалистов

медицинского профиля как высшей, так и средней квалификации. Изучение данного опыта необходимо для дальнейшего развития и совершенствования системы здравоохранения Беларуси на современном этапе.

К началу 1959 г. в БССР насчитывалось 11.543 врача всех специальностей и свыше сорока тысяч среднего медперсонала. На 10 тысяч жителей приходилось 14,3 врача и 49,9 средних медработников (в целом по Советскому Союзу этот показатель равнялся соответственно 17,9 и 59,1 [1,с.171]. Подготовка врачебных кадров осуществлялась в Минском, Витебском и Гродненском медицинских институтах и институте усовершенствования врачей, а средних медработников – в четырнадцати медицинских училищах. Особенно низкой была обеспеченность медицинскими специалистами населения западных областей республики. Так, в Брестской области на 10 тысяч жителей приходилось 11 врачей и 43,3 среднего медперсонала, в Гродненской области – 10,4 и 47,7 соответственно [2,с. 207,с. 234].

Очень остро стоял вопрос о подготовке врачей узких специальностей, которыми не были укомплектованы медицинские учреждения большинства районов, даже тех, которые считались неблагополучными по тому или другому заболеванию.

В начале 60-х годов ситуация с обеспечением медицинских учреждений специалистами стала постепенно меняться к лучшему.

В Витебском и Минском мединститутах открылись новые факультеты: фармацевтический, стоматологический, педиатрический и санитарно-гигиенический. Постоянно увеличивался набор в Гродненский медицинский институт. Если первый набор в 1958 г. составил 250 человек, то начиная с 1964 г. на первый курс ежегодно принималось по 400 человек [3,с. 3].

Для увеличения выпуска средних медицинских кадров по решению правительства в 1961-64гг. открылись новые медучилища в Орше, Рогачёве, Минске, Витебске, Слуцке, Столине, Молодечно. С 1964-65 учебного года подготовка средних медработников начала осуществляться в филиалах училищ, значительно увеличился прием на вечерние и заочные отделения. На 1 января 1965 г. в республике уже работало 23 медучилища и 22 филиала, где обучалось 15353 учащихся.

Успешно решая вопрос увеличения численности медицинских работников, соответствующие руководящие органы проявляли постоянную заботу о повышении качества их подготовки.

Большое внимание уделялось совершенствованию приема в вузы. В шестидесятые годы наблюдалось постепенное сокращение приема стажников, процент которых в 1960 г. достиг 80, а в 1969 г. он сократился до 25.

Совершенствованию приема в медицинские вузы во многом способствовала хорошо организованная профориентационная работа среди молодежи. Эффективными формами ее стали выездные агитбригады, студенческие строительные отряды, выступления руководителей и ведущих преподавателей учебных заведений по радио, телевидению, в печати. Особое внимание при этом уделялось работе в сельской местности.

Широкую известность не только в БССР, но и во всем Советском Союзе получила деятельность созданного в 1964 г. при Минском мединституте клуба «Юный медик». Основная задача его заключалась в профориентации учащихся старших классов по медицинским специальностям. За 1967-1970 гг. 120 выпускников школ, обучающихся в клубе, поступили в институт и хорошо успевали в нем [4,с.78].

В целях повышения удельного веса рабочей и сельской молодежи среди студентов с 1969 г. при вузах были созданы подготовительные отделения. На определенном этапе они сыграли положительную роль в создании четкой системы подготовки абитуриентов, способствовали окончательной ориентации рабочей и сельской молодежи в выборе профессии.

Повышение качества подготовки медицинских кадров предполагает большую организаторскую работу по совершенствованию учебного процесса в вузах и училищах.

В соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 9 января 1963 года «О мерах по дальнейшему развитию биологической науки и укреплению ее связи с практикой» коренным образом были пересмотрены программы по медико-биологическим дисциплинам. С 1965 г. в учебные планы медицинских институтов были введены новые разделы: в биологию – общая генетика, в микробиологию – вирусология и иммунология, в гистологию – цитология, в физиологию – биофизика. Материалы о наследственных болезнях включались во все клинические дисциплины. Все шире стало практиковаться проведение занятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях, сельских участковых больницах, диспансерах.

Коренная перестройка учебного процесса в медицинских вузах Беларуси произошла в начале 70-ых годов. В течение 1970-71 гг. была введена одногодичная специализация (интернатура) врачей-выпускников всех лечебных и педиатрических факультетов.

Одним из важнейших факторов, влияющих на качество подготовки медицинских кадров, является уровень профессиональной подготовки и педагогического мастерства профессорско-преподавательского состава медицинских учебных заведений. На начало 1959 г. в трех медицинских институтах и институте усовершенствования врачей работало 537 научно-педагогических работников, из них 47 докторов и 205 кандидатов наук.

Количество лиц, имеющих ученую степень, по отношению к общему числу научных и научно-педагогических работников на 1 января 1959 г. составляло: в МГМИ – 51,8%; ВГМИ – 38%, Белорусском государственном институте усовершенствования врачей – 49,1% [5, п. 43,252].

Особенно остро вопрос комплектования научно-педагогических кадров стоял в Гродненском и Витебском институте из 20 ассистентов только три были кандидатами наук, в Витебском – из 88 – 17.

Учитывая трудности в комплектовании научных и научно-педагогических кадров в республике в рассматриваемый период была разработана и реализована обширная программа. Основными составляющими ее стали:

- значительное увеличение приема в аспирантуру и повышение ответственности научных руководителей за подготовку аспирантов;
- введение перспективного и ежегодного планирования подготовки научных кадров;
- предоставление вузам права освобождать от педагогической работы отдельных кандидатов наук с переводом их в число научных сотрудников сроком до двух лет, а также командировать перспективных работников в другие вузы и научные учреждения для написания докторских диссертаций;
- предоставление Ученым советам Минского и Витебского мединститутов права приема к защите диссертаций от сотрудников своих институтов.

В дальнейшем, некоторые из указанных мер корректировались, некоторые не выдержав проверку временем были отменены, но в

целом, повышение внимания к проблеме подготовки научно-педагогических медицинских кадров в рассматриваемый период принесло положительные результаты. На 1 января 1971 г. во всех медицинских институтах и научно-исследовательских учреждениях медицинского профиля республики работало 89 докторов и 803 кандидата наук. Количество сотрудников с ученой степенью достигло 56,6 процентов.

Вполне оправдала себя практика комплектования профессорско-преподавательского состава за счет местных кадров. Так, в Минском мединституте в 1970-71 учебном году 73,5% от общего числа научных работников составляли его воспитанники [4, с. 32].

Подобная картина наблюдалась и в других вузах.

Это способствовало соблюдению принципа преемственности кадров, их стабилизации, что положительно отразилось на научной и педагогической деятельности коллективов вузов.

Решению задачи качественного улучшения подготовки научных и научно-педагогических кадров во многом способствовали принятые меры по совершенствованию организации научно-исследовательской работы в области медицины.

К ним, в первую очередь, относятся: создание при медицинских вузах Централных научно-исследовательских лабораторий (ЦНИЛ), уточнение направлений и профилей научных исследований, сокращение разрабатываемых проблем и тем, изменение структуры и штатов институтов с учетом запросов практического здравоохранения и прогноза развития медицинской науки.

В итоге реорганизации были ликвидированы маломощные лаборатории и отделы, закрыта бесперспективная научная тематика, произведена перестановка научных кадров с учетом их деловых качеств и уровня профессиональной подготовленности.

В рассматриваемый период в медицинской науке в Беларуси были достигнуты серьезные успехи. В Минском мединституте, например, успешно исследовалась проблема наследственных болезней человека, в Гродненском мединституте успешно работали по новой проблеме применения витаминов в лечебных и профилактических целях. Высокую оценку специалистов получили рекомендации профессора В.В. Бабука о лечении шока; профессора А.В. Шотта об операциях пластики аортального клапана при его недостаточности; предложенный и впервые примененный в Советском Союзе сотрудниками Белорусского НИИ неврологии,

нейрохирургии и физиотерапии метод микрохирургической техники при операциях на сосудах головного мозга. Успешно продолжались исследования по усовершенствованию методов стабилизации крови, дальнейшей разработке вопросов профилактики профессиональных заболеваний, санитарному оздоровлению пригородных зон и сельских населенных пунктов и ряду других научных проблем.

Таким образом, в шестидесятые годы XX в. в БССР подготовка медицинских кадров была поднята на качественно новый, более высокий уровень. За эти годы количество врачей в республике увеличилось почти на 12 тысяч, средних медработников – на 32 тысячи.

Учитывая быстрые темпы увеличения числа среднего медперсонала, во второй половине 60-х годов прием в филиалы медучилищ начал сокращаться, а в 1971 г. они провели последний выпуск и прекратили свое существование. Прием на заочные отделения был прекращен с 1966 г., на вечерние – с 1969 г.

Наряду с увеличением количества выпускаемых специалистов большое внимание уделялось вопросам улучшения качества их подготовки. В решении этой задачи важная роль отводилась различным формам профориентационной работы.

Постоянно совершенствовался учебно-воспитательный процесс в медицинских учебных заведениях.

Положительный опыт работы был накоплен в деле улучшения планирования и осуществления контроля за выполнением планов подготовки научных работников, совершенствованию работы аспирантуры, что способствовало значительному увеличению количества сотрудников с ученой степенью кандидата и доктора наук.

Литература:

1. Здравоохранение в СССР: стат. сборник. – М.:1960. – 485 с.
2. Белорусская ССР в цифрах за 1964 г. – Минск: Статистика, 1965. – 271 с.
3. Здравоохранение Белоруссии. – 1968. – №9.
4. Шишко, Е. Развитие и деятельность Минского государственного медицинского института (1921-1971 гг.). – Минск: Беларусь, 1971. – 176 с.
5. ЦГАОР БССР. – Ф. 46. Оп. 7. Д.34. Л. 92. Д.43. Л. 252.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАУРСИ И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

О РЕЗУЛЬТАТАХ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ НАД ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В 1959-2016 ГОДЫ

Романова А. П.¹, Гвоздь Н.Г.²

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь¹

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии, Минск, Беларусь²

Резюме. В статье приведены результаты оценки трендов стандартизованных отношений смертности возрастной страты населения 0-14 лет в 1959-2016 годах и их детерминация комплексом мер по охране материнства и детства в БССР и Республике Беларусь.

Ключевые слова: смертность, детская смертность, тренды смертности, охрана материнства и детства

ABOUT THE RESULTS OF SOCIAL CONTROL ABOUT CHILD MORTALITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS IN 1959-2016

Romanova A. P., Gvozdz N. G.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus
Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantology and Hematology,
Minsk, Belarus

Summary. The article presents the results of an assessment of trends in standardized mortality relations of the age stratum of the population 0-14 years old in 1959-2016 and their determination with the content of a set of measures for the protection of motherhood and childhood in the BSSR and the Republic of Belarus.

Keywords: mortality, infant mortality, mortality trends, maternity and childhood protection.

Введение. Выражаемое в процентах стандартизированное отношение смертности (Standardized Mortality Ratio, далее – SMR) – отношение количества смертей, наблюдаемых в исследуемой группе или популяции, к количеству, ожидаемому в случае, если бы возрастные частоты в исследуемой популяции были те же, что и в референтной популяции. SMR позволяет проводить непосредственное сравнение смертности меняющейся возрастной страты по отношению к референтной возрастной страте. При проведении исследования за референтные значения были приняты повозрастные показатели смертности возрастной страты 0-14 лет с 5-летним интервалом, наблюдавшиеся в 1964 году (далее референтный год), в котором наблюдался минимальный грубый показатель общей смертности 6,35(95%ДИ 6,3;6,4)‰ населения республики за период исследования (1959-2016).

Цель исследования: изучить динамику смертности возрастной страты населения 0-14 лет и ее детерминацию комплексом мер по охране материнства и детства в БССР и Республике Беларусь в 1959-2016 годы

Материалы и методы. Для проведения исследования использованы данные естественного движения населения БССР и Республики Беларусь.

С использованием метода непрямой стандартизации определены SMR возрастной страты 0-14 лет населения БССР и Республики Беларусь за 1959-2016 годы. Для анализа популяционных кусочно-линейных временных трендов смертности использовалось программное обеспечение JoinPoint и офисный пакет MS Excel 2010.

Результаты и обсуждение. С помощью модели кусочно-линейной регрессии проведена оценка изменений SMR возрастной страты (далее ВС) населения 0-14 лет в 1959-2016 годах по отношению к референтному году, изучена динамика, выявлены основные тренды, на основании которых проведена периодизация смертности и сопоставление в рамках установленных периодов с содержанием комплекса мер по охране материнства и детства в БССР и Республике Беларусь в 1959-2016 годах.

На протяжении 1959-1961 годов, в течение 2 лет, в хронологических рамках настоящего исследования смертность ВС 0-14 лет снижалась с темпом ежегодной убыли (далее ТЕУ) - 41,99%(SE=4,31%, $p<0,001$). Если в 1959 году SMR было наиболее высоким за период исследования ($p<0,05$) и составило 227,1(95%ДИ

223,2;231)% по отношению к референтному году, то в 1961 оно составило уже 134,5(95%ДИ 131,6;137,4)%. В течение последующих 6 лет (1961-1967) смертность ВС 0-14 лет продолжала снижаться с ТЕУ-10,57%(SE=0,96%, $p<0,001$), после чего, до 1984 года статистически значимого изменения смертности ВС 0-14 лет не наблюдалось ($p=0,623$), она продолжала оставаться на уровне 1967 года. С 1984 года вновь продолжается снижение смертности ВС 0-14 лет: на протяжении 9 лет (1984-1993) с ТЕУ-2,94%(SE=1,58%, $p<0,001$), и последующих 23 лет (1993-2016) с ТЕУ-1,34%(SE=0,09%, $p<0,001$). Если в 1984 году SMR составляло 69,9(95%ДИ 67,7;72,2)% по отношению к референтному году, в 1993 году 45,8(95%ДИ 44;47,6)%, то в 2016 году составило 17,2(95%ДИ 15,9;18,6)%. За 1959-2016 годы смертность ВС 0-14 лет снизилась в 13,2 раза ($p<0,05$). На протяжении 2013-2016 годов SMR ВС 0-14 лет по отношению к референтному году различий не имеют ($p>0,05$) (рисунок 1, таблица 1).

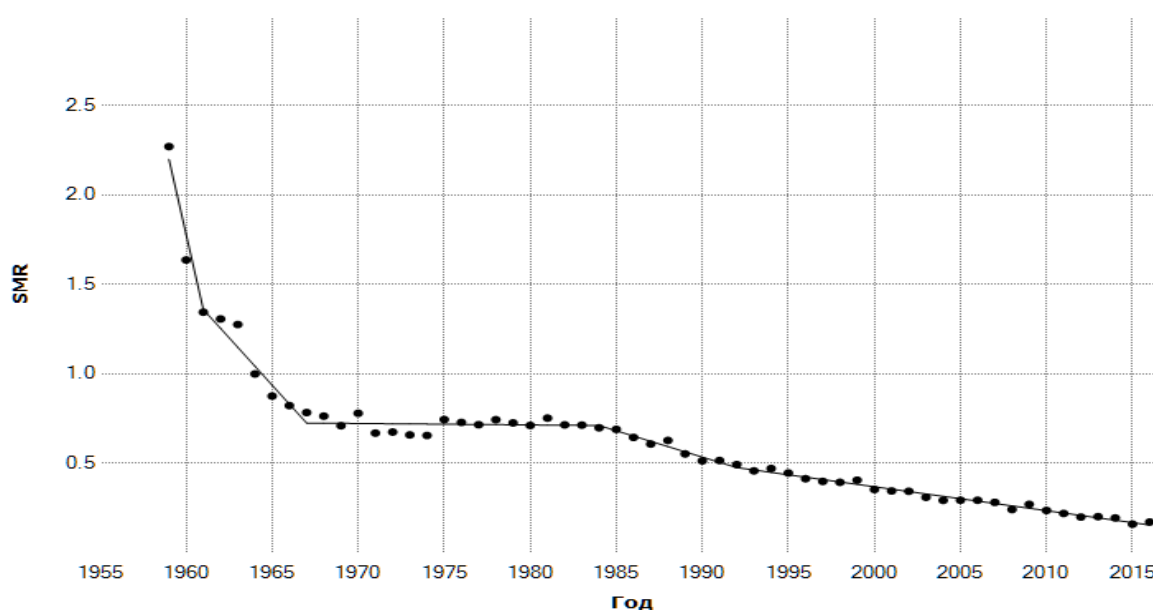


Рисунок 1. Тренды стандартизованных отношений смертности (SMR) возрастной группы 0-14 лет в 1959 – 2016 годы по отношению к 1964 году

С помощью использованной модели выделено 5 периодов, на протяжении 4 из которых снижение смертности возрастной группы 0-14 лет было статистически значимым ($p<0,001$). Общая продолжительность периодов снижения смертности ВС 0-14 лет составила 41 год. Периоды снижения смертности различались по продолжительности и ТЕУ ($p<0,05$). Наиболее высокий ТЕУ -

41,99%(SE=4,31%) отмечен в 1959-1961 годах, который в 31 раз превышал ($p<0,05$) TEУ-1,34%(SE=0,09%), наблюдавшегося с 1993 года.

Таблица 1 – Динамика стандартизованных по отношению к 1964 году показателей смертности (SMR) возрастной страты 0-14 лет населения в 1959 – 2016 годах

Периоды	Крайние даты периодов	SMR на начало периода	SMR на конец периода	ТЕП/ТЕУ (SE),%	Статистическая значимость (p)
1	1959 – 1961	2,27 (2,23; 2,31)	1,35 (1,32; 1,37)	-41,99 (4,31)	<0,001
2	1961 – 1967	1,35 (1,32; 1,37)	0,78 (0,76; 0,81)	-10,57 (0,96)	<0,001
3	1967 – 1984	0,78 (0,76; 0,81)	0,7 (0,68; 0,72)	-0,08 (0,17)	0,623
4	1984 – 1993	0,7 (0,68; 0,72)	0,46 (0,44; 0,48)	-2,94 (1,58)	<0,001
5	1993 – 2016	0,46 (0,44; 0,48)	0,17 (0,16; 0,19)	-1,34 (0,09)	<0,001

Таким образом, на базе модели регрессионного анализа стандартизованных отношений смертности возрастной страты 0-14 лет по отношению к 1964 году выявлено 4 тренда смертности, которые были положены в основу условного деления смертности ВС 0-14 лет в 1959-2016 годах на хронологические периоды. При конструировании периодизации использованы одинаковые основания (критерии) – SMR ВС 0-14 лет населения по отношению к референтному (1964) году. Для установления причинно – следственных связей (социальной детерминации) исторической динамики смертности на основании литературных данных и данных, добытых в Государственном национальном архиве Республики Беларусь были сопоставлены эволюция социальной защиты материнства и детства и содержание основных реформ здравоохранения СССР, БССР и Республики Беларусь во 2-ой половине XX – первой четверти XXI столетия.

1 период (1959-1961) – резкого снижения смертности ВС 0-14 лет (ТЕУ -41,99%(SE=4,31%), явившийся заключительным этапом периода резкого снижения смертности. При анализе кусочно – линейной модели трендов выявлено, что данный тренд является «хвостом» тренда снижения смертности, сформировавшегося за пределами хронологических рамок настоящего исследования и явился закономерным результатом мероприятий по снижению заболеваемости и смертности детей в 40-50-е годы XX столетия.

2 период (1961-1967) – быстрого снижения смертности ВС 0-14 лет (ТЕУ -10,57%(SE=0,96%).

3 период (1967-1984) – стабилизации смертности ВС 0-14 лет на уровне 1967 года ($p=0,623$).

4 период (1984-1993) – умеренного снижения смертности ВС 0-14 лет (ТЕУ -2,94%(SE=0,58%, $p<0,001$).

5 период (1993-2016) – медленного снижения смертности ВС 0-14 лет (ТЕУ -1,34%(SE=0,09%, $p<0,001$).

Периоды снижения смертности ВС 0-14 лет населения БССР и Республики Беларусь детерминированы эволюцией педиатрической науки, педиатрической помощи и мер социальной поддержки материнства и детства. Исследование трендов смертности ВС населения 0-14 лет Республики Беларусь во 2-ой половине XX – первой четверти XXI столетия выявило продолжительное снижение смертности этой ВС в хронологических рамках исследования за исключением периода 1967-1984 годов, когда в течение 17 лет наблюдалась стабилизация смертности на уровне 1967 года. Именно в период стабилизации смертности, закладываются основы новых ресурсоемких направлений оказания медицинской помощи, которые обеспечат снижение смертности ВС 0-14 лет в последующие годы.

Постепенное снижение ТЕУ смертности ВС 0-14 лет привели к необходимости поиска резервов и разработки путей дальнейшего снижения смертности. Научно – обоснованные подходы к специализации педиатрической помощи, организации помощи новорожденным, развитию новых методов диагностики, лечения и профилактики способствовали снижению смертности ВС 0-14 лет в 80-ых годах прошлого столетия. Очередной этап снижения смертности ВС 0-14 лет с 90-х годов XX обусловлен поступательным развитием медицинской помощи детскому населению, прежде всего организацией разноуровневой системы оказания перинатальной помощи, медико-генетического мониторинга.

В хронологических рамках исследования наиболее высокое SMR ВС 0-14 лет населения по отношению к 1964 году наблюдалось в 1959 году. Установлено 2 периода снижения смертности ВС 0-14 лет, которые разнились ТЕУ ($p<0,01$): с 50-х годов по 1967 год с ТЕУ более 10% ежегодно и с 1993 по 2016 год с ТЕУ менее 3% ежегодно, которые разделены периодом стабилизации смертности продолжительностью 17 лет (1967-1984).

При постоянной законодательной поддержке материнства и детства, возобновление тренда снижения смертности ВС 0-14 лет происходит только в 1984 году. Меры профилактической направленности, а также применение новых лекарственных средств на фоне повышения качества жизни населения, обеспечили средний ТЕУ смертности ВС 0-14 лет. Однако, несмотря на масштабы организационных и ресурсоемких медицинских технологий, разработанных и внедренных в практическое здравоохранение, ТЕУ смертности ВС 0-14 лет составили 2,94%, а с 1993 года 1,34% ежегодно. Борьба за снижение смертности ВС 0-14 лет с неинфекционными заболеваниями, болезнями новорожденных и выхаживание детей с низкой массой тела значительно менее эффективна по сравнению с успехами медицины и ростом культуры населения в борьбе против инфекционных заболеваний.

Независимо от политической и социально – экономической ситуации в республике, законодательство по охране здоровья матери и ребенка, обеспечивалось комплексом экономических и социальных гарантий, что в совокупности со своевременной оценкой резерва и направления реформирования педиатрической службы обеспечило стабильное снижение смертности ВС 0-14 лет во 2-ой половине XX – 1-ой четверти XXI столетия.

Выводы. Снижение во 2-ой половине XX – первой четверти XXI столетия и стабилизация в 1967-1984 годах смертности ВС 0-14 лет населения БССР и Республики Беларусь детерминировано развитием медицины (медицинской науки), системы медицинской помощи детям и совершенствованием законодательства по охране матери и ребенка, которое сопровождалось комплексом экономических и социальных государственных гарантий.

В 1959-2016 годах смертность ВС 0-14 лет населения снизилась в 13,2 раза ($p < 0,05$) и стабилизировалась в 2013-2016 годах на уровне 17,2(95%ДИ 15,9;18,6)% по отношению к референтному (1964) году.

Снижение смертности от неинфекционных заболеваний, болезней новорожденных и их профилактика требует дальнейшего развития ресурсоемких медицинских и организационных технологий на базе научных достижений, специальной подготовки профессиональных кадров и обеспечивает низкие темпы ежегодной убыли/стабилизацию смертности ВС 0-14 лет.

Для дальнейшего сохранения темпов ежегодной убыли смертности ВС 0-14 лет от неинфекционных заболеваний, болезней

новорожденных необходимо проведение фундаментальных и прикладных научных исследований по разработке передовых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Литература:

1. Анищенко, К. Н. Охрана здоровья детей в Белоруссии / К. Н. Анищенко, А. К. Устинович. – Минск : Беларусь, 1974. – 191 с.
2. Особенности динамики перинатальной смертности в Республике Беларусь / И. Б. Дзикович [и др.] // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке : материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 30 нояб.–1 дек. 2000 г. / Ассоц. социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Респ. Беларусь ; ред. И. Б. Зеленкевич. – Минск, 2000. – С. 162.
3. Практическая демография / под ред. Л. Л. Рыбаковского ; Рос. акад. наук, Ин-т соц.-полит. исслед. – М. : Центр соц. прогнозирования, 2005. – 277 с.
4. Савченко, Н. Е. Здравоохранение Белоруссии к 60-летию Великой Октябрьской социалистической революции / Н. Е. Савченко // Здравоохранение Белоруссии. – 1977. – №11. – С. 6–13.
5. Estève, J. Statistical methods in cancer research. Volume IV. Descriptive epidemiology / J. Estève, E. Benhamou, L. Raymond // IARS Sci. Publ. – 1994. – Vol. 128. – P. 1–302.
6. Joinpoint Regression Program // Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program / National Cancer Institute. – Version 4.3.1.0. – April 2016.

МНЕНИЕ ОБ ЭЛЕКТРОННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Матвейчик Т. В., Щавелева М. В., Иванова В. И.,
Кульпанович О. А., Шваб Л. В., Панулина Н. И.**

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь

Резюме. В 2018г. изучено мнение медицинских работников Могилевской области об электронном здравоохранении с целью совершенствования оказания медицинской помощи (МП) населению.

В современном мире здоровье рассматривается в качестве одного из важнейших аспектов и занимает ведущее место в приоритетах Целей развития тысячелетия, сформулированных Генеральной Ассамблеей ООН и ставших главным ориентиром в деятельности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Ключевые слова: доступность, качество, медицинская помощь, медицинские сестры, электронное здравоохранение.

OPINION ON ELECTRONIC HEALTH CARE OF HEALTH CARE PROVIDERS FROM MOGILEV REGION

Matvejchik T. V., Schaveleva M. V., Ivanova V. I., Kulpanovich O. A., Shvab L. V., Panulina N. I.

State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Minsk, Republic of Belarus

Summary. An opinion of health care providers with secondary medical education from the Mogilev region on electronic health care (e-health), favorable for improving the provision of health care to the population, has been studied in 2018.

In the modern world, health is considered to be one of the most important aspects. It takes the lead among the UN Millennium Development Goals formulated by the UN General Assembly and is the main reference point for the WHO activities.

Key words: accessibility, quality, health care, medical nurses, electronic health care (e-health).

Актуальность. Мониторинг факторов, влияющих на качество и доступность медицинской помощи, одним из которых является последовательный переход на электронное здравоохранение, является составляющей совершенствования ее оказания [1,2].

Материал и методы: социологический, аналитический, статистический. Изучено мнение врачей и средних медицинских работников по специально составленной «Анкете», в т.ч. по вопросам электронного здравоохранения, что актуально для совершенствования системы оказания МП [1-2].

Обсуждение результатов. Составленная «Анкета» содержала вопросы, касающиеся, в т.ч., электронного здравоохранения, качества и доступности МП. Анкетирование осуществлялось в организациях здравоохранения (ОЗ) Могилевской области. На вопросы «Анкеты» ответило 838 медицинских работников, распределенных по профессиональному статусу следующим образом (рис.1).

