UNIVERSUM: МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научный журнал
Издается ежемесячно с ноября 2013 года
Является печатной версией сетевого журнала
Universum: медицина и фармакология

Выпуск: 9(80)

Сентябрь 2021

Москва
2021

УДК 61
ББК 5
U55

Главный редактор:

Конорев Марат Русланович, д-р мед. наук;

Заместитель главного редактора:

Волков Владимир Петрович, канд. мед. наук;

Члены редакционной коллегии:

Архипова Людмила Юрьевна, канд. мед. наук;

Воротынцева Наталия Сергеевна, д-р мед. наук;

Выхристенко Людмила Ростиславна, д-р мед. наук;

Козьминых Елена Николаевна, д-р фарм. наук, канд. хим. наук;

Ларионов Максим Викторович, д-р биол. наук;

Лебединцева Елена Анатольевна, канд. мед. наук;

Немцов Леонид Михайлович, д-р. мед. наук;

Тошбоев Шерзод Олимович, канд. мед. наук, доц.

U55 Universum: медицина и фармакология: научный журнал. – № 9(80). М.,
Изд. «МЦНО», 2021. – 26 с. – Электрон. версия печ. публ. –
<http://7universum.com/ru/med/archive/category/980>

ISSN: 2311-6129

DOI: 10.32743/UniMed.2021.80.9

Учредитель и издатель: ООО «МЦНО»

ББК 5

© ООО «МЦНО», 2021 г.

Содержание	
Клиническая медицина	4
Внутренние болезни	4
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Жұрабоева Гулхаё Бахтиёркизи	4
Нервные болезни	7
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТА КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА Яриков Антон Викторович Фраерман Александр Петрович Смирнов Павел Васильевич Бояршинов Алексей Андреевич Клецкин Александр Эдуардович Волошин Валерий Николаевич Барченкова Ирина Юрьевна Зайцева Надежда Евгеньевна Агеева Юлия Алексеевна Котова Галина Викторовна Горбунова Любовь Юрьевна Гречишников Павел Николаевич Садкова Надежда Витальевна Муравина Елена Алексеевна Ермаков Сергей Васильевич Нестеренко Сергей Петрович Наумов Алексей Константинович Хасянов Марат Касимович Пономарева Александра Ивановна Комкова Екатерина Федоровна Телешова Татьяна Олеговна Землянин Константин Олегович Жукова Юлия Александровна Смолин Алексей Андреевич Медведева Мария Олеговна	7
Профилактическая медицина	19
Социология медицины	19
МОТИВАЦИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ / РАБОТЫ В ПРОФЕССИИ МЕДСЕСТРА Денежкина Виктория Леонидовна	19
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ВЗГЛЯД СТУДЕНЧЕСТВА Баранова Татьяна Александровна Скрипкина Ольга Александровна Кирсанова Ирина Сергеевна Перевалов Владимир Михайлович Галкина Екатерина Александровна Архипова Людмила Юрьевна	22

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

*Жўрабоева Гулхайё Бахтиёркизи**врач-ревматолог,
Ферганская городская многопрофильная поликлиника,
Республика Узбекистан, г. Фергана
E-mail: gulhayoxon1990@mail.ru*

EARLY DIAGNOSIS OF KIDNEY PATHOLOGY IN RHEUMATOID ARTHRITIS.

*Gulkhayyo Juraboeva**Rheumatologist,
Fergana city multidisciplinary polyclinic
Republic of Uzbekistan, Ferghana*

АННОТАЦИЯ

В этой статье обсуждается функциональная почечная недостаточность у пациентов с ревматоидным артритом и связанными с ним факторами, осложнения ревматоидного артрита вне суставов и методы оценки функционального состояния почек. Среди осложнений ревматоидного артрита у многих пациентов наблюдается преимущественно поражение почек. Существует несколько методов оценки функционального состояния почек при ревматоидном артрите, некоторые ученые идентифицировали по белку цистатина С, мочеvine, креатинину в анализе крови пациента, а некоторые – по морфологическим методам, то есть нефробиопсии почек. Ранняя диагностика на ранних стадиях заболевания избавляет пациента от осложнений хронической почечной недостаточности, тем самым предотвращая инвалидность и улучшая качество жизни. В данной статье рассматриваются исследования, проведенные учеными, и представлена информация о наиболее полезных, безопасных, удобных и эффективных методах обследования пациентов в современной медицине.

ABSTRACT

This article describes functional renal failure and related factors in patients with rheumatoid arthritis, the complications of rheumatoid arthritis outside the joints, and methods for assessing renal function. Early diagnosis in the early stages of the disease relieves the patient of the complications of chronic renal failure, thereby preventing disability and improving quality of life. There are several methods for assessing the functional state of the kidneys in rheumatoid arthritis, some scientists have identified by the cystatin-C protein, urea, creatinine in the patient's blood test, and some by morphological methods, that is, kidney nephro biopsy. Early diagnosis in the early stages of the disease relieves the patient of the complications of chronic renal failure, thereby preventing disability and improving quality of life. This article examines the research and studies conducted by scientists, and provides information on the most useful, safe, convenient and effective methods of examining patients in modern medicine.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, почечная недостаточность, осложнения полиорганного поражения, функциональное состояние почек, белок цистатин С, нефропатия.

Keywords: rheumatoid arthritis, renal failure, complications of multiple organ damage, functional state of the kidneys, cystatin C protein, nephropathy.

После обретения независимости Республика Узбекистан уделяла особое внимание развитию системы здравоохранения, открывая новые направления в «преобразовании высших учебных заведений, подготовке руководителей и специалистов, работающих с высокотехнологичным оборудованием, комплексной диагностике заболеваний и высоких

технологий» [2]. Принято множество постановлений и решений по повышению качества медицинских услуг, создан ряд исследований в этой области. В частности, исследования М. Боерса, М. Харуна, Н.В. Демидовой, И.А. Гусевой, Д.Е. Каратеева, Акиро Ониши, Осаму Сайки и других ученых мировой медицины являются научными и теоретическими

источниками по функциональному поражению почек при ревматоидном артрите. Были приняты многочисленные постановления и решения по повышению качества медицинских услуг, и в этой связи был проведен ряд исследований. Поэтому сегодня в нашей медицине оценка функциональной почечной недостаточности и связанных с ней факторов у пациентов с ревматоидным артритом важна для практики клинической медицины.

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии, аутоиммунное заболевание, характеризующееся симметричным поражением мелких и крупных суставов, а также поражением различных органов и систем, снижением продолжительности жизни и инвалидностью пациентов [3]. Ревматоидный артрит – одно из самых распространенных заболеваний в Узбекистане, и в последние годы наблюдается рост числа пациентов разного возраста и пола, а также поражения различных органов и систем, таких как сердце, почки, желудок, кишечник и другие органы. Осложнения ревматоидного артрита, помимо поражения суставов, включают:

- *появление ревматических узелков:* при этом вокруг пораженных суставов, в основном на запястьях, под кожей возникают безболезненные высыпания диаметром от 3–5 см, также такие узелки могут наблюдаться в различных внутренних органах;

- *изменения сердечно-сосудистой системы:* перикардит (экссудат на поздних стадиях заболевания часто клинически бессимптомный), изменения сердечной мышцы и клапанов (ревматические узелки, миокардит, вальвулит, кардиомиопатия), легочная гипертензия, атеросклероз и тромбоз;

- *изменения со стороны дыхательной системы* – плеврит (экссудат часто клинически бессимптомный), ревматоидные узелки в легких (возможно развитие фиброза, кальцификации или инфекции), базальный фиброз легких, облитерирующий бронхолит;

- *изменения органа зрения* – сухой десквамативный кератит или конъюнктивит с вторичным синдромом Шегрена, склерит и эписклерит;

- *изменения почек.* Такие изменения являются осложнениями длительного активного воспалительного процесса, который состоит из интерстициального нефрита, гломерулонефрита, пиелонефрита, вторичного амилоидоза;

- *сосудистые изменения* – васкулит мелких и средних сосудов может привести к некрозу дистальных отделов пальцев, кожи, внутренних органов;

- *изменения нервной системы* – синдром запястного канала, полинейропатия (преимущественно при васкулитах), сдавление корешков спинномозговых нервов из-за дисфункции суставов шейного отдела позвоночника.

Существует несколько методов оценки функционального состояния почек при ревматоидном артрите, которые некоторые ученые идентифицировали по белку цистатина С, мочеvine, креатинину при анализе крови пациента, а другие – с помощью морфологических методов, то есть нефробиопсии почек.

Цистатин С при почечной недостаточности позволяет поставить диагноз и получить точные результаты. Определение концентрации цистатина С – это современный метод лабораторной диагностики, заключающийся в обнаружении в дебюте почечной патологии. Этот белок выводится из организма только почками, поэтому он играет ключевую роль в определении функции почек. Сегодня мировое медицинское сообщество признает анализ цистатина С неотъемлемым показателем почечной функции, то есть ключевым критерием при определении скорости клубочковой фильтрации. Мировая медицина отмечает, что определение уровня цистатина С в плазме крови важно, прежде всего, при выявлении скрытого или прогрессирующего хронического заболевания почек. Тест на цистатин С в основном используется для выявления повреждения почек при таких заболеваниях, как диабет, инфаркт миокарда, инсульт и сердечная недостаточность. Полученные анализы помогают определить, вовлечены ли в этот процесс почки, что служит очень важным фактором для прогноза заболевания и последующей тактики лечения. Цистатин С имеет высокий уровень функции почек по сравнению с другими биохимическими показателями. Исследование цистатина С в сочетании с креатинином позволяет более полно оценить фильтрационную функцию почек. Частота поражения почек при ревматоидном артрите колеблется от 57 до 73% у разных пациентов [1]. Изучение функционального состояния почек у пациентов, предотвращающее увеличение числа заболевших, играет важную роль в снижении инвалидности среди пациентов и улучшении качества жизни. Помимо анализов крови, ученый М. Боерс оценил морфофункциональный статус почек, проведя у пациентов почечную нефробиопсию. В своем исследовании он отметил, что 19,7% пациентов с ревматоидным артритом испытывают различные типы поражения почек [4].

