

**ТРУДЫ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

2018

**СБОРНИК
НАУЧНЫХ ТРУДОВ**

ВЫПУСК 1

Москва

УДК 61

ББК 5

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы.

Т 65

Труды НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Выпуск 1. – М.: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента департамента здравоохранения г. Москвы, 2018. – 34 с.

В настоящий сборник включены статьи и сообщения по актуальным проблемам российского и зарубежного (Республика Беларусь) здравоохранения.

В сборник включены научные работы академика и член-корреспондента РАН, научных и педагогических работников, специалистов практической медицины.

Издание предназначено для широкого круга читателей, интересующихся научными исследованиями и разработками, передовыми достижениями науки и технологий в области медицины.

Статьи и сообщения прошли научное рецензирование (экспертную оценку). Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей.

При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

УДК 61

ББК 5

© Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента департамента здравоохранения г. Москвы, 2018

© Коллектив авторов, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

<p>ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРУДАМ ИНСТИТУТА</p> <p>МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В. кандидат фармацевтических наук, доцент Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента</p>	4
<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ С УЧЕТОМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА</p> <p>РОЙТБЕРГ Г.Е. академик РАН, доктор медицинских наук, профессор РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,</p> <p>ВАСИЛЕНКО М.Г. ОАО «Медицина»</p>	5-7
<p>ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ АНТРОПОГЕННЫХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</p> <p>ОЙНОТКИНОВА О.Ш. доктор медицинских наук Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента,</p> <p>КРЮКОВ Е.В. член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор Главный военный клинический госпиталь им. Н.И.Бурденко Минобороны России,</p> <p>ВЛАСЕНКО А.В. кандидат медицинских наук, доцент Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента</p>	8-10
<p>РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</p> <p>ПЕТЕЛЬСКИЙ Ю.В. Гродненская областная клиническая больница,</p> <p>СУРМАЧ М.Ю. доктор медицинских наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь</p>	11-12

<p>ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</p> <p>ТРИГОРЛОВА Л.Е., ЛУЗГИНА Н.Н. Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь,</p>	13-14
<p>РОЛЬ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ</p> <p>БОБРИК Ю.В. доктор медицинских наук, доцент Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,</p> <p>ОСМАНОВ Л.А. Крымский инженерно-педагогический университет</p>	15-16
<p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЮЛЕКСНОЙ БОЛЕЗНИ</p> <p>КРЕЙМЕР В.Д. академик РАЕ, доктор медицинских наук ОАО «Медицина»</p>	17-19
<p>ОРГАНИЗАЦИЯ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СПОРТСМЕНОВ</p> <p>ФЕСЮН А.Д. доктор медицинских наук Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины</p>	20-22

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРУДАМ ИНСТИТУТА

МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ Д.В.

КАНДИДАТ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ НАУК, ДОЦЕНТ,
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

АННОТАЦИЯ:

в предисловии показаны основные направления медицинской науки и практики, которые отражены в сборнике трудов института.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

медицина, организация здравоохранения, диагностика, лечение, пациент, здоровый образ жизни.

Вашему вниманию представлен первый выпуск научных трудов Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы.

Статья академика РАН Ройтберга Г.Е. с соавтором посвящена важной проблеме оценки фармакологических препаратов центрального действия, роли локальных мероприятий и других видов терапевтического воздействия в условиях многопрофильной клиники.

В статье член-корреспондента РАН Крюкова Е.В. с соавторами даны основные направления оценки антропогенных и экологических факторов при неинфекционных заболеваниях.

В статье сотрудников Гродненского государственного медицинского университета (Республика Беларусь) дана оценка работы участковой терапевтической службы в первичной и вторичной профилактике острых нарушений мозгового кровообращения.

Формированию культуры здорового образа жизни посвящена статья сотрудников Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета (Республика Беларусь).

Нашими коллегами из Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (Республика Крым) обращено внимание на роль пропаганды здорового образа жизни в профилактике хронических неинфекционных заболеваний и повышения качества жизни населения.

В статье д.м.н. Креймера В.Д. показан опыт терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Показаны перспективы развития современных методов лечения этого заболевания.

В статье д.м.н. Фесюна А.Д. показан порядок организации медицинского обследования спортсменов в г. Москве, даны основные направления оценки здоровья спортсменов и допуска их к спортивным соревнованиям.

Приглашаем практических работников, преподавателей и ученых публиковать результаты их исследований в следующих выпусках научных трудов Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ С УЧЕТОМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

РОЙТБЕРГ Г.Е.

АКАДЕМИК РАН, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР,
РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА, ВАСИЛЕНКО М.Г., ОАО «МЕДИЦИНА»

АННОТАЦИЯ:

в нашем исследовании проводилась сравнительная оценка препаратов центрального действия, роли локальных мероприятий и других видов терапевтического воздействия, что возможно в условиях многопрофильной клиники.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

хроническая боль, хронический болевой синдром, визуальная аналоговая шкала, препараты центрального действия.

АКТУАЛЬНОСТЬ.

Хроническая боль представляет собой одну из основных медицинских и социально-экономических проблем во всем мире. Почти половина всего населения нашей планеты испытывает хронические постоянные или рецидивирующие боли. Боль сопровождает почти 70% всех известных заболеваний и патологических состояний. В различных странах распространенность хронической боли в популяции составляет от 13,8 до 56,7%, как правило, это лица трудоспособного возраста [10].

В патогенезе хронического болевого синдрома значимую роль играет периферическая сенситизация ноцицепторов, которая возможна благодаря усиленному транспорту по афферентным структурам с участием трансформации синаптических процессов под влиянием тканевых и эндотелиальных биологически активных веществ. Патфизиологи характеризуют ноцирецепторную систему как спонтанно активизирующуюся на фоне низкого порога возбуждения и обладающую чрезмерной чувствительностью в отношении субпороговых раздражителей. Клиническими проявлениями активности ноцирецепторов будут являться гипералгезия и аллодиния [5, 12].

Длительная болевая стимуляция нормальных сенсорных нейронов приводит к их перевозбуждению с появлением фрагментов аномальной активности. Топографически наиболее чувствительны к этому нейроны задних рогов спинного мозга и заднекорешкового ганглия, что клинически подтверждается частыми болями в спине, которые испытывают около 70% людей трудоспособного возраста [6].

Усиление периферической сенситизации вследствие деполаризационных процессов антидромной активации приводит к нарушению аксоплазматического транспорта питательных веществ и экспрессии нейропептидов, а именно вещества P и кальцитонин-ген-родственный пептид, которые своими эффектами значительно усиливают и поддерживают периферическую болевую стимуляцию [2, 8, 11].

Дальнейшие процессы болевой стимуляции за счет активации ноцицепторов в условиях периферической сен-

ситизации и нейрогенного воспаления приводит к возникновению центральной сенситизации.

Зачастую врачи недооценивают значение психологических факторов в развитии хронической боли и не уделяют им должного внимания при планировании лечения. Однако, они вносят значительный вклад в патогенез и клинические проявления хронической боли. Феномен боли – это всегда многоуровневый психофизиологический процесс [10].

Именно с этих позиций так важно рассмотрение эффективности терапии методами воздействия на различные звенья патогенеза – центрального и локального действия. Интеграция различных медицинских дисциплин, специалистов по профессиональной и психофизиологической адаптации позволяет наиболее полноценно решать проблемы хронической боли на базе многопрофильных лечебных учреждений. Результаты междисциплинарного подхода в лечении пациентов с хронической болью демонстрируют не только более эффективное купирование болевого синдрома и восстановление физической активности, но и возможность более быстрого восстановления их социальной активности и трудоспособности. Междисциплинарное лечение в 9 раз более рентабельно, чем общепринятое консервативное, и в 3,5 раза более эффективно, чем хирургическое. Функционирование междисциплинарных клиник боли в течение 1 года приводят к прямой экономии медицинских услуг, равной удвоенной их стоимости [3].