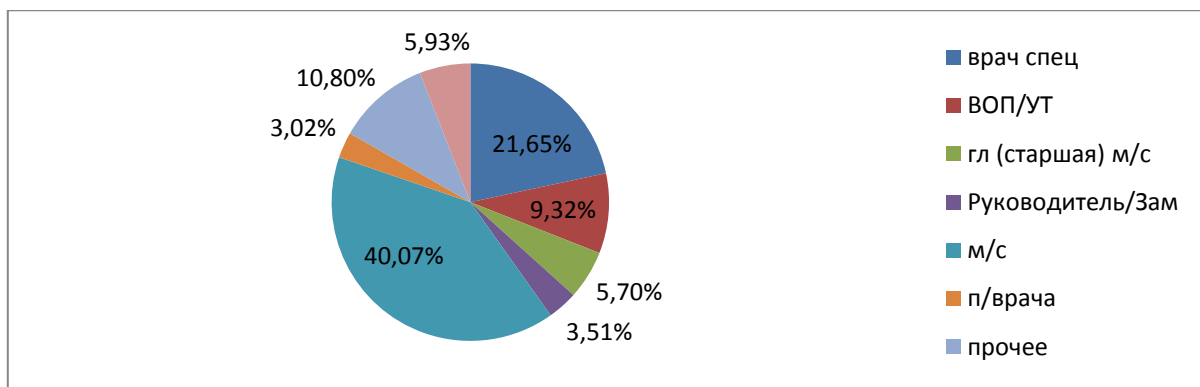


Рисунок 1. Распределение анкетированных медицинских работников Могилевской области по профессиональному статусу

Более половины опрошенных – специалисты со средним медицинским образованием (медицинские сестры; старшие, главные МС, фельдшеры, помощники врача) – 54,72%. Учитывая категорию «прочие», куда входили и акушерки, доля таких работников увеличивается [3]. Большинство проанкетированных медицинских работников – 80,07% указали местом работы поликлиники и амбулатории (32,81%), а также центральные районные больницы (ЦРБ) – 47,26%.

Изучено мнение медицинских работников разного возраста с преобладанием лиц в возрасте 18-35 лет – 33,77%. Лица в возрасте 36-45 лет (26,01%) и 46-55 лет (29,71%) также представлены довольно значимо.

Старшие возрастные группы, ассоциируемые с наступлением пенсионного возраста – 56 – 65 лет (8,36%) и старше 66 лет (2,15%) закономерно составляют среди респондентов меньший объем (рис.2).

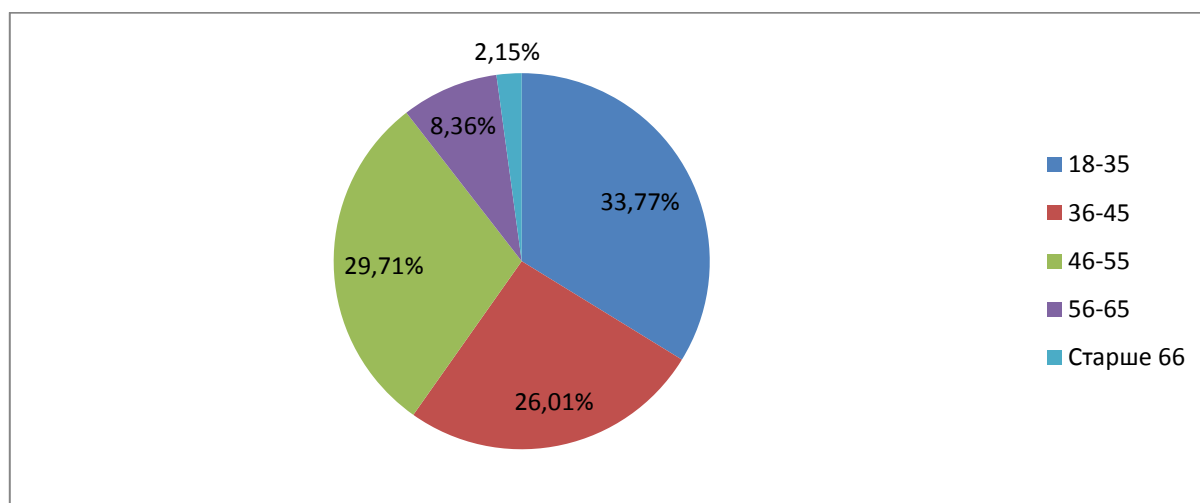


Рисунок 2. Распределение опрошенных медицинских работников Могилевской области по возрасту

Большинство респондентов – женщины (88,47%), что соответствует официальным статистическим данным о том, что женщины Республики Беларусь в основном заняты в сфере услуг (73,4% от общего числа занятых в сфере услуг). Исходя из представленных данных, выборку к общей совокупности медицинских работников можно считать репрезентативной.

Внедрение информационных технологий в здравоохранение Республики Беларусь регламентируется нормативно-правовыми актами [3-5], а также:

Государственной программой развития цифровой экономики и информационного общества на 2016-2020 годы (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23.03.2016 №235);

Постановлением Совета Безопасности Республики Беларусь №1 от 18 марта 2019 г. «О концепции информационной безопасности Республики Беларусь»;

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №244 от 20.03.2018 г. «Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь».

Большее число медицинских работников (93,56%) высказалось позитивно о внедрении информационных технологий в здравоохранение; 4,65% выразило безразличное отношение; 1,55% было настроено негативно. В ОЗ Могилевской области чаще всего представлен такой сервис как электронный рецепт (ЭР), на него указано с частотой 63,63% (рис.3). Далее по частоте встречаемости в ответах следуют запись к врачу через интернет (60,02%); возможность проведения теле-консультаций (31,38%), обладающих высоким медицинским, социальным и экономическим потенциалом; электронные очереди и информационные киоски [4-6].

Телекоммуникационную технологию – телемедицину, позволяющую осуществлять теле-консультации, относят к системе с позитивным воздействием на клинические, образовательные, научные, управленческие аспекты деятельности системы здравоохранения [6]. ВОЗ дает ее определение: «Предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывного образования медицинских

работников в интересах улучшения здоровья населения и развития местных сообществ».

Устав Международного общества телемедицины (International Society for Telemedicine and eHealth) свидетельствует: «Использование электронных информационных и коммуникационных технологий в целях обеспечения и поддержания здравоохранения в случаях, когда участники находятся на расстоянии друг от друга», т.е. общим для определений понятия является поддержка принятия клинического решения на расстоянии.

В системе оказания первичной медицинской помощи недостаточно распространен сервис «заказ справок через интернет», причины которого требуют отдельного анализа, связано ли это с отсутствием сервиса или неумением населения пользоваться им.

С популярностью по значимости с ЭР (желанием его наличия на рабочем месте у респондента) может конкурировать только возможность доступа к дистанционному обучению (39,26%).

ЭР – этот сервис, на который респонденты указывали, в первую очередь, когда их спрашивали о том, какие из электронных сервисов они бы хотели иметь на своем рабочем месте (38,54%).

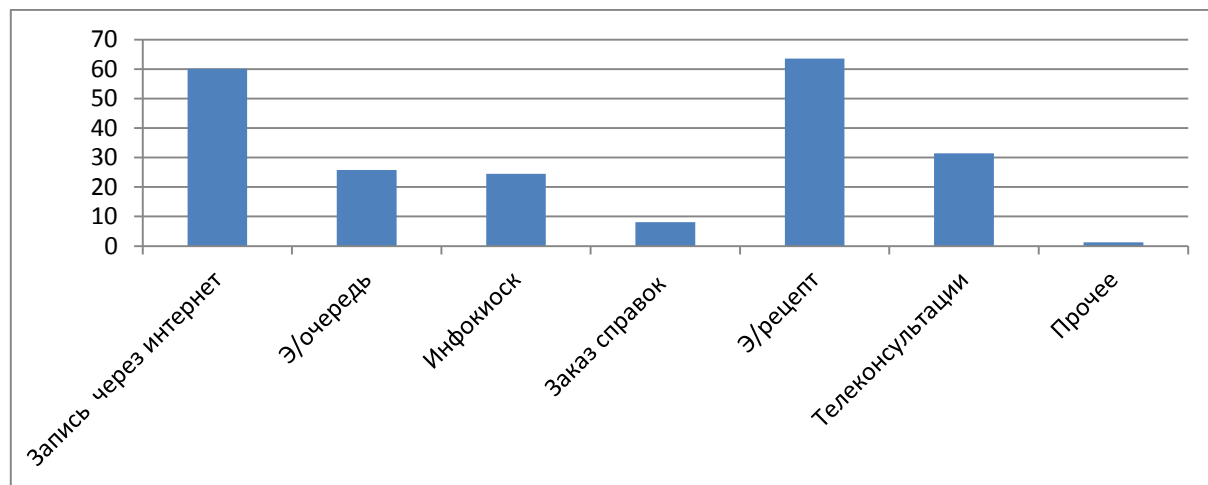


Рисунок 3. Частота упоминания медицинскими работниками представленности в ОЗ, где они работают, различных электронных услуг (%).

На момент опроса 30,55% респондентов указало, что выписывало ЭР. Среди лиц, указавших местом работы поликлинику, амбулаторию, таких было 52%. Среди врачей и помощников врачей, работавших в поликлинике, амбулатории – 68,88%. При этом выписка ЭР не является единичной практикой для выписывающих

его лиц. О том, что выписывают его 1-2 раза в неделю, отметило 17,59% респондентов; каждый день – 62,89%.

Резюме. Медицинских работников следует рассматривать не только как лиц, представляющих МП, но и как людей, владеющих наиболее достоверной информацией о технологии лечебно-диагностического процесса. Социологические опросы являются значимыми источниками информации о качестве и доступности медицинской помощи, которые могут стать выше за счет применения электронного здравоохранения.

Оценка практического применения электронного здравоохранения при оказании МП может стать реальным влиянием на совершенствование технологии электронного здравоохранения, что показал мониторинг, проведенный в Могилевской области.

Литература:

1. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: справочное издание / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32с.
2. Сачек М. М., Жилин А. Д., Щавелева М. В., Новик И. И., Романов Н. А., Щербинская И. П., Иванова В. И., Панулина Н. И., Кульпанович О. А., Матвейчик Т. В., Шваб Л. В., Станкевич В. В. Доступность и качество медицинской помощи в ответах пациентов и медицинских работников Могилевской области //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – №1. – С.38-47.
3. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2018. – 171 с.
4. Закон Республики Беларусь «Об информации, информатизации и защите информации» от 10 ноября 2008г. №455-3
5. Постановление Совета Безопасности Республики Беларусь №1 от 18 марта 2019 г. «О концепции информационной безопасности Республики Беларусь».
6. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Е. Л. Богдан, М. М. Сачек, И. В. Малахова [и др.] /Одобрено на заседании Ученого совета РНПЦ МТ (протокол заседания Ученого совета РНПЦ МТ от 14.12.2017 №8). – Минск, 2017. – 119с.

МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О СУИЦИДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

Зверко О. И., Холопица Ю. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. По данным опроса трудоспособного населения, проживающего в городской и сельской местности Гродненской, Минской и Брестской областей, выявлено отношение к проблеме суицида в современном обществе: мнение о причинах, о факторах, провоцирующих самоубийство, о возможностях предупреждения и о личном опыте в данной области, – в зависимости от места жительства респондентов.

Ключевые слова: суицид, общественное мнение, места жительства, профилактика.

OPINION OF POPULATION ON SUICIDE DEPENDING ON THE PLACE OF RESIDENCE

Zviarko V., Kholopitsa Yu.

Grodno State Medical University, Grodno

Summary: According to a survey of the working-age population living in urban and rural areas of the Grodno, Minsk and Brest regions, an attitude towards the problem of suicide in modern society has been revealed: opinions about the causes, factors causing suicide, warning possibilities and personal experience in this area – depending on the place of residence of the respondents.

Key words: suicide, public opinion, living place, prevention.

Результаты эпидемиологических исследований говорят о том, что в последние десятилетия во многих странах мира отмечается рост уровня суицидов среди сельского населения. К примеру, в США уровень суицидов в сельской местности (17,9 на 100 тыс. населения) превышал уровень суицидов в городе (14,9 на 100 тыс. населения). В Китае уровень суицидов среди мужчин и женщин всех возрастных групп, проживающих в сельской местности, в 3-4 раза выше, чем среди городских жителей. В Канаде уровень суицидов растет по мере

уменьшения численности жителей в населенных пунктах, при этом средний уровень суицидов в сельской местности (41 на 100 тыс. населения) значительно превышает средний показатель по стране (13 на 100 тыс. населения) [2]. В Украине сельские жители в 1,52 раза чаще заканчивают жизнь самоубийством, чем городские. В Беларуси за 2010 году уровень суицидов среди сельского населения (40,2 на 100 тыс. жителей) был в 2,5 раза выше, чем в городской популяции (16,1 на 100 тыс. жителей) [3]. Основными причинами такого распределения суицидов в территориальном разрезе, по мнению авторов, являются более тяжелые материальные и бытовые условия проживания в сельской местности, отсутствие специалистов и служб психологической помощи населению, неразвитость инфраструктуры культурно-досуговых учреждений, злоупотребление алкоголем. Городские жители имеют более высокий уровень жизни, при этом у них выше запросы в отношении здоровья, а значит, и в отношении здравоохранения и условий, связанных со здоровьем. Существует предположение, что городские жители лучше адаптировались к происходившим в результате индустриализации социальным изменениям [4].

На сегодняшний день теоретические основы проблемы суицидального поведения разработаны достаточно основательно как с психологической, так и с социологической и демографической точек зрения. В связи с этим современные исследования сосредотачиваются в основном на практических разработках в области факторов суицидального риска, а также изучении динамики самоубийств в конкретных группах населения [5]. Вместе с тем, социальная значимость суицидального поведения обуславливает необходимость продолжения изучения данного феномена с целью разработки стратегии профилактики. В связи с многофакторной обусловленностью суицидального поведения, усилия по предупреждению самоубийств требуют широкого многосекторального подхода к разным слоям населения, группам риска и ситуациям на всех этапах жизни человека [1].

Цель исследования. По данным опроса выявить отношение населения репродуктивного возраста к проблеме суицида в современном обществе: мнение о причинах, о факторах, провоцирующих самоубийство, о возможностях предупреждения и о личном опыте в данной области, в зависимости от места жительства респондентов.

Материалы и методы. Был проведен случайный бесповторный анонимный опрос 200 человек репродуктивного возраста Гродненской, Минской и Брестской областей. Средний возраст составил $33,8 \pm 10,4$ лет. Из них 115 (57,5%) женщины и 85 (42,5%) мужчин репродуктивного возраста. 56,5% респондентов состояли в браке, 60,5% – имели как минимум одного ребенка. Высшее образование имели 30% выборки. Структура выборочной совокупности по указанным факторам соответствует таковой для генеральной совокупности населения Беларуси трудоспособного возраста.

Все респонденты были разделены на две группы в зависимости от места жительства. Первую группу составили 142 (71%) человека, проживающих в городе, вторую – 58 (29%) жителей сельской местности. Использовался оригинальный социологический инструментарий, отражающий наиболее важные аспекты проблемы суицида. Анонимная анкета состояла из 30 пунктов, которые включали 12 вопросов о личности респондента, его социальных и медико-демографических характеристиках, и 18 (основная часть опросника) – по изучаемой проблематике.

Статическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10,0». Использовался критерий Манна-Уитни и χ^2 Пирсона. Уровень $p < 0,05$ был принят как статистически значимый

Результаты исследования. Все респонденты утверждают, что знают, что такое «суицид». Ознакомленность о проблеме суицида в современном обществе находится на одинаковом уровне и среди городских, и среди сельских жителей (статически значимых различий не выявлено).

Около 7,7% городских жителей считают нормальным явлением возникновения у человека мыслей о суициде, в то время как сельские жители так не думают (все респонденты в группе не считают возникновение данных мыслей нормой). Несмотря на выявленные различия, статистическая достоверность их невысока ($U=0,08$, $p=0,07$).

Среди опрошенного населения распространено мнение, что чаще суицид совершают лица мужского пола (67,6% в первой группе и 75,9% во второй), решение о суициде возникает у человека обдуманно (57,7% и 56,9% в группах, соответственно), самоубийцы – это психологически слабые люди (66,9%, 65,5%, соответственно).

Основные причины совершения суицида, по мнению респондентов, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Причины суицида, по мнению респондентов, в зависимости от места жительства

Причина самоубийств	Городские жители	Сельские жители
Финансовые проблемы	18,3%	25,8%
Проблемы в личной жизни	49,3%	50,0%
Избежание наказания	14,8%	13,8%
Моральное или физическое издевательство	24,7%	36,2%
Религиозный фанатизм	9,9%	3,5%
Психические заболевания	38,1%	27,6%
Неизлечимая болезнь	21,2%	20,7%
Непонимание окружающих, одиночество	16,2%	5,2%
Потеря смысла жизни	33,8%	36,2%
Алкогольная или наркотическая зависимость	25,4%	17,3%
Подражательное самоубийство	4,9%	6,9%
Смерть близких или родственников	7,1%	3,5%
Привлечения внимания	11,9%	20,7%

Примечание: достоверных различий ($p < 0,05$) между группами не выявлено.

Большинство респондентов в каждой из групп (45,8%, 58,6%, соответственно, $p > 0,05$) не могут оправдать суицид ни при каких жизненных обстоятельствах. Часть респондентов оправдали бы совершение суицида в группах в следующих случаях (данные представлены в таблице 2):

Таблица 2. Случаи, в которых респонденты оправдали бы совершение суицида

Причина самоубийств	Городские жители	Сельские жители
Неизлечимое заболевание	1,4%	1,7%
Психические болезни	21,1%	15,5%
Приём наркотических и алкогольных веществ	1,4%	5,2%
Избежание наказания	7,7%	3,4%
Материальное положение	21,8%	15,5%

Примечание: достоверных различий ($p < 0,05$) между группами не выявлено.

Около 34,5% опрошенных из города, утверждают, что всегда по поведению человека можно узнать о его суицидальных мыслях, по сравнению с 15,5% опрошенных из села ($U = 0,0022$, $p = 0,0019$), в тоже время, 38,7% городских и больше половины сельских жителей

(62,1%), думают, что не во всех случаях можно заподозрить суицидальные намерения по поведению ($U=0,0022$, $p=0,0026$).

О возможности предотвращения суицидальных или парасуицидальных попыток были получены следующие результаты ($U=0,00021$): 60% городских и 39,7% сельских жителей считают, что всегда можно предотвратить самоубийства ($p=0,000$), 19,5% и 39,9%, соответственно, уверены в том, суицид можно только отсрочить на некоторое время ($p=0,14$).

Основные возможные способы отвлечения от суицидальных мыслей представлены в таблице 3.

Таблица 3. Основные возможные способы отвлечения от суицидальных мыслей

Причина самоубийств	Городские жители	Сельские жители
Помощь психолога	46,9%	39,1%
Смена окружающей обстановки	30,0%	24,1%
Новый круг общения	8,8%	11,5%
Новое хобби или увлечения	7,1%	12,6%
Завести домашнее животное	1,8%	6,9%

Примечание: достоверных различий ($p<0,05$) между группами не выявлено.

Большую роль в удержании человека от совершения суицида, по мнению респондентов, играют следующие факторы ($U=0,0016$): страх перед смертью (18,5%, 6,9% в группах, соответственно, $p=0,0043$) и любовь к близким людям (43,0%, 39,7%, соответственно, $p=0,0071$), вера в Бога (6,5%, 6,9%, соответственно, $p=0,8$).

Думали о совершении суицида 12,7% городских и 5,2% сельских жителей, но парасуицидальные попытки выявлены только у 4,2% жителей города (статически значимых различий не выявлено).

Выводы. Таким образом, место проживания не оказывает значимого влияния на в целом негативное отношение к суициду: около половины как городских, так и сельских жителей и не могут его оправдать. Суицид воспринимается как проявление слабости характера и обдуманности решения. Вместе с тем, доля городских жителей, уверенных, что суицид всегда можно предотвратить, значительно превышает соответствующую долю в числе сельских жителей (60% и 39,7%, соответственно, $p=0,000$).

Литература:

1. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения, 2014.
2. Разводовский, Ю. Е. Суициды среди городских и сельских мужчин / Ю. Е. Разводовский // Психиатрия. – 2010. – № 1. – с. 13-18.
3. Смертность в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2016–2017 гг. – Минск : ГУ РНМБ, 2018. – 236 с.: табл.
4. Назарова, И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2003. – №11. – С. 57-69.
5. Морев, М.В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения [текст]: монография / М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин; под ред. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: Ин-т социально-экономического развития территорий РАН, 2010. – 188 с.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Малкин М. Г., Сурмач Е. М., , Хихол В. А., Якуть А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме: в статье представлены оценка выраженности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), его особенностей, сравнение уровня СЭВ у медицинских работников хирургического стационара.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, хирургические отделения, медицинский персонал.

PECULIARITIES OF BURNOUT SYNDROME IN HEALTH-CARE PROFESSIONALS OF THE SURGICAL DEPARTMENTS IN THE HOSPITAL

Malkin M. R., Surmach K. M., Khikhol V. A., Yakuts G. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary: the burnout syndrome severity and its peculiarities of the health-care professionals of the surgical departments are presented in this article.

Keywords: burnout syndrome, surgical departments, healthcare professionals

Актуальность. Впервые синдром эмоционального выгорания (СЭВ) описан клиническим психологом Гербертом Фройденбергером 45 лет назад. Работая волонтером в клинике для наркозависимых, он наблюдал эмоциональное истощение и сопутствующие психосоматические симптомы среди работников-добровольцев клиники. Фройденбергер определил выгорание, как истощение, вызванное «чрезмерными потребностями в энергии, силе или ресурсах» на рабочем месте. Охарактеризовал его рядом симптомов, включая недомогание, усталость, разочарование, цинизм [1].

Сегодня более половины врачей в США испытывают симптомы выгорания, почти вдвое превышающие показатели у работников других профессий. В отчете Medscape Lifestyle 2019 года, основанном на ответах более 20 тысяч врачей, сообщается, что показатель выгорания по всей стране вырос с 40% до 51% за четыре года. Врачи, работающие на «переднем крае» лечения (неотложная медицина, семейная медицина, внутренняя медицина, акушерство и гинекология), подвержены особенно высокому риску выгорания, а женщины-врачи страдают от выгорания чаще, чем их коллеги мужчины. Во многих работах показано, что выгорание врачей влияет на качество медицинской помощи, текучесть кадров, безопасность и удовлетворенность пациентов [2].

Формированию СЭВ подвержены не только врачи с длительным стажем работы. В ряде публикаций приводятся данные о том, что студенты-медики, врачи-стажеры подвергаются значительному риску выгорания. Его распространенность сейчас превышает 50% среди медицинских работников [3]. Риск психологических расстройств, влияющих на здоровье, возрастает в соответствии с растущими требованиями к работникам. Вопросник, посвященный профессиональным заболеваниям, связанным со стрессом, был распространен среди национальных экспертов из стран Европейского Союза (ЕС). Из 23 стран, принявших участие в опросе, в 9 странах (Дания, Эстония, Франция, Венгрия, Латвия, Нидерланды, Португалия, Словакия и Швеция) синдром выгорания можно признать профессиональным заболеванием. Компенсация за развитие СЭВ была присуждена в Дании, Франции, Латвии, Португалии и Швеции. В соответствии с законодательством ЕС все страны, участвовавшие в исследовании, имеют план действий по предотвращению стресса на рабочем месте [4].

Согласно данным российских исследователей высок уровень СЭВ среди врачей разных специальностей и на территории России. Установлено, что выгорание одинаково часто встречается как у медицинских работников со стажем, так и у молодых сотрудников. Частоедова И. А. с соавторами установили некоторые различия в качественных и количественных характеристиках проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников различных профилей и специализаций. Самый высокий средний показатель фазы истощения зарегистрирован у медицинских сестер отделений реанимации и интенсивной терапии. М. В. Бектасова указывает, что уровень СЭВ достигает 75% у респондентов фтизиатрической и онкологической служб. Зависимость развития выгорания от возраста и профессионального стажа более характерна для врачей-фтизиатров, онкологов [5].

Цель исследования: определить частоту встречаемости СЭВ и выполнить сравнительный анализ особенностей синдрома среди медицинских работников разных специальностей хирургического профиля.

Материалы и методы: проведено анкетирование 25 человек (врачей и медицинских сестер), работающих в отделениях хирургического профиля городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Гродно (отделения хирургическое и ортопедотравматологическое, группа 1) и 16 человек (группа 2) в отделениях УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Различия в половозрастном составе в группах отсутствовали. Средний возраст респондентов составил $38 \pm 10,6$. Использовался опросник МВІ (К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н. Е. Водопьяновой). Статическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах. Уровень $p < 0,05$ был принят как статистически значимый.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным общий уровень психического выгорания имел средние значения в группах 1 и 2.

Анализируя подшкалы в группе 1, получили, что 11% респондентов имели высокий уровень эмоционального истощения, 56% – средний уровень (психоэмоциональное истощение проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, равнодушии и холодности по отношению к окружающим, чувством

опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов). 52% опрошенных медицинских работников – средние значения деперсонализации, а 17,5% – высокие.

Личностное отдаление (деперсонализация) проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям. Деперсонализация представляет собой тенденцию развивать циничное отношение к реципиентам и другим субъектам контактов в профессиональной деятельности. В процессе выгорания контакты становятся более формальными, обезличенными. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер, проявляться во внутреннем, сдерживаемом раздражении, которое со временем обнаруживается в виде вспышек раздражения, агрессии, недовольства, развитии конфликтных отношений.

25% респондентов из группы 1 имели средние значения редукции личностных достижений (профессиональной мотивации) – снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональной сфере, все остальные – низкие значения (высоких и очень высоких показателей найдено не было).

Среди акушеров-гинекологов, акушеров (группа 2) 25% имели средние значения психоэмоционального истощения, 6,5% – высокие, 37,5% – средние значения деперсонализации, 10,8% – высокие. Редукция личностных достижений: 11% – средние (остальные респонденты имели низкие и крайне низкие значения).

Следует обратить внимание на несоответствие между более высокими показателями по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации и низкими значениями редукции личностных достижений среди медицинских работников.

Значимые различия в уровнях показателей в связи с возрастом или полом респондентов отсутствовали. Показатели субшкал не имели различий в связи с профессиональным стажем.

Значения интегрального индекса выгорания были выше средних показателей (0 – нет выгорания, 1 – максимально выраженное выгорание).

Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Уровень значений СЭВ в группах

Компонент	Группа 1, n=25	Группа 2, n=16
Психоэмоциональное истощение	26,0 [17,0-29,0]	19,5 [17,5-23,5]
Деперсонализация	17,0 [15,0-19,0]	14,5 [12,5-18,5]
Редукция личных достижений (профессиональная мотивация)	10,0 [6,0-20,0]	15,5 [11,0-19,0]
Психическое выгорание	54,0 [40,0-61,4]	47,0 [43,0-59,0]
Интегральный индекс выгорания	0,64	0,62

Выводы:

- 2/3 медицинских работников отделений хирургии и травматологии, 1/3 сотрудников акушерских отделений имели средний, высокий уровни показателей эмоционального истощения.
- 50% сотрудников акушерских отделений и 2/3 медицинских работников хирургических имели средние и высокие значения деперсонализации (личностного отдаления).
- 1/3 часть респондентов независимо от специализации продемонстрировала средние значения редукции личностных достижений.
- Суммарные значения психического выгорания были средними в обеих группах, а интегральный индекс выгорания – выше среднего.
- Половозрастных различий по уровню СЭВ не найдено.
- Стаж работы не оказал влияния на показатели СЭВ в данных группах.

Литература:

1. Freudenberger H. J. Staff Burn-Out / H. J. Freudenberger // J. of Social Issues. – 1974. – Vol. 30 (1) – P. 159–165.
2. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome / C. Rodrigues [et al.] // Rev. Bras. Enferm. – 2017. – Vol.70 (5). – P. 1083-1088.
3. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students / L. N. Dyrbye [et al.] // JAMA – 2010. – Vol.304 (11). – P. 1173-1180.
4. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study / A. Lastovkova [et al.] // Ind. Health– 2018. – Vol.56 (2). – P. 160-165.
5. Частоедова И. А., Мухачева Е. А. Сравнительный анализ проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер различной специализации / И. А. Частоедова, Е. А. Мухачева // Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 2 (54) – С. 80–85.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХОСПИСА

**Сурмач Е. М., Малкин М. Г., Якуть А. В., Хихол В. А.,
Третьяков М. М.*, Венедиктова Е. А. *, Чернякова Л. К.***

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
Гродненская городская клиническая больница №3, г. Гродно, Беларусь*

Резюме: в статье представлены оценка выраженности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), его особенностей, сравнение уровня СЭВ у медицинских работников разной специализации.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, хоспис, медицинский персонал.

BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL WORKERS OF THE HOSPICE

**Surmach K. M., Malkin M. R., Yakuts G. V., Khikhol V. A.,
Tratsiakou M. M., Veniadzictava L. A., Charniakova L. K.**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Hospital №3, Grodno, Belarus

Summary: the article presents an assessment of the burnout syndrome severity and its peculiarities in hospice personnel, comparison of this syndrome level in healthcare professionals of different specializations.