Формирование нефропатии при ревматоидном артрите имеет сложный многофакторный характер и проявляется в различных клинко-морфологических вариантах. Он включает различные клинические формы поражения почек: амилоидоз, гломерулонефрит, реже ревматоидный гранулематоз и ревматоидный почечный васкулит, а также ятрогенные формы, возникающие в результате лечения, например лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит, мембранную нефропатию, мезангиопролиферативный гломерулонефрит и другие. Однако в реальной клинической практике нозологический диагноз заболевания почек при ревматоидном артрите устанавливается при появлении клинко-лабораторных критериев, важнейшим из которых является протеинурия [7]. Иногда почечная недостаточность может протекать без симптомов протеинурии [5]. Стоит отметить, что ревматологи не всегда обращают внимание на раннее проявление нарушения функции почек. Однако с увеличением среднего количества протеинурии скорость снижения функции почек при ревматоидном артрите может быть очень быстрой, особенно в пожилом возрасте и одновременно с сердечно-сосудистой патологией. По мнению некоторых

исследователей, развитие хронической болезни почек при ревматоидном артрите может быть связано с сердечно-сосудистой патологией, а сама почечная патология является фактором риска поражения сердечно-сосудистой системы [7].

М. Боерс изучил уровень креатинина в сыворотке, общий анализ мочи и суточную протеинурию у всех пациентов, чтобы оценить функцию почек. Их результаты показывают, что клиницисты должны прекратить прием нефротоксических препаратов для защиты функции почек у пациентов с ревматоидным артритом и принять такие меры, как лечение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Креатинин в крови является конечным продуктом креатинфосфатной реакции. Креатинин вырабатывается в мышцах, а затем попадает в кровоток. Креатинин участвует в энергетическом обмене мышц и других тканей. Креатинин в организме выводится с мочой почками, поэтому креатинин (количество в крови) является одним из важных показателей функции почек.

Количество креатинина в крови зависит от размера мышечной массы, поэтому уровень креатинина у мужчин обычно выше, чем у женщин. Поскольку объем мышечной ткани не меняется быстро, уровень креатинина в крови становится более стабильным. Креатинин крови:

- у женщин: 44,0–80,0 мкмоль/л;
- у мужчин: 74,0–110,0 мкмоль/л;
- у детей до 1 года: 18–35 мкмоль/л;
- от 1 до 14 лет: 27–62 мкмоль/л [6].

Согласно анализу М. Боерса, хроническое заболевание почек было зарегистрировано у 51 из 117 пациентов, включенных в исследование для определения количества креатинина в крови. При сравнении заболевания ХПН в разных возрастных группах в зависимости от начала ревматоидного артрита его распространенность была обнаружена у 63% в группе с ревматоидным артритом старше 45 лет и у 37% в группе с дебютом ревматоидного артрита до 45 лет. Во второй группе пациентов нозологический диагноз был поставлен в нефрологии с соблюдением рекомендаций по пункционной нефробиопсии, соответствующих современным стандартам диагностики (в основном в случае нефротического синдрома),

у основной категории пациентов нозологический диагноз почек не подтвердился, но были функциональные расстройства. У 21 пациента с нефробиопсией выявлены следующие типы различных морфологических вариантов поражения почек: наиболее частый тубулоинтерстициальный нефрит – 42,8%, редкий амилоидоз – 28,5%, различные морфологические формы гломерулонефрита – 28,7%. Исследования показали, что на развитие хронической почечной недостаточности у пациентов с ревматоидным артритом также влияют возраст пациента, сердечно-сосудистые заболевания и связанные с ними заболевания, такие как ожирение. Частота развития хронической почечной недостаточности в сочетании с артериальной гипертензией у пациентов с ревматоидным артритом составила 67%, а в группе с тубулоинтерстициальным нефритом – 78%.

Таким образом, М. Боерс обнаружил, что риск развития хронической почечной недостаточности у пациентов с ревматоидным артритом с хроническим заболеванием почек напрямую зависит от возраста пациентов, продолжительности ревматоидного артрита, продолжительности приема нестероидных противовоспалительных препаратов и артериального давления, гипертензии.

В заключение можно сказать, что, согласно приведенным выше исследованиям, при наличии у пациентов сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется избегать приема нефротоксических препаратов у пациентов с ранним выявлением патологии почек.

Возможность выявления почечной патологии на ранней стадии – наиболее полный, современный и безопасный для пациента метод выявления с помощью протеина цистатин С, что позволяет удобно изучить функциональное состояние почек. Определив нефропротекторное лечение на ранних стадиях заболевания, можно избавить пациента от осложнений хронической почечной недостаточности и тем самым предотвратить инвалидность. Поэтому данный метод обследования важен в современной медицине, так как является важным фактором в проведении эффективных лечебных мероприятий, обеспечении здоровья населения, формировании здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Демидова Н.В., Гусева И.А., Каратеев Д.Е. Клинико-иммунологические аспекты раннего ревматоидного артрита // Терапевтический архив. – 2010. – Т. 82, № 5. – С. 71–77.
2. Из материалов видеоконференции под председательством президента Шавката Мирзиёева 18 мая по обсуждению мер по повышению эффективности реформ здравоохранения / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://president.uz/ru/lists/view/4372>.
3. Камышников В.С. В лабораторной медицине. – М., 2014. – С. 246–248.
4. Boers M., Croonen A.M., Dijkmans B.A. Renal findings in rheumatoid arthritis: clinical aspects in 132 necropsies // Ann. Rheum. Dis. – 1987. – Vol. 46. – P. 658–666.
5. Relation between kidney function, proteinuria, and adverse outcomes / B.R. Hemmelgarn, B.J. Manns, A. Lloyd [et al.] // The Journal of the American Medical Association. – 2010. – Vol. 303 (5). – P. 423–429.
6. Summaries for patients. Preclinical kidney disease in elderly people // Annals of Internal Medicine. – 2006. – Vol. 145, № 4. – P. 1–22.
7. Understanding the mechanisms of proteinuria: therapeutic implications / J.E. Toblli, P. Bevilacqua, F. Di Gennaro, L. Madalena [et al.] // Int J Nephrol. – 2012.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

DOI: 10.32743/UniMed.2021.80.9.12205

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТА КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА**Яриков Антон Викторович**

канд. мед. наук, нейрохирург
Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России,
Городской клинической больницы № 39, г. Нижний Новгород
и Центральной городской больницы г. Арзамас,
РФ, г. Нижний Новгород
E-mail: anton-yarikov@mail.ru

Фраерман Александр Петрович

д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, нейрохирург
Городской клинической больницы № 39,
ведущий научный сотрудник группы микронейрохирургии
Приволжского исследовательского медицинского университета,
РФ, г. Нижний Новгород
E-mail: operacii39@mail.ru

Смирнов Павел Васильевич

канд. мед. наук, нейрохирург
Городской клинической больницы № 39,
города Нижний Новгород,
РФ, г. Нижний Новгород
E-mail: pavliksmirmov@ya.ru

Бояришинов Алексей Андреевич

нейрохирург
Городской клинической больницы № 39,
города Нижний Новгород,
РФ, г. Нижний Новгород
E-mail: boyarshinov-9696@mail.ru

Клецкин Александр Эдуардович

д-р мед. наук,
проф. кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева
Приволжского исследовательского медицинского университета,
РФ, г. Нижний Новгород
E-mail: kletskinaalexander@yandex.ru

Волошин Валерий Николаевич

канд. мед. наук,
доц. кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королева
Приволжского исследовательского медицинского университета,
РФ, г. Нижний Новгород
E-mail: prof.mukhin@mail.ru

Барченкова Ирина Юрьевна

невролог ГБУЗ НО «Выксунская ЦРБ»,
РФ г. Выкс
E-mail: barchenkovai@mail.ru

Зайцева Надежда Евгеньевна

невролог ГБУЗ НО «Выксунская ЦРБ»,
РФ, г. Выкс
E-mail: nadya_denisova_1989@mail.ru

Агеева Юлия Алексеевнаневролог ГБУЗ НО «Выксунская ЦРБ»,
РФ, г. ВыксE-mail: ylek6@yandex.ru**Котова Галина Викторовна**невролог ГБУЗ НО «Борская ЦРБ»,
РФ, г. БорE-mail: sharapulka999@yandex.ru**Горбунова Любовь Юрьевна**невролог ГБУЗ НО «Борская ЦРБ»,
РФ, г. Бор**Гречишников Павел Николаевич**невролог ГБУЗ НО «Первомайская ЦРБ»,
РФ, г. ПервомайскE-mail: grech.pawel@yandex.ru**Садкова Надежда Витальевна**заместитель главного врача по лечебной части и невролог
ГБУЗ НО «Шатковская ЦРБ»,

РФ, Нижегородская область, п. Шатки

E-mail: nsadkova1969@gmail.com**Муравина Елена Алексеевна**невролог
ГБУЗ НО «Центральная городская больница»,
РФ, Нижегородская область, г. АрзамасE-mail: e.muravina@mail.ru**Ермаков Сергей Васильевич**терапевт, врач ультразвуковой диагностики
ГБУЗ НО «Центральная городская больница»,
РФ, Нижегородская область, г. АрзамасE-mail: ermak.of@mail.ru**Нестеренко Сергей Петрович**невролог
ГБУЗ НО «Центральная городская больница»,
РФ, Нижегородская область, г. Арзамас**Наумов Алексей Константинович**невролог
ГБУЗ НО «Центральная городская больница»,
РФ, Нижегородская область, г. АрзамасE-mail: naumak@yandex.ru**Хасянов Марат Касимович**невролог
ГБУЗ НО «Арзамасская городская больница №1»,
РФ, Нижегородская область, г. АрзамасE-mail: makhas79@mail.ru**Пономарева Александра Ивановна**невролог
ГБУЗ НО «Арзамасская городская больница №1»,
РФ, Нижегородская область, г. АрзамасE-mail: ponomarevasasha@yandex.ru