Цель исследования: изучить эффективность купирования хронического болевого синдрома при использовании

фармакотерапии препаратами центрального действия в сравнении с методами локального воздействия в условиях многопрофильной клиники.

Материалы и методы. Всего в эксперименте приняло участие 100 человек обоих полов (68% женщин и 32% мужчин) и разных возрастных групп. Возраст пациентов колебался в диапазоне от 24 лет до 81 года (средний возраст – $51,54 \pm 13,27$ лет).

Верификация диагноза ХБС проводилась при использовании общетерапевтического обследования (сбор и оценка жалоб больных, анамнестических данные), неврологического обследования в том числе, заполнение аналоговых шкал (визуальная аналоговая шкала оценки боли, ВАШ, шкала Гамильтона и опросник PainDetect) до и после терапии. Кроме того, учитывались сведения медицинской документации (амбулаторная карта больного, выписки после стационарного лечения, оригиналы и копии результатов дополнительных методов обследования и другие). Лабораторные клинические показатели: ОАК (СОЭ, лейкоцитарная формула, лимфоциты), С-реактивный белок, ревматоидный фактор. Инструментальные методы обследования: компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Пациенты получали различные комбинации и схемы медикаментозного и немедикаментозного воздействия: применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) – 90%; применение миорелаксантов – 51%; паравертебральная блокада – 20%; блокада триггерных точек – 27%; кинезиотейпирование – 40%; применение нейролептиков – 14%; применение антиконвульсантов – 40%; применение антидепрессантов – 34%; использование ботулотоксина – 4%; РЧД – 2%; холодноплазменная нуклеопластика – 15%; ортопедическая коррекция – 18%.

Статистическая обработка проводилась с учетом параметрических и непараметрических критериев оценки значимости. Были использованы методы описательной статистики, проведен корреляционный, регрессионный и дисперсионный анализ, корреляционная адаптометрия, диагностическая значимость исследуемых критериев [1]. Данные представлены в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки средней (m). Значимость различий оценивали по критерию Вилкоксона, считая статистически достоверным значение $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований. Сравнение эффективного того или иного лечебного воздействия мы проводили на основании оценки динамики показателей аналоговых шкал по величине критерия Дарби-Уотсона < 3 . Достоверность модели определяли по относительной ошибке аппроксимации $< 0,05$.

Нами был определен коэффициент диагностической значимости для каждой шкалы (ВАШ, шкала Гамильтона и опросник PainDetect), которые являются достаточными

для определения результатов терапевтического воздействия и выявления наиболее удачного и эффективного комплекса для лечения двигательных и болевых расстройств неврологического генеза. Причем, наибольшей диагностической ценностью при определении эффективности терапевтического воздействия будут обладать данные, полученные по ВАШ оценки боли. У 29% испытуемых на момент обращения наблюдались незначительные болевые ощущения, у 61% – болевой синдром средней силы и у 10% высокая степень боли. После проведения терапии в 100% случаев выявлено достоверное снижение уровня болевых ощущений до уровня «боли нет» или низкий уровень болевых ощущений ($p < 0,05$).

В нашем исследовании проводилась терапия психических расстройств при ХБС препаратами центрального действия: нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты. Оправданность их назначения обусловлена широким спектром терапевтических эффектов, среди которых обезболивающее действие и способность пролонгации анальгезии. Комплаенс в лечении пациентов достигается, в том числе, и благодаря седативным, тимолептическим, тимоэректическим эффектам этих препаратов.

Местное, локальное лечение направлено, главным образом, на прерывание рефлекторных чувствительных путей с угнетением афферентной и эфферентной импульсации алгических рефлексов (висцеральных и скелетных). Кроме того, благодаря эффектам некоторых местных воздействий, например, блокад, достигалась пролонгация действия анестетиков от нескольких часов до нескольких недель.

Опираясь на данные статистического анализа частот распределения применяемой терапии, и ее сочетания, были выявлены следующие группы:

1. Пациенты, получавшие в качестве лечения препараты центрального воздействия: антидепрессанты, антиконвульсанты и нейролептики.
2. Пациенты, получающие локальные методы терапии: блокады, РЧД, ботулинотерапия.
3. Случайное применение других видов терапевтического воздействия: НПВС, миорелаксанты, кинезиотейпирование, холодноплазменная нуклеопластика, ортопедическая коррекция

Все виды применяемой терапии проявляли разного рода и силы корреляционные связи с диагнозом поставленным испытуемым. Для более детального подтверждения значимости назначаемой терапии, используя дисперсионный и регрессионный анализ, была построена статистическая модель зависимости диагноза и терапевтического воздействия с учетом частоты их пересечения.

Было выявлено, что принятый за константу поставленный диагноз находился в выраженной зависимости от различ-

ных видов локальной терапии, а в остальных группах терапевтического воздействия – фармакотерапии препаратами центрального действия и «другие» – большинство показателей имело отрицательные корреляционные связи.

Таким образом, группа локальных методов воздействия наиболее эффективна в лечении ХБС, чем препараты центрального воздействия и другие параметры терапевтической направленности.

Оценка внутригрупповой динамики показало следующее распределение. Наименьшей силой терапевтического влияния на константу (диагноз), по сравнению с другими методами локального воздействия, обладает ботулинотерапия. Такие группы препаратов центрального действия, как антиконвульсанты и антидепрессанты демонстрировали отрицательное влияние на диагноз. Среди препара-

тов этой группы положительное воздействие отмечалось только в отношении нейролептиков. Другими, часто назначаемыми препаратами в лечении ХБС являются НПВС в сочетании с миорелаксантами. По данным нашего статистического анализа, однако, только миорелаксанты оказывают влияние на диагноз. В исследованиях других авторов также подтверждается роль миолитиков центрального действия в эффективности терапии ХБС [9].

Таким образом, в лечении пациентов с ХБС необходима разработка новых клинических рекомендаций с учетом полученных результатов исследования. Об этой необходимости пишут в своих публикациях и другие исследователи [4, 9].

ВЫВОДЫ:

1. ВАШ является достоверным показателем для оценки динамики терапевтического ответа на любой вариант лечебного воздействия.
2. Наиболее эффективным видом терапии по совокупности фактов являются локальные методы воздействия, среди которых в плане терапевтического ответа более выигрышны блокады и РЧД.
3. Вариантом комбинированного, межгруппового воздействия является применение локальной терапии в сочетании с нейролептиками или миорелаксантами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Автандилов Г.Г. Основы количественной патологической анатомии: учебное пособие. – М.: Медицина, 2002. – 240 с.
2. Андреева Г.О. Хронический болевой синдром при заболеваниях периферической нервной системы // Дисс. на соискание уч. ст. д.м.н. – 2015. – СПб. – 282 С.
3. Загоруйко О.И., Медведева Л.А. Хроническая боль: междисциплинарный подход к лечению и его экономическая эффективность // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2016. № 3. С. 13-19.
4. Осипова Н.А. Современные подходы к лечению хронической боли: медико-социальная значимость и перспективы // Российский журнал боли. 2014. № 1 (42). С. 111-112.
5. Павленко С.С. Состояние и проблемы эпидемиологических исследований болевых синдромов // Российский журнал боли. 2006. № 4 (13). С.2-6.
6. Подчуфарова Е.В. Хронические миогенные болевые синдромы в спине: механизмы развития и подходы к лечению // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 11. С. 734-741
7. Слободин Т.Н. Патогенез и современные подходы к лечению хронической боли // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20. № 4 (73). С. 106-113.
8. Сокол А.В. Распределение иммунореактивности к кальцитонин ген-родственному пептиду в тимусе плодов и новорожденных человека // Медицинский журнал. 2012. № 5. С. 84-86.
9. Спиринов Н.Н. Современные подходы к диагностике и лечению хронической ежедневной головной боли // РМЖ. 2015. Т. 23. № 24. С. 1459-1462.
10. Рачин А.П., Шаров М.Н., Аверченкова А.А. и др. Хроническая боль: от патогенеза к инновационному лечению // РМЖ. 2017. Т. 25. № 9. С. 625-631.
11. Schreiber K.L. Distraction analgesia in chronic pain patients: the impact of catastrophizing // Anesthesiology. 2014. Vol. 121. № 6. P. 1292-1301.
12. Vicuña L. The serine protease inhibitor SerpinA3N attenuates neuropathic pain by inhibiting T cell-derived leukocyte elastase // Nat Med. 2015. Vol. 21. № 5. P. 518-523.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ АНТРОПОГЕННЫХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОЙНОТКИНОВА О.Ш.