Keywords: burnout syndrome, hospice, healthcare professionals

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) представляет собой актуальную проблему работы современного хосписа. Наряду с чувством удовлетворения, достигаемым за счет улучшения качества жизни нуждающихся пациентов, осознается, что практика клинического хосписа и паллиативной помощи может быть по своей природе сложнее, чем предполагалось ранее, требует высокого уровня стрессоустойчивости у сотрудников. Формированию СЭВ у работников данной сферы способствует целый ряд факторов: это и эмоциональное напряжение при оказании помощи пациентам, и особенности режима работы в отделении, взаимодействия с членами семьи, опекунами пациента. Swetz К.М. с соавторами называют СЭВ

критической проблемой, поскольку профессия пытается привлечь новых сотрудников для удовлетворения растущих потребностей в хосписном уходе [1]. Многие авторы говорят о СЭВ, как о проблеме, приводящей к высокой текучести кадров и снижению морального духа сотрудников и, как следствие, увеличению количества ошибок в работе [2]. Американская ассоциация медсестер характеризует выгорание как «эмоциональное истощение», однако персонал, занимающийся уходом за пациентами хосписа, может проявлять множество симптомов: физическое истощение и частые заболевания, боязнь идти на работу. Работники хосписа, страдающие от выгорания, часто приходят поздно, делают более длительные перерывы, выполняют меньше работы во время дежурства и боятся включать телефоны для работы на вызовах [3].

Авторы систематического обзора СЭВ привели сравнительные результаты уровня выгорания у различных групп врачей. В дополнение к сообщению о 46% всех врачей, имеющих СЭВ, они отметили самые высокие показатели среди врачей, которые должны одновременно решать несколько медицинских потребностей пациента (например, семейная медицина) или те, которые требуют сосредоточения на чрезвычайной ситуации с высокой скоростью реакции (например, неотложная медицина, акушерство). Кроме того, найдено, что более высокие показатели выгорания присутствуют среди врачей интенсивной терапии, где ситуации неотложной помощи являются нормой, а вот результаты деятельности не всегда успешны. Паллиативная помощь имеет много общих характеристик с этими медицинскими дисциплинами. Клиницисты паллиативной помощи сообщают о частоте выгорания 62%. Это один из самых высоких опубликованных показателей по сравнению с выборками врачей других специальностей. В литературных источниках указано, что истощение чаще формируется у молодых врачей, которые имеют ненормированный рабочий день, работают дольше и часто – в выходные дни. Однако анализ 8 исследований со схожими критериями включения выявил распространенность синдрома эмоционального выгорания в среднем у 17,3% работников хосписа, отмечен более высокий уровень эмоционального истощения у медсестер в сравнении с врачами (19,5%), самые высокие уровни выгорания (20%) выявлены у работников паллиативной помощи на дому [4]. Согласно данным работы Dunwoodie D.A. с соавторами среди врачей паллиативной помощи Западной Австралии, уровни

психической заболеваемости и выгорания в паллиативной медицине не выше, чем в других специальностях. В работе японских исследователей указано, что специалисты паллиативной помощи имеют высокий уровень редукции личных достижений (62%), в связи с чем, медицинские работники считают свою помощь паллиативным пациентам мало эффективной [5].

Цель исследования: определить частоту встречаемости СЭВ и выполнить сравнительный анализ особенностей синдрома среди медицинских работников хосписа и отделений терапевтического профиля.

Материалы и методы: проведено анкетирование 20 сотрудников (врачей и медицинских сестер), работающего в отделениях терапевтического профиля областной клинической больницы медицинской реабилитации г. Гродно (группа 1), а также 18 сотрудников хосписа (группа 2). Различия в половозрастном составе в группах отсутствовали. Средний возраст респондентов составил $39 \pm 16,5$. Использовался опросник МБИ (К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н.Е. Водопьяновой). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах. Полученные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Уровень $p < 0,05$ был принят как статистически значимый.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным общий уровень психического выгорания имел средние значения в группах. При сравнении результатов по шкалам различия в группах отсутствовали. Уровень психоэмоционального истощения и личностного отдаления был также средним, а вот уровень редукции личных достижений оказался низким.

Оценен уровень СЭВ в зависимости от стажа работы, различий в группах 1 и 2 найдено не было. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Уровень значений СЭВ по шкалам

Шкала	Группа 1 (n=20)	Группа 2 (n=18)
Психоэмоциональное истощение	24 [22,0-26,5]	21,00 [17,0-30,0]
Деперсонализация (личностное отдаление)	15,5 [14,0-18,5]	15,5 [12,0-17,0]

Шкала	Группа 1 (n=20)	Группа 2 (n=18)
Редукция личных достижений (профессиональная мотивация)	15,5 [13,5-16,5]	11,5 [11,0-14,0]
Психическое выгорание	54,0 [50,5-59,0]	49,0 [41,0-64,0]

46% опрошенных медицинских сестер в хосписе имели низкие суммарные значения психического выгорания, а в группе терапевтических отделений – 7,6% медицинских сестер имели низкий уровень СЭВ. Высоких значений в группах, как среднего медицинского персонала, так и врачей найдено не было. Выполнив анализ каждой шкалы, получили следующие результаты: 16% всех сотрудников хосписа и 7,6% сотрудников отделений терапевтического профиля имели высокий уровень психоэмоционального истощения. Что касается показателей личностного отдаления, то 1/5 часть сотрудников групп 1 и 2 имела высокие значения по шкале личностного отдаления. В отделении хоспис 11% сотрудников имели крайне высокие значения деперсонализации, такие уровни в группе 1 отсутствовали (личностное отдаление проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям).

Редукция личных достижений в общетерапевтических отделениях у 73% сотрудников была низкой, у 7,5% – крайне низкой. В хосписе 60% сотрудников демонстрировали низкие значения показателя, однако у 13% медицинских сестер уровень данного показателя был высоким.

Выводы:

- Выявлены средние значения СЭВ у сотрудников отделения хоспис.
- Различий в уровне СЭВ между сотрудниками общетерапевтических отделений стационара и работниками отделения хоспис не найдено.
- Уровень СЭВ не зависит от стажа работы в отделениях общетерапевтического профиля, хосписе.
- 1/5 опрошенных сотрудников (как в отделениях общетерапевтического профиля, так и в отделении хоспис) имеет высокие значения личностного отдаления.

- У 13% медицинских сестер отделения хоспис наблюдаются высокие значения редукции личностных достижений (снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональной сфере).

Литература:

1. Strategies for avoiding burnout in hospice and palliative medicine: peer advice for physicians on achieving longevity and fulfillment / K. M. Swetz [et al.] // J Palliat Med. – 2009. – №12. – P. 773-777.
2. Lupu D. Estimate of current hospice and palliative medicine physician workforce shortage / D. Lupu // J. Pain Symptom Manage. – 2010. – Vol. 40. – P. 899–911.
3. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S / A. H. Kamal [et al.] // J. Pain Symptom Manage. – 2016. – Vol.54 (1). – P. 690-696.
4. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review / V. Parola [et al.] // JBI Database System Rev Implement Rep.– 2017. – Vol.15 (7). – P. 1905-1933.
5. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia / D. A. Dunwoodie [et al.] // Psychooncology.– 2007. – Vol.16 (5). – P. 421-428.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хоха Р. Н., Парамонова Н. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Представлены результаты распространенности атопического дерматита у подростков Гродненской области. Установлены региональные особенности, выявлена тенденция к росту распространенности АД. Полученные результаты будут способствовать решению проблемы распространенности аллергических заболеваний у взрослых.

Ключевые слова: атопический дерматит, подростки, распространенность

PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS IN ADOLESCENTS OF THE GRODNO REGION

Khokha R. N., Paramonova N. S.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Abstract. The results of the prevalence of atopic dermatitis in adolescents of the Grodno region are presented. Regional peculiarities were established, a trend towards an increase in the prevalence of atopic dermatitis. The results will help to solve the problem of the prevalence of allergic diseases in adults.

Keywords: atopic dermatitis, adolescents, prevalence

Во всем мире наблюдается устойчивый рост распространенности аллергии: в настоящее время у 30-40% населения выявляют одно или несколько АЗ. Значительную долю пациентов составляют дети и подростки, по мере взросления которых распространенность аллергии будет продолжать увеличиваться [1]. Одной из актуальных проблем аллергологии является проблема атопического дерматита (АД). Изучение динамики эпидемиологических характеристик эволюции АД у подростков будет способствовать решению проблемы распространенности аллергических заболеваний у взрослых.

Цель исследования: установить распространенность АД у детей Гродненской области в возрасте 15–17 лет.

Пациенты и методы. Проведена ретроспективная оценка распространенности (показатель общей заболеваемости) АД у детей Гродненской области в возрасте 15-17 лет. Сведения о показателе общей заболеваемости получены из годовой формы отчета «Форма 1 – дети». Для выявления основных закономерностей динамики проведен анализ распространенности АД в период с 2008 г. по 2018 г. с использованием методов статистического изучения динамических рядов. Рассчитывали следующие средние показатели тенденции:

средний абсолютный прирост (убыль) $\overline{\Delta y} = \frac{y_n - y_1}{n - 1}$, средний темп роста

(убыли) $\overline{T_p} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_1}} * 100\%$, где y_1 – начальный уровень ряда, y_n – конечный уровень ряда, n – число рядов; средний темп прироста

(убыли) $\overline{T_{np}} = \overline{T_p} - 100\%$. С целью определения тенденции динамики распространенности АД на определенной территории проведено выравнивание динамических рядов за 11 лет методом наименьших квадратов. Выраженность тенденции ряда рассчитывали по критериям, предложенным В.Д. Беяковым с соавт. (1981). Пересчет среднемноголетнего показателя осуществлялся на 100 тыс. детского населения в возрасте 15-17 лет. Данные представлены в виде 95% доверительного интервала (ДИ) для среднего. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета прикладных данных STATISTIKA, версия 6.

Результаты и их обсуждение. Среднемноголетний показатель распространенности (СПР) АД в период 2008–2018 гг. составил 388,07 (95% ДИ: 358,81–419,33) на 100 тыс. детей в возрасте 15-17 лет. Региональные особенности СПР АД среди подростков представлены на рис. 1. Как видно из представленного рисунка за анализируемый 11-летний период превышение среднего областного показателя ($p=0,0000$) отмечается в Свислочском (1146,16, 95% ДИ: 849,81-1442,51), Мостовском (1024,52, 95% ДИ: 926,27-1122,77), Щучинском (786,67, 95% ДИ: 707,35-866,00) и Лидском районах (703,89, 95% ДИ: 612,55-795,23). Низкий по сравнению со средним областным СПР ($p=0,0000$) АД в этот период зарегистрирован в Сморгонском (136,00, 95% ДИ: 71,26-200,74), Ошмянском (296,68, 95% ДИ: 250,61-342,76), Кореличском (42,78, 95% ДИ: 1,69-83,88), Ивьевском (108,80, 95% ДИ: 32,81-184,79), Дятловском (145,59, 95% ДИ: 14,83-276,35), Волковысском (113,94, 95% ДИ: 56,58-171,31), Слонимском (46,02, 95% ДИ: 17,35-109,39), Гродненском +г. Гродно) (138,67, 95% ДИ: 119,18-158,17) районах. На территории остальных районов области СПР АД не отличался от среднего областного уровня ($p>0,05$) и составил в Берестовицком районе 458,88, 95% ДИ: 311,24-606,53, Вороновском 298,94, 95% ДИ: 145,93-451,96, Зельвенском 378,84, 95% ДИ: 171,08-586,59, Новогрудском 340,56, 95% ДИ: 262,89-418,22, Островецком 430,71, 95% ДИ: 375,94-485,48 на 100 тыс. детей в возрасте 15-17 лет.

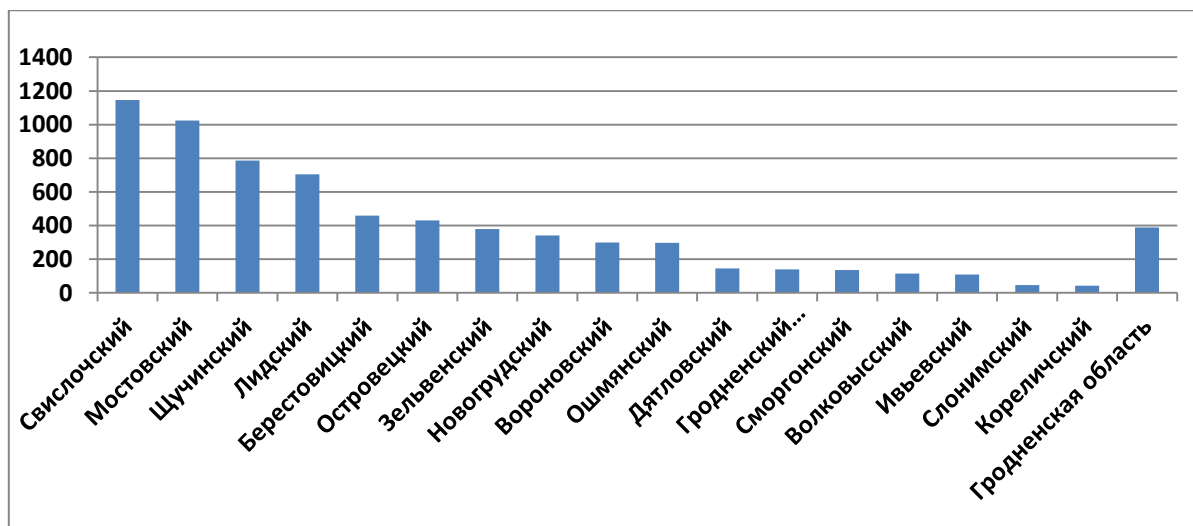


Рисунок 1 Региональные особенности среднемноголетнего (2008-2018 гг.) показателя распространенности АД среди детей в возрасте 15-17 лет

Анализ по годам показал, что максимальная распространенность АД отмечалась в 2013 году, минимальная – в 2010 году (рис. 2). Средним темп роста распространенности АД в период 2008-2011 гг. составил 102,6%.

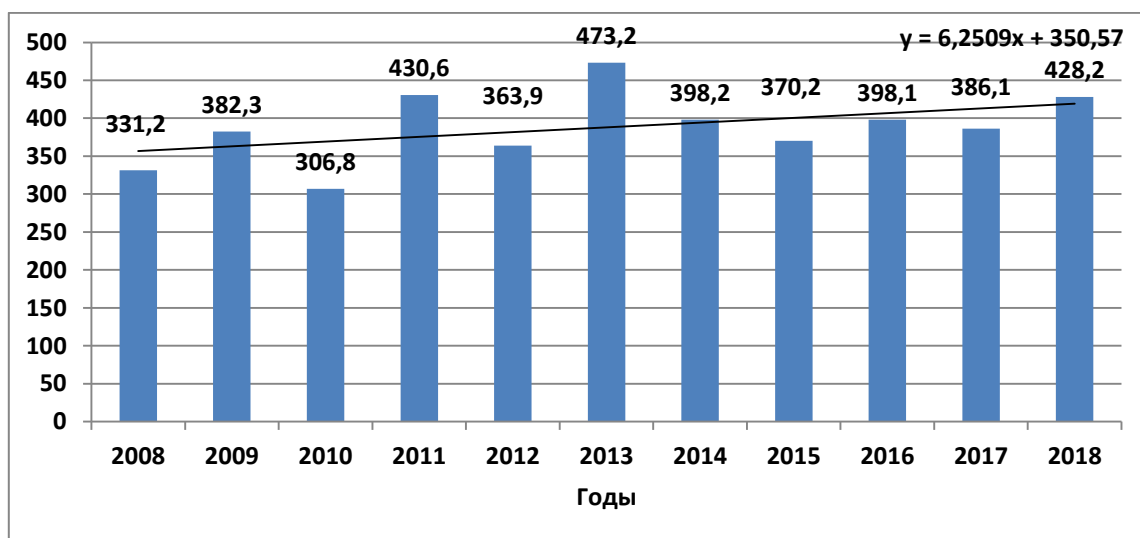


Рисунок 2. Динамика распространенности АД у детей в возрасте 15-17 лет в период 2008-2018 гг.

Ранжирование средних показателей тенденции динамики распространенности АД в период 2008-2018 гг. по территориальному признаку представлено в таблице 1. Как видно из этой таблицы на территории большинства (11) районов области наблюдается средний темп роста (убыли) более 100%. Средний темп роста (убыли) менее 100% установлен в 6 районах области. Скорость нарастания изменений распространенности АД в анализируемый период в целом

по области была умеренной, средний темпом прироста составил 2,6%, и была неодинакова в разных регионах области. Выраженная скорость нарастания (>5%) наблюдается на территории 11 районов, умеренная (1–5%) на территории 4 районов. В 2 районах (Щучинский и Новогрудский) отмечается стабилизация динамики (<1%) распространенности АД у подростков. Тенденция динамики распространенности АД характеризуется средним абсолютным приростом 9,7 на 100 000 детского населения в целом по области с самым высоким в Свислочском районе и самым низким в Берестовицком районе.

Таблица 1. Средние показатели тенденции динамики распространенности АД у детей в возрасте 15–17 лет в период 2008-2018 гг. Ранжирование по территориальному признаку

Район	Средний темп роста (убыли),%	Средний темп прироста (убыли),%	Средний абсолютный прирост (убыль) на 100 тыс. д. н.
Гродненский (+ г. Гродно)	106,7	6,69	7,52
Берестовицкий	103,1	3,11	1,66
Волковыский	81,15	-18,85	-42,5
Вороновский	95,68	-4,32	-12,63
Дятловский	119,51	19,51	33,23
Зельвенский	86,61	-13,39	-56,24
Ивьевский	115,38	15,38	24,64
Кореличский	106,95	6,95	6,88
Лидский	101,52	1,52	9,11
Мостовский	100,2	0,19	1,93
Новогрудский	108,25	8,25	24,35
Островецкий	92,33	7,67	-29,87
Ошмянский	95,87	4,13	09,66
Свислочский	104,69	4,69	68
Слонимский	122,94	22,94	31,91
Сморгонский	94,5	-5,5	-10,09
Щучинский	100,91	0,91	7,94

Таким образом, в результате проведенного исследования в Гродненской области установлены региональные особенности распространенности АД у детей в возрасте 15-17 лет. В период 2008-2018 гг. выявлена тенденция к росту распространенности АД,

средние показатели тенденции динамики на территории области в течение 11 лет характеризуются умеренной скоростью нарастания распространенности АД.

Литература:

Белая книга WAO по аллергии 2011–2012 / под ред. Р. И. Сепиашвили, Т. А. Славянской. – М: Медицина – Здоровье, 2011. – 12 с.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ

Королева Е. Г., Кучерова С. А., Бурлыко А. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь.

Резюме. Отношение пациента к своему заболеванию является важной составляющей болезни, на которую, в первую очередь, необходимо направить психологическое воздействие. Особенно в том случае, когда отношение к болезни неадекватно, препятствует адаптации, мешает эффективному лечению, профилактике, реабилитации.

Ключевые слова: тип отношения к болезни, психотерапия, внутренняя картина болезни.

TYPES OF RELATION TO DISEASE IN DIFFERENT SOMATIC CLINICS

Koroleva E. G., Kucherova S. A., Burlyko A. Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus.

Summary. The attitude of the patient to his illness is an important component of the disease, to which, first of all, it is necessary to direct psychological influence. Especially in the case when the attitude towards the disease is inadequate, interferes with adaptation, interferes with effective treatment, prevention, rehabilitation.

Key words: type of attitude to the disease, psychotherapy, internal picture of the disease.

Актуальность исследования. Извращенное отношение к болезни особенно актуально у пациентов, страдающих онкологическими, неврологическими, кардиологическими и хирургическими заболеваниями, при которых особенно важно комплексное лечение. В состав комплексной терапии обязательно должна входить психотерапевтическая составляющая. Для определения направления психотерапевтической работы с данными пациентами, насущной необходимостью является определение типа отношения к заболеванию.

Р. А. Лурия указывал, что «субъективная, внутренняя картина (ВКБ) болезни начинает выступать в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир больного». В связи с чем, чтобы правильно поставить диагноз пациенту важно не только объективное обследование его соматического состояния, но и определение его психологического состояния: жалобы, переживания, связанные с развитием заболевания, характерологические изменения.

Те психологические факторы, которые привели к развитию заболевания, не заканчивают своего влияния после начала болезненного процесса, а продолжают «работать» в условиях заболевания. Определение личностной реакции на заболевание, способ приспособления к заболеванию могут помочь исследователю в выработке плана психологической реабилитации.

Z. Lipowski предлагает свою типологию «психосоциальной реакции на болезнь»:

1 – реакция на информацию о заболевании: тревога, уход, борьба, противодействие, враждебность; депрессия или ипохондрия, безразличие; повышенная жизнерадостность; угнетенность, стыд, гнев;

2 – эмоциональная реакция на болезнь (стыд, гнев, горе, чувство вины, тревога);

3 – реакция преодоления болезни по когнитивному пути (преуменьшение ее значимости или пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или по поведенческому пути (борьба, активное сопротивление, капитуляция, попытка «ухода»).

Формирование отношения к болезни проходит несколько этапов:

1 этап – сенсологический (реакция на болезненные ощущения, чувства): ощущение дискомфорта, боль, чувство своей неполноценности;

2 этап – оценочный (результат интрапсихической переработки);

3 этап – формирование отношения к болезни.

В. В. Николаева сопоставила субъективные жалобы психически больных с объективными показателями их деятельности и установила, что:

- систематическое изучение жалоб больных обнаруживает отсутствие прямой зависимости между тяжестью дефекта и представлениями больного о своей болезни;
- изучение жалоб пациентов в сравнении с их позицией во время эксперимента позволяет судить о степени сохранности личности;
- изучение самооценки больных и особенностей внутренней картины болезни может иметь значение для решения вопроса о их компенсации и адаптации.

Целью исследования явилось: проанализировать отношение к заболеванию пациентов, находящихся на лечении по поводу различных соматических заболеваний.

При этом задачами были:

- выявить различные типы отношения к болезни в зависимости от характера заболевания,
- проанализировать: какой тип отношения к болезни преобладает у пациентов различных профилей.

Методами исследования явился тест Тип отношения к болезни, предложенный А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым в 1980 году. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный, авторами были поделены на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Отношение к работе (учебе), Отношение к окружающим, Отношение к одиночеству, Отношение к будущему) В каждой из которых от 11 до 16 утверждений, касающихся заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом.

Испытуемым предлагалось отметить утверждения, которые они считали верными в отношении себя. В каждом разделе испытуемый мог выбрать не более двух утверждений, которые лучше всего характеризовали его состояние.

В исследовании приняли участие 49 человек в возрасте от 18 до 73 лет, находящиеся на лечении в онкологическом (17 человек), неврологическом (15 человек), кардиологическом (9 человек), хирургическом отделениях (8 человек). Из них 35 женщин, 14 мужчин.

Результаты исследования. Из 49 человек только один тип («чистые») были выявлены у 14 человек. У 11 женщин и 3 мужчин. У 8 из 14 человек с «чистыми» типами, выявлен эргопатический тип отношения к болезни. Он характеризуется: характерно сверхответственное, подчас одержимое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни: «уход от болезни в работу». Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу.

У онкологических пациентов выявлены равномерно, по 25% типы отношения к болезни эргопатический. Кроме того, анозогнозический, при котором характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления "несерьезных" заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами».

Также у них выявляется сенситивный тип: чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких.

У кардиологических пациентов наиболее часто встречается сенситивный тип отношения к болезни.

У пациентов хирургического профиля преимущественно эргопатический тип отношения к болезни.

У пациентов неврологического отделения наблюдается сочетание эргопатического и анозогноического типов.

Гармоничный тип (для которого характерно адекватное отношение к заболеванию) преобладает у пациентов хирургического и кардиологического отделений (35%, 26% соответственно). Меньше

всего пациентов с гармоническим типом было выявлено у пациентов неврологии (9%).

Выводы. Реакции на заболевание могут определяться как тяжестью и типом течения соматического заболевания – в этом случае следует направить лечение непосредственно на заболевание; так и личностными особенностями человека – здесь же необходима психотерапевтическое сопровождение.

Наибольшая психологическая коррекция необходима пациентам кардиологического профиля и неврологического, ввиду того, что там преобладают пациенты с неадаптивными типами реагирования на болезнь. Наименьшее число пациентов с неадаптивными стилями было выявлено в хирургическом отделении. Но это не исключает необходимости психологического сопровождения в онкологическом и хирургическом отделениях.

Различные виды психотерапии можно ориентировать на определённые типы отношения к болезни.

Литература:

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер // М. – 2000. – 238 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // М. – Медицина. – 2000. – 496 с.
3. Гройсман, А. Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика / А. Л. Гройсман // Магистр-пресс. – 2002 – 452с.
4. Маколкин, В. И., Ромасенко, Л. В. Психосоматические расстройства в клинике внутренних болезней / В. И. Маколкин, Л. В. Ромасенко // Москва. – 2003. – с.24.

ТВЕРДЫЕ КОММУНАЛЬНЫЕ ОТХОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Проведено изучение отношения различных возрастных групп населения к проблеме сбора и утилизации твердых коммунальных отходов, а также влияния твердых бытовых отходов на окружающую среду, экологическое состояние города и здоровье человека

Ключевые слова. Отходы, население, здоровье, утилизация.

SOLID MUNICIPAL WASTE AS A RISK FACTOR OF HUMAN HEALTH

Smirnova G. D., Gubar L. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The study of the attitudes of different age groups of the population to the problem of the collection and disposal of municipal solid waste, as well as the impact of solid household waste on the environment, the ecological state of the city and human health.

Keywords. Waste, population, health, disposal

Актуальность. Чем быстрее развивается цивилизация, тем сильнее она засоряет планету из-за того, что оставляет за собой отходы, вывоз которых обязателен, от которых в свою очередь становится все сложнее избавляться. Вывезенный мусор человека, разлагаясь, выделяет опасные спирты и альдегиды, а они затем проникают в почву, жилые дома и загрязняют воздух. Свалки увеличиваются, вытесняя человека. Без сомнения, эта особенность характерна практически всем живым организмам на нашей планете, однако отходы, которые оставляет человек, опасны крайне низкой экологичностью и требуют применения к ним особых методов переработки [1].

Твердые коммунальные отходы (далее ТКО) являются отходами сферы потребления, образующиеся в результате бытовой деятельности населения. В Республике Беларусь ежегодно образуется около 30 млн. тонн отходов, 9 млн. из них – бытовые (бумага – 30%, пищевые отходы – 30%, металл, стекло, пластик – 7-9%, по 4% приходится на дерево и резину, 20-25% – другие отходы, большую часть которых составляют упаковочные материалы из полиэтилена, такие опасные отходы как батарейки, лекарства) [2]. В крупных городах на 1 жителя накапливается более 100 кг/год отходов, а промышленными методами перерабатывается только 3,5% твердых бытовых отходов (далее ТБО), остальное вывозится на свалки и полигоны [3].

Потенциальный вред здоровью населения наносит утечка опасных веществ из мест захоронения отходов. Окончательная обработка отходов, на сегодняшний день, означает либо их захоронение на свалке, либо сжигание. Размещение отходов на

свалках ведет к выделению биогаза метана (одного из парниковых газов), углекислого газа, содержание которых может составлять десятки процентов. Эти величины превышают санитарные нормы и могут вызвать удушье человека. Сжигание отходов ведет к выбросу газов из труб сжигающих их заводов. Эти газы содержат опасные химические вещества, такие как кадмий, ртуть и свинец [3].

В городах и регионах с неблагоприятной экологической обстановкой у людей имеется шанс попасть под воздействие токсических отходов, которые в свою очередь будут оказывать неблагоприятное влияние на здоровье человека – инфекционное, токсическое, мутагенное и канцерогенное действие, а также способствовать развитию генетических и других отдаленных биологических эффектов. При поступлении тяжелых металлов в организм они могут оказывать влияние на функцию кроветворения, вызывать изменения морфологического состава периферической крови, блокировать сульфгидрильные группы. Биохимическое разложение и химическое окисление материала свалки может сопровождаться образованием очагов выделения тепла с повышением температур до 75°C, то есть возможно самовозгорание отходов. Гниение материала ТБО сопровождается распространением запаха на расстояние более 1 км [1,2].