Комкова Екатерина Федоровна

невролог

ГБУЗ НО «Арзамасская городская больница №1»,
РФ, Нижегородская область, г. Арзамас
E-mail: kit.ket@bk.ru

Телешова Татьяна Олеговна

невролог ГБУЗ НО «Арзамасская городская больница №1»,
РФ, Нижегородская область, г. Арзамас

Землянин Константин Олегович

невролог

ГБУЗ ВО «Ковровская центральная городская больница»,
РФ, Владимирская область, г. Ковров
E-mail: zemlyanikin.k@mail.ru

Жукова Юлия Александровна

невролог

ГБУЗ ВО «Ковровская центральная городская больница»,
РФ, Владимирская область, г. Ковров
E-mail: juliaghukova1990@yandex.ru

Смолин Алексей Андреевич

невролог

ГБУЗ НО «Заволжская городская больница»
РФ, Нижегородская область, Городецкий район, г. Заволжье
E-mail: smolinl@yandex.ru

Медведева Мария Олеговна

невролог

ГБУЗ НО «Заволжская городская больница»,
РФ, Нижегородская область, Городецкий район, г. Заволжье
E-mail: mashynya189@mail.ru

WORK ORGANIZATION OF THE STROKE PREVENTION ROOM

Anton Yarikov

Candidate of Medical Science,

Neurosurgeon of Privolzhsky District Medical Center of the FMBA of Russia,
Municipal Clinical Hospital № 39, Nizhniy Novgorod, Central City Hospital Arzamas,
Russia, Nizhniy Novgorod

Aleksandr Frayerman

Doctor of Medicine, Professor, Honored Science Worker of Russia,
Neurosurgeon of Municipal Clinical Hospital № 39,
Senior Research Scientist of the Microneurosurgery Group,
Privolzhsky Research Medical University,
Russia, Nizhniy Novgorod

Pavel Smirnov

Candidate of Medical Science,

Neurosurgeon of Municipal Clinical Hospital № 39, Nizhniy Novgorod,
Russia, Nizhniy Novgorod

Aleksey Boyarshinov

Neurosurgeon of Municipal Clinical Hospital № 39, Nizhniy Novgorod,
Russia, Nizhniy Novgorod

Aleksandr Kletskin

*Doctor of Medicine,
Professor of B.A. Korolev Hospital Surgery Chair,
Privolzhsky Research Medical University,
Russia, Nizhniy Novgorod*

Valery Voloshin

*Candidate of Medical Science,
Associate Professor of B.A. Korolev Hospital Surgery Chair,
Privolzhsky Research Medical University,
Russia, Nizhniy Novgorod*

Irina Barchenkova

*Neurologist
of SBHI NPO "Vyksunkaya CDH",
Russia, Vyksa*

Nadezhda Zaytseva

*Neurologist
of SBHI NPO "Vyksunkaya CDH",
Russia, Vyksa*

Yulia Ageyeva

*Neurologist of SBHI NPO "Vyksunkaya CDH",
Russia, Vyksa*

Galina Kotova

*Neurologist
of SBHI NPO "Borskaya CDH",
Russia, Bor*

Lubov Gorbunova

*Neurologist
of SBHI NPO "Borskaya CDH",
Russia, Bor*

Pavel Grechishnikov

*Neurologist
of SBHI NPO "Pervomayskaya CDH",
Russia, Pervomaysk*

Nadezhda Sadkova

*Deputy Chief Doctor for Medical Affairs,
Neurologist of SBHI NPO "Shatkovskaya CDH",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Shatki*

Elena Muravina

*Neurologist
of SBHI NPO "Central District Hospital",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas*

Sergey Ermakov

*Therapist, Ultrasonic Medical Investigation Specialist
of SBHI NPO "Central District Hospital",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas*

Sergey Nesterenko

*Neurologist
of SBHI NPO "Central District Hospital",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas*

Aleksey Naumov*Neurologist
of SBHI NPO "Central District Hospital",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas***Marat Hasyanov***Neurologist
of SBHI NPO "Arzamas District Hospital №1",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas***Aleksandra Ponomareva***Neurologist
of SBHI NPO "Arzamas District Hospital №1",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas***Ekaterina Komkova***Neurologist
of SBHI NPO "Arzamas District Hospital №1",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas***Tatyana Teleshova***Neurologist of SBHI NPO "Arzamas District Hospital №1",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Arzamas***Konstantin Zemlyanin***Neurologist
of SBHI NPO "Kovrov Central District Hospital",
Russia, Vladimir Region, Kovrov***Yulia Zhukova***Neurologist
of SBHI NPO "Kovrov Central District Hospital",
Russia,, Vladimir Region, Kovrov***Aleksey Smolin***Neurologist
of SBHI NPO "Zavolzhskaya District Hospital",
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Gorodetsky District, Zavolzhye***Maria Medvedeva***Neurologist
of SBHI NPO "Zavolzhskaya District Hospital"
Russia, Nizhniy Novgorod Region, Gorodetsky District, Zavolzhye*

АННОТАЦИЯ

В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 450 000 случаев ОНМК, при этом риск повторного составляет 10-30% в год. Смертность от цереброваскулярных заболеваний находится на 3-м месте среди всех патологий. Все это ведет к огромным затратам государства на лечение, реабилитацию, а также к потерям в экономике. Снижение рисков возникновения повторных ОНМК реализуется за счет открытия кабинетов инсульта, целями которых является проведение консультативного приема, назначения комплекса диагностических и лечебных мероприятий и динамическое наблюдение пациентов с целью профилактики возможности возникновения повторных ОНМК. Суть заключается в мультидисциплинарном подходе к пациентам с высоким риском развития ОНМК. Штатная численность кабинета устанавливается руководителем медицинской организации. Прием осуществляется неврологом, имеющим опыт работы в экстренной ангионеврологии. Врач кабинета тесно взаимодействует с участковым терапевтом, врачом общей практики и др. Внедрение специализированной диспансеризации пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе позволяет улучшить качество проводимой вторичной профилактики инсульта, содействует снижению заболеваемости и смертности больных.

ABSTRACT

In the Russian Federation, more than 450,000 cases of stroke are registered annually, with a risk of recurrence of 10-30% per year. Mortality from cerebrovascular diseases is on the 3rd place among all pathologies. All this leads to huge costs of the state for treatment, rehabilitation, as well as to losses in the economy. Reducing the risk of recurrent stroke is realized through the opening of stroke rooms, the purpose of which is to conduct a consultative reception, prescribe a set of diagnostic and therapeutic measures and dynamic monitoring of patients in order to prevent the possibility of recurrent STROKE. The essence is a multidisciplinary approach to patients at high risk of developing stroke. The staff size of the cabinet is set by the head of the medical organization. The appointment is made by a neurologist with experience in emergency angioedurology. The doctor of the office closely interacts with the district therapist, general practitioner, etc. The introduction of specialized medical examination of patients at the outpatient stage allows to improve the quality of the secondary prevention of stroke, helps to reduce the morbidity and mortality of patients.

Ключевые слова: ОНМК, кабинет инсульта, кабинет профилактики инсульта, профилактика, инсульт.

Keywords: stroke, stroke cabinet, stroke prevention cabinet, stroke prevention, stroke prevention.

Введение. Профилактика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) является наиболее актуальной задачей неврологии и нейрохирургии [1, 2, 3]. Смертность от cerebrovascular заболеваний (ЦВЗ) находится на 3-ем месте (после заболеваний сердца и злокачественных новообразований) [4, 5, 6]. Количество ежегодно регистрируемых ОНМК в США достигает 500 000, а в Российской Федерации — 450 000 [7, 8, 9]. На сегодняшний день в Мире около 9 миллионов человек страдают ЦВЗ [10]. Риск повторного ОНМК после перенесенного 1-го варьирует от 10 до 30% в год [11]. Летальность от ОНМК достигает 25-40%, а после повторного увеличивается до 65% [11, 12]. В России уровень заболеваемости ЦВЗ и летальности от них превышает Мировые показатели в 2 раза [8, 13, 14]. ЦВЗ наносят огромный ущерб национальной экономике, учитывая расходы на лечение, реабилитацию, потери в сфере производства [10, 15, 16].

В системе здравоохранения приоритетное значение отводится реализации комплекса мер, направленных на формирование здорового образа жизни среди населения РФ [17]. Данная программа реализуется, в том числе, в виде открытия в регионах Центров здоровья [18]. Совершенствование комплекса профилактических мероприятий, на амбулаторно-поликлиническом уровне, содействующих снижению повторных ОНМК [19, 20, 21]. Основными стратегиями профилактики ЦВЗ является выявление факторов риска, модификация образа жизни, подбор адекватного медикаментозного лечения, лечение фоновых и коморбидных заболеваний, активное динамическое наблюдение на амбулаторно-поликлиническом этапе [22, 23, 24]. Отмечено, что большинство пациентов после выписки из стационара не сразу попадают под наблюдение терапевта поликлиники по месту жительства, тем более, невролога, кардиолога и эндокринолога. С этой целью организуются кабинеты инсульта целями, которых является проведение консультативного приема, назначения комплекса диагностических мероприятий и динамическое наблюдение пациентов с целью профилактики возможности возникновения повторных ОНМК [25, 26].

Принципы работы. Штатная численность кабинета устанавливается руководителем медицинской организации. Прием осуществляется неврологом, имеющим опыт работы в экстренной ангионеврологии [7]. Врач кабинета тесно взаимодействует с участковым терапевтом, врачом общей практики и др.

Основными функциями кабинета является [25]

- отбор пациентов для консультирования
- повышение информированности пациентов и их родственников об ОНМК, его типах и причинах возникновения, клинических проявлениях, осложнениях и сопутствующих заболеваниях.
- формирование современных навыков реабилитации и ухода за больными членами семьи.
- обеспечение родственников пациентов юридической информацией с практическими рекомендациями по оформлению инвалидности и получению социальных льгот для пациентов.
- определения объема обследования по результатам консультирования.
- анализ результатов обследования с последующей определением тактики лечения.
- направление пациентов на хирургическое лечение и реабилитацию, в случае необходимости.
- мультидисциплинарное взаимодействие со смежными специалистами.
- привлечение к участию в организации массовых просветительно-профилактических программ.
- проведение научно-исследовательских работ.
- представление отчета о работе кабинета.