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

КРЮКОВ Е.В.

ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАН, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР,
ГЛАВНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИМ.Н.И.БУРДЕНКО МИНОБОРОНЫ РОССИИ

ВЛАСЕНКО А.В.

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ДОЦЕНТ,
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

АННОТАЦИЯ:

в статье показаны основные направления оценки антропогенных и экологических факторов при неинфекционных заболеваниях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

фактор, заболевания, человек, экология.

В условиях глобализации взаимоотношения человека, общества и природы на фоне высоких темпов урбанизации и значительного увеличения антропогенных нагрузок на окружающую среду четко обозначили проблему влияния экологии на состояние здоровья населения. Научно-технический прогресс с одной стороны способствует росту благосостояния людей, с другой – заключает в себе серьезные опасности.

Несмотря на то, что повсеместно растет понимание того, что человечество разрушает окружающую среду и подрывает собственное будущее, современная цивилизация осуществляет невиданное давление на окружающую нас среду. Сейчас человечество находится на грани всемирной экологической катастрофы, для предотвращения которой практически ничего не предпринимается. Вместе с тем, очень важно принимать во внимание значение экологических проблем, которые наносят вред здоровью людей сегодня.

Экология – основная проблема человечества, и то, как мы будем к ней относиться, зависит наша дальнейшая жизнь и жизнь наших потомков. Причинами нарастания экологической напряженности являются: увеличение передвижных источников загрязнения (автотранспорт), несоответствие очистных сооружений на многих производственных

предприятиях требованиям санитарно-гигиенических нормативов, экстенсивное развитие экономики, износ производственных фондов, чрезмерная химизация сельского хозяйства, не защищенность природных ресурсов, слабая правовая и экономическая экозащита окружающей среды, отсутствие системы экологического образования и воспитания.

Многочисленными исследованиями, проведенными среди лиц, проживающих в районах, испытывающих повышенную антропогеохимическую нагрузку, был доказан более высокий риск развития общей заболеваемости и отдельных форм заболеваний, а также выявлены неблагоприятные тенденции демографических процессов [2,3].

Загрязнение атмосферного воздуха является причиной повышенной смертности населения и соответственно сокращения ожидаемой продолжительности жизни. По оценке Европейского бюро ВОЗ, в Европе этот фактор риска привел к сокращению ожидаемой продолжительности жизни на 8 месяцев, а на более загрязненных территориях – на 13 месяцев. В России повышенный уровень загрязненности атмосферного воздуха приводит к ежегодной дополнительной смертности до 40 тысяч человек. По данным федерального информационного центра со-

циально-гигиенического мониторинга, в России в период 2006-2014 гг. ведущими загрязнителями атмосферного воздуха, превышающими гигиенические нормативы в пять и более раз, являются: формальдегид, 3, 4 – бенз(а) пирен, этилбензол, фенол, диоксид азота, взвешенные вещества, оксид углерода, диоксид серы, свинец и его неорганические соединения. Россия занимает 4-е место в мире по объему выбросов диоксида углерода после США, Китая и стран Евросоюза. В России под воздействием вредных веществ, превышающих гигиенические нормативы в пять и более раз, проживает до 50 млн человек. Несмотря на то, что с 2004 г. прослеживается тенденция к сокращению доли проб атмосферного воздуха с превышением гигиенических нормативов среднего показателя по Российской Федерации, по-прежнему эта доля остается высокой в Сибирском и Уральском федеральных округах.

Наиболее объективным индикатором качества окружающей среды является здоровье беременных женщин и детей раннего возраста, составляющих группу высокого риска развития патологических состояний. По прогнозам экспертов даже при сохранении существующих техногенных нагрузок за 20 последующих лет доля здоровых новорожденных в популяции может снизиться до 15-20%. Отрицательная динамика показателей здоровья, особенно детского населения, рассматривается как маркер экологического неблагополучия региона. Больные дети создают больное поколение, а это – здоровье нации в целом. Проживание в центрах размещения нефтехимии и оргсинтеза ведет к увеличению заболеваемости среди взрослого населения бронхиальной астмой в 2-3 раза и поражением кожи и слизистых оболочек в 1,5-2,0 раза.

Большой вклад в антропогенное загрязнение почвы вносят промышленные выбросы и отходы. По данным аэрокосмической съемки, площади распространения техногенных выбросов охватывают 18 млн.га, что составляет 1% общей площади Российской Федерации. При средней максимальной нагрузке 0,2-0,23т/кв.км локальная мо-

жет достигать 10 т/кв.км -районы Урала, Центрального Черноземья. Площадь почвенного покрова с высокой степенью загрязнения (от 10 до 100 раз выше фонового) составляет 253 тыс.га. В населенных центрах, где заводы производили ПХБ и хлорорганические пестициды, были зарегистрированы высокие уровни загрязнения окружающей среды диоксинами. Эколого-эпидемиологические исследования выявили закономерности в заболеваниях рабочих завода эндокринными болезнями, хлоракне, гепатитом, ослаблением иммунной системы и уровнем смертности от онкологических заболеваний в 17,5% – рак легких и гортани для мужчин, рак груди – для женщин. В городах с развитой металлургической промышленностью взрослое население в 1,5 раза чаще страдает болезнями органов кровообращения, в 1,7 раз болезнями органов пищеварения, в 3% раза чаще заболеваемость болезнями кожи и слизистых оболочек глаз, на 5% злокачественными новообразованиями. Доказано влияние аэрополлютантов на развитие сердечно-сосудистых заболеваний – атерогенность дислипидемий, коррелирующих с увеличением смертности от ИБС, на 20% выше заболеваемость инфарктом миокарда. В этой связи, важной задачей медицинской экологии является системная оценка явлений и факторов в многокомпонентной и многофункциональной системе «среда обитания – здоровье населения», а также их причинно-следственного взаимодействия [1].

Приоритетом национальной безопасности должна являться не попытка лечить больных граждан, а недопустимость рождения и воспитания в нездоровой окружающей среде больных детей, экоболезни которых в дальнейшем будут только усугубляться. Необходимо внедрение, углубление и расширение нового направления деятельности в области реабилитации, профилактики экпатологии и создания программы «Медико – экологическая безопасность, реабилитация, профилактика». Важны конкретные научные рекомендации по первичной профилактике тех или иных неинфекционных заболеваний ассоциированных с медико-экологическими неблагоприятными факторами.