Растущее население, увеличивающиеся доходы и изменение структуры потребления усложняют решение проблемы утилизации отходов. Во всем мире способность к эффективному ее решению далеко отстает от темпа их роста [1]. Вообще, отходы – это индикаторная экологическая проблема современного общества, ибо вредное воздействие цивилизации мусора на человека – это воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни и здоровью [2].

Цель. Отношение различных возрастных групп населения к проблеме сбора и утилизации ТКО, а также влиянию ТБО на окружающую среду, экологическое состояние города и здоровье человека.

Материалы и методы исследования. С помощью валеологического диагностического метода в динамике с 2017-2018 гг. обследовано 198 респондентов: студентов медицинского университета, школьников старших классов и работающего населения на сайте webanketa.com. Критерии включения: наличие информированного согласия. Результаты обработаны с использованием методов

непараметрической статистики с помощью пакета анализа STATISTICA 6,0 и Excel.

Результаты и их обсуждение. По полученным результатам исследования выяснилось, что уровень сознательности и осведомленности среди респондентов растет с увеличением возраста отвечавших. Экологические катастрофы, происходящие в мире, внушают тревогу 34,6% респондентов. Различные возрастные группы населения достаточно заинтересованы в улучшении экологогигиенической обстановки – готовы принимать посильное участие в этом 58% школьников, 70% студентов, 92% взрослых.

Экологическая проблема ТКО своего места проживания интересует 95,6% участников исследования. Состояние окружающей среды города Гродно удовлетворяет 60,2% респондентов. За неделю накапливается бытовых отходов до 3кг – у 32,1% респондентов, от 3 до 5кг – у 47,2% и более 5кг – у 20,8%. Большинство участников исследования (85,9%) считают, что экологическое самосознание должна формировать семья.

Основную причину загрязнения территории жилых районов 36% школьников, 64% студентов, 58% взрослых видят в беспечном отношении населения. Хотя при отсутствии поблизости урны 76,8% респондентов указали, что заберут мусор с собой. Низкую степень загрязненности территории своего жилого района ТБО выбрали 53% школьников, 69% студентов, 32% взрослых; среднюю – соответственно 33% школьников, 10% студентов, 46%. Высокой она оказалась у 4% школьников, 12% студентов, 18% взрослых.

Анализируя наиболее встречающийся вид ТБО, почти единогласно все справедливо отметили лидерство упаковки от товаров (пакеты, пластик, алюминиевые банки и стекло). По мнению респондентов, наибольший ущерб окружающей среде наносят изделия из пластмасс (50,6%), батарейки (20,1%), металлолом (10,7%), банки из-под пива и других напитков (8,3%) и далее пищевые отходы (4,1%). Противоречивость ответов наблюдается при выборе самых опасных загрязнителей свалок: 62,4% молодых людей считают, что ими являются тяжелые металлы, которые оказывают негативное влияние на здоровье, приводящее к возникновению заболеваний, однако остальные 37,6% уверены, что этих металлов очень мало на свалках и не стоит об этом беспокоиться.

Большинство участников исследования редко пользуются одноразовой посудой (соответственно пользуются только 10%

школьников, 21% студентов, 11% взрослых). С возрастом уменьшается количество предпочитающих полиэтилен для упаковки (соответственно 27% школьников, 21% студентов, 46% взрослых) и больше применяющих бумагу (соответственно 27% школьников, 21% студентов, 41% взрослых). При этом 56,8% респондентов не учитывает факт, что при покупке товаров в магазине, переплачивая за упаковку, к сожалению, они не только выбрасывают деньги, но и ухудшают собственные условия жизни, порождая огромное количество мусора.

Уровень знаний по селективному (раздельному) сбору отходов и активности участия в охране окружающей среды также повышается с возрастом (соответственно 45% школьников, 74% студентов, 87% взрослых). При этом если среди мусоросборников есть специальные контейнеры, их использует половина участников исследования. Половина респондентов (50,9%) отметили, что выбрасывают батарейки в специально отведенном им месте, при этом следует заметить, что 7,5% указали, что не знали об этом. Сообщили, что не считают сортировку мусора необходимой 19,5% молодых людей. Планируют начать сортировать мусор, когда его можно будет сдать на специальной площадке 17,2% респондентов.

Среди нарушений здоровья, связанные с негативным влиянием мусорных свалок, на первое место 34,5% респондентов поставили появление тошноты, головокружения и повышенной сонливости, далее увеличение респираторных заболеваний и раздражений дыхательных путей (29,8%), а затем уже снижение иммунитета (25,1%) и нарушения сердечнососудистой системы (11,2%), печени (8,9%), почек (5,4%) и желудочно-кишечного тракта (2,9%). В том, что бытовой мусор никак не влияет на их здоровье, уверены 19,4% респондентов и поэтому 71,7% не волнует отдаленность расположения мусорных баков от жилья, при этом для 32,1% допустимо расстояние менее 20м.

Передовые страны мира уже поняли выгодность производства продукции из вторичного сырья. Сегодня конкурентная среда в “мусорном” бизнесе (переработка и сортировка) вполне благоприятна для инвестиций. Мусороперерабатывающих компаний мало, отходов деятельности человека – много, поэтому необходимо серьезно работать над централизованной системой сортировки мусора и его переработки. Считают, что мусор – это выгодный товар 35,8 респондентов. Считают достаточно острой проблему переработки

отходов 86,8% участников исследования. Необходимость вторичной переработки мусора осознают 49% школьников, 70% студентов, 86% взрослых. Респонденты согласны платить фирмам по переработке отходов, но с учетом стоимости услуг- 30% школьников, 36% студентов, 46% взрослых. Улучшение системы управления ТКО респонденты видят по-разному:

- школьники в совершенствовании законов и усилении контроля природоохранных служб;
- студенты – в воспитании населения, стимулируя этот процесс административными штрафами;
- взрослые в строительстве перерабатывающих заводов, а также в необходимости вторичной переработки мусора.

Хотя в целом, респондентам интересна эта экологическая проблема: только 13,5% совершают какую-то деятельность для защиты окружающей среды. Молодежь к волонтерским акциям относится с большим пониманием: (соответственно 41% школьников, 56% студентов, 49% взрослых), но удручает пессимистический взгляд на будущее Земли (53% за ухудшение). Только 14,2% молодых людей за последний год предпринимали какие-либо действия для защиты экологии.

Выводы. На основании сравнительного анализа ситуации со сбором и утилизацией ТБО в РБ можно сделать выводы, что с одной стороны ТБО это одна из наиболее острых проблем, нуждающихся в преобразовании, а с другой о недостаточной информированности населения по вопросам их утилизации и влияния на организм человека.

Литература:

1. Критический анализ данных по обращению с отходами в Республике Беларусь: Под ред. Д. Михалап, А. Плелис. – Минск, 2012. – 480 с.
2. Цивилизация производства мусора [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.proza.ru/2009/12/17/364>. – Дата обращения: 16.02.2018.
3. Промышленные и бытовые отходы [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://studwood.ru/1181463/ekologiya/promyshlennye_bytovye_othody. – Дата обращения: 14.02.2018.

РОЛЬ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В Г. ГРОДНО В ДИАГНОСТИКЕ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маркевич Н. Б., Толкач Т. Г., Губарь Л. М.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме. Скрининг способствует не только выявлению скрытых форм рака, поддающихся лечению, но и обладает психологической ценностью для женщин. В результате скрининга женщины убеждаются, что у них нет рака молочной железы, а это является важным успехом такого рода программ.

Ключевые слова. Скрининг, молочная железа, непальпируемый рак, маммография.

THE ROLE OF MAMMOGRAPHY SCREENING IN GRODNO REGION IN DIAGNOSTICS OF IMPALPABLE BREAST CANCER

Markevich N. B., Tolkach T. G., Hubar L. M.

Grodno regional clinical hospital,
Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Summary. Screening helps not only to identify latent curable cancer, but also has psychological value for women. They get to know that they have no breast cancer. And that's the important success of such programs.

Key words. Screening, breast, impalpable cancer, mammography.

Актуальность. Вопросы ранней диагностики рака и скрининга – это в настоящее время тема номер один. Рак молочной железы – всемирная проблема здравоохранения, т.к. это самое распространенное злокачественное новообразование у женщин [1]. Ежегодно раком молочной железы заболевает около 1,5 млн женщин [2]. В настоящее время нет надежных молекулярных маркеров, которые позволяли бы проводить скрининговые исследования в целях выявления пациенток с начальными формами РМЖ. В 90-95% случаев заболевание носит ненаследственный характер. Риск заболеть раком молочной железы на протяжении жизни имеет каждая девятая женщина. Изучение вопроса своевременной диагностики злокачественных новообразований показало настоящую

необходимость разработки программ скрининга. Специфической первичной профилактики рака в настоящее время не существует. Вторичная профилактика рака, или скрининг, включает проведение обследований и тестов с целью более раннего выявления данного заболевания, т.е. до появления симптомов и признаков, по поводу которых пациенты сами обратились за медицинской помощью. Ценность раннего выявления заболевания заключается в том, что представляется возможным обнаружить рак на стадии, когда он носит локальный характер и может быть излечен. Основными методами ранней диагностики рака молочной железы остаются пальпаторное исследование и скрининговая рентгеновская маммография [4]. Следующим шагом после обнаружения образования в ткани молочной железы является биопсия. Специфичность маммографии (способность идентифицировать лиц, не страдающих заболеванием) приближается к 97%. Рентгеновский маммографический скрининг обеспечивает высокую выявляемость рака, а именно, непальпируемых форм от полутора до четырех лет до клинического проявления заболевания [5]. Ни одна другая диагностическая методика не способна оказывать такое влияние на здоровье женщин [3], что определяет актуальность проблемы.

Цель. Повышение эффективности ранней диагностики рака молочной железы и обеспечение его раннего выявления путём анализа результатов проведения маммографического скрининга у женского населения Ленинского и Октябрьского районов г. Гродно.

Материалы и методы. Скрининговая маммография проводилась на 8–12-й день от первого дня менструации (находящимся в менопаузе – в любое время) на аппаратах «Giotto» («I.M.S., Италия») и «MELODY-B» производства фирмы «Villa Sistemi Medicali» со стереотаксической приставкой BYM-3D для проведения малоинвазивных хирургических вмешательств. Использовались цифровые кассеты Min R2 2190 фирмы Kodak. Цифровая обработка проводилась на оцифровывателе Agfa.

Прицельная игловая биопсия непальпируемых образований молочной железы выполнялась на вертикальной стереотаксической установке с помощью биопсийных пистолетов, игл с нарезкой гильотинного типа, позволяющих забирать достаточное количество ткани не только для цитологического, но и для гистологического и иммуногистохимического исследований (на Estrogen Receptor (ER), Progesteron Receptor (prR), Marker (HER2)).

Непосредственно перед операцией проводилась чрескожная пункционная внутритканевая маркировка непальпируемых образований молочной железы и групп микрокальцинатов локализационными иглами с мандреном – гарпуном. Пациентки доставлялись в операционную, где проводилась секторальная резекция в пределах маркировки с последующим морфологическим исследованием удаленных тканей. Больные получали химиотерапию, основываясь на результатах иммуногистохимического исследования.

Результаты и их обсуждение. Маммографии в рамках скрининга подлежали женщины в возрасте от 50 до 69 лет, относящиеся к зоне обслуживания поликлиник № 1,2,3,4,5,6 г. Гродно. Скрининговая маммография выполнялась в двух стандартных проекциях (краниокаудальной (прямой) и медиолатеральной (косой)).

В контингент, подлежащих скринингу, не вошли женщины, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания, которые с высокой вероятностью привели бы к смерти в ближайшие годы (распространённое злокачественное новообразование, инфаркт миокарда с застойной сердечной недостаточностью, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, алкоголизм, цереброваскулярные заболевания, ХОБЛ с дыхательной недостаточностью, цирроз печени и др.), рак молочной железы в анамнезе.

Интерпретация результатов маммографического скрининга проводилась двумя врачами-рентгенологами независимо друг от друга по системе BI-RADS и соблюдением международных критериев качества.

В г. Гродно с 2014 года проводится маммографический скрининг. За период 2014-2015 гг. подлежало обследованию 11645 женщин. Обследовано 11234 (96,5% от количества подлежащих). Выявлено 81 рак молочной железы, % выявления от количества обследованных составил 0,72. В I стадии заболевания выявлено 36 женщин (44,4%): в возрасте 50-55 лет – 14, 56-60 лет – 4, 61-65 лет – 10, старше 66 лет – 8 женщин.

В 2016 году подлежало маммографическому скринингу 10392 женщин. Обследовано 9951 (95,7% от количества подлежащих). Выявлено 80 раков молочной железы, % выявления от количества обследованных составил 0,8. В 0 – I стадии заболевания выявлено 36 женщин (45%): в возрасте 50-55 лет – 7, 56-60 лет – 10, 61-65 лет – 11, старше 66 лет – 8 женщин.

В 2017 году подлежало маммографическому скринингу 7816 женщин. Обследовано 7741 (99% от количества подлежащих). Выявлено 84 рака молочной железы, % выявления от количества обследованных составил 1,1. В I стадии заболевания выявлено 32 женщины (38%): в возрасте 50-55 лет – 9, 56-60 лет – 11, 61-65 лет – 10, старше 66 лет – 2 женщин.

В 2018 году подлежало маммографическому скринингу 8971 женщина. Обследовано 8871 (99% от количества подлежащих). Выявлено 45 женщин с раком молочной железы, % выявления от количества обследованных составил 0,5. В 0 и I стадиях заболевания выявлено 21 женщина (47%): в возрасте 50-55 лет – 5, 56-60 лет – 8, 61-65 лет – 4, старше 66 лет – 4 женщин.

Итого, за пять лет по программе маммографического скрининга молочных желез нами обследовано 37797 жительниц г. Гродно. Рак молочной железы выявлен у 290 (0,8%) пациенток, из них у 260 подтверждён при проведении прицельной игловой биопсии под рентгеновским контролем.

Распределение по стадиям: 0 стадия – 4 женщины (1,4 %), 3 в возрасте 56-60 лет, 1 – 50-55 лет; I стадия – 121 женщина (41,7 %): в возрасте 50-55 лет – 34, 56-60 лет – 30, 61-65 лет – 35, старше 66 лет – 22; II стадия – 121 женщина (41,7 %): в возрасте 50-55 лет – 32, 56-60 лет – 27, 61-65 лет – 30, старше 66 лет – 32; III стадия – 37 женщин (12,7 %): в возрасте 50-55 лет – 12, 56-60 лет – 10, 61-65 лет – 13, старше 66 лет – 2; IV стадия – 7 женщин (2,5 %): в возрасте 50-55 лет – 4, 56-60 лет – 2, старше 66 лет – 1.

Средний возраст женщин с выявленным раком молочной железы составил 62 года, но большее количество рака выявлено у женщин в допенсионном возрасте (в группе 50-55 лет – 155 женщин), причем в основном в I-II стадиях. Всем пациенткам, которым проводилась пункционная биопсия, установлены локализационные иглы и выполнены органосохраняющие операции.

Выводы. При проведении маммографического скрининга рак молочной железы был выявлен у 0,8% женщин, из них 43 % в доклинической стадии, т.е. минимальный рак молочной железы не определялся ни пациенткой при самообследовании, ни врачом при осмотре и пальпации молочных желез.

Биопсия ткани опухоли молочной железы является ключевым этапом диагностики, позволяющим оценить природу новообразования и определить тактику лечения.

Маммографический скрининг способствовал своевременному выявлению рака молочной железы в 0 и I стадиях и тем самым проведению органосохраняющих операций прежде всего у женщин допенсионного возраста.

Маммографический скрининг способствовал выявлению скрытых форм рака, поддающихся лечению.

Маммографический скрининг обладает психологической ценностью для женщин. В результате скрининга большая часть женщин убеждаются, что у них нет рака молочной железы, что является важным потенциальным успехом такого рода программ.

Литература:

1. Кац, Д.С. Секреты рентгенологии / Д. С. Кац, К. Р. Мас, С. А. Гроскин. – М. – СПб: Изд-во БИНОМ – Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.
2. Маммология: национальное руководство / под ред. В. П. Харченко, Н. И. Рожковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 328 с.
3. Остман, Й. В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й. В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368 с.
4. Руководство по онкологии. В 2т. Т.1 /под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2015. – 680с.: ил
5. Руководство по онкологии. В 2т. Т.II. В 2кн. Кн.1 /под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. – Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. – 632с.: ил

ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Барцевич И. Г., Конкин Д. Е., Тоистева Д. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме: в результате проведенного курса лечения индекс PASI снизился на 81,8% и зависел от вида псориаза, а полное исчезновение поражения кожи головы достигнуто у 43% пациентов. Эффективность лечения зависела от возраста, длительности болезни, индекса массы тела.

Ключевые слова: псориаз, волосистая часть головы, индекс PASI.

MANIFESTATIONS OF PSORIASIS WITH LOCALIZATION ON THE HEAD

Bartsevich I. G., Konkin D. E., Toisteva D. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary: as a result of the treatment, the PASI index decreased on 81.8% and was depended on the type of psoriasis, and the complete disappearance of the scalp lesion was achieved in 43% of patients. The effectiveness of treatment was depended on the patient's age, the duration of the disease, body mass index

Key words: psoriasis, scalp, PASI index.

Актуальность. Клинические проявления псориаза весьма разнообразны, что может быть обусловлено возрастом больных и локализацией высыпаний. Поражение волосистой части головы отмечается у 50-80% больных псориазом и нередко оказывается первым проявлением заболевания, что обуславливает актуальность серьезного рассмотрения вопроса по оптимизации методов его лечения [1]. Значительные психологические и социальные трудности, обусловленные зудом и шелушением кожи волосистой части головы, оказывают негативное влияние на психику в большей степени, чем при псориазе с поражением туловища и конечностей [2]. При локализации псориазных высыпаний на коже волосистой части головы показатели качества жизни у пациентов снижены наиболее значительно и порой влияют на выбор профессии и социальную активность в целом [3,4]. Эта локализация регистрируется у 1/3 пациентов при манифестации дерматоза. Примерно у 80% больных псориазом в какой-либо момент наблюдалось поражение кожи волосистой части головы, а в 25% случаев псориаз волосистой части головы протекал изолированно. Ключевыми критериями снижения качества жизни при псориазе являются: зуд, смущение и неловкость из-за состояния кожи, влияние дерматоза на выбор одежды, социальную деятельность и досуг, затруднение при занятиях спортом. Кроме того, наличие псориазных высыпаний на коже является проблемой для обучения и общения таких пациентов. Нарушение общего состояния больных при псориазе связано не только с высыпаниями на коже, но и с формированием выраженного

косметического дефекта, что отражается на психоэмоциональной адаптации пациентов в семье, при учебе и на работе [2,5].

Цель исследования. Изучить клинические особенности и результаты лечения поражения волосистой части головы у пациентов как одного из осложнений при псориазе.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 74 пациента, лечившихся в дерматологическом отделении областного кожно-венерологического диспансера, с поражением волосистой части головы и других частей тела, в том числе мужчин – 46 человек (62%), женщин – 28 (38%) в возрасте от 16 до 75 лет. Оценка кожного процесса проводилась путем клинического осмотра, а также использования индекса охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). У всех пациентов определяли тяжесть псориаза по индексу PASI, проводили стандартные лабораторно-клинические анализы крови. Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием программы Statistica 10. Показатели приводились в их среднем значении со стандартной ошибкой $M \pm m$. При сравнении групп использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов с поражением волосистой части головы составил $38,9 \pm 16,6$ лет. В основном большинство пациентов находились в трудоспособном возрасте (79,7%), а лица старше 70 лет составили 4,1%. Поражение волосистой части головы в сочетании с поражением конечностей и туловища зарегистрировано в 71,9% случаев, только с туловищем – в 7,8%, только с конечностями – в 15,8% случаев, а обособленное поражение головы в 4,5% случаев. Среди госпитализированных с данной патологией в 1,6 раза чаще были мужчины по сравнению с женщинами, $p = 0,005$. Экссудативная форма псориаза была диагностирована у 53 пациентов (71,6%), а вульгарная – у 21 (28,4%). У 68 пациентов (91,9%) зарегистрирована прогрессирующая стадия болезни (таблица 1).

Таблица 1. – Клинико-демографические характеристики пациентов

Показатели	Пациенты n=74	Пол		p	Вид псориаза		p
		мужчины n=46	женщины n=28		экссуда- тивный n=53	вульгар- ный n=21	
Возраст, лет	38,9±16,6	37,0±16,7	42,0±16,3	0,21	41,2±17, 1	33,0±14, 1	0,08
Длительность, лет	11,5±11,1	10,9±11,3	12,4±10,7	0,30	12,7±11, 4	8,5±9,9	0,07
Дебют, лет	27,3±14,4	26,0±12,6	29,5±17,0	0,62	28,4±15, 5	24,4±11, 2	0,61
PASI до лечения	11,7±3,8	11,5±4,0	12,0±3,6	0,70	12,0±3,5	11,0±4,6	0,17
PASI после лечения	1,6±0,6	1,6±0,7	1,7±0,6	0,39	1,9±0,7	0,9±0,4	0,01
PASI (волосы) до лечения	1,1±0,2	1,0±0,1	1,2±0,3	0,20	1,1±0,2	0,9±0,3	0,05
PASI (волосы) после лечения	0,2±0,05	0,2±0,06	0,2±0,05	0,14	0,2±0,04	0,1±0,02	0,02
Сопутствующие	1,0±0,3	1,3±0,5	0,7±0,1	0,07	1,1±0,4	0,5±0,07	0,08
ИМТ, кг/м ²	26,3±5,6	25,2±4,8	28,2±6,4	0,04	26,6±5,6	25,5±5,7	0,40
Гемоглобин	146±14	151±13	137±11	0,00	146±14	145±13	0,60
СОЭ, мм/ч	11,7±8,3	11,5±9,0	12,1±7,3	0,03	11,7±4,5	11,7±5,1	0,53
Эритроциты, ×10 ¹² /л	4,4±0,5	4,7±0,5	4,2±0,3	0,01	4,5±0,5	4,3±0,4	0,04
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	5,8±1,5	5,9±1,7	5,4±1,1	0,28	5,7±1,5	5,8±1,6	0,91
Глюкоза натощак, ммоль/л	5,1±1,0	5,2±1,2	5,1±0,6	0,53	5,2±1,0	5,1±1,1	0,46
Общий белок г/л	78,7±10,2	84,9±9,3	71,5±5,6	0,01	78,0±10, 2	81,0±12, 3	0,69
Креатинин, мкмоль/л	70,3±8,3	67,5±9,3	72,8±6,7	0,17	70,2±6,3	70,7±19, 7	0,40

Не установлено статистически значимых различий между мужчинами и женщинами по возрасту, длительности течения болезни, тяжести течения псориаза, количеству сопутствующих заболеваний ($p>0,05$). Измерение тяжести и охвата псориазического поражения показало, что в результате проведенного курса лечения индекс PASI снизился с $11,7\pm3,8$ до $1,6\pm0,6$ ($p<0,001$) и зависит от вида псориаза. Результативность лечения у пациентов с экссудативным псориазом ($1,9\pm0,7$) в 2,1 раза ниже по сравнению с группой с вульгарным видом ($0,9\pm0,4$), $p=0,01$. Данные лабораторных исследований крови показывают, что имеет место превышение нормы значения СОЭ в 1,2 раза у мужчин ($12,1\pm7,3$ мм/ч) и не зависит от формы болезни ($p=0,53$). Концентрация эритроцитов в группе с

экссудативной формой ($4,7 \pm 0,5 \times 1012/\text{л}$) выше в 1,2 раза по сравнению с вульгарной формой ($4,2 \pm 0,3 \times 109/\text{л}$). Имела место избыточная масса тела у женщин по сравнению с мужчинами: ИМТ у женщин – $28,2 \pm 6,4 \text{ кг/м}^2$, а у мужчин – $25,2 \pm 4,8 \text{ кг/м}^2$, $p=0,04$. Другие лабораторные тесты существенно не различались и варьировали в пределах нормы.

Как свидетельствуют результаты данного исследования, длительность псориаза варьировала в широких пределах. Продолжительность течения заболевания до года отмечена у 14 (18,9%) больных, до 10 лет – у 32 (43,2%), от 11 до 20 лет – у 18 (24,4%), от 21 до 30 лет – у 4 (5,4%) и свыше 30 лет – у 6 (8,1%) респондентов (рисунок 1).

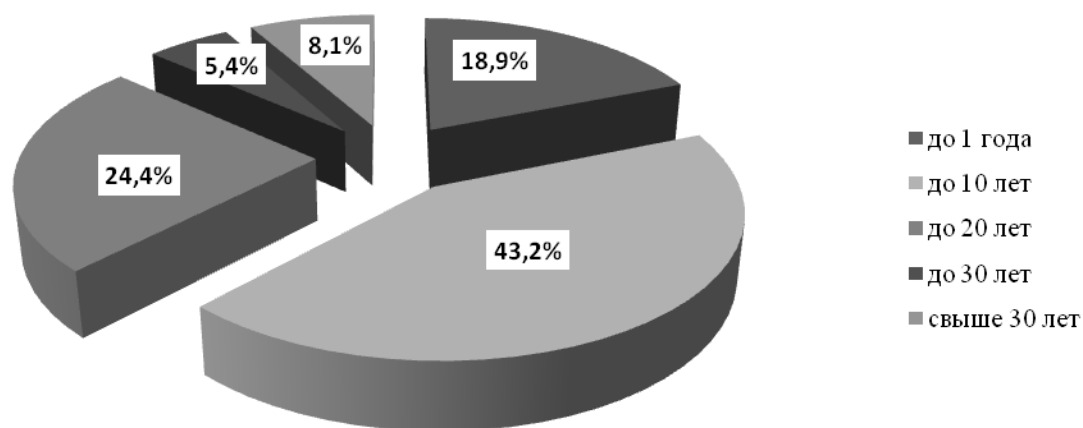


Рисунок 1. – Распределение пациентов по длительности течения псориаза

У исследуемого контингента имелась сопутствующая патология. В частности, псориаз в обособленной форме регистрировался у 33 пациентов (44,6%), одно заболевание – у 25 (33,8%) и от двух до шести – у 16 (21,6%). Количество сопутствующих заболеваний в два раза выше у мужчин по сравнению с женщинами ($p=0,07$), а также при экссудативном псориазе ($p=0,08$).

Измерение тяжести и охвата псориазического поражения волосистой кожи головы показало, что в результате проведенного курса лечения индекс PASI снизился на 81,8% с $1,1 \pm 0,2$ перед лечением до $0,2 \pm 0,05$ после лечения ($p < 0,001$) и зависел от вида псориаза, $p=0,01$, причем у 32 пациентов (43,2%) достигнуто полное исчезновение поражения кожи головы. Результативность лечения при вульгарной ($0,1 \pm 0,02$) форме псориаза оказалась в 2 раза выше, чем при экссудативной ($0,2 \pm 0,04$), $p=0,02$ и не зависела от пола. Полная

ремиссия достигалась в два раза чаще у пациентов с более легкой вульгарной формой (66,7%), чем с экссудативной (34,0%), $p < 0,001$.

Результаты корреляционного анализа показали, что эффективность лечения (значение PASI после лечения) зависела от возраста пациента ($r_s = 0,33$, $p = 0,003$), длительности болезни ($r_s = 0,28$, $p = 0,02$), ИМТ ($r_s = 0,30$, $p = 0,009$), а также от исходного уровня тяжести поражения волосистой части головы ($r_s = 0,26$, $p = 0,03$).

Выводы. Клиническая результативность лечения псориаза волосистой части головы показала, что в результате проведенного курса лечения индекс PASI снизился на 81,8% с $1,1 \pm 0,2$ перед лечением до $0,2 \pm 0,05$ после лечения ($p < 0,001$) и зависел от вида псориаза, $p = 0,01$, а полное исчезновение поражения кожи головы достигнуто у 43,2% больных. Установлено, что повышенное значение ИМТ является фактором, усиливающим тяжесть поражения кожи у больных псориазом. Большинство пациентов с поражением волосистой части головы находились в трудоспособном возрасте (79,7%), поэтому лекарственные средства для лечения данной формы заболевания должны быть не только эффективными и безопасными, но и косметически приемлемыми.