Кабинет инсульта посещают следующие группы пациентов:

- перенесшие любое ОНМК.
- с преходящим амаврозом, амблиопией.
- с прогрессирующей энцефалопатией.
- перенесшие реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях (БЦА).
- имеющие стеноз БЦА (по данным инструментальных методов обследования).
- с семейной гиперлипидемией.
- по направлению лечащего врача с проблемами при назначении антикоагулянтной, гипотензивной или гиполипидемической терапией.

- пациенты с постоянной или пароксизмальной фибрилляцией предсердий.
- пациенты с механическими и биологическими протезами клапанов сердца, CCCY, свежим инфарктом миокарда (4 недели – 6 месяцев), дилатационной кардиомиопатией, миксомами, инфекционным эндокардитом.
- пациенты с длительной никотиновой зависимостью;
- пациенты с редко встречающимися заболеваниями (гипергомоцистеинемия, тромбофилии, диссекция церебральных артерий, болезнь Фабри, CADASIL).

Сначала оценивается общая активность больного по шкалам Рэнкин и Бартел. При необходимости

пациенты проходят тестирование по шкалам MMSE (краткая шкала оценки когнитивных функций), HADS (шкала тревоги и депрессии) и DN4 (опросник диагностики нейропатической боли). Всем пациентам проводится расчет риска развития ОНМК по шкалам CHA₂DS₂VASc, ESRS и пятипроцентной шкале риска ОНМК. В зависимости от степени риска изменяются и методы превентивного лечения. Например, антитромботическая терапия не показана пациентам с низким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Для больных с нарушениями ритма сердца более надёжной является шкала CHA₂DS₂VASc (таблицы 1 и 2).

Таблица 1.

Шкала CHA₂DS₂VASc

Факторы риска	Баллы
Хроническая сердечная недостаточность	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст > 75	2
Сахарный диабет	1
Ишемический инсульт, ТИА, системные эмболии	2
Поражение артерий <ul style="list-style-type: none"> • Инфаркт миокарда • Аортокоронарное шунтирование в анамнезе • Заболевания периферических артерий 	1
Возраст 65 – 74 года	1
Женский пол (за исключением женщин <65 лет без других факторов риска, кроме женского пола)	1

Шкала предназначена для определения показаний к назначению антикоагулянтов у больных с фибрилляцией предсердий и её прогностическая ценность представляется значительной [27].

Таблица 2.

Расшифровка результатов шкалы CHA₂DS₂VASc

Категория риска	Баллы по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc	Рекомендованная антитромботическая терапия
1 «крупный» фактор риска или ≥2 клинически значимых «не крупных» факторов риска	≥ 2	Антагонист витамина К (например, варфарин) с целевым МНО 2.5 (2.0-3.0)
1 клинически значимый «не крупный» фактор риска	1	Пероральный антикоагулянт (предпочтительно) или ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-325 мг в сутки
Нет факторов риска	0	АСК 75-325 мг в сутки или отсутствие антитромботической терапии (предпочтительно)

В случае принятия решения о необходимости приема антикоагулянтов, риск кровотечения оценивается по шкале HAS-BLED (таблица 3).

Таблица 3.

Шкала HAS-BLED

Критерий	Балл
Артериальная гипертензия	1
Нарушение функции печени и почек	1 или 2
Инсульт	1
Кровотечения в анамнезе	1
Лабильное МНО	1
Возраст более 65 лет	1
Лекарства или алкоголь (по 1 баллу за каждый)	1 или 2

Риск кровотечения считается высоким в случае получения 3 баллов и более (максимум – 9).

Также для оценки риска развития ОНМК широко применяется шкала ESRS (таблица 4)

Таблица 4.

Шкала ESRS

Факторы риска	Баллы
Возраст менее 65 лет	0
Возраст 65-75 лет	1
Возраст более 75 лет	2
Артериальная гипертония	1
Сахарный диабет	1
Инфаркт миокарда	1
Другие сердечно-сосудистые заболевания (ХСН, ИБС, желудочковые аритмии), за исключением инфаркта миокарда и фибрилляции предсердий	1
Заболевания периферических артерий	1
Курение	1
ТИА или ишемический инсульт	1

Сумма в 3 балла и более свидетельствует о 4% годовом риске серьезных осложнений и такой риск оценивается как высокий. Шкала ESRS коррелирует с «пятипроцентной шкалой» по степени

оценки абсолютного риска повторного ОНМК (таблица 5).

Таблица 5.

Пятипроцентная шкала риска инсульта

Репрезентативный синдром	Годовой риск ОНМК
Артериальная гипертония	5%
Гиперкоагуляционный синдром	5%
Аритмия	5%
Атеросклеротический стеноз БЦА (>50%)	5%

Шкала удобна для врачей и более точна в сравнении с системами, ориентированными на возрастные и нозологические критерии. Низкий риск определяется как 5% и менее (1 синдром), умеренный риск – 5 – 10% (2 синдрома), высокий риск 10 – 15% (три синдрома), очень высокий риск – 3 – 4 синдрома. Граница низкого и умеренного риска служит основанием для принятия решения о превентивном лечении (назначение антиагрегантов, статинов и других лекарств) [28]. Все вышеперечисленные шкалы позволяют правильно количественно оценивать риски и планировать: программу лечения, терапию, исходы и профилактику.

После оценки рисков ОНМК при необходимости пациенты направляются на дополнительные обследования: электрокардиография, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД (артериального давления), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА), электроэнцефалография, эхоэнцефалография, анализы крови (липидный спектр, гемостаз, гомоцистеин), мультиспиральную компьютерную томографию БЦА, нейровизуализацию (КТ или МРТ головного мозга) [22, 8, 29]. Также при необходимости получают консультации смежных специалистов: кардиолога, терапевта, эндокринолога, нейрохирурга, офтальмолога,

сердечно-сосудистого хирурга, хирурга, психиатра, психолога, врача ЛФК и др. [22, 30, 31]. Обязательным является прецизионное обследование пациента, уточнение подтипа ОНМК и поиск его причины: кардиальная эмболия, атеросклероз БЦА, венозный тромбоз, диссекция БЦА, наследственные заболевания (диагностика антифосфолипидного синдрома, наследственных тромбофилий и гипергомоцистемии). Специалистами проводится ранняя диагностика и отбор пациентов для хирургического лечения стенозов и патологических деформаций БЦА, сосудистой патологии интракраниальных артерий (аневризм, артерио-венозных мальформаций, кавернозных ангиом и др.) [4, 32, 33]. Диагностируют стеноз БЦА с помощью дуплексной ультрасонографии с доплерографией [34, 35, 36]. Этот метод широко распространен и доступен как метод визуализации 1-й линии, который может оценить гемодинамический статус пациента [37, 38, 39]. Особой группой является «инсульт у молодых»: кардиогенная эмболия (ТЭзоЭХОКГ, длительный повторный мониторинг ЭКГ), парадоксальная эмболия (продолжительная инфузионная контрастная ЭхоКГ), неатеросклеротические тромбозы БЦА и интракраниальных артерий (скрининг на тромбофилию), венозные внутричерепные тромбозы, васкулиты (болезнь Такаясу и др.), наследственные артериопатии (болезнь Фабри, CADASIL), диссекции БЦА и др. Особое внимание стоит уделить болезни Фабри, так как ОНМК может быть первым ее проявлением, а само заболевание является прогрессирующим и опасным для жизни. Для выявления используются скрининговое тестирование со стандартным забор крови или методом сухой капли крови. Тестирование проводится в следующих случаях: пациенты с инсультом или ТИА в возрасте от 18–55 лет, с рассеянным склерозом (имеющие не типичное течение или без олигоклональных полос в ликворе), с полинейропатией и характерным болевым синдромом, с неясной неврологической симптоматикой, с семейной историей болезни. При подтверждении диагноза назначается фермент-заместительная терапия составляющая патогенетическое лечение.

Врачами проводится коррекция модулируемых факторов риска (социально-гигиенические, поведенческие факторы и медико-биологические факторы) [40]. Медикаментозная терапия направлена для коррекции вторичных факторов риска (артериальная гипертензия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, нарушение ритма сердца) и как следствие предотвращения развития ОНМК снижая уровни преждевременной смертности [41, 2]. Такая терапия должно включать антиагреганты, статины и др. [37]. Антиагрегантная терапия является краеугольным камнем профилактики повторных ОНМК. Стандартное лечение заключается в постоянном назначении одного или нескольких препаратов: АСК, клопидогрела, тикагрелора. В одном из исследований, сравнивающем эффективность применения АСК в дозировке 325 мг и клопидогрела 75 мг, не наблюдалось существенной разницы в клинических исходах, включая будущий

ОНМК, инфаркт миокарда и смерть в течение 1 года [42]. В рандомизированном двойном слепом контролируемом исследовании эффективности и безопасности тикагрелора по сравнению с АСК при остром инсульте или ТИА атеросклеротического происхождения при анализе подгруппы SOCRATES тикагрелор имел лучшие результаты в предотвращении ранних сосудистых событий через 90 дней после первоначального события [43]. В рекомендациях Европейской конференции по инсульту (European Stroke Conference) рекомендована антиагрегантная терапия одним препаратом у асимптомных пациентов со стенозом БЦА >50% [44]. Антиагрегантная терапия АСК и клопидогрелом может быть оправданна и полезна для профилактики ОНМК в течение короткого периода времени. Краткосрочная двойная терапия показала более благоприятные результаты, чем применение одной АСК, в снижении количества микроэмболий и клинических ишемических событий у пациентов с симптоматическим стенозом БЦА [45]. Однако длительная двойная антиагрегантная терапия (на срок более 90 дней) обычно не рекомендуется для профилактики ОНМК из-за повышенного риска кровотечений [46]. Современные рекомендации предлагают пациентам, оперированным на БЦА, назначать монотерапию АСК или клопидогрелом [37]. Больным, которым провели стентирование БЦА, рекомендованы двойная антитромбоцитарная терапия АСК и клопидогрелом в течение 4 нед. после операции, а затем переход на монотерапию АСК или клопидогрелом.