ВЫВОДЫ:

1. Необходимо законодательно принять нормативные акты по обязательному страхованию медико-экологических рисков в сфере природопользования и здоровья – «Об обязательном экологическом страховании»: страхование экологической ответственности при эксплуатации гидротехнических сооружений, нефте- и газопроводов и иных опасных для здоровья населения производственных объектов и здоровья и жизни сотрудников и проживающего в радиусе объекта детей и взрослого населения.
2. Необходимо страхование инвестиционных рисков в сфере окружающей среды.
3. Требуется развития законодательная база для реализации механизма обязательного обеспечения страховыми гарантиями деятельности по обращению с медико-экологически опасными отходами и опасными веществами, включая фармпрепараты.
4. Введение в перечень медицинских специальностей специальность врач – эколог.
5. Необходима разработка и внедрение нормативного документа по «Оценке экологического риска для здоровья населения промышленно-развитого города».

6. Необходима разработка технологий оздоровления лиц, проживающих в неблагоприятных экологических зонах.
7. Необходима разработка концепции и порядка, перечня требований к проведению медико-экологического аудита на производстве и в среде проживания населения.
8. Разработать и принять законодательно концепцию Программы «Медико-экологическая безопасность и здоровье нации», позволившую проводить мониторинг и выявление причинно-следственных связей в развитии заболеваний, экологически обусловленных.
9. В экологически неблагоприятных регионах внедрить «Экологический паспорт здоровья». На основании экологического паспорта здоровья проводить персонализированную профилактику и лечение людей, проживающих в зонах техногенных и природных катастроф, неблагоприятных условиях труда и проживания, в зонах военных действий, осуществление профилактических оздоровительных мер, нацеленных на снижение негативных последствий жизнедеятельности в экстремальных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здоровье в контексте взаимовлияния риск-факторов: эколого-социальный анализ / Под ред. Н.Н. Моисеева // Зеленый мир. 1998. № 26. С. 19-21.
2. Вельтицев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье детей. Химическая экопатология, Москва, 1996.
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и управление здравоохранением: Учебник. 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
4. Распознавание угрожающих экологических состояний. Математические методы анализа. – М.: Вильямс, 2008. – 1056 с.
5. Глобальная экологическая перспектива (ГЕО-3). Издание ЕНЕП ООН. – М., 2008.
6. Экология и устойчивое развитие города: Материалы III Международной конференции. – М., 2010.
7. Weber R.A. Information Systems Control and Public Health Service. Pearson Education, 2008. – P. 241-242.
8. ООН. Детерминанты и последствия демографического роста. Т. 1, ч. 2. – Женева, 2006. – С. 295.
9. Наше общее будущее: Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию (МКОСР). – М., 2006.
10. Викторов А.А. Основы медико-экологической безопасности, 2011.
11. Ойноткинова О.Ш. // Оргздрав. 2017. № 1 (7). С. 45-52. Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 16-0600605.

РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ю.В.ПЕТЕЛЬСКИЙ

М.Ю.СУРМАЧ

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ДОЦЕНТ, УЗ «ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»,
УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
Г. ГРОДНО, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

АННОТАЦИЯ:

в статье по данным опроса пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), раскрыты медико-социальные факторы риска неблагоприятных последствий данной патологии. Показана ведущая роль участковой терапевтической службы в устранении недостатков первичной и вторичной профилактики инсультов на примере Гродненской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острые нарушения мозгового кровообращения, профилактика, участковая терапевтическая служба, медицинская активность, медицинская грамотность.

Социально-экономические последствия острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) остаются значительными в большинстве стран мира, в том числе в России, где «летальный исход в остром периоде инсульта наступает у 34,6%, а в течение первого года по окончании острого периода – у 13,4 %; тяжелая инвалидность с потребностью постоянного ухода имеется у 20,0 % пациентов, перенесших инсульт; ограниченно трудоспособны 56,0 % и только 8,0 % возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, составляя 3,2 случая на 10 000 населения. Инвалидизация после инсульта в среднем по стране составляет 56-81 %» [1].

В Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200) особое внимание уделено активному внедрению тромболитика в терапии инсульта.

Организационная структура управления здравоохранением в Республике Беларусь предусматривает полномочия руководства областных клинических стационаров по решению проблем здоровья населения региона. Учреждение здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» (УЗ «ГОКБ»), в сотрудничестве с профильными кафедрами Гродненского государственного медицинского университета (УО «ГрГМУ») взяло на себя задачи по обоснованию и дальнейшему внедрению в области организационной модели превенции ОНМК.

Работа по внедрению модели начата в 2015-2016 годах. В том числе в целях оценки эффективности организационных мер, по данным опроса пациентов, перенесших ОНМК, пролеченных в ЛПУ области, начато изучение медико-социальных и медико-организационных факторов риска неблагоприятных последствий ОНМК у пациентов Гродненской области.

Бланк анкеты-опросника утвержден приказом управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 25.11.2016 № 1088 «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения». Опрос в форме сплошного мониторинга проводится у всех пациентов с ОНМК в возрасте от 18 до 80 лет, получающих лечение в стационарах области, находящихся в сознании и адекватном психическом состоянии, посредством стандартизованного интервью (согласно утверждённому опросному листу), врачом стационара накануне выписки пациента. Часть информации предоставляется врачом.

При разработке анкеты-опросника руководствовались принципами краткости, достаточности сведений для решения поставленных задач. Исходя из этих принципов, анкета включила только 3 небольших блока, информация по которым поступает от пациента: данные о медицинской активности пациента («Как часто пациент посещал поликлинику?», «Состоял ли пациент на диспансерном учете в поликлинике?, если да, то по какому заболеванию?), о знаниях симптомов инсульта и правилах поведения при

них, в том числе «Информировал ли пациента участковый терапевт о симптомах инсульта?», «Знаком ли пациент с правилами первой медицинской помощи при инсульте?», «Знает ли пациент о тромболитической терапии при инсульте?», если да, то из какого источника пациент получил информацию о тромболитической терапии при инсульте?». Важную информацию о медицинской активности и информированности пациента несут данные из блока о поведении при возникновении симптомов инсульта: «Через какое время от начала симптомов заболевания пациент обратился за медицинской помощью?», «Куда пациент обратился за медицинской помощью?».

Еще по трем блокам источником информации является врач, заполняющий бланк. Это сведения о поле, возрасте, проживании пациента; а также сведения об организации медицинской помощи пациенту с ОНМК (время от начала симптомов инсульта до госпитализации, проводилась ли пациенту тромболитическая терапия, какие результаты были при этом отмечены, если тромболитическая терапия не проводилась, то по какой причине).

Каждый опросник в отсканированном виде либо заполненный в электронной форме по каналам электронной связи направлялся в УЗ «ГОКБ» для дальнейшей экспертной оценки и статистического анализа.

Согласно данным, полученным за период с 01.12.2016 по 31.12.2017 (1275 пациентов), среди перенесших ОНМК жителей Гродненской области, преобладали городские жители (69%), мужчины (53,6%). В связи с тем, что по данным Национального статистического комитета, в составе населения Гродненской области присутствовало 74,9% горожан в 2017 году (численность населения – 1 047 494 человек) и 74,3% городских жителей (численность населения 1 050 125 человек) в 2016 году соответственно, а также 46,68% мужчин в 2017 и 46,6% лиц мужского пола в 2016 годах, следует отметить, что ОНМК чаще регистрировались у жителей села (для 2017 года $\chi^2=19,28$, $p<0,0000$) и имели выраженные гендерные различия с преобладанием у мужчин (для 2017 года $\chi^2=24,4$, $p<0,0000$).

Основная часть пациентов (92,8%) активно посещали поликлинику, две трети (67%) пациентов с ОНМК состояли на диспансерном учёте у терапевта, преимущественно в связи с болезнями системы кровообращения.

Как показывают данные опроса, 43,2% пациентов не знали о симптомах инсульта. Только 36,3% пациентов были знакомы с правилами первой медицинской помощи при инсульте. Почти 39,8% знали о тромболитической терапии. Источниками получения информации большей ча-

сти пациентов из числа информированных являлся врач участковой терапевтической службы, на втором месте – средства массовой информации.