Литература:

1. Бакулев А. Л., Ольховская К. Б. Псориаз волосистой части головы: новые возможности топической терапии // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 2. – С. 73-78.
2. Перламутров Ю. Н. Рациональная наружная терапия псориаза волосистой части головы // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013 – № 4. – С. 91-94.
3. Patients with Psoriasis Feel Stigmatized / E. Hrehorow [et al.] // Acta Derm. Venerol. – 2011. – Vol. 91. – P. 67-72.
4. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management // JEADV. – 2012. – Vol. 2. – P. 3-11.
5. Chen S.C., Yeung J., Chren M.M. Scalpdex: a quality-on-life instrument for scalp dermatitis // Arch. Dermatol. – 2002. – Vol. 138. – P. 803-807.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПСОРИАЗА НА СФЕРЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Барцевич И. Г., Тоистева Д. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме: группу исследуемых составили 59 пациентов со средним возрастом $42,7 \pm 15,4$ лет, которые заполняли опросник «Скиндекс-29». Установлено, что причиной нарушений во всех сферах жизнедеятельности пациента является совокупность отягощающих факторов.

Ключевые слова: псориаз, сферы жизнедеятельности человека, опросник «Скиндекс-29».

ANALYSIS OF THE EFFECTS OF PSORIASIS ON LIFE SPHERES OF PATIENTS

Bartsevich I. G., Toisteva D. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Summary: the examined group was consisted of 59 patients in age of 42.7 ± 15.4 years, who filled out the questionnaire «Skindex-29». It was established that the cause of violations in all spheres of the patient's life is a combination of aggravating factors.

Key words: psoriasis, spheres of human activity, questionnaire «Skindex-29».

Актуальность. Псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний, 125 млн. человек во всем мире страдают этим дерматозом [1]. В последнее время отмечается тенденция к увеличению у лиц трудоспособного возраста числа тяжелых, рецидивирующих форм заболевания, резистентных к проводимой терапии и зачастую приводящих к инвалидизации больных, что обуславливает особую актуальность изучения генетических факторов предрасположенности к развитию псориаза [2,3]. Поражение кожи при псориазе может иметь распространенный характер и приводить к значительному снижению качества жизни. Доказано, что псориаз значительно ухудшает качество жизни пациентов:

изменения, связанные с физическими и моральными страданиями больных, сходны с таковыми при других серьезных заболеваниях, таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, атеросклероз, артрит, гипертония и депрессия. Показано, что нарушение общего состояния больных при псориазе связано не только с высыпаниями на коже, но и с формированием выраженного косметического дефекта, что отражается на психоэмоциональной адаптации пациентов в семье, при учебе и на работе [3,4].

Цель исследования – изучить влияние псориаза на сферы жизнедеятельности пациентов.

Материал и методы. Проведено анкетирование госпитализированных в кожное отделение областного кожно-венерологического диспансера пациентов с псориазом. В исследовании приняли участие 59 пациентов со средним возрастом $42,7 \pm 15,4$ лет, которые поступили на стационарное лечение в стадии обострения заболевания. Группу исследуемых составили 41 мужчина (69,1%) со средним возрастом $41,2 \pm 17,6$ лет и 18 женщин (30,9%) со средним возрастом $43,4 \pm 14,5$ лет ($p=0,65$). Все они заполняли опросник «Скиндекс-29» [5]. Данный опросник представляет собой перечень из 29 вопросов, которые делятся на 3 группы, отражающие сферы жизнедеятельности человека: 1) эмоции; 2) функции; 3) симптомы. Варианты ответов на вопросы: никогда, редко, иногда, часто, всегда. Подсчет баллов производился по шкале от 0 до 100: нет – 0; редко – 25; иногда – 50; часто – 75; всегда – 100. Чем выше показатель, тем хуже качество жизни. Качество жизни пациентов оценивалось по следующим критериям: от 1 до 25% – снижение качества жизни легкой степени, от 26 до 50% – снижение средней степени, от 51 до 100% – тяжелой степени.

Результаты. Результаты исследования показали, что у всех обследованных пациентов с псориазом выявлено снижение уровня качества жизни. При этом максимальные значения по опроснику «Скиндекс-29» (100 баллов) отмечались у 5,7% пациентов, 75 баллов – у 23,6%, 50 баллов – 37,5%, 25 баллов – 15,7%, 0 баллов – 17,5% пациентов. При оценке уровня жизни по сферам жизнедеятельности имеет место ухудшение уровня жизни: «эмоции» – на 54,2%, «функции» – на 43,0% и «симптомы» – на 38,1%, то есть чем тяжелее клинические проявления псориаза, тем ниже качество жизни.

У половины опрошенных (49,2%) снижение качества жизни оценивалось как «тяжелое», у трети (32,2%) – как «средней тяжести»

и у 18,6% – как «легкой степени». Анализ оценки качества жизни по гендерным различиям показал, что у женщин в два раза ниже снижение качества жизни «легкой» степени ($p < 0,001$) и в 1,2 раза выше снижение качества жизни «тяжелой» степени ($p < 0,05$).

Качество жизни ухудшается в возрастной группе до 19 лет в сферах «эмоции» (на 71,3%) и «функции» (на 53,1%). В старших возрастных группах (от 50-59 лет и 60 лет и старше) качество жизни продолжает ухудшаться у пациентов в сфере «симптомы» до 39,3% по сравнению с группой до 19 лет (27,7%).

Во всех сферах качество жизни у женщин хуже, чем у мужчин. Женщины, страдающие псориазом, в зависимости от возраста, оценивали качество жизни ниже, чем мужчины в сферах: «эмоции» ($\chi^2 = 0,023$), «функции» ($\chi^2 = 0,043$) и «симптомы» ($\chi^2 = 0,003$). Анализ в сфере «эмоции» показал, что у женщин проявляются более сильно, чем у мужчин такие эмоции, как «испытывают чувство стыда из-за своей кожи» ($\chi^2 = 0,40$), «раздражение по поводу состояния моей кожи» ($\chi^2 = 0,012$), «состояние моей кожи неприятно для меня» ($\chi^2 = 0,018$).

При анализе семейного статуса выявлено, что 57,6% обследованных состояли в браке, 20,3% никогда не состояли в браке, 11,9% были вдовы и 10,2% – разведены. Снижение качества жизни незначительно отличается в группах среди состоящих в браке, холостых и разведенных и варьирует в пределах 46,1-47,3%, $p > 0,05$ по сравнению с группой вдовых (на 38,2%), $p < 0,05$. Аналогичная закономерность прослеживается и по сферам жизнедеятельности «эмоции» (на 43,8%) и «функции» (на 32,6%), однако в сфере «симптомы» у вдовых самый высокий показатель – снижение на 39,9%.

Имеет место снижение в 1,2 раза оценки качества жизни у пациентов с высшим образованием, а также в зависимости от социальной группы: у работающих снижается уровень жизни (на 37,4%), что в 1,4 раза больше, чем у пенсионеров (на 26,1%).

Причиной нарушений во всех сферах жизнедеятельности пациента является так называемая совокупность отягощающих факторов: возраст до 19 лет, женский пол, социальное и семейное положение.

Выводы. Таким образом, индекс качества жизни является достаточно динамичным показателем в дерматологии, который зависит от многих факторов. Установлена зависимость между

изменениями в качестве жизни пациента в зависимости от возраста, образования, семейного положения, гендерных различий. Выявление этих закономерностей позволяет использовать метод определения индекса качества жизни с помощью опросника «Скиндекс-29» в дерматологической практике.

Литература:

1. Изучение генетических факторов предрасположенности к развитию псориаза / А. А. Минеева [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 3. – С. 30-38.
2. Susceptibility to psoriasis and psoriatic arthritis: implications for therapy / H.L. Hebert [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2012. – Vol. 166, (3). – P. 474-482.
3. Барцевич, И. Г. Оценка пациентами с псориазом своего здоровья и удовлетворенность стационарным этапом лечения / И.Г. Барцевич // Дерматовенерология. Косметология. – 2016. – Т. 2, № 2. – С. 103-106.
4. Mattei, P. L. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies / P. L. Mattei, K. C. Corey, A. B. Kimball // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2014 – Vol. 28 (3). – P. 333-337.
5. Адаскевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии / В. П. Адаскевич // М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. – 2014. – 352 с.

СТАТУС ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ, КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА

Гарелик Т. М.¹, Лисок Е. С.², Наумов И. А.²

Учреждение здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродно, Беларусь¹

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь²

Резюме. Рационы питания женщин, страдающих раком шейки матки, несбалансированы по содержанию основных продуктов, что следует учитывать при разработке соответствующих профилактических мероприятий.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, рак шейки матки, медико-социальные факторы риска.

NUTRITIONAL STATUS OF WOMEN THAR SUFFER FROM CERVICAL CANCER AS A MEDICAL-SOCIAL RISK FACTOR

Harelik T. M.¹, Naumau I. A.², Lisok A. S.²

Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus¹

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus²

Adstract. Diets of women suffering from cervical cancer unbalanced content of staple food, which should be considered in the development of appropriate preventive measures.

Key words: women of reproductive age, cervical cancer, medical-social risk factors.

В современных условиях состояние репродуктивного здоровья (далее – РЗ) женского населения, рассматриваемое как важнейший аспект национальной безопасности Республики Беларусь, испытывает значительное воздействие неблагоприятных факторов среды обитания. Вследствие этого негативного влияния в стране регистрируется постоянный рост онкологической заболеваемости, в том числе и рака шейки матки, что приводит к существенному ухудшению репродуктивного здоровья женщин [1].

Как известно, рак шейки матки является не только многостадийным, но и полиэтиологическим заболеванием. Кроме ведущей установленной роли в его генезе онкогенных штаммов вируса папилломы человека, важное значение в прогрессировании данного заболевания исследователями отводится также факторам образа жизни пациентов, одним из которых является нерациональность питания [2]. В связи с этим изучение и социально-гигиеническая оценка характера и сбалансированности питания женщин, страдающих раком шейки матки, приобретает важное научное значение, что и определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: социально-гигиеническая оценка характера и сбалансированности питания женщин, страдающих раком шейки матки.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Оценка состояния репродуктивного

здоровья работников предприятий и организаций г. Гродно и Гродненской области на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению», срок выполнения 2015-2017 гг. (№ гос. регистрации 20150651 от 18.05.2015).

Обследованы 54 женщины, страдающие раком шейки матки, в возрасте 18-49 лет.

Изучение фактического питания пациенток осуществлено на основе метода анализа частоты потребления пищевых продуктов согласно Инструкции по применению, утвержденной Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь от 15.12.2011 № 017-1211. Полученные результаты сопоставлены с Санитарными правилами и нормами «Требования к питанию населению: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь», утвержденными Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.11.2012 г. № 180 с изменениями, внесенными Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2015 г. № 111.

Результаты исследования обработаны с применением компьютерной программы Statistica 10,0. Данные, имеющие распределение, отличающееся от нормального, представлены в виде: медианы и интерквартильного диапазона.

Результаты. Проведенное исследование позволило установить ряд отклонений рационов женщин, страдающих раком шейки матки, от рациональных норм питания.

Так, для этого контингента женщин оказалось характерным недостаточное употребление хлеба и хлебобудовых продуктов: медиана – 76,14 г/сут (интерквартильный диапазон – 34,58-146,4 г/сут) при рекомендованной норме, составляющей 202,7 г/сут.

Рационы этого контингента женщин оказались весьма обеднены овощами: медиана составила 126,2 г/сут (норматив – 64,53-201,4 г/сут) при рекомендованной суточной норме – 364,3 г/сут, и особенно растительными маслами: – 5,1 г/сут (интерквартильный диапазон – 1,687-10,86 г/сут) при рекомендованной суточной норме, составляющей 27,12 г/сут.

Выявлен также значительный дефицит суточного потребления яиц пациентками: медиана составила 0,15 шт/сут (интерквартильный

диапазон– 0,1-0,36 яйца в день), тогда как рекомендованная норма составляет не менее 0,62 шт/сут.

Рационы женщин, страдающих раком шейки матки, оказались также обеднены молоком и молочными продуктами: медиана потребления составила 258,6 г/сут (норматив – 137,9-343,6 г/сут) при рекомендованной суточной норме, составляющей 852,0 г/сут.

Выводы. Таким образом, рационы питания женщин, страдающих раком шейки матки, несбалансированы по содержанию основных продуктов, что следует учитывать при разработке профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья данного контингента женщин.

Литература:

1. Прилепская, В. Н. Первичная профилактика рака шейки матки: достижения и перспективы / В. Н. Прилепская, Т. Н. Бебнева // Фарматека. – 2011. – № 13. – С. 42–46.
2. Рак шейки матки в Республике Беларусь. Эпидемиология и состояние онкологической помощи / А.Е. Океанов [и др.] // Онкологический журнал. – 2013. – Т. 7, № 4 (28). – С. 20–27.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И РОДИЛЬНИЦ НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И С УСТАНОВЛЕНИЕМ ФАКТА БЕРЕМЕННОСТИ

Сац Ю. Н.

Гродненский Государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В статье представлены статистические данные о влиянии основных факторов риска репродуктивного здоровья на организм женщины на этапе прегравидарной подготовки и с наступлением беременности.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, планирование беременности, репродуктивное здоровье, факторы риска.

CHANGE INDIVIDUAL LIFESTYLE OF PREGNANTS AND PUERPERANTS AT THE STAGE OF PREGRAVID PREPARATION AND ESTABLISHMENT OF THE FACT OF PREGNANCY

Sats Yulia

Grodno State medical University, Grodno, Belarus

The article presents statistical data on the impact of the main risk factors of reproductive health on the woman's body at the stage of pregravid preparation and with the onset of pregnancy.

Key words: pregravid preparation, pregnancy planning, reproductive health, risk factors,

Актуальность. Прегравида́рная подготовка (от лат. *gravida* – беременная, *pre* – предшествующий) – комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и др.) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия. Зарубежным аналогом данного термина является – «преконцепционная подготовка», или «преконцепция» (англ. *conceptus* – оплодотворённое яйцо, продукт зачатия).[3]

Системно проводимая прегравида́рная подготовка (ПП) обеспечивает поддержание на достигнутом уровне, а также снижение таких показателей как:

- уровень материнской заболеваемости и смертности. За 2017 год показатель материнской смертности (число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 000 родившихся живыми) составил 2 [2, с. 210];
- уровня перинатальной заболеваемости и смертности. Коэффициент смертности в перинатальный период (на

1000 родившихся живыми и мертвыми) за 2017 год равен 3,11‰ [4, с.30];

- распространенности врожденных пороков развития, хромосомных аномалий и нарушений функционального развития плода. За 2017 год из 332 умерших в возрасте до 1 года 71 случай пришелся на врожденные аномалии (пороки развития) и хромосомные нарушения, заняв при этом второе место среди основных классов причин смерти в возрасте до 1 года [4, с. 31];
- количества осложненных беременностей и родов, требующих госпитализации. Показатель осложнений при родах во врачебных стационарах (на 1000 родов) за 2017 год составил 18,15‰, при этом количество родов в данном году 101 800 [2, с.209];

Цель. Оценить изменения в поведении беременных женщин и родильниц как на этапе прегравидарной подготовки, так и с установлением факта беременности.

Материалы и методы. Для данного исследования был разработан социологический инструментарий в виде опросника, который позволил оценить изменения в поведении беременных женщин и родильниц на этапе планирования беременности и с ее наступлением. Опросник состоит из 31 пункта, включает вопросы о возрасте и акушерском статусе респондента, а также влиянии таких факторов риска репродуктивного здоровья, как гиподинамия, курение, употребление алкогольных напитков и нерациональное питание. Проведен опрос 100 женщин, находившихся в период с 23.10.2018 по 25.10.2018 в отделение патологии беременности, акушерском наблюдательном и акушерском физиологическом отделениях стационара Гродненского областного клинического перинатального центра (сплошной отбор, на основе добровольного согласия). Для обработки данных применен пакет программ Microsoft Office 2010

Результаты исследования и их обсуждение. Возрастная структура выборки была представлена следующими группами: до 20 лет – 7 %, 21-25 лет – 40 %, 26-30 лет – 32%, 31-35 лет – 16 %, 36-40 лет – 5 %. Средний возраст составил 26 ± 2 лет ($M \pm m$). В выборке присутствовали 12% родильниц и 88% беременных женщин.

Основными модифицируемыми факторами риска репродуктивного здоровья принято считать малоподвижный образ

жизни, активное и пассивное курение, употребление алкоголя, нерациональное питание.

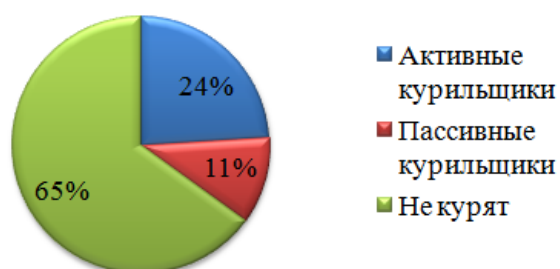
Физическая активность. По определению ВОЗ, физическая активность – это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий. Однако в ходе нашего опроса под этим термином подразумевалось такое понятие как «упражнение». Упражнение – одна из категорий физической активности, которая является запланированным, структурированным, повторяющимся и направлено на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния.

Еще на этапе прегравидарной подготовки около 63% опрошенных женщин с определенной периодичностью посещали спортивный зал или выполняли комплекс индивидуальных упражнений в домашних условиях с определенной регулярностью: 1-2 раза в неделю – 42%, 2-3 раза в неделю – 17% и 4% выполняли упражнения ежедневно. С установлением факта беременности этот показатель снизился до 48%.

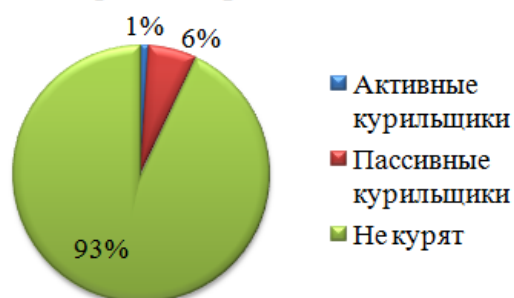
Активное и пассивное курение. Курение, а в частности никотин, который является основным компонентом сгорания сигареты, стимулирует высвобождение норадреналина из симпатических нервных окончаний. Повышение норадреналина совместно с окисью углерода табачного дыма индуцирует вазоконстрикцию и эндотелиальное повреждение пупочных артерий и сосудов плаценты, что в свою очередь увеличивает частоту инфарктов и отслойки плаценты (повышение акушерского и перинатального рисков) [1].

Из числа респондентов было выявлено 24 % активных курильщиков и 11 % – пассивных в прегравидарный период. Однако с установлением факта беременности 95,84% из числа активных курильщиков отказались от сигарет. Что касается пассивных курильщиков, то данная категория уменьшилась до 6% (из расчета от общего количества опрошенных) (рисунок 1).

Курение на этапе планирования беременности



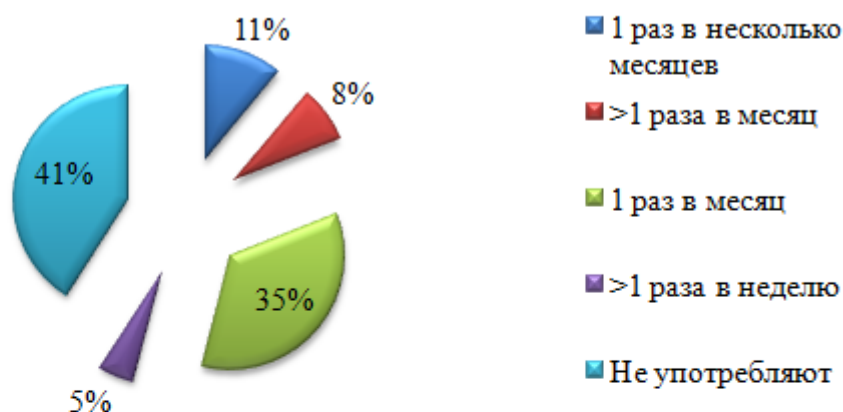
Курение с установлением факта беременности



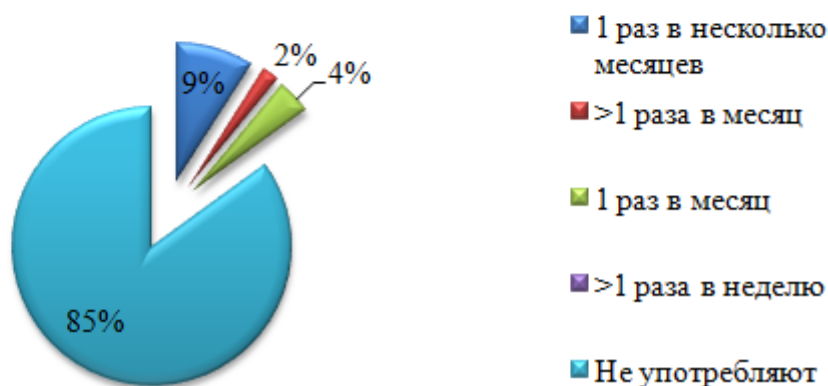
Употребление алкоголя. Данный фактор риска репродуктивного здоровья имеет ряд последствий своего влияния. Во-первых, достигая с кровью половых желез, этиловый яд оказывает на них прямое травмирующее действие. Во-вторых, происходит нарушение гормонального баланса в организме женщины, что характеризуется повышением уровня тестостерона – мужского полового гормона. Это приводит к ослаблению материнского чувства, нарушениям менструального цикла, раннему наступлению менопаузы, мускулинизации женщины (появление мышечного тонуса, уменьшение и перераспределение жировой прослойки, голос становится низким и хриплым). Все вышеизложенные последствия употребления алкоголя ведут к снижению репродуктивного здоровья будущей матери и тем самым повышают акушерский и перинатальный риски [5].

По итогам опроса, касающегося употребления алкоголя, была определена следующая структура: женщины, употребляющие алкогольные напитки до беременности 1 раз в несколько месяцев – 11%; 1 раз в месяц – 35%; больше 1 раза в месяц – 8%; больше 1 раза в неделю – 5%. Общее количество составило 59%. Остальные женщины (41%) утверждали, что не употребляли алкогольные напитки вообще либо употребляли реже сроков, предложенных в качестве вариантов ответа. Несмотря на это, приблизительно 3/4 отказались от употребления алкоголя с установлением факта беременности (рисунок 2).

Употребление алкоголя на этапе планирования беременности



Употребление алкоголя с установлением факта беременности



Нерациональное питание. Нерациональное питание может привести к развитию дефицита или избытка массы тела. Недостаточная масса тела служит причиной электролитных нарушений, неблагоприятных изменений функций сердечно-сосудистой системы и заболеваний желудочно-кишечного тракта, значительно повышающих перинатальный риск. В тоже время избыточная масса тела помимо повышения риска осложнений беременности и родов способствует увеличению числа хромосомных аномалий и эпигенетической модификации генома плода, т.е. у родителей с избытком ИМТ дети достоверно чаще склонны к ожирению.

В ходе анкетирования было установлено, что 71% респондентов имели нормальную массу тела – индекс массы тела (ИМТ) = 18,5-24,9 кг/м². Однако было выявлено 15% с дефицитом массы тела и 14% с повышенным показателем ИМТ.

Для коррекции вышеупомянутых состояний необходим сбалансированный режим питания. Согласно опросу, около 51% женщин изменили свой рацион питания во время планирования беременности, включив в него большее употребление овощей, фруктов, молочных продуктов и пищу, содержащую большое количество белка и клетчатки. С момента установления факта беременности этот процент женщин возрос до 67 %.

Выводы. Прослеживается низкая результативность медицинской осведомленности женщин в вопросах прегравидарной подготовки. Присутствует заблуждение, что лишь курение и употребление алкоголя ведет к пагубным гестационным исходам, опуская при этом влияние гиподинамии и нерационального питания. Наибольшие изменения в поведении опрошенных женщин приходится на момент беременности, а это значит, что будущие мамы не заинтересованы в планировании беременности, как в комплексе профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

И все же прегравидарная подготовка, как и любой другой вид профилактики, является более эффективным методом решения случаев гестационных неудач, нежели лечение и реабилитация. Именно поэтому учёт выявленных нами недостатков в организации подготовки к беременности будет способствовать повышению врачебной активности в информировании будущих родителей в вопросах важности и необходимости планирования беременности.

Литература:

1. Дикке Г. Б. Курение табака среди женщин и стратегия успешного отказа от табакокурения во время беременности // Фарматека. 2014. №4. С. 50–53.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2018.— 274 с.:табл.
3. Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины, Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В. Е. Радзинский и др.]. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. – 80 с.
4. Национальный статистический комитет Республики Беларусь, Естественное движение населения по Республике Беларусь за 2017 год: статистический бюллетень – Минск, 2018.- 44с.
5. Османов, Э. М. Влияние алкоголя на репродуктивное здоровье женщин / Э. М. Османов, А. С. Пышкина // Вестник ТГУ. Серия Естественные и технические науки. – Тамбов, 2010. – Т. 15. – Вып. 1.- С. 59-62.

УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ВЫПАДЕНИЕМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Труховская Д. Д., Гуламова А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Резюме: На основании изучения особенностей качества жизни женщин, проживающих в Гродненской области, имеющих выпадение тазовых органов, выявлены направления мер вторичной и третичной профилактики данной патологии.

Ключевые слова: тазовый пролапс, качество жизни женщин, Гродненская область

THE STANDARD OF LIVING OF WOMEN WITH LOSS OF PELVIC BODIES

Trukhovskaya D. D. Gulamova A. B.

Grodno state medical university, Grodno, Belarus

Resume: Based on the study of the features of the quality of life of women living in the Grodno region with pelvic organ loss, the directions of measures of secondary and tertiary prevention of this pathology are revealed.

Keywords: pelvic prolapse, quality of life of women, Grodno region.

Актуальность. Опушение и выпадение внутренних половых органов – одна из часто встречающихся в гинекологической практике патологий, которая не имеет тенденции к снижению. В нашей республике каждая пятая пациентка, обратившаяся к гинекологу, предъявляет жалобы, связанные с опущением половых органов. По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, приводя не только к физическим и моральным страданиям, частичной или полной потере трудоспособности, но в ряде случаев делая жизнь этих женщин социально неосуществимой. **Факторы травматической недостаточности мышц тазового дна:**

– беременность и роды

- хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, тяжелый физический труд, длительное статическое положение, наличие опухолей брюшной полости).
- механическая травма мышечно-фасциальных структур таза, не связанная с беременностью и родами (хирургические вмешательства при гинекологической патологии).
- травматическое повреждение центров и проводящих путей нервной системы, ответственных за регуляцию мышечно-фасциальных структур тазового дна и органов малого таза.

Факторы риска нетравматической недостаточности тазового дна:

- дисплазия соединительной ткани (варикозное расширение вен, грыжи различной локализации и др.).
- гипоестрогения (менопауза, кастрация).
- повреждение центров и проводящих путей ЦНС, ответственных за регуляцию мышечно-фасциальных структур тазового дна и органов малого таза (опухоли ЦНС, остеохондроз и др.)
- генетическая предрасположенность.
- нарушение кровообращения органов малого таза и мышц промежности может приводить к несостоятельности тазового дна.

Цель: На основании изучения особенностей качества жизни женщин, проживающих в Гродненской области, имеющих выпадение тазовых органов, выявить направления мер вторичной и третичной профилактики данной патологии.

Материалы и методы: Опрошено 130 женщин в возрасте старше 45 лет, проживающих в Гродненской области, являющихся пациентками стационарных учреждений здравоохранения. Для анализа был использован социологический инструментарий «Ankieta dla kobiet w wieku 45-60 lat. В опроснике использовалась оценка двух показателей качества жизни «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Результаты: В период с мая по сентябрь 2018 года на основе добровольного согласия мы исследовали:

- 100 человек – контрольная группа (критерий включения – отсутствие серьёзных заболеваний со стороны тазовых органов),

- 30 человек – опытная группа (критерий включения – наличие пролапса тазовых органов)

Каждый компонент связанного со здоровьем качества жизни оценивался по 100-балльной шкале. Состояние психологического здоровья у женщин с тазовым пролапсом в среднем составило 38,1 балла. У пациенток с патологией тазовых органов показатель общего состояния здоровья составил 46,7 баллов. Жизненная активность у пациентов с тазовым пролапсом составила 54,7 балла. Оценка эмоционального благополучия показала, что в опытной группе среднее значение данного признака составило 57,5 баллов. Физическое функционирование отражающее объем повседневной физической нагрузки, составило 55 баллов. Социальное функционирование оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) у данных пациенток имелось 69,6 баллов.