Применение статинов может снизить риск повторного ОНМК у пациентов со значимым стенозом БЦА [47]. Это стандартное лечение для всех больных с ОНМК или ТИА, у которых нет противопоказаний для терапии статинами [37]. В случае недостаточного снижения липидов необходимо применять комбинацию препаратов с разными механизмами действия, включая эзетимиб. Уровень липопротеинов низкой плотности должен быть снижен до уровня ниже 70 мг/дл или уменьшен на 50% и более, если исходный уровень липопротеинов низкой плотности составляет от 70 до 135 мг/дл у пациентов со стенозом БЦА [37].

Так же в кабинете проводится профилактика и коррекция дезадаптации (внутреннего стресса) у больных, перенесших ОНМК, и их родственников психологом. К нефармакологическим методам профилактики ОНМК относят соблюдение диеты, отказ от вредных привычек, предлагаются направления изменения образа жизни, назначаются реабилитационные мероприятия по уменьшению и восстановлению неврологического дефицита [48]. Рекомендуется соблюдение специальной диеты для коррекции АД: с большим содержанием в рационе фруктов, овощей и нежирных молочных продуктов, а также уменьшенным содержанием насыщенных жиров, углеводов, что также снижает АД. (Класс I, Уровень доказательности A). Особое внимание данной категории лиц нужно акцентировалось на важности занятий спортом, сохранении активного образа жизни и регулярных физических нагрузок. Рекомендации

относительно аэробной физической активности: взрослым следует заниматься не менее 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю при умеренной интенсивности или 75 минут (1 час и 15 минут) в неделю при энергичной интенсивности. (Класс I, Уровень доказательности В). При снижении веса пациенты отмечают увеличение своей физической активности и возможности регулярного выполнения ежедневной гимнастики. Остается недооцененной проблема синдрома обструктивного апноэ сна – состояния, характеризующегося наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижение уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Коррекция синдрома обструктивного апноэ сна осуществляется фармакологическими, электромеханическими методами, а также оперативным путем. Однако методом выбора является CPAP-терапия – неинвазивная вспомогательная вентиляция постоянным положительным давлением в дыхательных путях во время сна через маску [49]. Пациентам предоставляется

информации о необходимости ведения ежедневного дневника измерения АД. Значительную роль в деятельности кабинета по профилактике ОНМК играет просветительная работа [50]. Она включает широкий спектр таких мероприятий, как подготовка методических рекомендаций для практикующих врачей, создание информационных буклетов, листовок для населения по популяризации здорового образа жизни, проведение разъяснительных бесед с пациентами и их родственниками, взаимодействие со средствами массовой информации.

Заключение. Многие пациенты после ОНМК считают не нужным принимать препараты ввиду проведенного курса медикаментозного стационарного лечения, либо отказ от препаратов связан с временной стабилизацией АД. Следует отметить, что регулярное посещения кабинета профилактики инсульта и динамическое диспансерное наблюдение дисциплинирует пациентов. В США, странах Западной Европы, Японии, Австралии за 15 лет произошло снижение смертности от ОНМК на 50% (работа по 2-м направлениям: снижение летальности при свершившемся ОНМК, уменьшение заболеваемости).

Список литературы.

1. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Леманев В.Л., Далибалдян В.А., Лукьянчиков В.А., Нахабин О.Ю., Токарев А.С., Полунина Н.А., Сенько И.В., Хамидова Л.Т., Кудряшова Н.Е., Григорьева Е.В. Хирургическое лечение больных с двусторонними окклюзионно-стенотическими поражениями брахиоцефальных артерий. *Нейрохирургия*. 2014. № 4. С. 16-25.
2. Далибалдян В.А., Лукьянчиков В.А., Шалумов А.З., Полунина Н.А., Токарев А.С., Шатохина Ю.И., Степанов В.Н. Временная сублокация нижней челюсти при вмешательствах по поводу высокого атеросклеротического поражения экстракраниального отдела внутренней сонной артерии. *Нейрохирургия*. 2016. № 1. С. 60-67.
3. Усачев С.Ю., Сербиненко А.Ф., Лемешев В.А., Митрошин Т.С., Шахнович В.А., Лазарев В.А., Лукшин В.А., Шмигельский А.В., Сазонова О.Б., Огурцова А.А., Чурилов М.В. Хирургическое лечение больных с окклюзированием и стенозопрованием пораженных брахиоцефальных артерий. *Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. 2003. № 2. С. 2.
4. Закондырин Д.Е., Полунина Н.А., Лукьянчиков В.А., Токарев А.С., Сенько И.В., Далибалдян В.А., Крылов В.В. Внедрение результатов симуляционного обучения в практику оказания нейрохирургической помощи пациентам со стенозирующими поражениями сонных артерий. *Нейрохирургия*. 2018. Т. 20. № 1. С. 103-108.
5. Белякин С.А., Антонов Г.И., Лазарев В.А., Митрошин Г.Е., Галактионов Д.М., Миклашевич Э.Р., Мельничук С.В., Гладышев С.Ю. Сравнительный анализ сонно-подключичной транспозиции и стентирования при stenotическом поражении подключичной артерии. *Военно-медицинский журнал*. 2011. Т. 332. № 10. С. 29-35.
6. Беляев А.Ю., Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Сазонова О.Б., Шмигельский А.В., Подопригора А.Е. Синдром церебральной гиперперфузии после каротидной эндартерэктомии. *Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. 2011. Т. 75. № 3. С. 31-38.
7. Крылов В.В., Лукьянчиков В.А. Хирургическая реваскуляризация головного мозга при остром инсульте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. Т. 114. № 12-2. С. 46-52.
8. Лукьянчиков В.А., Удодов Е.В., Далибалдян В.А., Крылов В.В. Хирургическое лечение пациентов с патологией брахиоцефальных артерий в остром периоде ишемического инсульта. *Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова*. 2017. Т. 9. № 2. С. 22-29.
9. Мамедов Ф.Р., Арутюнов Н.В., Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Мельникова-Пицхелаури Т.В., Фадеева Л.М., Пронин И.Н., Корниенко В.Н. Современные методы нейровизуализации при стенозирующей и окклюзирующей патологии сонных артерий. *Лучевая диагностика и терапия*. 2012. № 3 (3). С. 109-116.
10. Ким А.В., Антонов Г.И., Переходов С.Н., Васильченко М.И., Лазарев В.А., Миклашевич Э.Р., Мельничук С.В., Гладышев С.Ю., Ким Э.А. Результаты хирургического лечения ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии в остром периоде. *Госпитальная медицина: наука и практика*. 2018. Т. 1. № 5. С. 18-26.
11. Годков И.М., Лукьянчиков В.А. Хирургическое лечение больных с ишемическим инсультом мозжечка. *Нейрохирургия*. 2015. № 3. С. 84-90.

12. Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Соснин А.Д., Шишкина Л.В., Шмигельский А.В., Нагорская И.А., Васильченко В.В., Беляев А.Ю., Ахмедов А.Д., Батищева Е.В. Хирургическое лечение больных с патологическими деформациями сонных артерий. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2014. Т. 78. № 5. С. 3-15.
13. Лукьянчиков В.А., Удодов Е.В. Тактика хирургического лечения острой ишемии головного мозга, обусловленной атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий. Нейрохирургия. 2020. Т. 22. № 3. С. 31-41.
14. Галкин П.В., Антонов Г.И., Митрошин Г.Е., Терехин С.А., Бобков Ю.А. Хирургическая коррекция синдромов обкрадывания мозгового кровотока при стенозирующих поражениях ветвей дуги аорты. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009. № 7. С. 15-21.
15. Антонов Г.И., Галкин П.В., Митрошин Г.Е. Хирургическая коррекция стенозирующих поражений брахиоцефального ствола, подключичной и позвоночной артерий в лечении вертебробазилярной недостаточности. Нейрохирургия. 2008. № 1. С. 25-32.
16. Ахмедов А.Д., Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Шмигельский А.В., Беляев А.Ю., Соснин А.Д. Каротидная энтерэктомия у больных с высоким хирургическим риском. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2013. Т. 77. № 4. С. 36-42.
17. Лукьянчиков В.А., Хасауов Р.Х., Кордонская О.О., Далибалдян В.А., Сенько И.В. Эндоскопически-ассистированная коррекция патологических извитостей сонных артерий. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;2:13-20.
18. Гордюкова И.Ю., Исаева Н.В., Шнякин П.Г. Возможности профилактики инсульта в условиях специализированного ангионеврологического кабинета. В книге: Болезни мозга: от изучения механизмов к диагностике и лечению. Москва, 2018. С. 507-508.
19. Гордюкова И.Ю., Исаева Н.В., Шнякин П.Г. Профилактика инсульта в условиях ангионеврологического кабинета. В книге: XX Давиденковские чтения. сборник тезисов юбилейного конгресса с международным участием хх давиденковские чтения к 125-летию создания первой в россии кафедры усовершенствования врачей-неврологов. Под редакцией профессора С.В. Лобзина. 2018. С. 96-98.
20. Прокопенко С.В., Гордюкова И.Ю., Исаева Н.В., Шульмин А.В. Пилотный проект в Сибирском Федеральном округе и телефонное интервью как метод дистанционного мониторинга больных в восстановительном периоде инсульта. В сборнике: Международный конгресс, посвященный Всемирному Дню инсульта. Материалы конгресса. 2017. С. 315-327.
21. Антонов Г.И., Щиголев Ю.С., Ким Э.А., Свистов Д.В. Хирургическая тактика при патологических деформациях магистральных артерий головы и шеи в условиях нейрохирургического стационара. Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. 2014. Т. 6. № 4. С. 5-10.
22. Гордюкова И.Ю., Исаева Н.В., Корчагин Е.Е., Шнякин П.Г., Шульмин А.В., Ипполитова Е.В. Опыт работы кабинета по профилактике инсульта в краевой клинической больнице г. Красноярск. Сибирское медицинское обозрение. 2018. № 5 (113). С. 104-110.
23. Галкин П.В., Антонов Г.И. Расстройства церебральной гемодинамики при синдромах обкрадывания мозгового кровотока: способы хирургической коррекции. Клиническая физиология кровообращения. 2009. № 4. С. 89-95.
24. Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Шмигельский А.В., Ахмедов А.Д. Анастомоз между внутренней сонной и позвоночной артериями в лечении больного с двусторонними окклюзиями артерий каротидного бассейна. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2016. Т. 80. № 2. С. 72-77.
25. Ю.В. Петельский, М.Ю. Сурмач. Новые организационные подходы к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения в Гродненской области. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2017. № 2 (91). С. 37-46.
26. Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Лубнин А.Ю., Пронин И.Н., Шахнович В.А., Шмигельский А.В., Огурцова А.А., Чурилов М.В., Шишкина Л.В., Кинякин В.Н. Этапное хирургическое лечение больных с множественными стенозирующими и окклюзирующими поражениями магистральных артерий головного мозга. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2007. № 1. С. 16-22.
27. Прокопенко Ю.И. Анатомия рисков. – М.: Издательство КВОРУМ, 2013.
28. Широков Е. А. Гемодинамические кризы. – М.: Издательство КВОРУМ, 2011.
29. Мамедов Ф.Р., Арутюнов Н.В., Усачев Д.Ю., Мельникова-Пицхелаури Т.В., Пяшина Д.В., Фадеева Л.М., Корниенко В.Н. Комплексная нейрорадиологическая диагностика при атеросклеротическом поражении сонных артерий. Вестник рентгенологии и радиологии. 2011. № 1. С. 004-010.
30. Гордюкова И.Ю., Исаева Н.В., Шнякин П.Г. Опыт работы кабинета по профилактике инсульта в консультативно-диагностической поликлинике Краевой Клинической больницы г. Красноярск. В сборнике: Международный конгресс, посвященный Всемирному Дню инсульта. Материалы конгресса. 2017. С. 486-487.
31. Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Яковлев С.Б., Шмигельский А.В., Пронин И.Н., Арустамян С.Р., Белоусова О.Б., Ахмедов А.Д., Шульгина А.А., Соснин А.Д., Шевченко Е.В., Куликов А.С. Двадцатилетний опыт хирургического лечения стенозирующей и окклюзирующей патологии брахиоцефальных артерий в ФГАУ "Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко". Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2020. Т. 84. № 3. С. 6-20.

32. Шаповалова А.Г., Раповка В.Г., Соболевская О.А., Негода Т.Н. Реабилитация пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения на фоне гемодинамически значимых стенозов брахиоцефальных артерий. Тихоокеанский медицинский журнал. 2020. № 3 (81). С. 25-29.
33. Ким А.В., Антонов Г.И., Лазарев В.А., Джинджихадзе Р.С., Миклашевич Э.Р., Мельничук С.В., Гладышев С.Ю., Курносенко В.Ю. Хирургическое лечение больных с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии в остром периоде. Нейрохирургия. 2014. № 1. С. 126-131.
34. Антонов Г.И., Митрошин Г.Е. Варианты выполнения эверсионной каротидной эндаферэктомии. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2005. Т. 6. С. 108.
35. Антонов Г.И., Митрошин Г.Е., Миклашевич Э.Р. Хирургические возможности при атеросклеротическом поражении магистральных артерий головы. Ангиология и сосудистая хирургия. 2008. Т. 14. № 3. С. 182.
36. Мамедов Ф.Р., Арутюнов Н.В., Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Беляев А.Ю., Мельникова-Пицхелаури Т.В., Фадеева Л.М., Пронин И.Н., Корниенко В.Н. Нейрорадиологическая диагностика атеросклеротических поражений и извитости сонных артерий в определении показаний к хирургическому лечению. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2011. Т. 75. № 2. С. 3-10.
37. Леманов В.Л., Лукьянчиков В.А., Беляев А.А. Цереброваскулярные заболевания и стенотическое поражение брахиоцефальных артерий: эпидемиология, клиническая картина, лечение. Consilium Medicum. 2019. Т. 21. № 9. С. 29-32.
38. Антонов Г.И., Митрошин Г.Е., Миклашевич Э.Р. Хирургические возможности при атеросклеротическом поражении магистральных артерий головы. Ангиология и сосудистая хирургия. 2008. Т. 14. № 3. С. 182.
39. Антонов Г.И., Щиголев Ю.С., Ким Э.А., Маряшев С.А. Алгоритм применения методов обследования при хирургическом лечении недостаточности мозгового кровообращения и профилактики ишемического инсульта. Клиническая неврология. 2014. № 1. С. 3-8.
40. Джилкашиев Б.С., Антонов Г.И., Чмутин Г.Е., Чмутин Е.Г., Зокидов З.У., Симфукве К. Лечение синдрома недостаточности кровообращения в вертебробазилярном бассейне. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2020. № 4. С. 27-32.
41. Корчагин Е.Е., Шнякин П.Г., Исаева Н.В., Ипполитова Е.В., Ломаско Е.О., Максимкина Ю.Н., Никитина М.И. Результаты работы системы регионального мониторинга инсультов в Красноярском крае. Вестник Росздравнадзора. 2019. № 1. С. 36-40.
42. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. Lancet 1996; 348 (9038): 1329-39.
43. Amarenco P, Albers GW, Denison H et al. Efficacy and safety of ticagrelor versus aspirin in acute stroke or transient ischaemic attack of atherosclerotic origin: a subgroup analysis of SOCRATES, a randomised, double-blind, controlled trial. Lancet Neurol 2017; 16: 301-10
44. De Rango P, Pariani G, Verzini F et al. Long-term prevention of stroke: a modern comparison of current carotid stenting and carotid endarterectomy. J Am Coll Cardiol 2011; 57:664-71.
45. Markus HS, Droste DW, Kaps M et al. Dual antiplatelet therapy with clopidogrel and aspirin in symptomatic carotid stenosis evaluated using doppler embolic signal detection: the Clopidogrel and Aspirin for Reduction of Emboli in Symptomatic Carotid Stenosis (CARESS) trial. Circulation 2005;111: 2233-40.
46. SPS3 Investigators. Effects of clopidogrel added to aspirin in patients with recent lacunar stroke. N Engl J Med 2012; 367: 817-25.
47. Карабаев И.Ш., Свистов Д.В., Кандыба Д.В., Савелло А.В., Харитонов В.В., Антонов Г.И. Хирургическое лечение окклюзионно-стенотических поражений артерий головного мозга. В книге: Сборник лекций по актуальным вопросам нейрохирургии. Санкт-Петербург, 2008. С. 192-278.
48. Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Яковлев С.Б., Арустамян С.Р., Шмигельский А.В. Протокол обследования и хирургического лечения больных со стенозирующими поражениями магистральных артерий головного мозга. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2009. № 2. С. 48-54.
49. Виноградов О.И., Кузнецов О.Н. Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика ишемического инсульта. – М.: ИД Третьяков, 2019. С. 118.
50. Шнякин П.Г., Ипполитова Е.В., Хало Н.В., Исаева Н.В. Проблемы и пути развития первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра Красноярского края и г. Красноярска. В сборнике: Современные принципы комплексного лечения, реанимации и реабилитации больных с заболеваниями и травмами нервной системы. Сборник научных трудов, посвященных 90-летию со дня рождения основателя нейрохирургической службы Красноярского края, доктора медицинских наук, почетного профессора КрасГМУ Дралюк Нины Семеновны. под ред. Шнякин П.Г., Исаева Н.В., Дралюк М.Г. 2015. С. 22-24.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

МОТИВАЦИЯ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ / РАБОТЫ В ПРОФЕССИИ МЕДСЕСТРА

*Денежкина Виктория Леонидовна**канд. мед. наук,**Бюджетное учреждение высшего образования**Ханты-Мансийского автономного округа — Югры**"Ханты-мансийская государственная медицинская академия"**РФ, г. Ханты-Мансийск**E-mail: victory1963@mail.ru*

MOTIVATION FOR TRAINING / WORKING IN THE NURSE PROFESSION

*Victoria Denezhkina**Candidate of medical Sciences Budget institution of higher education**Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Ugra**"Khanty-Mansiysk State Medical Academy",**Russia, Khanty-Mansiysk*

АННОТАЦИЯ

Основная часть рассмотренной литературы выявила факторы, влияющие на трудовую мотивацию медсестер. Трудовая мотивация медсестер измерялась с помощью различных инструментов. До сих пор не получил должного внимания в сестринском деле факт, что качество работы высоко мотивированного сотрудника все еще может варьироваться в зависимости от того, является ли мотивация внутренней или внешней. Кроме того, следует отметить, что существуют различные системы здравоохранения, и поэтому уровень мотивации медсестер к работе и факторы, влияющие на нее, варьируются от организации к организации.

ABSTRACT

The main reviewed literature part revealed factors affecting the work motivation of nurses. The nurses' work motivation was measured using various tools. Until now, the fact that the quality of work of a highly motivated employee can still vary depending on whether the motivation is internal or external has not received due attention in nursing. In addition, it should be noted that there are different health care systems, and therefore the level of motivation of nurses to work and the factors affecting it vary from organization to organization.

Ключевые слова: трудовая мотивация, сестринское дело, здравоохранение.

Keywords: work motivation, nursing, healthcare.

Актуальная проблема здравоохранения — нехватка среднего медицинского персонала — ставит перед менеджерами сестринского дела важную задачу по укомплектованию штата медицинских сестер и сохранению имеющегося кадрового потенциала отделения. Во многом ее решение зависит от уровня и содержания трудовой мотивации сестринского персонала.

Целью статьи стало изучение мотивов выбора профессии медицинской сестры студентами разных медицинских колледжей. Сформулированная таким образом цель может быть достигнута путем изучения отношений, предпочтений, намерений для непрерывного образования и развития карьеры опрошенных

медсестер, вместе с их оценкой качества и возможностей, предоставляемых непрерывным обучением.

В исследовании Коралевич и др. [1] в колледж на направление подготовки "Сестринское дело" поступили в первую очередь люди, интересующиеся медициной (60,7%), ввиду высокого рыночного спроса на медицинскую специальность (50%) и с желанием помогать другим (50%). Студентами этого направления стали случайно 14,9% людей, а 10,1% — потому, что не попали на другое направление. Престиж профессии был мотивом выбора обучения только для 3,3% студентов [1].

В организации здравоохранения трудовая мотивация является важной мерой реагирования

медицинского работника на растущие вызовы и требования [2]. Она инициирует поведение для достижения намеченных целей. Мотивация является сложной, многомерной и поэтому определяется как "сила внутри индивида, которая влияет или направляет поведение" [3].

В организационном контексте мотивация объясняется как стимул трудового поведения, который направляет усилия работника на достижение целей организации [4]. Мотивация работников является результатом взаимодействия между индивидами (внутренний психологический процесс), их рабочей средой (транзакционный процесс) и соответствием между этими взаимодействиями и социальным контекстом [5].

Существует два различных типа мотивации: внутренняя и внешняя. Внутренняя мотивация (ИМ) - это внутренняя сила, которая побуждает работников к достижению личных и организационных целей [6]. Это побуждает людей заниматься деятельностью, которую они находят интересной. Люди, которые были внутренне мотивированы, обладают внутренним побуждением, которое формирует поведение и вдохновляет на выполнение обязанностей без каких-либо внешних эффектов. Следовательно, ИМ возникает из удовольствия человека от самой работы или из личных интересов и без давления других, а также признается самим собой и не зависит от результатов. ИМ среди медсестер, в контексте здравоохранения, определяется как удовлетворение от выполнения работы за внешнее вознаграждение [6].

Внешняя мотивация (ЕМ) - это внешняя сила, которая побуждает работников к достижению личных и организационных целей [6]. Более того, она побуждает людей выполнять свои обязанности, используя принуждение или инструкции, чтобы получить взамен вознаграждение. Внешние вознаграждения состоят из наград, заработной платы и льгот. Это также может проявляться в форме хороших отношений между работниками и лучших условий труда. ЕМ в контексте здравоохранения побуждает медсестер добиваться должностей, наград и многочисленных дополнительных преимуществ, которые генерируются внешними стимулами и приносят прибыль им самим и их организации [6].

В то время как мотивация направляет и стимулирует действия сотрудников в больнице, уровень мотивации регулирует приверженность и эффективность медсестер в сестринской практике [7]. В Италии

было проведено исследование с целью изучения взаимосвязи между мотивацией и целеустремленностью и их влиянием на результаты работы [8]. В этом исследовании авторы опросили 487 медсестер из больницы в центре Италии, а также 593 медсестры из больницы на севере Италии. Результаты показали, что приверженность была связана с трудовой мотивацией, которая была важной предпосылкой поведения и отношения работников. Кроме того, самодетерминированная мотивация играла важную опосредующую роль в позитивном поведении [8].

Пол и социальный статус также упоминались в литературе в качестве факторов, влияющих на трудовую мотивацию медсестер. Например, качественное исследование, в котором изучалось влияние социальных факторов на мотивацию и производительность медицинских работников, показало, что различный пол и семейное положение могут влиять на мотивацию медсестер [9]. В этом исследовании большинство респондентов женского пола (20 из 22) указали, что семейные факторы, такие как муж и родители, место работы мужа, мнение родителей и здоровье членов семьи, а также школьное обучение детей, влияют на их мотивацию и производительность труда [9].

Возраст медсестер был выделен в литературе как личностный фактор, влияющий на трудовую мотивацию. Например, перекрестное изучение взаимосвязи между вознаграждением и мотивацией медсестер в Эфиопии показало, что существует значительная разница в трудовой мотивации медсестер в зависимости от возраста [10]. Дальнейшее исследование смешанным методом, проведенное для определения уровня мотивации медицинских работников и факторов, влияющих на нее, в трех больницах Эфиопии, показало, что существует значительная корреляция между возрастом и уровнем мотивации [11].

Медсестры в зрелом возрасте, по-видимому, придают дополнительную ценность достигнутой самореализации, автономии и самостоятельности. Это связано с тем, что они получают более высокий уровень образования и больший опыт [11]. Они также становятся более уверенными в себе что, как было установлено, повышает их мотивацию [10, 11].

Вывод: Этот обзор подтвердил, что на трудовую мотивацию медсестер часто влияли несколько личных и организационных факторов, которые в совокупности оказывают решающее значение на уровень трудовой мотивации медсестер.

Список литературы:

1. Коралевич Д., Куриата-Костельняк Е.И. Мнения студентов сестринского дела о профессиональном имидже медсестер в Польше. Уход и общественное здравоохранение 2017. № 7(4). С. 285-292
2. Хи О.К. Мотивация и эффективность работы медсестер в Больнице медицинского туризма в Малайзии [Текст] / О.К. Хи, Н.Х. Камалудин, Л. Л. Пинг // Международный обзор менеджмента и маркетинга. 2016. — С. 668-672
3. Моисеев А.А. Особенности мотивации профессиональной деятельности сотрудников в системе «человек-человек»: сущность и структура [Текст] / А.А. Моисеев // Психологические науки: теория и практика: материалы III Междуна. науч. конф. (г. Москва, июнь 2015 г.). — М.: Буки-Веди, 2015. — С. 3-6.

4. Прохорова М.В. Структура мотивации трудовой деятельности на разных стадиях организационного развития / М.В. Прохорова, В.В. Ким // Вестник Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского. — 2012. — № 1 (2). — С. 363-369.
5. Реан А.А. Психология личности / А.А. Реан. - СПб.: Питер, 2013. — 288 с.
6. Туде К. Мотивация работы медсестер в больницах / К. Туде, П. Рутасало, М. Хелминен, Т. Суоминен // Скандинавский журнал медицинских наук. — 2015. — № 29. — С. 248-257
7. Кумар П. Организационная приверженность и внутренняя мотивация регулярных и контрактных поставщиков первичной медико-санитарной помощи/ П. Кумар, А. Мехра, Д. Индер, Н. Шарма // Журнал семейной медицины и первичной медицинской помощи. — 2016. — №5. — С. 94-100
8. Баттистелли, А. Принципы приверженности и мотивации: взаимосвязи и вклад в результаты работы / А. Баттистелли, М. Галлетта, И. Портогезе и др. //Журнал психологии. — 2013. — №147. — С. 17-48.
9. Рази Х. Слушают сельских медицинских работников в Папуа–Новой Гвинее-социальные факторы, влияющие на их мотивацию к работе / Х. Рази, М. Уиттакер, Р. Джаясурия и др. // Социальные науки и медицина. — 2012. — № 75. — С. 828-835.
10. Негасси, Н. Взаимосвязь между вознаграждениями и мотивацией работы медсестер в больницах Аддис’ Абебы. Эфиопский журнал медицинских наук. — 2012. — №22. — С. 107-112.
11. Дагне Т. Мотивация и факторы, влияющие на нее, среди медицинских работников государственных больниц центральной Эфиопии/ Т. Дагне, В. Бейн, Н. Берану // Эфиопский журнал медицинских наук. — 2015. — №25. — С. 231-242.

DOI: 10.32743/UniMed.2021.80.9.12228

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ВЗГЛЯД СТУДЕНЧЕСТВА**Баранова Татьяна Александровна**

ассистент, кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии,
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский Государственный Медицинский Университет, им. В.И. Разумовского»,
РФ, г. Саратов

Скрипкина Ольга Александровна

ассистент, кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии,
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский Государственный Медицинский Университет, им. В.И. Разумовского»,
РФ, г. Саратов

Курсанова Ирина Сергеевна

ассистент, кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии,
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский Государственный Медицинский Университет, им. В.И. Разумовского»,
РФ, г. Саратов

Перевалов Владимир Михайлович

ассистент, кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии,
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский Государственный Медицинский Университет, им. В.И. Разумовского»,
РФ, г. Саратов

Галкина Екатерина Александровна

врач-ординатор,
кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И. Разумовского»,
РФ, г. Саратов

Архипова Людмила Юрьевна

канд. мед. наук, доцент,
кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии,
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И. Разумовского»,
РФ, г. Саратов
E-mail: milarchstef@yandex.ru

MEDICAL EDUCATION: THE STUDENT'S VIEW**Tatyana Baranova**

Assistant,
Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Physiotherapy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Saratov State Medical University V. I. Razumovsky University",
Russia, Saratov

Olga Skripkina

Assistant,
Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Physiotherapy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Saratov State Medical University V. I. Razumovsky University",
Russia, Saratov

Irina Kirsanova

*Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Physiotherapy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Saratov State Medical University V. I. Razumovsky University",
Russia, Saratov*

Vladimir Perevalov

*Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Physiotherapy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Saratov State Medical University V. I. Razumovsky University",
Russia, Saratov*

Ekaterina Galkina

*Resident doctor,
Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Physiotherapy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Saratov State Medical University V. I. Razumovsky University",
Russia, Saratov*

Lyudmila Arkhipova

*Associate Professor, Candidate of Medical Sciences
Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Physiotherapy
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Saratov State Medical University V. I. Razumovsky University",
Russia, Saratov*

АННОТАЦИЯ

Совершенствование информационной системы изменяет сознание врача как фактор индивидуального развития и трансформации личности, формирует перестройку мышления под алгоритм машинного действия. Это вызывает глубокую озабоченность изменениями в психическом и физическом здоровье будущих врачей. Нами оценивалось обучение студентов медицинского вуза в дистанционном формате. Анализ проводился по результатам анкетирования студентов 4 и 6 курсов (n=344) в возрасте 22-28 лет. Выводы: коммерциализация и цифровизация высшего медицинского образования трансформирует подходы к формированию мировоззрения будущих врачей, что отрицательно сказывается на здравоохранении в целом и на системе высшего медицинского образования, в частности.

ABSTRACT

Improving the information system changes the doctor's consciousness as a factor of individual development and personality transformation, forms a restructuring of thinking under the algorithm of machine action. This causes deep concern about changes in the mental and physical health of future doctors. We evaluated the training of medical university students in a remote format. The analysis was carried out based on the results of a survey of students of the 4th and 6th courses (n=344) aged 22-28 years. Conclusions: the commercialization and digitalization of higher medical education transforms approaches to the formation of the worldview of future doctors, which negatively affects healthcare in general and the system of higher medical education in particular.