Почти половина пациентов (48%) вызвали скорую помощь в течение первых двух часов от начала симптомов заболевания. Около 55,8% были доставлены в стационар ранее 4,5 часов от начала симптомов ОНМК. Обратились за медицинской помощью после появления первых симптомов заболевания через 10-20 минут только 18,0% пациентов, через 2 часа и более – 52,0%. Каждый пятый (20,0%) обращался за медицинской помощью через час от начала симптомов.

После начала симптомов инсульта были госпитализированы через полчаса – 14,0% пациентов, более чем через 4,5 часа – 44,2% пациентов.

Из числа не получивших тромболитическую терапию у 87,9% вмешательство не было выполнено по медицинским противопоказаниям. У пациентов, которым проводилась тромболитическая терапия, отмечены выраженные положительные результаты: уменьшение неврологического дефицита, отсутствие геморрагических осложнений.

Сведения, поступающие от организаций здравоохранения о пациентах с ОНМК, накапливаются в базе данных в организационно-методическом отделе УЗ «ГОКБ». Анализ поступающих данных позволяет изучать и проводить мониторинг медико-социальных факторов риска возможных неблагоприятных последствий ОНМК у пациентов Гродненской области, а также оценивать социальную и медицинскую эффективность проводимых мероприятий по диагностике и лечению ОНМК, как в ресурсных центрах, так и в иных организациях здравоохранения.

Недостаточная информированность пациентов о симптомах инсульта, правилах поведения при них, а также поздняя обращаемость за медицинской помощью являются основными составляющими риска возможных неблагоприятных последствий ОНМК у пациентов, что подтверждает необходимость профилактической работы среди населения.

Учитывая, что большая часть пациентов состоят на диспансерном учёте и получают основную информацию о вторичной профилактике от врача, необходимо усилить работу по информированию населения работниками участковой терапевтической службы. В первую очередь это относится к жителям села и пациентам мужского пола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику: Клинические рекомендации: утв. 15.11.2013 /

И.И. Денисов, Д.В. Кандыба, О.Ю.Кузнецова [и др.].– Казань, 2013.– 33 с.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ТРИГОРЛОВА Л.Е.

ЛУЗГИНА Н.Н.

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
Г. ВИТЕБСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

АННОТАЦИЯ:

статья посвящена одной из актуальных проблем – формированию мотивации здорового образа жизни у слушателей как компонента базовой культуры личности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

здоровье, культура здорового и безопасного образа жизни.

Здоровье человека – это проблема, актуальная для всех времен и народов, а в настоящее время она становится первостепенной. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как состояние «полного физического, душевного и социального благополучия», а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

По данным исследований ВОЗ, здоровье человека зависит на 50% от образа жизни, на 25% – от условий окружающей среды, 15% обуславливается наследственной предрасположенностью к болезням, 10% уровнем развития медицинской помощи. То есть более 50% факторов, влияющих на состояние здоровья человека, управляемые [1].

Главное условие достижения любой жизненной цели – сформировать нравственное отношение к своему здоровью, осознать то, что здоровье – это важнейшая ценность и что каждый сам несет ответственность за его сохранение и укрепление. Каждый человек может овладеть искусством быть здоровым. К сожалению, для современного человека здоровый образ жизни (ЗОЖ) зачастую не является первоочередной ценностью.

Факультет профориентации и довузовской подготовки (ФПДП) Витебского государственного медицинского университета осуществляет подготовку абитуриентов для поступления в вузы. Основная задача преподавателей кафедры химии ФПДП – повышение уровня знаний слушателей по химии при подготовке к централизованному тестированию, но не менее важной задачей является сохранение в процессе обучения здоровья слушателей. Это требует создания соответствующих санитарно-гигиенических условий обучения, соблюдения комплекса условий проведения занятий в режиме здоровьесбережения.

Мы считаем, что курс химии обладает большими возможностями для формирования у слушателей культуры здорового и безопасного образа жизни, поскольку при его изучении они овладевают правилами безопасного обра-

щения с веществами, приемами оказания первой помощи при травмах и отравлениях; выявляют и описывают причины и последствия химического загрязнения окружающей среды, его влияния на живые организмы и здоровье человека.

Включение в процесс обучения химии интегрированных учебно-познавательных заданий, направленных на формирование грамотности в вопросах здоровья, способствует пониманию физиологических процессов, происходящих в организме человека, и принятию правильных решений по отношению к своему здоровью. Приведем пример задания:

Разобраться сколько никотина содержится в сигаретах стоит любому курильщику. Определите количество вещества оксида углерода (II) (содержится в сигаретном дыму), занимающего объем 26,88 дм³ (н.у.). Найдя искомое значение, вы узнаете массу (мг) сильного яда – никотина – в одной сигарете.

После решения прочтите информацию: смертельная доза никотина составляет 60 мг. При курении 2/3 дыма попадает в воздух, поэтому дым курильщика опасен и для окружающих. Возможно, осознание вреда, который причиняет курение человеку, поможет отказаться от пагубной привычки в пользу ЗОЖ.

Для успешного формирования ответственного отношения к здоровью необходим системный подход, предполагающий организацию различных видов внеучебной работы. Являясь кураторами групп слушателей дневной формы обучения, преподаватели проводят воспитательную работу в курируемых группах. Формирование мотивации ЗОЖ и профилактики девиантного поведения слушателей является одним из приоритетных направлений воспитательной деятельности куратора. Воспитательная деятельность куратора, направленная на развитие у слушателей потребности в здоровом образе жизни, предусматривает:

1. Помощь в организации рационального режима труда и отдыха. Значительное увеличение доли самостоятельной работы в учебной деятельности, появившиеся новые заботы по самообслуживанию, самостоятельному ведению бюджета требуют от слушателей умения рационально планировать и организовывать свое учебное и свободное время. Подобными умениями большинство слушателей пока не обладают. 100% опрошенных слушателей признали, что проводят свободное время в социальных сетях, смотрят сериалы онлайн, играют в сетевые игры; 85% отметили, что такое времяпрепровождение их затягивает, но лишь 10% высказали мнение о возможности формирования своеобразной зависимости. Этому вопросу были посвящены тематические информационные часы «Интернет и здоровье или интернет или здоровье», «Жизнь ВНЕ Сети» (с элементами ролевой игры).
2. Пропаганда активного образа жизни и стимулирование слушателей на физическое самосовершенствование (информирование слушателей о различных спортивных секциях в вузе, в соседних спортивных комплексах). «Движение – жизнь» – это выражение для слушателей должно стать золотым правилом каждого дня.
3. Формирование у слушателей отрицательного отношения к вредным привычкам. Данное направление реализуется через организацию и проведение мероприятий по профилактике и искоренению вредных привычек.

Постоянное сотрудничество с УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии», взаимодействие с УЗ «Витебский областной кли-

нический центр психиатрии и наркологии», кафедрой онкологии университета способствует проведению профессиональной, интересной информационно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни. Кураторы и сотрудники центров используют традиционные и интерактивные методы профилактической работы, в числе которых можно назвать беседы «Глоток беды», «Пиво со вкусом горечи»; круглые столы «Курение: иллюзии и реальность», «ВИЧ: мифы и реальность»; диспут «Задумайте, нужно ли начинать...»; дебаты «Энергетики: польза или вред?»; сюжетную игру «Гемблинг, или зависимость от азартных игр».