Выводы: Таким образом, у женщин с тазовым пролапсом в пределах средних значений: жизненная активность, физическое функционирование, эмоциональное благополучие, социальное функционирование.

Выявлены также низкие значения таких компонентов связанного со здоровьем качества жизни, как психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, самооценка общего состояния здоровья.

Для достижения нашей цели должны быть предприняты меры вторичной профилактики, то есть ранее выявление данной патологии и своевременное лечение. Меры третичной профилактики, направленные на предотвращение осложнений:

1. Изменение образа жизни и борьба с лишним весом (расчёт индекса массы тела (ИМТ)) – самый простой способ узнать, есть ли у вас лишний вес. ИМТ свыше 25 свидетельствует о том, что имеется избыточный вес, свыше 30 – ожирение 1 степени);

2. Уменьшение уровня интенсивности физических нагрузок (ограничение подъёма тяжестей; при поднятии какой-либо тяжести не следует делать резких движений, подъём должен осуществляться преимущественно за счёт силы ног, без излишнего напряжения мышц брюшного пресса, спины или рук);

3. Профилактика запоров и респираторных заболеваний, сопровождающиеся хроническим кашлем (в случае хронического

кашля или запора необходимо обратиться к врачу, для определения причин и назначения соответствующего лечения);

4. Выше указанные факторы сопровождаются резким повышением внутрибрюшного давления, которое может приводить к повреждению связочного аппарата матки и развитию опущения.

5. При наличии незначительного опущения стенок влагалища выполнение упражнений по укреплению мышц тазового дна. Этот подход является действенным только при ранних стадиях пролапса и у женщин с сохранённым тонусом тазового дна.

Литература:

1. Бахаев, В. В. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез / В. В. Бахаев, В. С. Горин // Акушерство и гинекология. – 2009. – №3. – С.7–10.

2. Проблема опущения тазовых органов у женщин: современные возможности профилактики в родах / О. А. Пересада, А. Н. Барсуков, А. А. Куликов, Н. А. Одинцова, Л. З. Шереметьева// Медицинские новости. – 2010. – №10. – с. 35 – 40.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Савоневич Е. Л., Жлобич М. В., Рапецкая В. И.¹, Смирнова Т. А.¹

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь¹

Изучение первично-множественных опухолей (ПМО) позволяет приблизиться к пониманию как различий, так и схожести между отдельными опухолями, основанной на единстве факторов риска. В работе представлена характеристика ПМО и принципы профилактики.

Ключевые слова: первично-множественные опухоли, женская репродуктивная система

PRIMARY-MULTIPLE TUMORS OF THE FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM

Savonevich E. L., Globich M. V., Rapeckaia V. I., Smirnova T. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Hospital, Grodno, Belarus

The study of primary-multiple tumors (PMT) allows us to come closer to understanding both the differences existing between individual tumors, and their similarity, based on the unity of risk factors. In this work, the characteristics of PMT and principles of genetic cancer prevention are presented.

Key words: primary-multiple tumors, female reproductive system

Изучение первично-множественных опухолей позволяет приблизиться к пониманию как различий, существующих между отдельными опухолями, так и их схожести, основанной на единстве значительного числа факторов риска. Под первичной множественностью опухолей понимают независимое появление и развитие у одного человека двух и более новообразований. Особый интерес представляют те злокачественные новообразования, которые так или иначе связаны с проблемой «гормоны и рак». Изучение особенностей заболеваемости первично-множественными злокачественными опухолями становится все более актуальным в связи с улучшением результатов лечения онкологических больных и увеличением продолжительности их жизни, а, следовательно, и повышением вероятности возникновения у них второго и последующих злокачественных новообразований. Вместе с тем, рак яичников редко диагностируется на ранних стадиях, плохо поддается лечению. Поэтому выявление лиц, подверженных риску развития рака яичников, и его ранняя диагностика, на сегодняшний день являются одним из перспективных направлений онкологии.

Цель исследования – изучение клинико-диагностических особенностей первично-множественных опухолей органов репродуктивной системы с поражением яичников.

Материалы и методы. В УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в период с 2009 по 2018 годах было проведено обследование 81 пациентки с раком яичников, у которых имел место первично-множественный характер развития опухоли.

Методы исследования включали сбор семейного анамнеза, детализацию жалоб, изучение гинекологического и соматического анамнеза. Всем пациенткам было выполнено молекулярно-генетическое исследование образца венозной крови на наличие трех «основных» для восточно-славянского населения мутаций в гене BRCA1: 5382insC, 4153delA, 300T>G.

Результаты. У 81 пациентки, включенных в исследование, было диагностировано 174 злокачественных опухоли, одна из которых локализовалась в яичниках. Первичная множественность новообразований в большинстве случаев была представлена двумя локализациями – 70 (86%), реже – тремя 10 (12%). Только у 1 пациентки были диагностированы четыре опухоли с интервалами в 7-9 лет, при этом первая опухоль возникла в молочной железе в возрасте 39 лет. В 89% наблюдений эпителиальные новообразования яичников сочетались с опухолями эпителиального гистотипа других локализаций и только в 11% случаев эпителиальные опухоли сочетались с неэпителиальными (саркомы матки, гранулезоклеточные опухоли яичников, менингиома). У двух женщин были диагностированы злокачественные гранулезоклеточные опухоли яичников одновременно с раком эндометрия (2,5%).

Чаще всего развитие злокачественных новообразований яичников сочетаются с раком молочной железы – 27 случаев (33%), тела матки – 23 (28%) и опухолями желудочно-кишечного тракта – 16 (20%).

Рак молочной железы безусловно лидирует среди злокачественных новообразований у женщин. Очевидна при этом заболеванием и связь с влиянием гормонально-метаболических факторов на возникновение опухоли. Среди факторов риска рака молочной железы, значение которых подтверждено многочисленными эпидемиологическими исследованиями, наряду с наличием того же заболевания у родственников и доброкачественными процессами в молочной железе представлены поздние первые роды, раннее менархе и поздняя менопауза. Однако, если сочетание раннего начала менструальной функции и поздней менопаузы свидетельствует о длительном репродуктивном периоде и, соответственно, о более длительной гормональной стимуляции молочной железы, то поздние первые роды отражают отсроченное завершение полноценного функционального созревания органа. Рак тела матки встречается в несколько раз реже, чем рак молочной

железы и на сегодняшний день среди всех гормонозависимых новообразований этиология рака тела матки представляется нам наиболее понятной. В группе эпидемиологических факторов риска рака эндометрия доминируют малое число родов или бесплодие, ожирение, поздняя менопауза, в то время как раннее менархе и поздние первые роды далеко не так важны, как в отношении развития рака молочной железы. Считается, что основную роль в патогенезе заболевания играет избыточная эстрогенная стимуляция эндометрия в сочетании с недостаточностью гормонов желтого тела. В эту теорию укладываются многие имеющиеся факты и наблюдения, с ее позиций можно объяснить связь возникновения болезни с бесплодием, ожирением, поликистозом яичников и т.д. Увеличение частоты развития рака эндометрия у пациенток с раком молочной железы на фоне длительного приема тамоксифена демонстрирует различия в патогенезе этих гормонозависимых опухолей. Важный момент, сближающий особенности патогенеза рака яичников с раком эндометрия заключается в том, что длительный прием контрацептивов уменьшает риск развития и того, и другого.

В трех случаях имел место первично-множественный синхронный рак яичников и толстой кишки (4%). Среди 10 женщин с первично-множественным метакронным раком толстой кишки и яичников во всех случаях рак яичников был второй либо третьей опухолью. Рак яичников в большинстве случаев был выявлен спустя 1-4 года после лечения рака толстой кишки. Рак желудка был диагностирован одновременно с раком яичников у 1 женщины в возрасте 58 лет. Имело место сочетание серозной аденокарциномы яичников с перстневидно-клеточным раком желудка. Первично-множественный синхронный рак яичников и рак желчного пузыря был диагностирован у женщины в возрасте 75 лет. У пациентки первично-множественным раком яичников, молочной железы и толстой кишки опухоли развивались метакронно. Первая опухоль – бледнобелый рак (аденокарцинома pT2N0M0 1в стадия) ободочной кишки – была диагностирована в возрасте 32 лет. Спустя 15 лет после хирургического лечения новообразования был выявлен рак левой молочной железы (низкодифференцированная инфильтрирующая карцинома pT2N1M0 IIв стадия). Распространенный рак яичников с вовлечением маточной трубы (умеренно дифференцированная серозная аденокарцинома) был диагностирован у этой пациентки через еще 14 лет. Сред пациенток с

первично-множественным метакронным раком злокачественное новообразование яичников было диагностировано раньше рака молочной железы только в 3 случаях (7%). Еще в одном случае спустя 7 лет после лечения рака яичников был выявлен рак желудка.

Анализ клинических данных показал, что в группе первично-множественного метакронного рака возраст женщин при обнаружении первой опухоли колебался от 18 до 69 лет. Обращает внимание наличие связи возраста и локализации первой опухоли. Так большинство случаев рака молочной железы было диагностировано в возрасте до 50 лет (79 %), тогда как рак толстой кишки в 50% случаев манифестировал после 63 лет. Средний возраст заболевания раком молочной железы составил $45,9 \pm 6$ лет, раком толстой кишки – $55,1 \pm 13,6$ лет.

Первично-множественный синхронный рак с поражением яичников и матки развился у 25 женщин в возрасте от 36 до 78 лет. Злокачественные гранулезоклеточные опухоли яичников сочетались с развитием рака эндометрия у двух пациенток в возрасте 64 и 78 лет. Злокачественные опухоли яичников эпителиального генеза были представлены серозной аденокарциномой в 13 случаях, эндометриоидной аденокарциномой – в 4, муцинозной аденокарциномой – у 4 пациенток.

Средний возраст обнаружения первично-множественного синхронного рака яичников и матки составил 54 ± 10 лет. В двух из 23 случаев рака яичников диагностирована аденокарцинома шейки матки (8%), в трех – саркома тела матки (12%), остальные пациентки имели рак эндометрия. Рак эндометрия у 14 женщин был эндометриоидным, еще у 2- муцинозным, в 1 случае имел место железисто-плоскоклеточный вариант рака эндометрия. Учитывая особенности диагностики рака эндометрия и хирургического лечения при злокачественных новообразованиях яичников, в большинстве случаев рак эндометрия был диагностирован в 1-2 стадиях. Только у 2 женщин опухолевый процесс выходил за пределы матки.

Особая роль в развитии рака яичников в настоящее время отводится генетическим факторам. Генетическая предрасположенность к раку яичников стала предметом активных исследований, когда в 90-е годы XX века был открыт ген BRCA1. Мутации в гене BRCA1 наследуются по аутосомно-доминантному типу с неполной пенетрантностью и ассоциируются с очень высоким риском развития рака яичников и рака молочной железы. Изучение

семейного анамнеза указывает на наличие наследственной предрасположенности к развитию опухолей у 36 женщин (44%). Только в 16% случаев родственники первой линии страдали раком яичников и/или молочной железы. По результатам молекулярно-генетического обследования у 20 из 81 женщины (25%) подтверждено наличие одной из «основных» мутаций в гене BRCA1. Самыми распространенными среди пациенток с первично-множественными опухолями были мутации 5382insC (55%) and 4153delA (25%). Среди женщин с раком молочной железы и раком яичников мутация в гене BRCA1 подтверждена в 56% случаев, что подтверждает значимость генетических факторов в развитии первично-множественных опухолей женской репродуктивной системы.

Таким образом, отягощенный семейный анамнез и выявление мутаций в гене BRCA1 необходимо рассматривать как неотъемлемую часть комплексного обследования женщин с злокачественным новообразованием женской репродуктивной системы для определения генетического риска развития новых опухолей женской репродуктивной системы и разработки принципов генетической профилактики рака. Отличия между гормонозависимыми опухолями различных локализаций характеризуются определенным возрастным периодом, в котором они обнаруживаются чаще всего, а так же частотой данной патологии в постменопаузе.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Савлук В. В., Савоневич Е. Л.¹

УЗ «Волковысская центральная районная больница», Волковыск, Беларусь
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹

Началом диагностики любого заболевания является сбор анамнеза. Особого внимания у женщин требует акушерско-гинекологический анамнез. В данной работе мы изучили особенности менструальной и репродуктивной функций у пациенток со злокачественными новообразованиями яичников.

Ключевые слова: опухоли яичников, анамнез, менструальная и репродуктивная функции.

OBSTETRIC-GYNECOLOGIC ANAMNESIS IN PATIENTS WITH OVARIAN TUMORS

Savluk V. V., Savonevich E. L.¹

Health Care Institution “Volkovysk Central District Hospital”, Volkovysk, Belarus
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹

Diagnosis of any of the diseases is started from history taking. Special attention in women demands obstetric and gynecologic anamnesis. In this work we present the peculiarities of menstrual and reproductive function of patients with malignant ovarian tumors.

Key words: ovarian tumors, history taking, menstrual and reproductive function

По распространенности злокачественные новообразования яичников занимают седьмое место в структуре онкозаболеваний у женщин, однако одногодичная летальность при нем составляет 24% (выше, чем при раке шейки матки и раке эндометрия). Пятилетняя выживаемость не превышает 45%. Это обусловлено трудностями ранней диагностики. Опухоли яичников на начальных этапах заболевания не имеют патогномоничных клинических симптомов. Боли появляются при довольно значительных размерах опухолей или диссеминации процесса в брюшной полости. Чаще клиника заболевания имеет стертый характер, выражающийся в дискомфорте со стороны желудочно-кишечного тракта, увеличении объема живота за счет асцита.

Ранняя диагностика злокачественных опухолей яичников остается главной нерешенной проблемой в онкогинекологии. К сожалению, предлагаемые скрининговые программы для выявления рака яичников не отвечают большинству требований, сформулированных экспертами ВОЗ к скринингам в онкологии. Во-первых, до настоящего времени не разрешены вопросы патогенеза заболевания, а именно, остается неясным вопрос прогрессии доброкачественной кисты яичника в пограничную, затем в инвазивную карциному. Во-вторых, предлагаемые диагностические тесты не являются строго специфичными для выявления опухолей яичников, особенно на ранних стадиях, так как дают высокий процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов. В-третьих, окончательно не определена лечебная тактика при

распространенных опухолевых процессах, первично-множественных опухолях, что влияет на результаты лечения. Любая эффективная скрининговая программа нацелена на определение ранних форм заболевания, когда нет клинических проявлений опухоли, и человек считает себя здоровым. Вопросы скрининга рака яичников находятся пока в процессе изучения. На данном этапе распознавание этой болезни на ранних стадиях должно базироваться на проведении углубленного обследования женщин из групп риска с использованием стандартных методов диагностики с учетом особенностей клинического течения заболевания.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что рак яичников чаще встречается среди нерожавших и среди женщин с нарушениями функции яичников. Репродуктивные факторы оказывают значимое влияние на частоту возникновения опухолей яичников. Факторами риска считают раннее менархе (до 11 лет), позднюю менопаузу (после 55 лет), поздний (после 35 лет) возраст первой беременности, ранний отказ от грудного вскармливания, нереализованную репродуктивную функцию. К факторам, снижающим риск развития рака яичников, относят высокий паритет, длительное естественное грудное вскармливание, длительный прием оральных гормональных контрацептивов, удаление или перевязку маточных труб.

Цель нашего исследования – это изучение особенностей акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток с гистологически подтвержденным раком яичников.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное клиническое исследование на основе добровольного анкетирования 152 пациенток с гистологически подтвержденным злокачественным новообразованием яичников эпителиального генеза, которые проходили лечение в Гродненском областном онкологическом диспансере в 2017-2019 годах. Оригинальная анкета-опросник была разработана нами специально для данного исследования. Она включала вопросы, которые среди прочих характеризовали менструальную, половую, репродуктивную функции. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин на момент установления диагноза рак яичников составил 57 лет. Возраст женщин варьировал от 28 до 83 лет. В возрасте после 50 лет заболело

118 пациенток (78%). Большинство случаев заболевания раком яичников отмечалось в возрасте 53-58 лет.

Раннее начало менструации при условии отсутствия «физиологического отдыха яичников» ведет к непрекращающейся овуляции в течении репродуктивного периода. Теория овуляции предполагает, что чрезмерная овуляция повреждает поверхность яичника и приводит к возникновению эпителиального овариального рака. Считают, что ежемесячное повреждение поверхности яичника способствует нарушению устранения поломок ДНК, инактивации генов-супрессоров опухолей и последующему канцерогенезу.

В нашем исследовании было выявлено 3 случая (2%) ранней первой менструации (до 12 лет). У 139 пациенток (91%) первые менархе появились в возрасте 12-16 лет, а позднее их наступление отметили только 10 респонденток (7%). Анализ становления менструальной функции показал, что у большинства пациенток менструальный цикл установился сразу, у остальных – в течении года. Из 152 пациенток у 24 (16%) до лечения рака яичников была сохранена менструальная функция, при этом у 23 из них имел место регулярный менструальный цикл, что согласуется с литературными данными о влиянии непрекращающейся овуляции на развитие рака яичников.

У исследованной группы пациенток беременностей не было только у 13 женщин (9%). Среди причин бесплодия у этих пациенток были единичные случаи мужского бесплодия, нарушения овуляции, доброкачественные опухоли матки, непроходимость маточных труб, иммунологическое бесплодие.

В 100% случаев первая беременность наступала до 35 лет. Распределение по количеству беременностей среди исследуемых пациенток: 1-2 беременности у 55 пациенток (36%), а больше 3-х беременностей – у 84 пациенток (55%). Проблемы с наступлением желанной беременности были у 9 женщин (6%), но в последующем без лечения у всех беременность наступала самопроизвольно. Проблемы с вынашиванием беременности были только у 8 женщин (5%).

Из 152 пациенток только 17 (11%) были бездетными, при этом бесплодием страдали 13 пациенток (9%). Анализ количества родов показал, что 1-2 родов были у 115 женщин (76%), 3 и более родов – у 20 (13%). У 72% женщин помимо родов в анамнезе имели место 2-5 медицинских абортов, что косвенно подтверждает наличие овуляторных менструальных циклов в репродуктивном периоде.

Среди пациенток встречались случаи и внематочных беременностей (4 случая), и выкидышей раннего срока (16 случаев), и выкидыши позднего срока (1 случай), мертворождения (3 пациентки), а также был 1 случай у пациентки 38 лет, у которой дважды прерывали беременности по медицинским показаниям по поводу синдрома Дауна.

Первая беременность в 83% случаев завершалась родами. Роды через естественные родовые пути были более чем у 80% пациенток, в то время как родоразрешение путем операции кесарево сечение встречалось редко. Частота преждевременных родов составила всего 4%. Таким образом, у большинства женщин (91%) не было нарушений репродуктивной функции.

Длительность лактации у женщин исследованной группы в среднем составила 7 месяцев. Только 10% пациенток, у которых роды закончились живорождением, не кормили детей грудью. У каждой пятой пациентки период лактации составил более 12 месяцев. В 100% случаев не использовались препараты для остановки лактации.

Раннее начало половой жизни (до 18 лет) отметили 11 пациенток (7%), после 25 лет – 14 пациенток (9%). В исследованной группе были 3 женщины (2%), которые отрицают половую жизнь.

Известно, что длительный прием гормональных оральных контрацептивов (более 10 лет) снижает развитие рака яичников на 40%. Анализ собственных данных показал, что только 10% женщин предохранялись от беременности в начале половой жизни. В последующем тот или иной метод контрацепции использовали 111 женщин (75%). Наиболее распространенными методами предотвращения беременности явились прерванный половой акт (59%), внутриматочная спираль (39%) и презерватив (35%). С целью контрацепции гормональные препараты использовали 22 женщины (14%), при этом респондентки указывают, что использовали данный метод контрацепции менее 1 года. Только в трех случаях имел место прием препарата более 3-х лет. Учитывая низкую популярность и длительность приема гормональных контрацептивов у большинства опрошенных женщин, оценить роль гормональной контрацепции не представляется возможным.

Из исследованной группы пациенток с раком яичников в постменопаузе находилось 116 женщин (76%). Средний возраст наступления менопаузы 45-52 года. Из 152 женщин 53 (35%) отмечали умеренные или выраженные климактерические симптомы.

Выраженный климактерический синдром имел место у 30 пациенток (20%), но, несмотря на это, ни одна из пациенток не принимала менопаузальную гормональную терапию. Только 2 женщины для купирования климактерического синдрома использовали фитотерапию (Циклин и Климадинон).

У 21 пациентки (14%) имелись кисты яичников в анамнезе. Более чем у 50% – они наблюдались в возрасте старше 40 лет. Миома матки была у 37 женщин (24%), а воспалительные заболевания придатков – у 34 (22%). Единичные случаи дисплазии шейки матки, атипичной гиперплазии эндометрия, рака шейки матки. В 5% случаев встречалась сочетанная патология рака яичников и молочной железы.

Выводы. В большинстве случаев злокачественные опухоли яичников эпителиального генеза развиваются в возрасте 53-58 лет. Детальный анализ акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток с раком яичников показал отсутствие нарушений менструальной и репродуктивной функций, как возможных факторов риска развития опухоли. У них своевременно наступало менархе, менструальный цикл был регулярным, устанавливался сразу. У большинства женщин не было нарушений репродуктивной функции, вместе с тем отсутствовал длительный период грудного вскармливания. У каждой пятой пациентки имел место выраженный климактерический синдром, но пациентки не принимали менопаузальную гормональную терапию. Из сопутствующих гинекологических заболеваний чаще всего встречались кисты яичников, миома матки и воспалительные заболевания придатков (14%).

ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫЙ БЛАСТНЫЙ КРИЗ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Зуховицкая Е.¹, Фиясь А.¹, Пищик Е.², Василевская Н.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

PREMIELOCYTIC BLAST CRISIS OF CHRONIC MYELOID LEUKOSIS

Zukhovitskaya E.¹, Fias A.¹, Pishchik E.², Vasilevskaya N.²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
UZ "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus²

Хронический миелоидный лейкоз (ХМЛ) является неопластическим клональным заболеванием мультипотентной гемопоэтической стволовой клетки-предшественницы вследствие реципрокной транслокации $t(9;22)(q34;q11)$ и характеризуется избыточным накоплением миелоидных клеток на различных уровнях дифференцировки.

Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) с $t(15;17)(q22;q12)$; PML/RAR α является вариантом острого миелоидного лейкоза (ОМЛ) с превалированием промиелоцитов. Примерно в 1% случаев ОПЛ могут быть найдены другие варианты транслокаций: $t(11;17)(q23;q21)$, $t(5;17)(q32;q12)$, $t(11;17)(q13;q21)$ [1].

Сообщения о промиелоцитарных бластных кризах (БК) у пациентов с ХМЛ крайне редки и составляют около 8% от всех случаев БК при этом заболевании[2]. Всего в литературе описано менее 30 документированных случаев развития промиелоцитарного бластного криза у пациентов с ХМЛ в течение 3-12 месяцев от начала терапии иматинибом; при этом в одних и тех же бластных клетках были выявлены $t(15;17)(q22;q21)$ и $t(9;22)(q34;q11.2)$ [3,4,5,6,7].

Приводим случай промиелоцитарного БК, развившегося в хронической фазе (ХФ) ХМЛ спустя 10 месяцев от начала лечения иматиниб мезилатом.

Пациентка О., 46 лет, находилась 13-24.12.2014 на стационарном лечении в отд. гинекологии по поводу хронического двустороннего аднексита. При обследовании выявлены увеличение в размерах селезенки и изменения в общем анализе крови, в связи с чем пациентка

направлена в отд. гематологии УЗ «Гродненская областная клиническая больница». При поступлении жалобы на общую слабость. Общее состояние удовлетворительное, температура тела не повышена. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски; геморрагического синдрома нет. Данные со стороны легких и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы. Живот мягкий, печень не увеличена, нижний полюс селезенки пальпируется на 4 см ниже левой реберной дуги. Из анамнеза жизни выяснено, что отец пациентки умер от ОМЛ.

Общий анализ крови 22.12.2014. Эр $3,76 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Нв) 129 г/л, тромбоциты $621,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $57,4 \times 10^9/л$, э 1, б 5, бласты 3, промиелоциты 1, миелоциты 1, ю 4, п 22, с 54, л 8, м 1, СОЭ 19 мм/час. Биохимический анализ крови 22.12. 2014 без особенностей. Гемостазиограмма 30.12.2014. АЧТВ 27,5", ПВ 15,5", ПТИ 89%, МНО 1,07, фибриноген 4,23 г/л.

УЗИ органов брюшной полости 02.01.2015. Печень без особенностей. Селезенка 130x50 мм, контуры ровные, структура однородная.

На основании клинико-лабораторных данных выставлен диагноз: хронический миелолейкоз, хроническая фаза. Начато лечение: гидроксикарбамид 1500 мг/день, аллопуринол, пентоксифиллин. При исследовании методом ПЦР 10.01.2015 в лейкоцитах крови обнаружена мРНК химерного гена bcr-abl. Гидроксикарбамид был отменен и начата терапия иматинибом в дозе 400 мг/день, аллопуринолом 300 мг/день.

Анализ крови 2.03.2015. Эр $3,33 \times 10^{12}/л$, Нв 111 г/л, тромбоциты $317,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$, б 3, э 1, п 15, с 63, л 14, м 4, СОЭ 20 мм/час. При последующем анализе крови от 18.08.2015 отклонений от нормы не выявлено. УЗИ органов брюшной полости 25.09.2015: селезенка 92x40 мм, структура однородная; у верхнего полюса добавочная долька 17 мм в диаметре. При проведении ПЦР с клетками периферической крови 26.08.2015 обнаружена мРНК химерного гена bcr-abl.

При осмотре гематолога 12.10.2015 пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, наличие геморрагического синдрома по петехиально-пятнистому типу в течение последней недели. Данные со стороны внутренних органов без видимых отклонений от нормы.

Анализ крови 12.10.2015. Эр $3,56 \times 10^{12}/л$, Нв 122 г/л, тромбоциты $17,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $14,1 \times 10^9/л$, бласты 81, миелоциты

1, п 4, с 5, л 7, м 2, СОЭ 21 мм/час. Биохимический анализ крови без особенностей. Миелограмма 13.10.2015. Бластные клетки 96%; сумма клеток эритропоза 0,8%. Мегакариоциты не обнаружены.

Иммунофенотипирование методом проточной цитофлюорометрии 15.10.2015. В образце клеток костного мозга иммунофенотипически определяется 86% бластных клеток с фенотипом CD15-, CD117+, HLA-DR-, CD33+, CD9+, CD13+, CD2+/-, CD64+, CD34+/-, CD71+, CD123+/-, CD38+, суМРО+, что характерно для ОМЛ-М3 (по FAB) с ко-экспрессией CD2.

Цитогенетический анализ клеток костного мозга от 16.10.2015. Методом FISH t(9;22) выявлена в 98,5%, t(15;17) в 98% интерфазных клеток костного мозга.

nuc ish9q34(ABLx2),22q11.2(BCRx2)[3]/
(ABLx3)(BCRx3) (ABL con BCRx2) [197]
nuc ish 17q21.1 (RARAх2), 15q22-24 (PMLх2) [4]/
(PMLх3)(RARAх3) (PML con RARAх2) [196]

Биохимический анализ крови 13.10.2015. Общий белок 67 г/л, мочевины 4,0 ммоль/л, креатинин 99 мкмоль/л, билирубин 12,4 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, ЩФ 151 ед/л, АСТ 25 ед/л, АЛТ 16 ед/л, ЛДГ 812 ед/л. Гемостазиограмма 13.10.2015. АЧТВ 24,8", ПВ 15,8", ПТИ 84%, МНО 1,08, фибриноген 2,07 г/л.