Ключевые слова: медицинское образование, студенческая молодежь, электронное (дистанционное) образование, интернет-аддикция, врач.

Keywords: medical education, student youth, electronic (distance) education, internet addiction, doctor.

Профессия врача олицетворяет собой представителей общества, обладающих глубокими здоровьесохраняющими знаниями, использующего свои навыки, знания в профилактике и лечении заболеваний. Получить профессиональные медицинские знания будущие врачи могут только в медицинском вузе. Большая медицинская энциклопедия определяет медицинское образование — как систему подготовки и усовершенствования медицинских кадров, совокупность знаний и практических навыков, необходимых для врача или среднего медицинского работника. Но при этом, российские медицинские вузы подвергаются радикальной перестройке, ведущей к серьезным последствиям.

В свою очередь, процесс обучения студентов в вузе — это целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования активной учебно-познавательной деятельности студентов по овладению научными и прикладными знаниями, навыками, умениями, развитию мышления, творческих способностей, личностных качеств, необходимых для осуществления профессиональной деятельности. Но медицинские вузы превращаются в университеты-предприниматели, занимающиеся коммерциализацией новейших технологий [5, С. 143], в них стирается грань между фундаментальными и прикладными исследованиями в

научной среде [3, С.20]. Также у студентов формируется глобализированное мировоззрение, несовместимое не только с национальным менталитетом, но и с гуманной профессией российского врача [5, С.140]. Поменялась методология педагогики высшего образования, где вместо педагогических дидактических принципов стали преобладать психотехники и техники нейролингвистического программирования.

Разработчики «Атласа новых профессий» П. Лукша, Е. Лукша, Д. Песков, Д. Коричин [6] еще в 2011 году представили обновленный рынок труда до 2030 года. Как указывают авторы проекта, в сфере медицины «на смену методикам массового лечения приходит персонализированная терапия на уровне генома человека. Медицина активно срачивается с биотехнологической отраслью в вопросах фармакологии и создания пересаживаемых тканей и органов. ...Генетический код – это не самый сложный набор нуклеиновых кислот, а амбулаторная карта на всю жизнь...» Как можно видеть из резюме профессий будущего, на смену лечения, приходит внедрение в геном человека; трансгуманистический подход с биотехнологическим «сращением» человеческого организма и робототехники; медицина, соответственно, из доступной помощи, превращается в платную, высокотехнологическую отрасль биомедицинского воздействия.

Для образовательной отрасли разработчики проекта вместо навыков и знаний, предлагают использовать «новые инструменты» позволяющие развивать когнитивные навыки и осваивать продуктивные состояния сознания» (т.е., психотехники и техники нейролингвистического программирования, направленных на дерационализацию сознания и внедрение мировоззренческого нравственного релятивизма). Предпочтение отдается: индивидуальным траекториям обучения; дистанционным школам и университетам; игровым средам – онлайн и в дополненной реальности; электронным наставникам. То есть, П. Лукша и др. продвигают новое образование как «оцифрованная» реальность с наставниками вместо преподавательского состава, встраивая одаренных студентов в бизнес проекты, через обучение в социальных сетях в формате команды через усиление игрового начала, где научным фундаментом будет являться искусственный интеллект.

Совершенствование информационной инфраструктуры в виде обучения будущих врачей с применением дистанционных образовательных технологий изменяет сознание врача как фактор индивидуального развития и трансформации личности, формирует перестройку мышления под алгоритм машинного действия. В данной трансформации есть как позитивные, так и негативные стороны. К позитивным моментам можно отнести комфортное обучение, выражающееся в нахождении студентов в виртуальной реальности, упрощенная для восприятия подача учебного материала, повсеместная геймификация учебного процесса, формирование «привычки к переменам» и др. К негативным можно отнести, например, интернет-аддикцию. А.Е. Войскунский [1, С. 21], А.В. Гоголева [2, С. 43], О.Н. Четверикова [5, С. 218]

и др. отмечают обсессивное пристрастие, информационную перегрузку, формирование осколочного, фрагментарного мышления, культурно-психологической примитивизации, цифровое слабоумие и др.

Дистанционное обучение в вузах – это эксперимент с лонгитюдным исследованием. Согласно ст. 21 части 2 Конституции РФ указано, что «никто не может быть без добровольного согласия быть подвергнутым медицинским, научным или иным опытам». В свете вышесказанного влияния и проведенных исследований за последние годы [4, С. 22] на психическое и физическое здоровье детей и молодежи, данный эксперимент опасен для здоровья.

Цель: оценка обучения в дистанционном формате студентами медицинского вуза г. Саратова.

Материалы и методы. Изучение репрезентаций студенческой молодежи к дистанционному обучению проводилось по результатам анкетирования студентов 4 и 6 курсов (n=344) в возрасте 22-28 лет (246 девушек и 98 юноша). Исследование проведено генерализующим методом в 2021 г. на базе кафедры ЛФК, ФТ и СМ Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского. Авторская анкета включала в себя 5 вопросов закрытого типа.

Результаты исследования. Исследование показало, что находясь на дистанционном формате обучения, студенты медицинского вуза могли дать ему субъективную оценку.

Обучающихся просили оценить в баллах «Нравится ли обучение в медицинском вузе». 59,8% студентов оценили позитивность обучения на хорошо. 23,5% - на отлично оценили учебу. 15,3% студентов оценили обучение на удовлетворительно, 4,0% - на плохо и не нравится учеба в медицинском вузе – 0,58% респондентам.

На вопрос: «Что не хватает для улучшения образования в современных условиях?» респонденты считают в 77,4% не хватает отработки практических навыков; в 6,7% - теоретических занятий; в 21,2% - дистанционных форм обучения; 91,8% - работы с пациентами; в 70,8% - усиления качества образования; в 15,3% - необходимо уменьшение количества студентов в группе; в 75,3% - не хватает индивидуального подхода в обучении.

Респондентам предлагалось оценить дистанционное обучение в медицинском вузе. Очень нравится получение высшего медицинского образования в вузе – 18,3% студентов. Нравится получать образование в дистанционном формате – 31,7% респондентов. Оценивают как возможность использования в критической ситуации – 38,3% студенческой молодежи. Не нравится получать высшее медицинское образование дистанционно - 9,2% студентов. Совсем не нравится учиться в вузе дистанционно – 5,3% респондентов.

Будущим врачам предложили определить, что конкретно нравится в электронном образовании. Их ответы разделились на условные три группы: позитив в отношении образовательного процесса (легче учиться, все в тестовом формате, больше

информации появилось на образовательном портале вуза, доступность теоретического материала, отсутствие задолженностей), *комфортных условий обучения* (модно, безопасно, много свободного времени, экономия времени, можно соблюдать режим питания, работает зрительная память), *экономической составляющей учебного процесса* (экономит деньги, возможность совмещать с работой).

Также респондентам предлагалось определить, что конкретно не нравится в получении медицинского образования в дистанционном формате. Их ответы в негативном диапазоне можно условно разделить на три группы: касается *организации учебного процесса* (наличие бесполезных тестов, много писанины, низкое качество работы образовательного портала, нет должного контроля знаний, недостаточно теоретической информации, мало литературы), *профессионализма будущих врачей* (студенты глупеют, решая тесты, формируются бестолковые врачи, низкое качество образования, отсутствие практических навыков), *социально-психологических проблем обучающихся* (плохое усвоение материала, трудно без преподавателя разобраться в материале, отсутствие ощущения погружения в процесс обучения, отсутствие учебной атмосферы, необъективная оценка знаний, нет экспрессии).

Выводы: 1. На протяжении последнего десятилетия произошли изменения в системе высшего медицинского образования в сторону коммерциализации и трансгуманизации. Данные приоритеты в высшем образовании трансформирует подходы к формированию мировоззрению будущих врачей, что отрицательно сказывается на здравоохранении в целом и на системе высшего медицинского образования, в частности.

2. Находясь весной 2020 года и 2020-2021 в учебном году в онлайн-формате обучения, студенты смогли оценить дистанционное образование как возможность применять его в критической ситуации. Будущие врачи видят позитив в дистанционном образовании в отношении образовательного процесса, комфортных условий обучения и экономической составляющей образования. Негатив в отношении дистанционного образования выражен в организации учебного процесса, профессионализма будущих врачей и социально-психологических проблем обучающихся.

3. Проведенное исследование показывает, что у студентов создается «видимость» благополучного и комфортного обучения. Это сродни внедренной геймификации, которая не дает возможности будущим специалистам совершенствоваться в выбранной профессии, а идти только по предложенным «машинным» алгоритмам.

Список литературы:

1. Войскунский А.Е. «Психологические феномены Интернет-аддикции». Мастер.2008 – 45 с.
2. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика 2-е изд., стер.-М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2008 – 240 с.
3. Горохов В.Г. Фундаментальные и прикладные исследования, а не фундаментальные и прикладные науки // ЭПИСТЕМОЛОГИЯ & ФИЛОСОФИЯ НАУКИ. - 2014, Т.XL.№ 2.- С. 19-28.
4. Кучма В.Р., Седова А.С., Степанова М.И. и т.д. Особенности жизнедеятельности и самочувствия детей и подростков, дистанционно обучающихся во время эпидемии коронавирусной инфекции (covid-19) // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья.- 2020, № 2.- С. 4-23.
5. Четверикова О.Н. Трансгуманизм в российском образовании. Наши дети как товар. – М.-Книжный мир, 2020. 384 с.
6. Атлас новых профессий. – Режим доступа: https://sk.skolkovo.ru/storage/file_storage/4b954252-7c3d-4975-94e3-910612e77464/SKOLKOVO_SEDeC_Atlas_2.0.pdf

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Научный журнал

UNIVERSUM:
МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ

№ 9(80)
Сентябрь 2021

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 – 54437 от 17.06.2013

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, улица Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: mail@7universum.com
www.7universum.com

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3

16+