Участие слушателей в различных конкурсах по теме «Мы выбираем здоровое будущее», неделе здоровья «Молодежь против СПИДа и наркотиков» (представление плакатов, рисунков, видеороликов), акции «Меняю сигарету на свежее дыхание», студенческом проекте «ВГМУ – территория некурящих», программе «Равный обучает равного» по проблеме ВИЧ-инфекции помогает приобрести им новые знания, развивать умения и навыки, формировать ценностные ориентации, установки, направленные на здоровый образ жизни, сохранение репродуктивного здоровья, на нравственное отношение к себе и другим людям, на безопасное и ответственное поведение.

Таким образом, результатом сформированности у слушателей культуры здорового образа жизни должны стать знания, перешедшие в убеждения и структурированные вокруг важнейших ценностей человека – Здоровья и Жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Наше здоровье зависит от образа жизни – эксперты ВОЗ // Женский журнал «Lady Health» [Электронный ресурс].

2014. URL: <http://www.ladyhealth.com.ua> (дата обращения: 19.02.2018).

РОЛЬ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

БОБРИК Ю.В.

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ДОЦЕНТ,
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО
ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В.И. ВЕРНАДСКОГО»

ОСМАНОВ Л.А.

ГБОУ ВО «КРЫМСКИЙ ИНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»,
Г. СИМФЕРОПОЛЬ, РОССИЯ

АННОТАЦИЯ:

в статье рассматриваются различные аспекты пропаганды здорового образа жизни в профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

здоровый образ жизни, профилактика, хронические неинфекционные заболевания.

Хронические неинфекционные заболевания являются причиной более 80% всех смертей населения Российской Федерации. При этом в структуре причин смертности по-прежнему первое место занимают болезни системы кровообращения – 49,9%, на втором месте новообразования – 15,3%, болезни органов пищеварения – 5%, болезни органов дыхания – 4%, сахарный диабет – 4% [3,4].

В основе развития хронических неинфекционных заболеваний лежит единая группа факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, немедицинское употребление наркотических средств и психотропных веществ, высокий уровень стресса).

Вклад алкоголя в уровень смертности в России в последние десятилетия традиционно был аномально высок. По данным Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, в Российской Федерации насчитывается около 5 миллионов человек, употребляющих наркотики с различной частотой и регулярностью. Употребление наркотических веществ является непосредственной причиной смерти порядка 100 тысяч человек ежегодно. При этом в абсолютном большинстве это молодые люди не старше 35 лет. Приобщение подростков и лиц молодого возраста к потреблению наркотических средств и психотропных веществ с немедицинской целью часто связано с соответствующей модой и пропагандой того или иного наркотического средства через средства массовой информации и интернет [3,4].

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая

2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации поручено обеспечить к 2018 году снижение смертности от основных причин, а также обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака [2].

Информирование населения о факторах риска для здоровья и формирование мотивации к ведению здорового образа жизни должны осуществляться через средства массовой информации (телевидение, интернет, радио, печатные издания), наружную рекламу, произведения искусства (кино, театр), учебники и учебные пособия. Особое место в этом процессе занимает социальная реклама, которая демонстрируется в прайм-тайм на федеральных каналах телевидения.

Здоровый образ жизни включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни. Здоровый образ жизни предполагает отказ от потребления табака и наркотиков, злоупотребления алкоголем,

а также рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности, предотвращение развития суицидоопасного поведения [3,5].

Особое внимание должно уделяться созданию у населения, особенно у детей и подростков, культуры рационального питания, способствующей сохранению нормальной массы тела, нормального уровня артериального давления, а также нормальной концентрации в крови холестерина и глюкозы. Рациональное и сбалансированное питание предполагает в первую очередь соответствие количества и состава потребляемой пищи реальным энергозатратам человека. Кроме того, важно, чтобы суточный рацион человека включал не менее 5 порций фруктов и овощей без учета картофеля. Количество соли, содержащейся в пище и используемой для досаливания приготовленных блюд, не должно превышать 8 г в сутки. В потребляемой пище должно быть максимально ограничено количество жиров животного происхождения при увеличении в рационе доли рыбы [1].

Особое место в реализации основных принципов здорового образа жизни занимает физическая культура. По данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), существуют убедительные доказательства того, что физически активные взрослые люди (имеющие физическую активность средней и высокой интенсивности, выполняемая, как минимум, 30-60 минут в день), по сравнению с менее активными мужчинами и женщинами, гораздо менее подвержены общим причинам смертности, ишемической болезни сердца, гипертонии, инсульту, диабету, метаболическому синдрому, раку толстой кишки, раку молочной железы, остеопорозу, депрессии и т.п.. Также имеется тесная прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем физической работоспособностью и когнитивных функций (внимание, память, мышление, умственная работоспособность) – чем больше толерантность к физическим нагрузкам, тем выше интеллектуальный потенциал человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агафонов, В. Н., Терехова Е.Л., Зотов С.А. О мерах по реализации государственной политики в области здорового питания населения // Санитарный врач. 2013. № 1. С. 33–35.
2. Белов В. Б., Роговина А.Г. Социальный капитал и здоровье населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 6. С. 3–5.
3. Бобрик Ю. В., Беличенко В. Н. Комплексная первичная профилактика неинфекционных заболеваний с использованием средств физической культуры. Санкт-Петербург: «Свое издательство», 2016. – 182 с.
4. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. – М., 2013. – 128 с.
5. Бочкарева, Е. В., Калинина А.М., Копылова Г.А. Перспективные направления социальной политики отечественных компаний в области укрепления здоровья населения России // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 4. С. 4–8.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЮЛЕКСНОЙ БОЛЕЗНИ

КРЕЙМЕР В.Д.

АКАДЕМИК РАЕ, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ОАО «МЕДИЦИНА»

АННОТАЦИЯ:

в статье показан опыт терапии гастроэзофагеальной рюлексной болезни. Показаны перспективы развития современных методов лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

болезнь, лечение, магнитотерапия, желудочно-кишечный тракт.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Среди причин развития ГЭРБ выделяют нарушения нейро-гуморальной регуляции и моторики желудочно-кишечного тракта. В качестве терапевтических лечебных мероприятий при ГЭРБ применяют медикаментозные методы с сочетанием различных групп препаратов (Маастрихт-III, IV). Современная терапия ГЭРБ с использованием ингибиторов протонной помпы (ИПП), прокинетиков, антацидов в сочетании с рекомендациями по диете и образу жизни не приводит к существенному уменьшению заболеваемости и снижению частоты рецидивов. У 10,0–30,0 % больных при применении ИПП не происходит полной элиминации симптомов заболевания. Возникающая на фоне использования ИПП кислотосупрессия ухудшает процессы пищеварения, повышает риск возникновения неопластических процессов и влияет на микробиотический баланс желудочно-кишечного тракта.

В связи с тем, что одним из механизмов развития ГЭРБ является снижение пищеводного клиренса и защитных свойств слизистой оболочки пищевода, в последние годы некоторые отечественные авторы с регенераторной целью начали применять магнитотерапию как элемент комплексного лечения ГЭРБ.

Цель исследования: оценить эффективность применения магнитотерапии в комплексном лечении ГЭРБ.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное мультицентровое когортное параллельное исследование с использованием двух типов цифровой видеоэндоскопии.

Обследовано 970 больных. Группа наблюдения – 136 (14,02 %) больных – состояла из 2 подгрупп: 80 (58,8 %) больных с рефлюкс-эзофагитом различной степени выраженности обследованы с применением NBI-системы визу-

ализации (г. Москва) и 56 (41,2 %) пациентов – с применением FICE-системы (г. Пенза). В группе наблюдения было 76 (55,9 %) мужчин и 60 (44,1 %) женщин в возрасте от 14 до 75 лет; средний возраст – $39,6 \pm 2,7$ лет. Группа сравнения – 834 (85,98 %) пациента. Из них 446 (53,48 %) мужчин и 388 (46,52 %) женщин в возрасте от 16 до 68 лет; средний возраст – $38,6 \pm 2,7$ лет.