Проведено лечение: иматиниб, весаноид, полихимиотерапия по протоколу «3+7», гемокомпонентная (эритромаасса, тромбоконцентрат и свежезамороженная плазма – СЗП) и дезинтоксикационная терапия. Анализ крови 30.10.2015. Эр 2,71x10¹²/л, Нв 82 г/л, тромбоциты 92,1x10⁹/л, лейкоциты 50,83x10⁹/л, бласты 21, миелоциты 25, ю 1, п 29, с 13, л 8, м 3, СОЭ 53 мм/час. Миелограмма 9.11.2015: бласты 13,75, промиелоциты отсутствуют, миел 32,25, ю 6, п 26,5, с 6,75, л 5,25, моноциты 6,75, сумма клеток эритропоза 1,75, мегакариоциты не обнаружены.

В связи с недостаточным эффектом проведена терапия: дексаметазон 24 мг/день в/венно с целью профилактики дифференцировочного синдрома, рубидо 20 мг в/венно 11, 13, 15, 17.11.2015; иматиниб 800 мг/день 6-20.11.2015; весаноид 80 мг/день 7-20.11.2015; сопроводительная терапия.

Ан. крови при выписке 9.12.2015. Эр. 3,37x10¹²/л. Нв 115 г\л, тромбоциты 114,0x10⁹/л, лейкоциты 3,6x10⁹/л, б 1, э 1, п 16,с 46, л 25, м 11, СОЭ 43 мм/час.

Рекомендовано продолжить прием иматиниба 800 мг/день, аллопуринола 300 мг/день; пероральная гидратация до 2,0 л/день.

Ряд авторов считает, что клональная эволюция с дополнительной $t(15;17)(q22;q21)$ может быть на ранней стадии ХФ ХМЛ с экспансией этого клона на протяжении лечения иматинибом. При данном кариотипе трудно дифференцировать первичный ОПЛ с промиелоцитарным БК ХМЛ. В нашем случае возможно следующее развитие событий. Популяция лейкемических стволовых клеток (LSCs) имеет выраженную генетическую разнородность с наличием множественных генетически различных иницирующих лейкоз субклонов при установлении диагноза[8]. Возможно, что онкоген BCR/ABL1 появляется именно в LSCs, т.е. ХМЛ является в принципе заболеванием LPCs, и положительный первичный эффект от терапии иматинибом это мнение подтверждает. Однако иматиниб, кроме селективного подавления опухолевых клонов LPCs, может повышать мутагенную активность в самом онкогене BCR/ABL1, в том числе и в определенных клонах LSCs. Мы считаем, как и другие авторы, что в данном случае могла иметь место дополнительная аномалия, проявившаяся на более позднем этапе дифференцировки и обусловившая развитие промиелоцитарного БК с наличием сочетания практически во всех бластах $t(15;17)(q21;q22-24)$ и $t(9;22)(q34;q11.2)$.

Литература:

1. Berger, R. $t(15;17)$ in a promyelocytic form of chronic myeloid leukemia blastic crisis./ Berger R.[et al]//Cancer Genet. Cytogenet., – 1983, – Vol.8 –P.149-152.
2. Rosenthal, N. S. Promyelocytic blast crisis of chronic myelogenous leukemia. A rare subtype associated with disseminated intravascular coagulation./Rosenthal N.S., Knapp D., Farhi D. S. //American Journal of Clin.Pathol. – 1995 – Vol.103(2) – P.185-188.
3. Nawsherwan, S. Promyelocytic blast crisis of chronic myeloid leukemia after one year of imanitib treatment./ Nawsherwan S., Mohammed D. A.//Zanco J. Med. Sci. – 2013. – Vol.17(3) – P.590-593.
4. Oku, E. Promyelocytic Crisis of Chronic Myelogenous Leukemia during Imatinib Mesylate Treatment./Oku E.[et al]// Acta Hematologica, – 2007, – Vol.117(4) – P.191-196.
5. Gossetti, A. B. Promyelocytic Crisis of Chronic Myelogenous Leukemia during Imatinib Treatment./Gossetti A. B.[et al]// Acta Hematologica, – 2007, – Vol.117(4) – P.236-237.
6. Chung, H. J. Promyelocytic blast crisis of chronic myeloid leukemia during imatinib treatment./Chung H. J. [et al]// Ann. Clin. Lab. Sci. – 2008,– Vol. 38(3) – P.283-286.
7. Angriman, F. N. Promyelocytic Blastic Crisis in Chronic Myeloid Leukemia During Imatinib Treatment./ Angriman, F. N.[et al]// Clinical Image in Hematology, – 2014...
8. Perrotti, D. Chronic myeloid leukemia: mechanisms of blastic transformation. / D. Perrotti [et al]//J. Clin. Inveigation,– 2010, – Vol.120(7) – P.2254-2264.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИФфуЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2018 ГГ.

Фиясь А.¹, Василевская Н.², Пищик Е.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

DIFFUSION MORBIDITY B-CELLULAR LYMPHOMA OF THE POPULATION OF THE GRODNO REGION FOR 2013-2018

Fias A.¹, Vasilevskaya N.², Pischik E.²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
UZ "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus²

Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВККЛ) является наиболее частым вариантом неходжкинских лимфом (НХЛ). Заболеваемость составляет 4-5 случаев в год на 100000 популяции при возрастной медиане 63 года с одинаковой частотой у мужчин и женщин [1]. Она может возникать первично или быть следствием трансформации зрелоклеточных лимфом. Примерно в 20% случаев процесс бывает диссеминированным с частым поражением экстралимфатических зон. В отдельную форму выделены первичная медиастинальная ДВККЛ и первичная лимфома центральной нервной системы (ЦНС) [2]. Первичная медиастинальная ДВККЛ составляет 2-3% от всех НХЛ и преобладает у женщин с медианой возраста 30-35 лет [3]; характеризуется первичным поражением медиастинальных лимфоузлов с или без поражения других зон. Этот подтип лимфомы частично совпадает по многим клиническим и молекулярным данным с классической лимфомой Ходжкина. Первичные ДВККЛ ЦНС составляют 1-2% от всех НХЛ [4] и характеризуются многофокальностью поражения головного мозга.

При цитогенетическом исследовании у 50% пациентов с ДВККЛ выявлены $t(3;v)$, $t(14;18)$. Эти аномалии коррелируют с наличием реаранжировки онкогена BCL-6. Гиперэкспрессия гена BCL-2 является прогностически неблагоприятным фактором. Реже выявляются $t(8;14)$, $t(8;v)$. Выделен вариант “double hit” лимфомы с сочетанной реаранжировкой BCL2 и MYC, и вариант “triple hit” с

реаранжировкой BCL2, BCL6 и MYC. которые отличаются крайне агрессивным течением.

Выбор тактики лечения основывается на возрасте, соматическом статусе и индивидуальном риске рецидива в соответствии с критериями IPI (международного прогностического индекса). Стандартом терапии пациентов с ДВККЛ низкой и низкой/промежуточной группы риска являлось проведение 6 циклов иммунохимиотерапии по схемам R-CHOP-21; у пациентов 30-60 лет чаще применяется схема R-CHOP. Альтернативными режимами являются схемы DA-EPOCH-R, R-CHOP-14, R-CHOP. У пациентов старше 60 лет рекомендуется проведение 6 циклов R-CHOP-14 с дополнительным введением ритуксимаба дважды по 375 мг/м². В терапии 1-й линии при медиастинальной ДВККЛ возможно применение протоколов MASCOP-B, в терапии 2-й линии – ESHOP или DHAP[1,5]. При первичных ДВККЛ головного мозга терапия включает 2-4 цикла метотрексата в дозе 3,5-5 г/м² в сочетании с цитарабином в дозе 2 г/м²; и дальнейшей консолидацией проведением лучевой терапии на головной мозг в суммарной общей дозе 46 Грей[6].

Нами проведен анализ заболеваемости ДВККЛ, летальности и проводимой терапии населения Гродненской области за период 2013-2018 гг.

Таблица 1. Данные по заболеваемости и летальности ДВККЛ за 2013-2018 гг.

Группы возраста	0-19	20-39	40-49	50-59	≥ 60	Всего
К-во населения	228988	276453	146784	163837	227619	1043681
Мужчин	117311	141580	71524	77041	79621	487077
Женщин	1111677	134873	75260	86796	147998	556604
Заболеваемость	3	19	13	24	54	113
Мужчины	2	12	4	15	20	53
Женщины	1	7	9	9	34	60
На 100000 лиц	5,4			14,4	23,8	10,86
	Летальность во всех возрастных группах					Всего
Мужчины	1	2	2	5	11	21
Женщины	–	1	4	2	17	24
На 100000 лиц	1,5			4,2	12,3	4,3

Таблица 2.Первичная заболеваемость ДВККЛ в период 2013-2018 гг

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Всего
Мужчины	4	6	7	7	16	13	53
Женщины	6	4	5	19	11	15	60
Всего	10	10	12	26	27	28	113

Первичная заболеваемость ДВККЛ за 2013-2018 гг. на 100000 населения составила: для городского населения (n=786950) (81 пациент) – 10,3, для сельского населения (n=256860) (32 пациента) – 12,3; в целом для мужчин – 10,9, для женщин – 10,8. При цитогенетическом исследовании у 3 пациентов выявлен тип double hit (bcl2+, bcl6+) и в одном случае – тип triple hit (bcl2+, bcl6+, c-myc+)

Данные по вариантам терапии пациентов с ДВККЛ приведены в табл.3

Таблица 3. Проводимая терапия у пациентов с ДВККЛ

Ар Вариант Д ВККЛ	К-во	СНОР				R-СНОР				R-DA-EPOCH				Другие	ЛТ	Ауто-ТГСК
		2	4	6	8	2	4	6	8	2	4	6	8			
ПМ	11	1	1	–	–	1	1	–	2	1	1	4	1	2	3	2
ГМ	4	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	4	6	–
I ст	2	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
II ст	13	4	1	2	–	2	3	4	–	1	–	–	–	–	6	–
III ст	12	–	1	1	1	1	1	4	3	–	–	–	–	6	–	–
IV ст	24	3	1	1	2	3	4	6	4	1	1	1	–	10	5	1
Всего	68	8	4	5	3	8	9	15	9	3	2	5	1	23	20	3
Циклов		16	16	30	24	16	36	90	72	6	8	30	8			3
Всего		86				214				52						3

Исходы заболевания у пациентов с ДВККЛ отражены в табл. 4.

Таблица 4.Исходы у пациентов с ДВККЛ за 2013-2018 гг.

Выживаемость (годы) от момента установления диагноза							
	5-6	4-5	3-4	2-3	1-2	0-1	Всего
Мужчины	2	3	4	6	9	9	33
Женщины	2	2	2	10	7	12	35
Летальность (годы) от установления диагноза							
	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	Всего
Мужчины	20	1	–	–	–	–	21
Женщины	18	4	2	–	–	–	24
Летальность, %	84,4	11,2	4,4				40,0

Медиана возраста для умерших пациентов в целом составила 60,0 лет; в том числе для мужчин – 54,5 г., для женщин – 65,5 г. В группе с летальным исходом (45 пациентов) проводилась следующая терапия:

- только дистанционная лучевая терапия – 3 пациента,
- дистанционная лучевая терапия + полихимиотерапия – 7 пациентов,
- хирургическое вмешательство ± полихимиотерапия – 5 пациентов,
- симптоматическая терапия – 10 пациентов,
- только полихимиотерапия – 20 пациентов.

Среди 20 пациентов, получавших полихимиотерапию, без сочетания с дистанционной лучевой терапией или хирургическим вмешательством, в 8 случаях выполнен один курс ПХТ, в 1 случае – 2, в 1 случае – 4, в 2 случаях – 5, в 4 случаях – 6, в 3 случаях – 7, в 1 случае – 8 курсов ПХТ.

Из 38 пациентов, умерших в течение первого года после установления диагноза ДВККЛ, 12(31,6%) умерли в течение первого месяца. Средняя общая выживаемость у этих 38 пациентов составила менее 4-х месяцев.

Литература:

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению диффузной В-крупноклеточной лимфомы взрослых./Коллектив авторов под рук. акад. В. Г. Савченко, проф. И. В. Поддубной. // Москва, 2014.
2. Swerdlow, S. H. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. / S. H. Swerdlow [et al]//Blood.–2016.–Vol.127.–P.2375-2390
3. Степанишина, В. А. Первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома. Роль позитронно-эмиссионной томографии. / Степанишина В. А.[и др]. // Клиническая онкология –2016. – №3(23).
4. Комратова, К. А. Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома центральной нервной системы (клинический случай и обзор литературы). / Комратова К. А. [и др]. // Онкогематология. –2017.– т.12.– №1.– С.1-10
5. Ворнюк, М. А. Опыт лечения первичной медиастинальной В-крупноклеточной лимфомы. / Ворнюк М. А [и др]//Онкогематология– 2013.– №4.– С.18-23.
6. Миненко, С. В. Лечение лимфом центральной нервной системы – обзор литературы и собственные данные. / С. В. Миненко [и др]. // Онкогематология – 2011.–№3.– С.50-56.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2018 ГГ.

Фиясь А.¹, Василевская Н.², Пищик Е.²

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь²

INCIDENCE OF MULTIPLE MYELOMA OF THE POPULATION OF THE GRODNO REGION FOR 2013-2018.

Fias A.¹, Vasilevskaya N.², Pischik E.²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus¹
UZ "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus²

Множественная миелома (ММ) – клональное лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются малигнизированные плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин (Ig). Она относится к медленно прогрессирующим В-клеточным опухолям низкой степени злокачественности и составляет около 10% гемобластозов. Клинические проявления обусловлены плазмоклеточной инфильтрацией КМ, костей, внекостномозговым распространением опухоли и секрецией моноклонального парапротеина [1]

В основе поражения костей лежит усиленная резорбция костной ткани вследствие повышения активности остеокластов и нарушения процесса ремоделирования кости. Боли в костях отмечаются у 70% пациентов, чаще в плоских (ребра, позвоночник), реже – в трубчатых костях вследствие наличия остеодеструкций и возникновения спонтанных переломов. Рентгенологически поражение костной ткани выявляется в виде генерализованного остеопороза, единичных или множественных очагов остеолита или патологических переломов. Примерно у 10% пациентов развивается компрессия спинного мозга вследствие прорастания опухоли из позвонков в эпидуральное пространство.

Повышение уровня кальция в сыворотке крови наблюдается у 10-30% пациентов вследствие усиленной его резорбции из костей. Гиперкальциемия приводит к ухудшению концентрационной

способности почек вследствие уменьшения реабсорбции натрия и нарушения действия антидиуретического гормона. Гепатомегалия и спленомегалия выявляются у 5-15% пациентов и связаны в основном с миеломноклеточной пролиферацией. Примерно у 20% пациентов наблюдается периферическая нейропатия [1,2].

Почечная недостаточность – частое осложнение ММ. Причиной ее развития является повреждение различных структур нефрона секретируемым иммуноглобулином или его фрагментами – легкими цепями (ЛЦ). Наличие большого количества ЛЦ может приводить к разрыву мембран лизосом и выбросу ферментов внутрь клеток кубического эпителия почечных канальцев. В результате развивается острый канальцевый некроз, который является морфологической основой острой почечной недостаточности.

В 10-15% случаев у пациентов с ММ развивается амилоидоз, поскольку основным компонентом амилоидных фибрилл являются легкие цепи с преобладанием легких λ -цепей или их переменные участки. Продукция моноклонального белка при ММ редко приводит к увеличению вязкости крови (только при его уровне выше 50 г/л). Снижена устойчивость к бактериальным инфекциям. Повышение СОЭ выявляется в 70% случаев в связи с наличием парапротеинов в сыворотке крови. Для ММ характерна умеренная лейкопения; при исследовании пунктатов КМ отмечается специфическая пролиферация плазматических клеток; [2,3].

Прогноз при ММ остается неблагоприятным ввиду невозможности полностью выполнить эрадикацию опухолевого клона и неизбежностью развития рецидива. В процессе заболевания развивается рефрактерность к препаратам, нарастает кумулятивная токсичность, ухудшается соматический статус. Поэтому возникает необходимость в интенсификации терапии на ранних этапах и внедрении новых протоколов терапии [4].

В качестве основных схем полихимиотерапии ММ до 2017 г. применялись протоколы ВМЦП (винкристин, мельфалан, циклофосфан, преднизолон); и М2 (винкристин, белустин, мельфалан, циклофосфан, преднизолон). С 2017 г. у большинства пациентов с ММ применяются бортезомибсодержащие протоколы: VD (бортезомиб, дексаметазон) и RVD (леналидомид, бортезомиб, дексаметазон) в сочетании с бифосфонатами в связи с более высокой их эффективностью. В настоящее время нами проводится

исследование по сравнению эффективности применяемых протоколов.

Нами проанализирована частота заболеваемости и исходов у пациентов с множественной миеломой в разных возрастных группах населения Гродненской области за период 2013-2018 гг. Учитывались следующие факторы: возраст, пол, длительность общей выживаемости, летальность.

Таблица 1. Данные по заболеваемости и летальности у пациентов с множественной миеломой за 2013-2018 гг.

Группы возраста	0-39	40-49	50-59	≥ 60	Всего
К-во населения	505441	146784	163837	227619	1043681
Мужчин	258891	71524	77041	79621	487077
Женщин	246550	75260	86796	147998	556604
Заболеваемость	5	3	36	140	184
Мужчины	2	1	14	47	64
Женщины	3	2	22	93	120
Нф 100000 лиц/год	0,2		3,9	10,3	2,9
Летальность во всех возрастных группах					
Мужчины	2	–	5	24	31
Женщины	1	–	9	52	62
Всего (%)	3 (60)	– (0)	14 (39,1)	76 (54,3)	93 (50,5)

Первичная заболеваемость множественной миеломой за 2013-2018 гг. на 100000 населения составила: для городского населения (n=786950) (133 пациента) – 2,83, для сельского населения (n=256860) (51 пациент) – 3,33 случая в год; для мужчин – 2,2, для женщин – 3,6 случая в год.

Таблица 2. Данные по заболеваемости и летальности у пациентов с множественной миеломой за 2013-2018 гг.

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Всего
Первичная заболеваемость							
Мужчины	9	12	13	12	10	8	64
Женщины	16	17	24	24	21	18	120
Всего	25	29	37	36	31	25	184
Летальность	5	9	19	23	27	10	93

Таблица 3. Общая выживаемость (в т.ч. и в группе с летальным исходом) у пациентов с множественной миеломой за 2013-2018 гг.

Выживаемость в группе состоящих на учете (интервал в годах)							
Длительность (г)	5-6	4-5	3-4	2-3	1-2	0-1	Всего
Мужчины	3	3	4	8	8	7	33
Женщины	3	4	11	12	12	16	58
Всего	6	7	15	20	20	23	91
Выживаемость в группе пациентов с летальным исходом							
Длительность (г)	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	Всего
Мужчины	20	6	2	2	1	–	31
Женщины	37	12	7	5	1	–	62
Всего	57	18	9	7	2	–	93
Летальность (%)	61,3	80,6	90,3	97,9	100,0		100,0

При анализе заболеваемости по районам области выявлено следующее. Диагностика множественной миеломы за 2013-2018 гг. составила в г. Гродно и Гродненском районе 83 случая: в г. Лида и Лидском районе – 27 случаев: в Волковысском районе – 12, в Сморгонском районе – 10 случаев. В остальных районах за этот же период множественная миелома диагностирована от 1 до 7 случаев. В 24 (13,0%) случаях диагноз был выставлен в предтерминальном состоянии, что заставляет задуматься о качестве диспансеризации населения.

Литература:

1. NCCN Guidelines Version 2.2014. /Multiple Myeloma.
2. Glass, J. Multiple Myeloma and Related Paraproteinemias. / J. Glass, R. Munker. //Contemporary Hematology. NY. – 2007. – P. 275-294.
3. Moreau, P. Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. /P.Moreau [et al]. //Ann. of Oncol. – 2013 –. Suppl. 6.– vi133-137.
4. И. Г. Рехтина, Л. П. Менделеева. Эффективность помалидомидсодержащих программ у больных множественной миеломой при рефрактерности к леналидомиду.[I. G. Rekhtina, L. P. Mendeleva. Efficiency of pomalidomide therapy in patients with multiple myeloma refractory to lenalidomide. Oncohematology. 2019; 14(1):8-13(In Russ)]

ПРОБЛЕМА ОСТРЫХ ВОПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

Хворик Н. В., *Биркос В. А., *Амбрушкевич Л. П., *Довнар Л. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города

Гродно» Гродно, Беларусь

Резюме. Установлено, что в последние годы проблема тубоовариальных образований не имеет тенденции к снижению и составляет от 8,9% до 16,5% от всех воспалительных заболеваний органов малого таза.

Ключевые слова: гнойные тубоовариальные образования, оперативное лечение, лапароскопия.

THE PROBLEM OF ACUTE INFLAMMATORY PROCESSES OF UTERINE APPENDAGES WITH THE FORMATION OF TUBOOVARIAL ABSCESES

Khvoryk N. V., *Birkos V. A., *Ambrushkevich L. P., *Dovnar L. P.

Grodno State Medical University

*City Clinical Emergency Hospital of the city of Grodno

Summary. In recent years they have no tendency to decrease and make up from 8.9% to 16.5% of all inflammatory diseases of the pelvis.

Key words: purulent tube-ovarian formations, operative treatment, laparoscopy.

Проблема гнойных воспалительных заболеваний (ГВЗ) придатков матки не теряет своей актуальности с течением времени. Улучшение и расширение возможностей диагностического поиска, заинтересованность специалистов в обследовании пациента с точки зрения выявления различных микробных ассоциаций, не приводит к снижению частоты патологии. Несмотря на очевидную актуальность проблемы, решение ее требует взвешенного и тщательно выверенного подхода. Наиболее часто ГВЗ возникают в молодом возрасте, у женщин, имеющих репродуктивные планы, и 65-78% пациентов нередко остаются с проблемой бесплодия. Перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза оставляют

достаточно серьезные последствия: синдром хронических тазовых болей наблюдается у 24-30% пациенток после проведенного лечения, 43% имеют обострения воспалительного процесса, эктопическая беременность – частый вариант последствия, бесплодие диагностируется в 10-40% случаев [1, 2, 3]. Воспалительные заболевания органов малого таза – всегда острый процесс, который пациентки могут переносить несколько раз в течение жизни. Широкое внедрение в клиническую практику новых поколений антибактериальных и иммунокорректирующих лекарственных средств, доступность и значимые успехи эндоскопических методов оперативных вмешательств позволяют минимизировать последствия ГВЗ придатков матки [2, 3].

Материал и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 75 пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями, находившихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно». Всем пациенткам на первом этапе выполнялся минимально достаточный уровень диагностики, который включал: почасовую термометрию, оценку показателей общего и биохимического анализа крови, КЩС, общий анализ мочи, коагулограмму, исследование в зеркалах, бимануальное влагалищное и ректальное исследование, бактериоскопию влагалищного мазка, культуральный анализ, кульдоцентез с исследованием перитонеальной жидкости, ультразвуковое исследование, при необходимости – МРТ малого таза, консультацию смежных специалистов (терапевта, уролога, анестезиолога). Этапом постановки диагноза, в первую очередь, являлось решение вопроса о наличии у пациентки септического состояния: температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или менее 36°C , ЧСС $>90/\text{минуту}$, ЧД $>20/\text{минуту}$, лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9/\text{л}$, или $<4 \cdot 10^9/\text{л}$, или количество незрелых форм $>10\%$. В случае отсутствия признаков сепсиса и перитонита, срок обследования составлял около 3-х суток. При признаках перитонита, септического состояния – предоперационная подготовка и комплексное клинико-лабораторное обследование проводилось не более чем через 2-3 часа.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных пациенток варьировал от 18 до 53 лет, в среднем составил $35,3 \pm 11,6$ года. Женщины в основном поступали по направлению врачей женских консультаций или переводились из гинекологических отделений области с уже диагностированными гнойными процессами органов малого таза.

В структуре воспалительных заболеваний органов малого таза, подлежащих лечению в условиях стационара, гнойные процессы составляют, по данным отделения гинекологии УЗ «ГКБ СМП г. Гродно», в 2012 году – 16,5%, в 2013 – 14,2%, в 2014 – 14,3%, в 2015 отмечалось некоторое снижение – 8,9%, в 2016 – 15,1%, в 2017 году – 9,0%. Проведенное наблюдение и лечение за 75 женщинами с гнойными tuboовариальными образованиями, позволило установить, что практически половина обследованных пациенток находились в активном репродуктивном периоде – 35 женщин, большинство – старше 35 лет, у 3 пациенток диагностирована менопауза длительностью от 3 до 11 лет. Возраст наступления менархе составил $13,8 \pm 1,5$ года. Начало половой жизни пациентки отмечали в среднем с $18,2 \pm 1,6$ года, при этом до 17 лет половую жизнь начали 18 (24%) женщин. В большинстве случаев (88%) отмечался регулярный менструальный цикл длительностью $28,8 \pm 2,4$ дня, у 6 (8%) пациенток отмечалась олигоменорея. У 56 (74,7%) обследованных в анамнезе имели беременности, тогда как 19 (25,3%) женщин на момент возникновения заболевания не выполнили свою репродуктивную функцию и в будущем составят категорию пациентов для использования вспомогательных методов репродуктивных технологий. Из имевших беременности женщин у 2 они закончились искусственным прерыванием, у остальных в анамнезе состоялись одни роды – 28 (37,3%), двое – 23 (30,7%), трое – 3 (4%). Половина пациенток (50,6%) прибегали к искусственному прерыванию беременности. Оперативные вмешательства в анамнезе по поводу внематочной беременности имели 4 (5,3%) пациентки. Методом предохранения от нежелательной беременности у большинства обследованных был прерванный половой акт – 40 (53,3%), презерватив – у 6 (8%), комбинированные оральные контрацептивы использовали 5 (6,7%) пациенток. Внутриматочные контрацептивы служили методом предохранения у 24 (32%) женщин, тогда как длительность ношения на момент установления диагноза составила от 6 месяцев до 18 лет. Существуют исследования, позволяющие заключить, что с увеличением длительности применения медьсодержащей ВМС частота инфицирования эндометрия увеличивается в 15 раз. К концу срока использования такие ВМС не препятствуют инфицированности энтерококками, тогда как частота выделения других микроорганизмов статистически не значима. Обнаруживается взаимосвязь резкого нарушения биоценоза

влагалища и контаминацией возбудителей в эндометрии на фоне применения медьсодержащего ВМК.

Всем пациенткам предпринято оперативное лечение. Доступ оперативного вмешательства зависел от состояния пациентки, возраста, клинического диагноза. Практически в трети случаев – 29,3% выполнена лапароскопия. Как диагностическая манипуляция данный метод применен в 4 (5,3%) случаях с последующим переходом на лапаротомию. У 6 (8%) женщин при остром и обострении хронического аднексита с явлениями пельвиоперитонита произведена санация, сальпингоовариолизис, дренирование малого таза. В остальных случаях – у 12 (16%) пациенток диагностированы одно- или двусторонние пиосальпинксы, киста яичника с нагноением, одностороннее гнойное tuboовариальное образование без значительного спаечного процесса, по поводу чего выполнены тубо-, оварио- или аднексэктомия. Мы придерживаемся мнения, что реализовать органосохраняющий принцип в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза у молодых женщин позволяет своевременно проведенная лапароскопия.

Лапаротомный доступ предпринят у 53 (70,7%) пациенток в связи с диагностированными одно- и двусторонними tuboовариальными образованиями (50,7%), тазовым абсцессом (1,3%), пиоваром (5,3%), метроэндометритом (6,7%), тазовым перитонитом (16%), сепсисом (2,7%), кистой яичника с нагноением (5,3%), пиосальпинксом (18,7%).

Заключение. Таким образом, гнойные воспалительные заболевания придатков матки в последние годы не имеют тенденции к снижению и составляют от 8,9% до 16,5% от всех воспалительных заболеваний органов малого таза, имеющих тяжелое течение. Своевременная диагностика патологии у пациенток активного репродуктивного возраста, назначение соответствующей адекватной терапии позволяет избежать тяжелых форм заболевания. Женщины, использующие внутриматочные контрацептивы, представляют высокую группу риска по возникновению гнойных tuboовариальных образований, основной профилактической мерой которых является адекватное обследование на ИППП перед введением контрацептива и своевременное его извлечение. Эндоскопические методы в реалиях повседневной гинекологии – «золотой» стандарт в диагностике и лечении неосложненных форм воспалительных заболеваний органов малого таза. Хирургическое лечение гнойных воспалительных

заболеваний придатков матки остается одной из наиболее сложных задач оперативной гинекологии, требующей мультидисциплинарного подхода.

Литература:

1. Радзинский, В. Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В. Е. Радзинский [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2 (14) – С. 78-81.
2. Каримова, М. В. Активные методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки и их осложнений / М. В. Каримова [и др.] // – 2008. – № 4 (20). – С. 92-95.
3. Каримов, В. З. Тубоовариальные гнойные образования: современные аспекты диагностики и лечения / В.З. Каримов [и др.] // Журнал им. Склифосовского. – № 1. – С. 24-29.

СОВРЕМЕННЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Зайцева Т. П., Белуга В. Б., *Биркос В. А., *Амбрушкевич Л. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города
Гродно» Гродно, Беларусь

Резюме. Клинико-морфологическое исследование 49 случаев эндометриоза яичников установило, характерными клиническими проявлениями являются: боли в течение большей части менструального цикла, дисменорея, диспареуния; реже – нарушение менструального цикла по типу гиперменорреи.

Ключевые слова: эндометриоз яичников, клинические проявления, функциональная активность.

MODERN OPTIONS AND CLINICAL FORMS OF OVARY ENDOMETRIOSIS

Zaitseva T. P., Beluga V. B., *Birkos V. A., *Ambrushkevich L. P.

Grodno State Medical University

*City Clinical Emergency Hospital of the city of Grodno

Summary. A clinical and morphological study of 49 cases of ovarian endometriosis leads to the appearance of characteristic clinical manifestations: pain during most of the menstrual cycle, dysmenorrhea,

dyspareunia; less commonly, menstrual disorder by type of hypermenorrhea.

Key words: ovarian endometriosis, clinical manifestations, functional activity.

Эндометриоз остается одной из самых распространенных гинекологических патологий, частота его варьирует от 2 до 80% у пациентов различных возрастных групп. Известно, что эндометриозидная болезнь – доброкачественное хроническое прогрессирующее заболевание. С практической точки зрения, значимым моментом является изучение патогенетических механизмов, способствующих дальнейшему прогрессированию процесса. Основную часть всех локализаций составляет генитальный эндометриоз (92-94%), реже – экстрагенитальный (6-8%). Из генитального эндометриоза наиболее частой формой является аденомиоз (70-90%) и эндометриоз яичников (8-26%) [1, 3]. Характерными клиническими проявлениями эндометриоза яичников являются жалобы на тупые ноющие боли в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области. Однако эндометриоз яичников может быть бессимптомным, пока в значительной степени не увеличивается размер кист, микроперфорация камер, вовлечение в процесс прилежащих органов малого таза. Различают поверхностную форму эндометриоза яичников и глубокие формы – узловую и кистозную. Кистозную форму также называют эндометриомами яичников. Клинически выделяют два варианта течения эндометриоза яичников – рецидивирующий и нерецидивирующий [2, 4].

Цель исследования: изучить возможные варианты течения и клинико-морфологические формы эндометриоза яичников.

Изучены клинические данные и результаты гистологического исследования 49 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, представленным кистами яичников. Возраст пациенток варьировал от 23 до 55 лет, средний составил $37,6 \pm 0,7$ лет, при этом 39,57% больных были в возрасте до 35 лет, 39,57% – от 36 до 45 лет, 20,86% – от 46 до 55 лет. До оперативного вмешательства эндометриоз яичников диагностирован только у 18 (36,7%) пациенток. Подавляющее большинство женщин (86,3%) были госпитализированы и прооперированы в плановом порядке, 13,7% – в экстренном. Объем оперативного вмешательства определялся возрастом пациенток, характером патологии придатков матки,

сопутствующей патологией матки. Большинству женщин (66,9%) оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим доступом в объеме цист- или аднексэктомии, в 33,1% – лапаротомическим доступом в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки с придатками из-за сочетания эндометриоза яичников с миомой матки и/или аденомиозом. Клиническое исследование проведено по нескольким направлениям: опрос прооперированных больных, направленный на выявление характера жалоб больных, детализацию их проявлений в динамике развития заболевания; изучались данные анамнеза; результаты общеклинических, гинекологических и инструментальных методов обследования. Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в клиническое учреждение обследованные пациентки предъявляли жалобы, связанные с различными проявлениями болевого синдрома и нарушением менструального цикла. На периодические умеренные боли, дискомфорт в течение большей части менструального цикла указывали 50,4% пациенток, периодически сильные боли в течение менструального цикла были у 19,4%, боли перед менструациями отмечали 4,3% женщин. Большинство обследованных (64%) отмечали усиление болей накануне или во время менструаций. Дисменорею отмечали 34 (69,3%) пациентки. Боли во время менструаций носили умеренный (43,2%) или выраженный (28,1%) характер. Некоторые женщины отмечали связанные с менструальным циклом боли при дефекации, тенезмы (10,8%), боли при мочеиспускании (4,3%). На диспареунию указывали 30,2% пациенток. В 24,3% случаев болевой синдром сопровождался различными вегетативными расстройствами: тошнота – 23,0%, рвота – 7,9%, потеря сознания – 2,9%. Для купирования болевого синдрома 59,7% женщин с эндометриозом яичников были вынуждены использовать анальгетики. Усиление болевого синдрома отмечали в динамике развития заболевания 41,7% обследованных. В анамнезе у 40,3% женщин отмечено нарушение менструального цикла. При сохранении у большинства (80,6%) пациенток регулярного менструального цикла наиболее частыми проявлениями его нарушения были обильные менструации (40,3%), мажущие темно-коричневые выделения из половых путей до и после менструаций (39,5%), межменструальные кровотечения при сохраненном менструальном цикле (11,5%). В 49,6% случаев

эндометриоза яичников ведущим в проявлении заболевания женщины считали болевой синдром; в 21,6% – нарушение менструального цикла. Выявлено, что для пациенток с эндометриозом яичников характерен относительно поздний возраст менархе, в среднем он составил $14,26 \pm 1,5$ лет. У большинства пациенток цикл установился сразу, был регулярным (96,4%). В анамнезе у 65,5% пациенток было указание на 1-2 родов, у 9,4% – на 3 родов и более, у 59,0% – на 1–2 аборта, у 22,3% – на 3 аборта и более, у 8,6% пациенток было вторичное бесплодие, у 7,2% – вторичное, у 11,5% женщин – самопроизвольные выкидыши.

Во время оперативного вмешательства было обнаружено, что у 64,7% женщин было одностороннее поражение яичника, чаще левого (41,7%), у остальных 35,3% – двустороннее. Увеличение размеров яичника за счет формирования кисты диаметром до 5 см было у 37,4% больных, диаметром 5-10 см – 30,9%, более 10 см в диаметре – в 28,8% случаев. Для большинства женщин было характерно наличие спаечного процесса в малом тазу.

Морфологическим исследованием удаленных яичников установлено, что у 80,6% пациенток имелась макрокистозная форма процесса; у 17,98% – сочетание кисты с эндометриоидными гетеротопиями в ткани яичника; у 1,44% – железисто-стромальные эндометриоидные очаги без формирования кист.

Таким образом, ведущими клиническими симптомами эндометриоза яичников являются нарушение менструального цикла и болевой синдром циклического характера, с постоянством иррадиацией болей и вегетативными расстройствами. Основной (80,6%) формой процессом при эндометриозе яичников является кистообразование.

Литература:

1. Адамян, Л. В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева // Гинекология. – 2005. – № 2. – 95–102.
2. Адамян, Л. В. Эволюция гормональной терапии эндометриоза (обзор литературы) / Л. В. Адамян, А. А. Осипова, М. М. Сонова // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 11–16.
3. Баскаков, В. П. Клиника и лечение эндометриоза / В. П. Баскаков – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
4. Баскаков, В. П. Эндометриоидная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. – СПб., 2002. – 452 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Епифанова А. К.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Представлены литературные данные и данные опроса беременных женщин, свидетельствующие о важности проведения комплексного прегравидарной подготовки с целью репродуктивного просвещения женского населения и снижения риска осложнения беременности и родов.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, беременность, женская консультация.

ORGANIZATIONAL FACTORS OF PREGRAVID PREPARATION IN THE CONDITIONS OF TERRITORIAL WOMEN'S CONSULTATION

Yepifanova H. K.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The literature data and data of a survey of pregnant women are presented, indicating the importance of conducting a comprehensive pregravid preparation in order to reproduce the female population and reduce the risk of complications of pregnancy and childbirth.

Key words: pregravid preparation, pregnancy, women's consultation.

В настоящее время институт семьи и брака в республике претерпевает определенные негативные изменения. В их числе: неустойчивость брачных и замещающих их союзов, рост числа повторных браков, повышение возраста вступления в брак и рождения детей. Поэтому для государства по-прежнему актуальной задачей является создание условий для стабилизации и развития института семьи, укрепления брачно-семейных отношений. Это диктует необходимость внедрения новых форм организации профилактической медицинской помощи населению по охране репродуктивного здоровья.

Преграavidарная подготовка (ПП) – комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары. ПП необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребёнка. Главная задача ПП – корректировать имеющиеся нарушения здоровья родителей с тем, чтобы пара вступила в гестационный период в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности [1].

Поведение женщины во время беременности взаимосвязано с её отношением к будущему ребёнку и самому процессу его ожидания. Положительное отношение к беременности и адекватная медицинская активность (на примере преграavidарной подготовки), способны положительно влиять на здоровье новорожденного даже при объективно худших показателях здоровья матери [4].

Цель исследования: по данным опроса беременных женщин и опыту работы одной из женских консультаций г. Гродно, установить особенности преграavidарной подготовки в условиях женской консультации.

Материалы и методы. Материалами исследования являются данные опросов выборочной совокупности беременных женщин в возрасте 18-45 лет, госпитализированных в акушерско-гинекологические отделения стационаров (преимущественно – центральных районных больниц) всех территориальных областей Республики Беларусь в период июнь – июль 2017 года (объём исследования 650 человек) и период июнь – июль 2016 года (объём исследования 472 человека), критерий включения – беременность, критерий исключения – отказ женщины от опроса, а также опыт работы женской консультации №2 г. Гродно.

Результаты и обсуждение. Практически в каждой женской консультации нашей страны проводятся занятия с беременными женщинами и их супругами в организованных школах материнства с целью формирования мотивации здорового образа жизни беременной женщины, адаптации к новому психическому состоянию – беременности, развития навыков поведения во время родов, разъяснения необходимости грудного вскармливания и правил ухода за новорожденным. На занятиях также рассматривают анатомо-физиологические изменения в организме женщины во время

беременности, факторы риска беременности и разъясняют о влиянии алкоголя, курения, приема наркотических и токсических веществ на плод, рассказывают о важности раннего обращения беременной в женскую консультацию, регулярность посещения врача-акушера-гинеколога и необходимости выполнения обязательного медицинского обследования вовремя, проводится психопрофилактическая подготовка к родам.

В женской консультации №2 г. Гродно создан кабинет «За Рождение» (приказ МЗ РБ ГУЗ «ГЦГП» № 539-ОД от 02.12.2015 г.), проводятся занятия с беременными и их супругами «Школа осознанного родительства» (приказ МЗ РБ ГУЗ «ГЦГП» № 160-ОД от 23.02.2016 г.), занятия с женщинами, планирующими беременность и беременными на ранних сроках «Школа женского здоровья» (приказ МЗ РБ ГУЗ «ГЦГП» №160 от 20.10.2017г.).

В женских консультациях г. Гродно согласно приказу МЗ РБ от 18.01.2018 г. № 69-ОД «О формировании группы резерва родов в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Гродно». С целью репродуктивного просвещения женского населения, снижения риска осложнения беременности и родов необходимо проведение комплексной прегравидарной подготовки женщин фертильного возраста на основании информированного согласия формируются списки женщин группы резерва родов (ГРР) в возрасте от 18 до 45 лет при опрашивании о планировании беременности в течение года.

Согласно этому приказу участковые врачи-терапевты, врачи общей практики ежемесячно передают врачам-акушерам-гинекологам списки женщин из ГРР для проведения диспансерного гинекологического осмотра, ежеквартально – списки женщин, являющихся обязанными лицами и имеющих экстрагенитальную патологию, которая является абсолютным противопоказанием к беременности и родам для проведения бесплатной контрацепции. Врачи-педиатры осуществляют своевременный учет и диспансеризацию девочек (девочек-подростков) из «группы риска» по патологии репродуктивной системы, проводят диспансерный осмотр (в том числе врачами – специалистами) девочек (девочек-подростков), состоящих на учете по беременности в женской консультации, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия у девочек (девочек-подростков) с ГРР и «группы риска». Врачи-акушеры-гинекологи (детский, подростковый) проводят диспансерное наблюдение девочек (девочек-подростков) с

гинекологическими заболеваниями, в том числе из «группы риска» по развитию патологии репродуктивной системы, работу по формированию здорового образа жизни с освещением вопросов профилактики гинекологических заболеваний, планирования семьи и профилактики прерывания беременности. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций проводят гинекологические осмотры женщин из ГРР и при выявлении гинекологической патологии проводятся дообследование и лечение согласно клиническим протоколам Минздрава; составляют дополнительный план обследования, берут информированное согласие, проводят беседу о пользе и назначают прегравидарную подготовку. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций направляют женщин, планирующих беременность: с репродуктивными потерями (беременность, самопроизвольный выкидыш, фетоинфантильные потери) на консультирование в кабинеты невынашивания беременности или планирования семьи женской консультации, для прохождения диспансерного осмотра в поликлинике по месту жительства.

Прегравидарная подготовка также регламентирована в клиническом протоколе МЗ РБ «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 18.01.2018г.

По результатам анкетирования молодых матерей в г.Гродно большинство женщин (82,2%) планировали беременность, проходили осмотр врача-акушера-гинеколога, сдавали лабораторные анализы (61,5%), были обследованы на инфекции, передающиеся половым путем (60,8%), и осмотрены терапевтом (56,8%) [2,3].

По данным нашего исследования лишь у 58,5% женщин беременность была запланирована, 40,6% – проходили прегравидарную подготовку, 72,7% – выполняли рекомендации врача во время беременности, а 80,2% респонденток оказались готовыми к материнству.

Нами оценивались знания женщин в области репродуктивного здоровья: доля женщин, оценивающих свой уровень знаний как «высокий», но считающих свои знания максимальными, составляет 25,5% респонденток, 35,5% женщин оценивают свой уровень знаний в области репродуктивного здоровья как «высокий», но стремящихся знать больше. Несмотря на такие результаты самооценки знаний по

вопросам репродуктивного здоровья, лишь 45,7% беременных посещали школу материнства во время беременности.

Выводы. Таким образом, результаты исследования и литературные данные показывают необходимость усиления работы по прегравидарной подготовке. Прегравидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу.

Прегравидарное обследование и устранение выявленных нарушений в состоянии здоровья женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода. Репродуктивное просвещение и прегравидарное консультирование – безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики аборт и приверженности прегравидарной подготовке.

Литература:

1. Прегравидарная подготовка: проект рекомендация МАРС. Избранные фрагменты Проекта клинических рекомендаций // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2016. – № 2 (31). – С. 139-144.
2. Репродуктивное здоровье и ответственное поведение будущей матери во время беременности и после родов – необходимый шаг к рождению здорового ребенка (по результатам анкетирования молодых матерей г. Гродно) / И. М. Ситько [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С. 64-66.
3. Сурмач М. Ю. Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодёжи / М. Ю. Сурмач. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 268 с.
4. Сурмач, М. Ю. Репродуктивное поведение молодёжи Беларуси и его детерминация. Часть 2: Планирование беременности в молодом возрасте и влияние поведения женщины на здоровье новорожденного. Медико-гигиеническая грамотность как фактор антириска / М. Ю. Сурмач // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 4 (36). – С. 32–35.

СОДЕРЖАНИЕ

БЕЛОРУССКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В МИРОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ И ПРАКТИКЕ	3
БЕЛОРУССКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ Снежицкий В. А., Сурмач М. Ю.	3
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (К 75-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ) Хильмончик Н. Е.....	9
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ В МЕДИЦИНЕ Бойко С. Л., Нерад Н. В.....	20
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА КИТАЯ В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА С РЕСПУБЛИКОЙ БЕЛАРУСЬ	26
Сирицына Ю. Ч., Бут-Гусаим В. В., Ярош А. С.....	26
КОММУНИКАЦИИ И ИНФОРМАЦИЯ КАК ИСТОЧНИК ДОЛГОСРОЧНОГО КОНКУРЕНТНОГО ПРЕИМУЩЕСТВА Кульпанович О. А.	32
АПТЕКАРЬ ЭДУАРД ИПОЛИТОВИЧ СТЕМПНЕВСКИЙ, ПРОВИЗОР И ПРЕЗИДЕНТ ГРОДНО (1922-1927) Петрище Г. М.....	36
ВЕДУЩИЕ УЧЁНЫЕ И ЛИДЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗНЫХ СТРАН МИРА, ЧЬЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СВЯЗАНА С ИСТОРИЕЙ РАЗВИТИЯ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВА, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	42
КАРПИК АНАТОЛИЙ ИВАНОВИЧ – ХИРУРГ, УЧИТЕЛЬ И ГРАЖДАНИН Полынский А. А., Лосминский А. И.....	42

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЛИДИИ ИЛЛАРИОНОВНЫ ГОКИНАЕВОЙ, ОДНОГО
ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ГРОДНЕНЩИНЫ

**Хворик Д. Ф., Конкин Д. Е., Барцевич И. Г., Ярмолик Е. С.,
Зверко Т. И. 48**

НЕМАТЕРИАЛЬНЫЙ АКТИВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ
КАПИТАЛ. ОЦЕНКА ТРУДА ВРАЧЕЙ

Кульпанович О. А. 53

О ПЕРВЫХ АПТЕКАХ И АПТЕКАРЯХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ГРОДНЕНЩИНЫ

Петрище Г. М. 58

ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хитрушко И. Г., Холод С. В., Хильмончик Н. Е. 65

**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ БЕЛАРУСИ, РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
НАУКИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ
ИСТОРИЧЕСКОЙ И СОВРЕМЕННОЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ 70**

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ – 58 ЛЕТ ИСТОРИИ БОРЬБЫ С
ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Алексо Е. Н. 70

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ГРОДНЕНСКОЙ
ГУБЕРНИИ В 19 ВЕКЕ

Плоцкий А. Р. 74

К 100-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СТАНОВЛЕНИЕ И
РАЗВИТИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

Чечков О. В. 79

АНАТОМИЧЕСКИЙ ТЕАТР В ЕВРОПЕ И В ГРОДНО

Бараньски Я., Хильмончик Н. 82

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В БЕЛАРУСИ

Хильмончик Н. Е., Егорышева И. В. 90

ГРОДНЕНСКОЕ ТОРГОВО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ УНИТАРНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ «ФАРМАЦИЯ» СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ,
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Петрище Г. М., Зарецкая Т. А., Житко М. А. 98

**ДОСТИЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛОРУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
НАУКИ И ПРАКТИКИ..... 112**

НОВАЦИИ И ТРАДИЦИИ КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В РАЗВИТИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

**Дубровщик О. И., Гарелик П. В., Суров А. Н., Мармыш Г. Г.,
Довнар И. С., Филипович А. В., Хильмончик И. В., Шевчук Д. А. 112**

СОВРЕМЕННЫЙ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ
МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Хотим О. А., Аносов В. С., Сычевский Л. З. 118

РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ БЕЛАРУСИ:
ВАЖНЕЙШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 2010-2018 ГОДЫ

**Сачек М. М., Малахова И. В., Дудина Т. В., Ёлкина А. И.,
Василевская М. Г. 122**

ИНТЕГРАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С
ПЕРВИЧНЫМ ЗВЕНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРИОРИТЕТНОЕ
НАПРАВЛЕНИЕ В РЕШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

Побиванцева Н. Ф., Сурмач М. Ю. 129

ХИРУРГИЯ ЭПИФРЕНАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ

Можейко М. А., Сушко А. А., Могилевец Э. В., Кропа Ю. С. 136

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С
ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ
СРОКОВ

Кухарчик Ю. В. 139

СУЧАСНІЯ МЕТАДИ НЕЙРАРЭАБІЛІТАЦЫІ ПАЦЫЕНТАЎ З РУХАЛЬНЫМІ
ЗАСМУЧЭННЯМІ ЦЭНТРАЛЬНАГА ГЕНЕЗУ. ВЫНІКІ ДАСЛЕДАВАННЯЎ У
ГРОДЗЕНСКИМ І БРЭСЦКІМ РЭГІЁНАХ

**Бут-Гусаім У. У., Пірагова Л. А., Ярош А. С., Сірыцына Ю. Ч.,
Табуноў С. Н., Палуянава І. Я., Енджыеўскі В. Л., Лукьяноўскі Р. У.,
Цітовіч Ю. Л., Карнялюк С. А., Гулюта Я. А..... 143**

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ
ВИДОВ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Русин И. В., Карпович В. Е., Кулага А. В., Кухта А. В., Русина А. В.... 147

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Аврукевич Е. А., Воробьёва Т. И., Белуга В. Б., Бут-Гусаим Л. С.,
Зайцева Т. П. 153**

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

**Панасюк О. В., Могилевец Э. В., Горячев П. А., Васильчук Л. Ф.,
Будревич О. В..... 159**

КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В
СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Глуткина Н. В., Романчук Э. В..... 163

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ И «ЗРЕЛОСТИ» ШЕЙКИ МАТКИ

Семенцова С. В., Могильницкая О. Э..... 168

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ АКУШЕРСКО-
ОБСЕРВАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Сурова Н. А., Семенцова С. В., Могильницкая О. Э. 173

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Заборовский Г. И., Пилипенко Е. О., Бондаренко О. Н.,
Стадник Т. В..... 179**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Грек Н. И., Хоров А. О., Астапенко Т. Г. 184

**ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАКЕ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УЗ «ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА»**

Хоров А.О., Хомбак А.М., Грек Н.И., Шамбецкая С.И. 189

**ГРОДНЕНСКИЙ РЕГИОН В ЗДРАВООХРАНЕНИИ БЕЛАРУСИ,
ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ 194**

**РАЗВИТИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В ГРОДНЕНСКОМ
РЕГИОНЕ: ВКЛАД КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

Дубровщик О. И., Гарелик П. В., Мармыш Г. Г., Довнар И. С. 194

**ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА: ОТ
БОЛЬНИЦЫ К ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ**

Таранцей С.В., Ложко П.П. Малышко Н.А. 200

**ОПЫТ СОЗДАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
СИСТЕМЫ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Зеньков О. Л., Сурмач М. Ю. 206

**ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Гельберг И. С., Алексо Е. Н., Вольф С. Б., Калач В. И. 212

**ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАБОТЫ 3 ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГОКЦ «ФТИЗИАТРИЯ»**

Алексо Е. Н. 218

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В СИТУАЦИИ КРИЗИСНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ НА БАЗЕ КАБИНЕТА «ЗА РОЖДЕНИЕ!»**

Кузмицкая Ю. Л., Купрашевич С. С., Савич И. Н. 221

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА: ИЮНЬСКИЕ ТЕЗИСЫ 2019

Цыркунов В.М. 227

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ
ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чечков О. В...... 234

РОЛЬ ДИНАСТИЙ В СТАНОВЛЕНИИ ГРОДНЕНСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Третьякевич В. К., Юцевич Г. В...... 239

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ
ПРОФПАТОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Могилевец О. Н., Алексо Е. Н., Котова Е. В...... 242

**ПОДГОТОВКА КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРАДИЦИИ И
ИННОВАЦИИ**..... 247

ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ НА
РУБЕЖЕ ВЕКОВ

Гарелик П. В...... 247

БАЗОВЫЕ НАВЫКИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ
ХИРУРГОВ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Довнар И. С., Мармыш Г. Г., Дубровщик О. И. 254

КАДРЫ ВЫСШЕЙ НАУЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
БЕЛАРУСИ

**Сачек М. М., Малахова И. В., Дудина Т. В., Ёлкина А. И.,
Василевская М. Г.** 258

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ
ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ

Перевалов Я. О. 264

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К БИОЭТИКЕ КАК ОСНОВЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО
МИРОВОЗЗРЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Губарь Л. М., Смирнова Г. Д...... 268

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ КАК ОСНОВА
НЕПРЕРЫВНОГО ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА
РЕНТГЕНОЛАБОРАНТОВ

Губарь Л. М., Маркевич Н. Б., Толкач Т. Г. 274

ТРАДИЦИОННЫЙ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЙ МУЗЕЙ В СИСТЕМЕ
СОВРЕМЕННОГО ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Гуща Т. С., Киселевский Ю. М. 280

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ НАУЧНЫХ
СОТРУДНИКОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ЗА 2000-2018 ГОДЫ

Королёв П. М. 284

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Тюхлова И. Н., Щавелева М. В. 287

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ В ШЕСТИДЕСЯТЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА

Стасевич Н.П. 290

**ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАУРСИ И ГРОДНЕНСКОЙ
ОБЛАСТИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ 296**

О РЕЗУЛЬТАТАХ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ НАД ДЕТСКОЙ
СМЕРТНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В 1959-2016 ГОДЫ

Романова А. П., Гвоздь Н.Г. 296

МНЕНИЕ ОБ ЭЛЕКТРОННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Матвейчик Т. В., Щавелева М. В., Иванова В. И., Кульпанович О. А.,
Шваб Л. В., Панулина Н. И. 302**

МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О СУИЦИДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА
ЖИТЕЛЬСТВА

Зверко О. И., Холопица Ю. В. 308

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Малкин М. Г., Сурмач Е. М., Хихол В. А., Якуть А. В..... 313

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА ХОСПИСА

**Сурмач Е. М., Малкин М. Г., Якуть А. В., Хихол В. А.,
Третьяков М. М., Венедиктова Е. А., Чернякова Л. К..... 318**

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ПОДРОСТКОВ
ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хоха Р. Н., Парамонова Н. С..... 322

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ
КЛИНИКАХ

Королева Е. Г., Кучерова С. А., Бурлыко А. Ю..... 327

ТВЕРДЫЕ КОММУНАЛЬНЫЕ ОТХОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ
ЧЕЛОВЕКА

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М..... 331

РОЛЬ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В Г. ГРОДНО В ДИАГНОСТИКЕ
НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маркевич Н. Б., Толкач Т. Г., Губарь Л. М..... 337

ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ
ГОЛОВЫ

Барцевич И. Г., Конкин Д. Е., Тоистева Д. А. 341

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПСОРИАЗА НА СФЕРЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПАЦИЕНТОВ

Барцевич И. Г., Тоистева Д. А..... 347

СТАТУС ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ,
КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА

Гарелик Т. М., Лисок Е. С., Наумов И. А..... 350

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН И РОДИЛЬНИЦ НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И С
УСТАНОВЛЕНИЕМ ФАКТА БЕРЕМЕННОСТИ

Сац Ю. Н. 353

УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ВЫПАДЕНИЕМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Труховская Д. Д., Гуламова А. В. 360

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ

Савоневич Е. Л., Жлобич М. В., Рапецкая В. И.¹, Смирнова Т. А.¹ 363

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У
ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Савлук В. В., Савоневич Е. Л. 368

ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫЙ БЛАСТНЫЙ КРИЗ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОИДНОГО
ЛЕЙКОЗА

Зуховицкая Е., Фиясь А., Пищик Е., Василевская Н. 374

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИФфуЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМОЙ
НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2018 ГГ. 378

Фиясь А., Василевская Н., Пищик Е. 378

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ НАСЕЛЕНИЯ
ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2018 ГГ. 382

Фиясь А., Василевская Н., Пищик Е. 382

ПРОБЛЕМА ОСТРЫХ ВОПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ
С ФОРМИРОВАНИЕМ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

Хворик Н. В., Биркос В. А., Амбрушкевич Л. П., Довнар Л. Н. 386

СОВРЕМЕННЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Зайцева Т. П., Белуга В. Б., Биркос В. А., Амбрушкевич Л. П. 390

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ В
УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Епифанова А. К. 394

Научное издание

**К 100-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И 75-ЛЕТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Сборник статей

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф
Компьютерная верстка Е. П. Курстак, А. А. Хартанович

Подписано в печать 12.09.2019.
Тираж **25**. Заказ **134**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

ЛП №02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978-985-595-159-0