Пациентам в группе сравнения было рекомендовано лечение по стандартным методикам (Маастрихт-III, IV), с использованием ИПП (париет-10 и париет-20, а также нексиум-20 и нексиум-40), прокинетиков (ганатон, мотилюм, тримедат) и антацидов (маалокс, фосфалюгель).

Больным группы наблюдения наряду с этими препаратами в качестве лечебного физиотерапевтического метода была рекомендована магнитотерапия на область нижнего пищеводного сфинктера (НПС) методом сфокусированного магнитного поля.

Больные в группах наблюдения обследованы с применением цифровых видеоэндоскопических систем EVIS EXERA-II (OLYMPUS, Япония) с гастродуоденоскопом GIF-N180 и FUJINON system 4400. Для описания слизистой оболочки пищевода, в том числе при эрозивно-язвенных поражениях, мы использовали Международную классификацию рефлюкс-эзофагита (Лос-Анджелес, 1998).

Для физиотерапевтического лечения в группе наблюдения использовали аппарат магнитотерапии «MAGNET BLT-5920» производства Великобритании. Основным действующим лечебным фактором данного аппарата является «Технология Сфокусированного Магнитного Поля (FMF)™» с частотой импульсов в диапазоне 0–160 Гц. Максимальная индукция импульса: 128 мкТл. Продолжительность процедуры составляла в зависимости от выраженности процесса от 30 до 40 минут. Курс лечения также зависит от выраженности и распространенности воспалительно-де-

структивных изменений слизистой пищевода и составляет в среднем 8-10 процедур; процедуры выполняли через день.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью регрессионного анализа, анализа факторной структуры изучаемых признаков с помощью метода главных компонент. Соответствие результатов визуальной картины в NBI- и FICE-режимах и результатов биопсий в группах наблюдения (Москва-Пенза) и контроля (Москва-Пенза) оценивали методом анализа канонических корреляций. Различия считали достоверными при $p < 0,01$.

Результаты исследования и их обсуждение. По характеру выявленной патологии пациенты в группе наблюдения распределились следующим образом: признаки ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом средней степени выраженности (степень C) диагностированы у 118 (86,8 %) из 136 больных; выраженное воспаление (степень D) с эрозивно-язвенными изменениями выявлено у 18 (13,2 %) из 136 обследованных. В группе сравнения аналогичная патология была диагностирована у 665 (79,7 %) из 834 и 169 (20,3 %) из 834 пациентов соответственно.

Ввиду того, что группы наблюдения и сравнения значительно различались по абсолютному количеству больных (136 и 834 соответственно), был проведен сравнительный анализ выявленной патологии. При этом отмечено, что в группе наблюдения степень C выявлена у 86,8 % больных, а в группе сравнения – у 79,7 % (разница – 7,1 %); ГЭРБ (степень D) выявлена у 14,0 % больных группы наблюдения и у 20,3 % – в группе сравнения (разница – 6,3 %). Установлено, что различия между идентичными показателями в группах наблюдения и сравнения не превышают статистически допустимые величины погрешностей, составляя менее 10 %, и являются достоверными ($p < 0,01$).

Также было отмечено, что положительная динамика состояния тонуса НПС и разрешения воспалительно-деструктивных изменений слизистой оболочки пищевода в группах наблюдения (г. Москва и г. Пенза) с идентичной патологией имела различия, не превышающие пределы допустимой статистической погрешности (1–2 дня, около 15 %), являясь достоверной ($p < 0,01$), в связи с чем для упрощения изложения материала данные были объединены в единый массив.

Диагностика воспалительных изменений слизистой пищевода основывалась на изменении ее цветности при применении в NBI- и FICE-режимах. Эрозивные и эрозивно-язвенные поражения слизистой пищевода при исследованиях в NBI- и FICE-режимах диагностировали либо

по «дефектам» свечения или изменений характеристик отраженного цвета определенной длины волны, либо по наличию перифокального воспаления, наиболее отчетливо визуализируемого только при исследованиях в этих режимах.

Всем больным в группах наблюдения после установления диагноза ГЭРБ с воспалительно-деструктивными изменениями слизистой пищевода (при применении в том числе гистологического метода исследования биоптатов), наряду со стандартной схемой антирефлюксной и противовоспалительной терапии было рекомендовано физиотерапевтическое лечение с применением магнитотерапии.

Признаки «выздоровления», заключающиеся в эпителизации не менее 75-80 % дефектов слизистой пищевода и значительном снижении перифокального воспаления отмечены у 129 из 136 (94,9 %) обследованных больных группы наблюдения; в среднем на 16-17 день, по завершению минимального курса (8 сеансов) магнитотерапии. На этом этапе проводилась контрольная эзофагоскопия. После 9–10 сеансов, что составило фактически до 20 календарных дней, также проводили контрольные эзофагоскопии с забором материала для морфологической оценки состояния слизистой пищевода. В данном временном промежутке у 134 из 136 (98,5 %) больных с ГЭРБ независимо от степени ее выраженности диагностирована полная эпителизация дефектов слизистой. При этом сохранялось остаточное поверхностное воспаление. Также отмечено улучшение сократительной способности НПС.

И только у 2-х из 136 (1,5 %) больных группы наблюдения полной эпителизации дефектов не наступило. В этих случаях неэффективность примененной методики лечения обусловлена конституциональными особенностями пациентов (повышенное питание), при котором установленные стандартные уровни мощности аппарата магнитотерапии не произвели должного эффекта.

В группе наблюдения отсутствие признаков воспаления слизистой пищевода, выявленного при обследовании в NBI- и FICE-режимах после окончания стандартного курса лечения с применением магнитотерапии (8–10 сеансов: у 134 из 136; 98,5 % пациентов) в 1,45 раза превысило число больных с аналогичными изменениями в группе сравнения (566 из 834 – 67,9 %, соответственно; $p < 0,01$) за аналогичный период лечения (до 20 дней). При этом отмечено более интенсивное сокращение НПС с уменьшением гастроэзофагеального рефлюкса.

Выводы:

1. При отсутствии показаний к оперативному лечению у пациентов с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом целесообразно проводить курсы магнитотерапии в комплексе с консервативным лечением.
2. Применение магнитотерапии в комплексном лечении больных с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом является перспективным методом, повышающим эффективность антирефлюксного лечения.
3. Применение магнитотерапии у больных с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом способствует уменьшению воспалительных изменений в слизистой оболочке нижних сегментов пищевода и повышению сократительной способности НПС.

ОРГАНИЗАЦИЯ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СПОРТСМЕНОВ

ФЕСЮН А.Д.

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

АННОТАЦИЯ:

в статье показан порядок организации медицинского обследования спортсменов. Даются основные направления оценки их здоровья и допуска к спортивным соревнованиям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

спорт, обследование, спортивный врач, норматив, обследование.

Характерными особенностями развития спорта в начале 21 века в России в условиях высочайшей спортивной конкуренции является интенсификация тренировочного процесса, увеличение физических, эмоционально-психических и социальных нагрузок. Данные факторы приводят к снижению уровня здоровья, а также развитию синдрома дезадаптации и перетренированности, что является этиологическими факторами возникновения как соматических, так и профессиональных заболеваний спортсменов, в том числе и спортсменов детско-юношеского звена.

Необходимо кроме того отметить, что представители различных медицинских направлений в Российской Федерации, в общем сходятся в том, что каждое следующее поколение граждан страны имеет все более низкий уровень здоровья и функциональных резервов, а также крайне высокую степень риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Учитывая вышесказанное, одной из основных задач спортивной медицины в России является совершенствование систем первичной оценки и мониторинга состояния здоровья лиц, занимающихся физкультурой и спортом, в том числе их ежегодного углубленного медицинского обследования.

В свою очередь, углубленное медицинское обследование лиц, занимающихся физкультурой и спортом, проводится с целью получения наиболее полной и всесторонней информации о физическом развитии, оценке состояния здоровья, функциональном состоянии организма спортсмена и показателях его физической работоспособности. По его результатам оценивается адекватность нагрузки на организм спортсмена, соответствие предъявляемой нагрузки функциональным возможностям их организма, правильности режима применения нагрузок с целью допуска спортсмена к занятиям спортом или к участию в соревнованиях [10, 11, 12].

При этом можно отметить, что по данным ряда отечественных авторов, существует целый ряд недостатков в системе медицинского обеспечения детско-юношеского спорта, а именно – высокий процент юных спортсменов, не состоящих на диспансерном наблюдении и не проходящих углубленное медицинское обследование в течение всего длительного спортивного сезона.

Современные спортсмены в Российской Федерации испытывают физическую, эмоциональную, социальную, коммуникативную нагрузки, которые связаны со спецификой спортивной деятельности в условиях различных видов спорта.

Особенно актуальным является этот вопрос в условиях возрастающих нагрузок на спортсменов из детско-юношеского звена, связанных не только с тренировочной и соревновательной деятельностью, но с учебной в общеобразовательной школе.

Необходимо отметить, что оказание медицинской помощи лицам, которые занимаются физкультурой и спортом, проводится в строгом соответствии с Приказом Минздрава России от 01 марта 2016 года № 134н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» [3].

В приказе отрегулированы все принципиальные основополагающие вопросы организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физкультурой и спортом. Определен четкий порядок своевременного медицинского осмотра лиц, которые занимаются спор-

том, а также лиц, желающим заниматься физкультурой и спортом. Отмечен порядок проведения медицинского осмотра лицам, которые готовятся к выполнению норм Всероссийского комплекса «Готов к труду и обороне» [2].

В свою очередь, медицинская помощь лицам, занимающимся физкультурой и спортом, должна оказываться в виде: первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медпомощи, включая медицинскую эвакуацию.

Можно отметить, что медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом клинических рекомендаций [1, 4, 5, 6].

При оказании первичной медико-санитарной помощи, лицам, занимающимся физкультурой и спортом, должны проводиться мероприятия по диагностике, лечению, профилактике и медицинской реабилитации. Кроме этого необходимо обязательно отметить, что производится оценка восстановительного периода при занятиях физической культурой и спортом.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в медицинских пунктах объекта спорта, в структурных подразделениях по спортивной медицине медицинской организации, во врачебно-физкультурном диспансере и включает в себя: первичную доврачебную медико-санитарную помощь; первичную врачебную медико-санитарную помощь (оказывается врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым), врачом общей практики (семейным врачом), врачом-педиатром (врачом-педиатром участковым)); первичную специализированную медико-санитарную помощь (оказывается по направлению врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), врача-педиатра (врача-педиатра участкового) врачом по спортивной медицине. Необходимо отметить, что медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ по «лечебной физической культуре и спортивной медицине» независимо от организационно-правовой формы.

Спортивная медицина изучает анатомические и физиологические изменения, возникающие под влиянием систематических занятий физкультурой и спортом в костно-мышечной и других системах организма.

Со стороны физиологии физкультуры и спорта, спортивная медицина изучает изменения в деятельности различных систем и органов под влиянием сильных спортивных нагрузок.

В повседневной практической деятельности врача по спортивной медицине нужны знания по специальностям: спортивная травматология; биохимия спорта; спортивная фармакология; гигиена физкультуры и спорта.

Важной составляющей спортивной медицины является изучение патологических изменений, которые могут возникать в результате нерациональных занятий спортом. Соответственно проводится разработка мер по их профилактике и предупреждения. Большой значимой частью работы врача по спортивной медицине является врачебный контроль.

Следует отметить, что клиническая специальность спортивного врача требует важных обширных современных знаний, как общего врача-клинициста, так и физиолога и специалиста гигиениста. Спортивный врач должен охватывать все виды деятельности человека, связанные с физической нагрузкой (физкультура, оздоровительные мероприятия, лечебная физкультура). Спортивный врач постоянно оказывает помощь тренеру в достижении результатов, определении допустимого режима и максимальных нагрузок для конкретного спортсмена.

В 2016 году нами были обследованы спортсмены: ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 61 «Фортуна» Москомспорта – 370 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 64» Москомспорта – 2100 чел.; ГБУ «Спортивная школа № 4» Москомспорта – 700 чел.; ГБУ «Спортивная школа № 62» Москомспорта – 380 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 63 «Смена» Москомспорта – 700 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 65 «Ника» Москомспорта – 1300 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва «Москвич» Москомспорта – 1300 чел.; ГБУ «ФСО «Юность Москвы» Москомспорта – 170 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 54 «Ориента» Москомспорта – 1210 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва «Косино» Москомспорта – 800 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 23» Москомспорта – 500 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 53» Москомспорта – 150 чел.; ГБУ «Спортивная школа олимпийского резерва № 56 – 400 чел.; ГБОУ «Центр спорта и образования «Самбо-70» Москомспорта – 100 чел.; ГБУ «Спортивная школа № 58» Москомспорта – 150 чел.

По результатам обследования к соревнованиям были допущены 93,8% обследованных спортсменов. Остальным была разработана программа по восстановлению и реабилитации

ВЫВОД:

число лиц, приобщающихся к занятиям спортом, растет с каждым днем, и это требует постоянного совершенствования организации врачебного контроля, а также системы проведения медицинского осмотра этих лиц, в том числе углубленного медицинского обследования. Необ-

ходимо совершенствовать организационную структуры лечебных учреждений по спортивной медицине с учетом международных стандартов оказания медицинской помощи [7, 8, 9].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Минздрава РФ от 1 марта 2016 г. № 134н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».
4. Айрапетова Н.Е., Рассулова М.А., Антонович И.В., Стяжкина Е.М., Ксенофонтова И.В., Никода Н.В., Деревнина Н.А. Обоснование комплексного применения криомассажа и сильвинитовой спелеотерапии в реабилитации больных бронхиальной астмой // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2011. № 5. С. 12-17.
5. Мухарлямов Ф.Ю., Сычева М.Г., Рассулова М.А. Современная медицинская реабилитация больных хроническими заболеваниями легких // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2013. Т. 8. № 1. С. 120-126.
6. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Методические подходы к оценке культуры безопасности в медицинской организации // В мире научных открытий. 2016. № 3 (75). С. 57-71.
7. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Росздравнадзор рекомендовал автоматизировать оценку качества медпомощи. Опыт первопроходцев // Здоровоохранение. 2017. № 12. С. 18-25.
8. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Галанина Е.В. Возможности повышения безопасности пациента в медицинской организации // Успехи современной науки. 2016. Т. 1. № 4. С. 135-142.
9. Ройтберг Г.Е., Кушкин Д.Н. Система менеджмента качества медицинского учреждения. От процессного подхода до самооценки // Сертификация. 2010. № 3. С. 38-45.
10. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Лабораторная и инструментальная диагностика. Учебное пособие для системы последиplomной подготовки врачей по специальности «Терапия» / Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский. Москва, 2011. (2-е изд., перераб. и доп.)
11. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. Учебное пособие для студентов медицинских вузов / Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский. Москва, 2011. (2-е изд.)
12. Хан М.А., Рассулова М.А., Червинская А.В., Микитченко Н.А., Лян Н.А., Филатова Т.А., Ковальчук Л.В. Роль галотерапии в профилактике и медицинской реабилитации детей // Вестник восстановительной медицины. 2015. № 6 (70). С. 36-41.







МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru