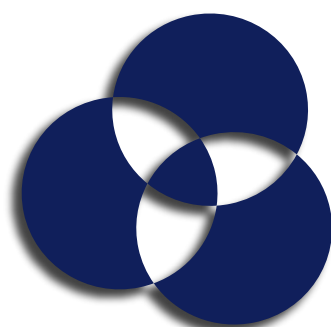


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

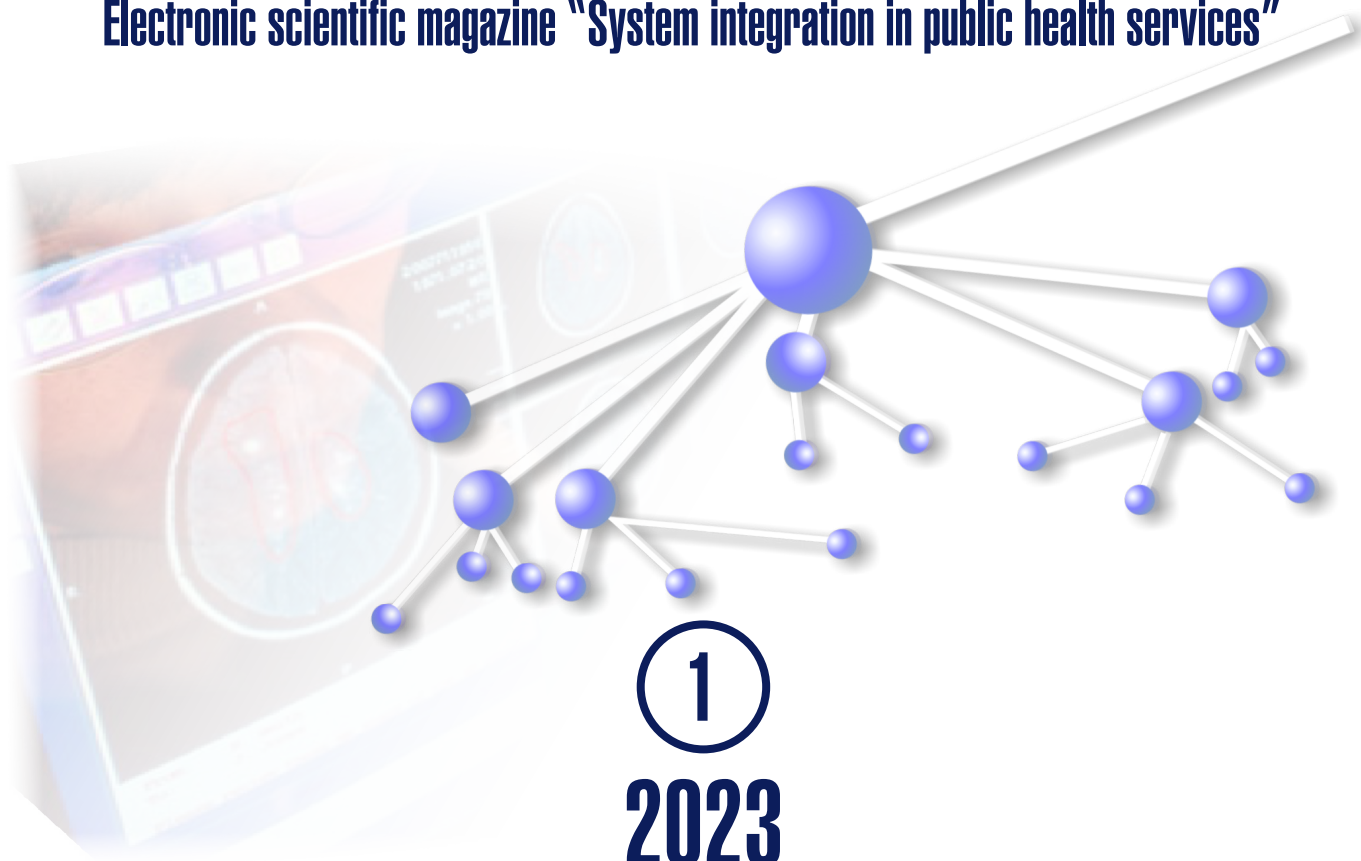
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
“БОНУМ”  
[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2877770, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[sys-int@sys-int.ru](mailto:sys-int@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2023



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 1 (58) 2023**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор Е.А.ДУГИНА  
Заместители главного редактора  
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



### Уважаемые читатели!

Первый выпуск посвящен вопросам медицинской и общей психологии. В 2023 году кафедра клинической психологии и педагогики Уральского государственного медицинского университета выпустила 18 студентов по специальности «медицинская психология». Впервые выпускники по медицинской психологии проходили процедуру первичной специализированной аккредитации, и успешно справились с ней.

Лучшие исследовательские выпускные квалификационные работы были оформлены в научные статьи, которые мы публикуем в данном сборнике.

Ряд работ, представленных в сборнике, посвящен актуальным аспектам экономики здравоохранения, истории и современного состояния медицины. Публикуются как исследования ведущих профессоров и докторов наук, так и совместные работы преподавателей и начинающих исследователей.

«Я управляю всей своей жизнью – не только для физических упражнений, но и для психического здоровья», – писал Венделин Ван Драанен. Хочется пожелать и нашим выпускникам, выбравшим путь практического здравоохранения, и всем читателям, прежде всего позаботиться о своем психическом здоровье, душевном комфорте и научиться управлять своей жизнью, добиваться профессионального и творческого роста, следовать только путем успеха.

*Главный врач ГАУЗ СО ПБ № 3  
Председатель ГИА по направлению  
«Социальная работа в здравоохранении»  
Уральского государственного медицинского университета  
Токарь Антон Александрович*

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Рябович А.В. НЕЙРОСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ КООРДИНАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ .....	5
Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Гисцев В.И. КАТЕГОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И НАРЦИССИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ПСИХОЛОГИИ ПЕРЕЖИВАНИЯ.....	12
Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Маркова К.С. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЁННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	20

### КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Алашеев А.М., Белкин А.А., Праздничкова Е.В., Смолкин А.Д., Никифоров Е.В., Третьяков Д.А., Худяев А.С., Турков С.Б., Карлов А.А. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ИНСУЛЬТНАЯ СЕТЬ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	25
Киселева К.Е., Борзунов И.В., Киселева П.Е. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММА- ТЕРАПИИ .....	35
Киселева К.Е., Борзунов И.В., Киселева П.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	43

### ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Устинов А.Л. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ XVIII–XXI ВВ. ....	55
Набойченко Е.С., Устинов А.Л., Ермакова В.А. МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕФЕКТОВ ВНЕШНОСТИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ....	66

### ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Дугина Е.А. О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	75
--	----

© Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Рябович А.В.

УДК 159.931

## НЕЙРОСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ КООРДИНАЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Дугина Е.А.<sup>1</sup>, Набойченко Е.С.<sup>2</sup>, Рябович А.В.<sup>2</sup>, Хусаинов Д.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Российская Федерация

<sup>2</sup>Кафедра клинической психологии и педагогики

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Резюме.** В статье представлена разработанная нейропсихологическая программа коррекции зрительно-моторной координации детей 6–12 лет с детским церебральным параличом. Также представлены результаты, полученные после ее проведения на выборке детей и исследованы изменения в двигательной сфере выявленные после проведения коррекции зрительно-моторной координации с использованием программы.

**Ключевые слова.** зрительно-моторная координация, ДЦП, нейропсихологическая коррекция, позиционирование в пространстве, музыкально-ритмическая деятельность.

## NEUROPSYCHOLOGICAL CORRECTION OF VISUAL-MOTOR COORDINATION IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Dugina E.A.<sup>1</sup>, Naboychenko E.S.<sup>2</sup>, Ryabovich A.V.<sup>2</sup>, Khusainov D.D.

<sup>1</sup>GUAZ SO MKMC "Bonum", Yekaterinburg, Russian Federation

<sup>2</sup>Department of Clinical Psychology and Pedagogy

Ural State Medical University Yekaterinburg, Russian Federation

**Summary.** The article presents a developed neuropsychological program for correcting the visual-motor coordination of children 6-12 years old with cerebral palsy. The results obtained after its implementation on a sample of children are also presented and the changes in the motor sphere identified after the correction of visual-motor coordination using the program are investigated.

**Keywords.** hand-eye coordination, cerebral palsy, neuropsychological correction, positioning in space, musical and rhythmic activity.

### Введение

В силу ограниченных моторных возможностей и несформированности сенсорных ощущений у детей с детским церебральным параличом зрительно-моторная координация не развивается в полной мере, что затрудняет дальнейшую жизнедеятельность. Актуальность данного исследования состоит в взаимосвязанности зрительно-моторной координации с социализацией и жизнедеятельностью. Зрительно-моторная координация способствует улучшению адаптации к социально-бытовым навыкам, необходимые для дальнейшей жизнедеятельности. Это способность позволяет взаимодействовать с предметами в процессе деятельности, формировать навыки самообслуживания, обучения, формировать профессиональные навыки [1]. В исследовании мы опирались на теорию о построении движения Н.А. Бернштейна для описания двигательного нарушения у детей с ДЦП [2, 3]. В процессе двигательной активности происходит коррекция движения, через получение сенсорной информации из окружающего мира. Нарушение сенсорного восприятия мешает обратной афферентации, что в последующем влияет на коррекцию реализуемого движения. Нарушение мышечного тонуса также влияет на двигательный акт. В предметной деятельности выполняется действие с орудием, которое лишено сенсорной афферентации. Коррекция движения происходит через зрение (письмо, рисунок, движение через мелкую моторику). У детей с ДЦП происходит нарушение движения во всех уровнях двигательной организации за счет наличия комплексных нарушений в сенсорной и двигательной сфере [4, 5, 6]. Затруднение при овладении письмом связано с нарушением функции руки, проявляющаяся в захватывании и удержании предмета. Также нарушение моторики рук затрудняющие работы с пластилином, природными материалами и бумагой. Несформированности дифференциации захвата, удержания предмета приводит к затруднению соизмерять мышечную силу и усилия, обуславливающие усложнению трудовых операций [7]. В разработанной нами программе коррекции зрительно-моторной координации дополнительно используются упражнения и игры с музыкально-ритмической деятельности. Она включает в себя физические упражнения, танцы и сюжетно образные движения. В основе лежит развитие способности воспринимать музыкальные образы и умение отражать их в движении [8, 9]. Строится на ориентации в пространстве собственного тела и в пространстве окружения.

Опираясь на теорию Бернштейна Н.А. в процессе МРД используются почти все уровни движения.

- a. Удерживать постуральную устойчивость и тонус мышц в процессе деятельности;
- b. Выполнение согласованную работу мышц ориентируясь в пространстве собственного тела;
- c. Движение в окружающем пространстве и реализация предметной деятельности;
- d. Оперировать предметами в процессе произвольной предметной деятельности;
- e. Вербальная регуляция движения через взрослого. Он регулирует движения ребенка давая обратную связь используя речь.

### **Цель работы**

Разработать программу нейропсихологической коррекции детей с ДЦП на основе изучения зрительно-моторной координации и движения.

### **Материалы и методы**

В исследовании принимали участие дети, имеющие диагноз детский церебральный паралич, которые проходили реабилитацию в стационаре отделения восстановительного лечения (ОВЛ №4) в ГАУЗ по Свердловской области "Многопрофильный клинический медицинский центр "БОНУМ"". Всего участвовали 30 детей: 17 мальчиков и 13 девочек. В данной выборке соотношение мальчиков и девочек, в экспериментальной и контрольной группе, является относительно равным. Далее участники были разделены на контрольную (15 человек) и экспериментальную (15 человек) группы. Возраст детей участвующих в исследовании составлял от 6 до 12 лет. Затем участники были разделены на группы по возрасту: дошкольный возраст – 6-7 лет (экспериментальная группа – 3 человека; контрольная группа – 12 человек); младший школьный возраст – 8-12 лет (экспериментальная группа – 4 человека; контрольная группа – 11 человек).

В выборке все дети имели различные формы спастического ДЦП такие как:

- правостороннюю гемиплегию (G 80.2) имели 9 детей (в контрольной группе – 4 человека; в экспериментальной группе – 5 человек);
- левостороннюю гемиплегию (G 80.2) – 7 детей (в контрольной группе – 3 человека; в экспериментальной группе – 4 человека);
- тетраплегию (G 80.0) – 1 ребенок (в контрольной группе – 0 человек; в экспериментальной группе – 1 человек);

- диплегию (G 80.1) – 13 детей (в контрольной группе – 7 человек; в экспериментальной группе – 6 человек).

Стоит учитывать, что выборка контрольной и экспериментальной групп, получали дополнительное медицинское воздействие в процессе прохождения реабилитации. Время диагностики и коррекционных занятий проходило в первой половине дня.

В процессе диагностики использовались нейропсихологические пробы. Диагностики проводилась, начинаясь с знакомства и беседы с ребенком. Получения от информированного согласия на проведение исследования. После этого исследовался зрительный гнозис (пробы на зрительный праксис из батареи тестов Лурии), праксис (кинестетический, кинетический, пространственный, регуляторный, пробы батареи тестов Лурии), межполушарное взаимодействие (реципрокная координация), тактильный праксис и соматогнозис (проба Тойбера и определение частей тела на себе и на шаблоне), пространственные представления (копирование куба и копирование перевернутой фигуры), воспроизведение ритмических структур (оценка ритмических структур) и зрительно-моторную координацию (зрительно-моторный гештальт-тест Бендера).

В коррекционной работе использовались игры, способствующие развитию ЗМК. В них двигательная деятельность проявляется при совместном движении рук и зрения. В основном для проведения коррекционной работы использовались игры, подходящие под индивидуальные возможности детей с ДЦП. В экспериментальной группе проведено 12 коррекционных занятий длительностью каждое по 45 минут.

Коррекционные занятия проводились по плану:

1. Разминка (сенсомоторная разминка рук, упражнения: дыхательные, глазодвигательные и на развитие межполушарного взаимодействия);
2. Письменные упражнения (работа с шаблонами и прописями, рисование);
3. Двигательные упражнения и игры с музыкально-ритмической деятельностью.

Причины использования МРД в нейропсихологической программе коррекции.

- как дополнительное развитие ЗМК за счет использование игр со следящими движениями;
- снижение тревожности в процессе пребывания в стационаре;
- снятие мышечного напряжения через двигательную активность;
- улучшение психоэмоционального состояния;
- активация подкорковых структур с помощью ритмической деятельности.



### Результаты и обсуждение

В процессе статистического анализа использовались критерии Шапиро-Уилка, критерий t-Стьюдента (для зависимых и независимых выборок), критерий Т-Вилкоксона для зависимых выборок, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Статистическая обработка показала наличие высокой статистической достоверности в результатах проб на исследовании ЗМК ( $t_{эмп}=6,1$ ) у детей младшего школьного возраста после проведения коррекционных занятий. При исследовании зависимых признаков результат показал высокую статистическую достоверность в общей выборке экспериментальной группы в пробе на исследование межполушарного взаимодействия ( $t_{эмп}=3$ ); в результате проб на исследование пространственного представления ( $t_{эмп}=21$ ), пространственного праксиса ( $t_{эмп}=21$ ) и в пробе на воспроизведение ритмических структур ( $t_{эмп}=29$ ) имеют статистическую достоверность.

При исследовании различий в экспериментальной и контрольной выборках статистическая обработка показала, изменение в выборках после проведения коррекционных занятий, высокую статистическую достоверность в пробах на межполушарное взаимодействие ( $U_{эмп}=41,5$ ), на пространственный праксис ( $U_{эмп}=40,5$ ) и наличие статистической достоверности в пробе на кинестетический праксис ( $U_{эмп}=64$ ). При анализированные возрастных групп высокая достоверность была обнаружена в результатах группы младших школьников, пробы на межполушарное взаимодействие ( $U_{эмп}=17$ ) и пробы на пространственный праксис ( $U_{эмп}=5$ ), а также статистическую достоверность в пробах на кинетический праксис ( $U_{эмп}=6$ ) у младших школьников.

Дополнительно был проведен корреляционный анализ выборки в котором выявлена достоверная корреляционная связь между пробами на зрительный гнозис и проб на пространственный праксис до проведения коррекционных занятий ( $p < 0.05$ ,  $r_s=0.567$ ), а также выраженная корреляционная связь после проведения коррекционных занятий ( $p < 0.01$ ,  $r_s=0.626$ ). Также выявлена выраженная связь между пробами на тактильный гнозис и пробы на пространственный праксис после проведения коррекционных занятий ( $p < 0.01$ ,  $r_s=0.708$ ). По результатам анализа контрольной группы выявлена достоверная связь между пробами, проведенные при первичной диагностике, на тактильный гнозис и пространственный праксис ( $p < 0.01$ ,

$r_s = 0,564$ ), также между пробами, проведенных на повторной диагностике, на тактильный гнозис и пространственный праксис ( $p < 0.01$ ,  $r_s = 0,527$ ). Далее выявлена связь между пробами (Рисунок 10) на воспроизведения ритмических структур и пространственные представления ( $p < 0.01$ ,  $r_s = 0,487$ ); воспроизведение ритмических структур и кинетический праксис ( $p < 0.01$ ,  $r_s = 0,499$ ).

### **Выводы**

Результаты, полученные в ходе эмпирического исследования, подтвердили выдвинутую нами гипотезу: дети с ДЦП имеют нарушения движения в пространстве и позиционирования в пространстве. Повышение зрительно-моторной координации у детей со спастическими формами ДЦП будет способствовать улучшению движений в пространстве и позиционированию в пространстве. Коррекция зрительно-моторной координации будет эффективной если будет сочетаться с музыкально-ритмическими упражнениями. Комплексная программа с музыкально-ритмическими упражнениями позволяет улучшить качество реабилитации.

В ходе эмпирического исследования были проведены диагностические и коррекционные мероприятия по исследованию зрительно-моторной координации и связанных с ней факторов. Опираясь на проведенное нейропсихологическое исследование, мы определили, что зрительно-моторная координация позволяет снизить ограниченность движения влияя на качество реализуемого статического и динамического движения в процессе деятельности. Развитие зрительно-моторной координации важно для улучшения предметной деятельности и дальнейшей адаптации в процессе формирования новых навыков. Также использование упражнений и игр музыкально-ритмической деятельности в процессе коррекционных занятий позволило улучшить психоэмоциональное состояние: снизить ситуативную тревожность, уменьшить мышечное напряжение во время выполнения движений, повысить эмоциональный фон настроения у детей, находящихся в процессе курса реабилитации. Можно предположить, что при реализации данной программы на более длительный срок, возможны более качественные изменения.

### Список литературы

1. Шипитцина, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по

- специальности 031900 - "Спец. психология" / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 367 с.
2. Бернштейн, Н.А. О построении движений [Текст] / Бернштейн Н.А. – М.: Медгиз, 1947. – 255 с.
  3. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции / Лурия А.Р. – М.: Издательство Московского университета, 1962. – 433 с.
  4. Немкова С.А, ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ / Немкова, С.А., Болдырев В.Г., Сорокин А.С. – М.: Медицинская сестра, 2017. – №7. – с. 32–37.
  5. Ткаченко, Е. С. Детский церебральный паралич: состояние изученности проблемы (обзор) / Ткаченко Е. С., Голева О. П., Щербаков Д. В. – М.: Мид, 2019. №2 – С. 4–8.
  6. Бадалян, Л.О. Детский церебральный паралич / Бадалян Л.О., Журба Л. Т., Тимонина О.В. – Киев: Здоровье, 1988. – 328 с.
  7. Винникова, Е. А. Ребенок с детским церебральным параличом / Винникова, Е. А., Е. С. Слепович. – Минск: Высш. шк., 2012. – С. 346–397.
  8. Катряева, И.В. Развитие музыкально-ритмических движений у детей дошкольного возраста в детском саду / И. В. Катряева. – Нижний Новгород: Молодой ученый, 2018. — С. 193–196.
  9. Сахарова, Ю.В., Михальчук Т.А., Эффективность применения музыкотерапии в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (на примере МБУДО «Центр радуга» г. Вологодонска) / Сахарова Ю.В., Михальчук Т.А. – Вологодонск: Современные научные исследования и инновации, 2016. № 5.

© Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Гисцев В.И.

УДК 159.955.4

## КАТЕГОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И НАРЦИССИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ПСИХОЛОГИИ ПЕРЕЖИВАНИЯ

Дугина Е.А.<sup>1</sup>, Набойченко Е.С.<sup>1</sup>, Гисцев В.И.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Кафедра клинической психологии и педагогики*

*Уральский государственный медицинский университет*

*Екатеринбург, Российская Федерация*

**Резюме.** В статье представлено сопоставление теории объектных отношений М. Кляйн и селф-психологии Х. Кохута с психологией переживания Ф.Е. Василюка. Авторы предлагают модель соотношения параноидно-шизоидной и депрессивной позиций и нарциссических потребностей с концепцией жизненных миров.

**Ключевые слова.** нарциссические потребности, параноидно-шизоидная позиция, депрессивная позиция, концепция жизненных миров, психология переживания.

## CATEGORIES OF OBJECT RELATIONSHIPS AND NARCISSISTIC NEEDS IN THE PSYCHOLOGY OF EXPERIENCE

Dugina E.A.<sup>1</sup>, Naboychenko E.S.<sup>1</sup>, Gistsev V.I.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Department of clinical psychology and pedagogy*

*Ural state medical university*

*Yekaterinburg, Russian Federation*

**Summary.** The article presents a comparison of the theory of object relations by M. Klein and self-psychology of H. Kohut with the psychology of experience of F.E. Vasilyuk. The authors propose a model for the correlation of paranoid-schizoid and depressive positions and narcissistic needs with the concept of life worlds.

**Keywords:** narcissistic needs, paranoid-schizoid position, depressive position, concept of life worlds, psychology of experience.

### Введение

Описание внутриспсихической реальности субъекта, ее формирования и развития видится нам одной из наиболее интересных проблем современной психологии. Так или иначе многие психологические модели стремятся к решению этой задачи. В этой

работе мы бы хотели остановиться на двух из них: психологии переживания Ф.Е. Василюка, следующих из нее категории переживания и концепции жизненных миров, и теории объектных отношений и, в известной мере, наследующей ей, селф-психологии Х.Кохута.

По нашему мнению, существует некоторая недостаточность как в селф-психологии, так и в психологии переживания. В отечественной психологии значительное внимание уделяется переживанию как единице собственно психической реальности субъекта [2, 4, 15]. Однако, вопросы развития психической реальности носят либо достаточно формальный характер – незначительное внимание уделяя становлению возможной патологии [4], либо делают акцент скорее на органических и/или непосредственно наблюдаемых в клинике нарушениях возрастного развития [12], не уделяя большого внимания переживанию субъекта нарушения, либо же исследуя переживания только в конкретном аспекте, например болезни [6].

Селф-психология и теория объектных отношений, которой она в значительной мере наследует, уделяют первостепенное внимание компонентам внутриспсихической реальности младенца и ребенка, их происхождению и развитию в норме и патологии, между тем оставляя за скобками актуальное переживание взрослого, обращаясь к нему скорее, как к ключу для реконструкции ранних объектных или селф-объектных отношений [3].

Психодинамические модели принципиально сопоставимы с моделями отечественной психологии. На сегодняшний день уже существуют исследования, сопоставляющие классические труды по психоаналитически-ориентированной педагогике (А. Фрейд, Ф. Дольто) с педагогическими концепциями на основе отечественной психологии [13]. Равно как и вводящие категорию переживания в контекст классических периодизаций развития З. Фрейда и Э. Эриксона [11, 14].

Интересным видится проследить развитие переживания в контексте селф-психологии и теории объектных отношений. Во-первых, за счет того, что эти теории в большей мере фокусируются на раннем (довербальном) развитии субъекта, что позволило концептуализировать такие психические особенности, которые оставались за бортом подробного описания классическим психоанализом – нарциссическая личность, депрессия, психотическое функционирование [7], переживание «белой» тревоги [5] и так далее. Во-вторых, за счет того, что селф, в отличие от более общего

Я, описывает вопросы идентичности и самоотношения и может служить основой для описания развития внутреннего компонента переживания.

В этой связи кажется закономерным предпринять попытку сопоставить концепцию жизненных миров Ф.Е. Василюка как упорядоченного представления о структуре переживания в двух дихотомиях «простой-сложный внутренние мир» и «легкий-трудный внешний мир» с базовыми вехами развития психического аппарата младенца в теории объектных отношений: параноидно-шизоидная и депрессивная позиции, и в селф-психологии: потребности в идеальном другом, в «зеркале» (селф-объекте) и в близнеце.

### **Цель работы**

Предложить теоретическую модель, позволяющую сопоставлять концепцию жизненных миров Ф.Е. Василюка с концепциями параноидно-шизоидной и депрессивной позиций теории объектных отношений и нарциссических потребностей селф-психологии.

### **Материалы и методы**

Основными методами работы явился теоретический анализ и синтез источников. Материалами выступили работы по психологии переживания, теории объектных отношений, селф-психологии и смежным областям психологического знания.

### **Результаты и обсуждение**

Видится необходимым сделать здесь оговорку о том, что ни позиции теории объектных отношений, ни нарциссические потребности селф-психологии не являются стадиями развития в строгом понимании, так как субъект может возвращаться к ним неоднократно в течение жизни.

*Параноидно-шизоидная позиция.* Идея о несформированности границы между Я и другим, выраженная как в отечественной психологии [16], так и в теории объектных отношений [8], ставит нас перед вопросом о применимости двусоставной концепции жизненных миров, в отсутствие сформированной границы между внешним и внутренним миром. Однако, за счет трудов некоторых авторов [1] мы можем предполагать, что некоторая база для этого различения формируется довольно рано, тогда как их смешение носит защитную функцию [9]. Исходя из этого, пусть и несколько спекулятивно относительно переживания этого разделения, мы можем говорить об инфантильном – легком внешне и простом внутренне жизненном мире. И действительно, область потребностей младенца, сводящихся в конечном счете к

сбросу недифференцированного напряжения, крайне узка. А защитное расщепление на идеальный и ужасный объект несет первостепенную задачу в сохранении легкого внешнего мира в терминах психологии переживания.

Коль скоро, даже в ситуациях нормального развития, личность может возвращаться к функционированию в рамках параноидно-шизоидной позиции, ее внутренний мир может усложняться. Таким образом, при повторном возвращении к параноидно-шизоидной позиции, невозможно определить внутренний мир как сложный или простой просто по факту такого возвращения.

*Депрессивная позиция.* Подразумевает не только достаточно сформированную границу между Я и другим, но и восприятие другого как независимого субъекта, обладающего собственной волей. В этой связи и возникают сигнатурные для этой позиции потребность в репарации и чувство вины. Исходя из этого, внешний мир уже в значительной мере можно квалифицировать как трудный, в том плане, что потребности не будут удовлетворяться другим по первому желанию. При этом во внутреннем мире так же происходят изменения. Кроме необходимости в разрядке влечений, так же выходит на первый план потребность в сохранении объекта. Взаимосвязь этих аспектов не позволяет однозначно определить внутренний мир как сложный, однако отражает тенденцию к его усложнению.

Естественно, что при последующем возвращении к депрессивной позиции система потребностей субъекта может усложняться и внутренний мир может так же становиться сложным.

Позиция по М. Кляйн		Жизненный мир	
		Внешне	Внутренне
Первое появление у младенца	Параноидно-шизоидная позиция	Легкий	Простой
	Депрессивная позиция	Трудный	Простой, стремящийся к усложнению
Возвращение к позиции	Параноидно-шизоидная позиция	Легкий	Возможен как простой, так и сложный
	Депрессивная позиция	Трудный	Простой, стремящийся к усложнению, либо сложный

По мысли Х. Кохута в основе формирования представлений субъекта о себе и об отношении к нему мира лежит удовлетворенность базовых нарциссических потребностей. Важно оговориться, что атрибут «нарциссический» здесь не связан с определенным типом личности или патохарактерологическими особенностями. Нарциссизм здесь понимается в значении, предложенном З. Фрейдом, как ориентированность внутрь, а не на внешний объект. Кохут выделил три таких потребности: в селф-объекте, в идеальном объекте и «близнеце» (похожем на себя другом). Будучи удовлетворенными в достаточной мере в детстве, нарциссические потребности трансформируются и закладывают базу для уверенности в безопасности мира, в собственной ценности и становятся основой для полноценных объектных отношений. В противном случае эти потребности сохраняются в качественно том же виде и во взрослом возрасте [17].

*Потребности в идеальном объекте и селф-объекте.* Видится закономерным рассматривать потребность в идеальном объекте и в селф-объекте в связке более примитивных нарциссических потребностей. От потребности в похожем другом ее качественно отличает грандиозность другого, от которого ожидается удовлетворение потребности, вплоть до отождествления его со всем внешним миром. При этом, в рамках инфантильных нетрансформированных потребностей другой, призванный стать селф-объектом или быть идеализированным, не рассматривается как полноценный внешний объект. Скорее он представляет собой функцию, и в этом плане ожидается сиюминутное выполнение этой функции, в противном случае личность оказывается на грани дезинтеграции [10].

Таким образом, внешний мир субъекта, в потребностной сфере которого центральное место занимает пара примитивных нарциссических потребностей, можно закономерно охарактеризовать как легкий. Легкость внешнего мира здесь понимается как направленность на моментальное удовлетворение потребностей, что соответствует описанной картине.

*Потребность в «близнеце».* Потребность же в «близнеце» выражает соприкосновение с трудностью внешнего мира и неизбежно возникающим чувством несостоятельности. Мы рискуем предположить, что переживание этого периода путем поиска похожего на себя является вехой на пути к внешним объектным отношениям. И более того, к переживанию внутренне сложного мира. В том плане, что далее, в развитии объектных отношений неизбежно следует соприкосновение с различными



ценностными системами разных людей и формирование собственной целостной аксиологии, выходящей за границы преодоления чувства несостоятельности [10].

Однако, даже несмотря на то, что потребность в «близнеце» более зрелая, относительно других нарциссических потребностей, она так же имеет качественно различные инфантильную и зрелую формы. Принципиальное различие заключается в той степени схожести, которая ожидается от другого. В своей инфантильной форме эта потребность может быть реализована только за счет фантазии об идеальной схожести другого, обнаружение же несостоятельности такой фантазии опять же грозит дезинтеграцией личности. Кроме того, подобно другим инфантильным потребностям, потребность в «близнеце» подразумевает непосредственное ее удовлетворение.

Таким образом, можно заключить, что для субъектов, в центре потребностной структуры которых находятся нарциссические потребности в их инфантильных формах, будет характерен внешне легкий жизненный мир.

Что касается внутреннего мира, вновь необходимо произвести разделение между обращением с нарциссическими потребностями в детстве – на соответствующем им этапе развития и возвращением к ним во взрослом возрасте в связи с неустойчивой селф-системой. С развитием тестирования реальности [7], следствия удовлетворения нарциссических потребностей: ощущение собственной грандиозности, абсолютной самооценности и тотальной безопасности мира подвергаются сомнению. Что приводит к циклическому характеру удовлетворения этих потребностей. Для потребности в селф-объектах такой цикл выглядит как нахождение выражающего восхищение другого, подпитка грандиозного Я, утрата такого объекта и последующее чувство ничтожности, требующее новых поисков. Инфантильная же форма потребности в безопасной идеализации во взрослом возрасте приводит к циклу идеализаций и обесцениваний [10].

Исходя из этого, можно заключить, что, хотя в детстве внутренний мир и, очевидно, определяется как простой, то для взрослых с неустойчивой селф-системой будет характерно противоречие между потребностями и внутренним конфликтом, что свидетельствует о сложности внутреннего жизненного мира.

Таким образом, становится очевидным конфликтный характер переживания для людей с неустойчивой селф-системой, в то время как в возрасте, соответствующем потребностям, переживание происходит по типу фрустрации [15].

Переживание нарциссической потребности по Х. Кохуту		Жизненный мир	
		Внешне	Внутренне
В идеальном объекте/В селф-объекте	В детском возрасте	Легкий	Простой
	Во взрослом возрасте	Легкий	Сложный
В «близнеце»	В детском возрасте	Легкий, стремящийся к усложнению	Простой, стремящийся к усложнению
	Во взрослом возрасте	Легкий	Сложный

### Выводы

Таким образом, видится перспективным введение закономерностей развития личности, описанных в теории объектных отношений и селф-психологии, в дискурс психологии переживания. Тем более, что по предложенной в этой статье логике, категории объектных отношений и селф описывают развитие разных компонентов жизненных миров – внешнего и внутреннего соответственно.

### Список литературы:

1. Бик Э. Переживание кожи в ранних объектных отношениях // Сироткин С.Ф., Мельникова М.Л. (сост. и науч. ред.) Психология и психопатология кожи: тексты. – Ижевск: ERGO, 1994. – С. 128–133.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания. – М, 1984. – Т. 195. – С. 30.
3. Вильямс Н. М. Психоаналитическая диагностика. – М.: Класс, 2004.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6 т. — М., 1984. — Т. 4.
5. Грин А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа/под. ред. А. Жибо, А. Россохина. – СПб.: Питер, 2005. – С. 333–361.
6. Громыко Е. В., Соколова Э. А. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – №. 1 (31). – С. 37–44.
7. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – Т. 464. – С. 6.
8. Клинические лекции по Кляйн и Биону / Под ред. Р. Андерсона. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2012. – 192 с. (Библиотека психоанализа).
9. Кляйн М. «Зависть и благодарность» и другие работы 1955–1963 гг. // Т. VI. – Ижевск: ERGO, 2012.

10. Кохут Х. Анализ самости. Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности. – Litres, 2022.
11. Крючков К. С. Типология жизненных миров ФЕ Василюка как периодизация развития личности: теоретическое сопоставление и анализ // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2019. – Т. 9. – №. 4. – С. 179–194.
12. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. – М, 1985. – Т. 166.
13. Рожков Н. Психоаналитическая педагогика: теория и технологии. – Litres, 2022.
14. Шадриков В. Д. О предмете психологии (мир внутренней жизни человека) // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2004. – Т. 1. – №. 1. – С. 5–19.
15. Шаров А. С. Психология переживания: природа, механизмы, феномены // Мир психологии. – 2004. – №. 1. – С. 214–226.
16. Эльконин Д. Б. Детская психология. – Academia, 2004.
17. Якимова Е. В. 2017. 02. 007. Перакюла А. От нарциссизма-к лицевой работе: две интерпретации я в контексте социального взаимодействия. Perakyla A. From narcissism to face work: two views on the self in social interaction//American J. of Sociology. – Chicago (il), 2015.-vol. 121, n 2.-p. 445-474 //Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11, Социология: Реферативный журнал. – 2017. – №. 2. – С. 49–56.

© Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Маркова К.С.

УДК 159.972

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЁННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дугина Е.А.<sup>1</sup>, Набойченко Е.С.<sup>1</sup>, Маркова К.С.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Кафедра клинической психологии и педагогики  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация*

**Резюме.** В статье представлено нейропсихологическая диагностика высших психических функций детей дошкольного возраста с врождённой челюстно-лицевой патологией.

**Ключевые слова:** нейропсихология, дошкольники, челюстно-лицевая патология, нейропсихологическое сопровождение.

## NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH CONGENITAL MAXILLOFACIAL PATHOLOGY

Dugina E.A.<sup>1</sup>, Naboychenko E.S.<sup>1</sup>, Markova K.S.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Department of clinical psychology and pedagogy  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation*

**Resume.** The article presents neuropsychological diagnostics of higher mental functions of preschool children with congenital maxillofacial pathology.

**Keywords.** neuropsychology, preschoolers, maxillofacial pathology, neuropsychological support.

### Введение

Нейропсихология дошкольного возраста как научно-практическая дисциплина развивается в России в течение нескольких десятилетий, при этом методы данной научной дисциплины активно используются для того, чтобы корректировать патологические и пограничные состояния у детей и подростков. Тем не менее, в настоящий момент далеко не все специалисты представляют себе основные цели,

задачи, методы исследования и специфику рассматриваемого направления диагностики и коррекции [1].

Нейропсихологическая коррекция в настоящее время становится все более востребованной формой помощи детям. Нейропсихологический подход дает уникальную возможность работы не с симптомами, а именно с механизмами, вызвавшими их появление [2, 3, 4]. Более того, в некоторых случаях, использование нейропсихологического метода в качестве сопровождения развития позволяет предотвратить появление симптомов или скомпенсировать их на ранних стадиях и минимизировать вред, наносимый всей психической деятельностью. Многолетние исследования в области нейропсихологии к настоящему моменту позволили накопить огромное количество информации, касающейся закономерностей развития центральной нервной системы, факторов, влияющих на это развитие, и методов, дающих возможность преодолеть или скомпенсировать отклонения в развитии [6].

На данный момент есть исследования, где были применены патопсихологические исследования детей дошкольного возраста с врожденной челюстно-лицевой патологией, а о применении комплексного нейропсихологического подхода информация отсутствует [5, 7].

В настоящий момент актуальна потребность в структурировании этих знаний и применении в соответствии с запросами общества. Если еще 15–20 лет назад к нейропсихологам обращались в основном родители дошкольников, чтобы получить помощь в преодолении проблем с усидчивостью, внимательностью, трудностями в усвоении навыков чтения, письма, счета, то сейчас все больше обращений от родителей дошкольников, в том числе с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, можно предположить, что нейропсихологическое исследование высших психических функций у детей с врожденной челюстно-лицевой патологией позволит выявить диагностически значимые нейропсихологические нарушения высших психических функций у данной категории детей.

Учитывая латерализацию высших психических функций, можно предположить, что при правосторонних и левосторонних типах расщелин губы и нёба имеют место различные симптомокомплексы и нарушения высших психических функций.

Для выявления особенностей высших психических функций у детей дошкольников с рожденной челюстно-лицевой патологией было проведено нейропсихологическое исследование. В структуре нейропсихологической диагностики выделены отдельные

блоки исследования высших психических функций и соответствующие пробы для их изучения.

Полученные данные по всем пробам были собраны в таблицу общих результатов исследования и обработаны при помощи математико-статистических методов.

### **Цель работы**

Определить основные нейропсихологические особенности высших психических функций у детей дошкольного возраста 5–6 лет с врожденной челюстно-лицевой патологией и нарушениями речевого развития.

### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие дети дошкольного возраста 5-6 лет с врожденной челюстно-лицевой патологией: 16 человек – без врожденной челюстно-лицевой патологией (2 группа), а также 16 детей такого же возраста с врожденной челюстно-лицевой патологией (1 группа). После дети с патологией – 16 человек делились на группы по типу расщелины: 10 детей с врожденной правосторонней расщелиной губы и неба и 6 детей с левосторонней расщелиной губы и неба. Две финальные группы сравнивались между собой.

### **Результаты и обсуждение**

Для выявления особенностей высших психических функций у дошкольников с врожденной челюстно-лицевой патологией было проведено нейропсихологическое обследование. В структуре нейропсихологической диагностики выделены отдельные блоки исследования ВПФ и соответствующие пробы для их изучения.

Полученные данные по всем пробам были собраны в таблицу общих результатов исследования и обработаны при помощи математико-статистических методов.

В результате статистической обработки данных было установлено, что в группе детей, имеющих врожденную расщелину губы и неба, имеются достоверные отличия от группы детей, не имеющих данной патологии по следующим показателям. Дети с врожденной расщелиной губы и неба, в отличие от детей из контрольной группы, обладают меньшим уровнем внимания ( $U=28,5$  при  $p<0,01$ ), динамического праксиса ( $U=25,5$  при  $p<0,01$ ), кинестетического праксиса ( $U=29,5$  при  $p<0,01$ ), акустического восприятия ( $U=2,5$  при  $p<0,01$ ), слухоречевой памяти ( $U=50$  при  $p<0,01$ ), экспрессивной речи ( $U=0$  при  $p<0,01$ ), импрессивной речи ( $U=75$  при  $p<0,05$ ), вербально-логического мышления ( $U=4$  при  $p<0,01$ ), чтения ( $U=53$  при  $p<0,01$ ).

Основываясь на вышеизложенные данные можно предположить, что недоразвитие одной познавательной сферы связано с другими сферами.

При этом, при сравнении группы детей с врожденной левосторонней расщелиной губы и неба и дети с врожденной правосторонней расщелиной губы и неба статистических значимых различий не обнаружено.

Однако, в ходе статистической обработки были обнаружены некоторые статистические тенденции, ( $0,05 < p < 0,1$ ). Так, например, показатели кинстетического праксиса ( $U=14$ , при  $p=0,09$ ) лучше в группе детей с врожденной левосторонней расщелиной губы и неба, в то время как в группе детей с врожденной правосторонней расщелиной губы и неба более высокие результаты наблюдаются по показателям памяти ( $U=12,5$  при  $p=0,09$ ) и экспрессивной речи ( $U=14,5$  при  $p=0,09$ ). В данном случае речь не идет о значимых различиях, однако, основываясь на статистической тенденции, можно предположить, что при увеличении выборки различия по данным показателям будут значимы.

Нейропсихологические факторы, которые были исследованы в результате статистической обработки данных, включают уровень внимания, динамический праксис, кинстетический праксис, акустическое восприятие, слухоречевую память, экспрессивную и импрессивную речь, вербально-логическое мышление и чтение. Результаты показывают, что дети с врожденной расщелиной губы и неба, в отличие от детей из контрольной группы, имеют значимо низшие результаты по всем этим факторам, за исключением сравнения между детьми с левосторонней и правосторонней расщелиной губы и неба, где статистически значимых различий не обнаружено.

Однако, есть тенденции к лучшим результатам в определенных областях у детей с врожденной левосторонней расщелиной губы и неба по показателям кинстетического праксиса и у детей с врожденной правосторонней расщелиной по показателям памяти и экспрессивной речи. Это может указывать на возможные особенности в развитии нейропсихологических функций у детей с расщелиной губы и неба, в том числе, в зависимости от места патологии. Однако, необходимы дополнительные исследования, чтобы получить более детальную картину.

### **Выводы**

Результаты исследования показывают, что дети с врожденной челюстно-лицевой патологией имеют низшие результаты в областях таких как внимание, динамический

праксис, акустическое восприятие, слухоречевая память, экспрессивная и импрессивная речь, вербально-логическое мышление и чтение. Основываясь на статистической тенденции, можно предположить, что при увеличении выборки различия по данным показателям будут значимы.

Таким образом, для дальнейшего улучшения понимания нейропсихологических факторов, связанных с врожденной расщелиной губы и неба, рекомендуется провести дополнительные исследования с более большой выборкой детей и учетом различных факторов,

### Список литературы:

1. Базина И.Г. Планирование хирургического лечения детей с нёбноглоточной недостаточностью после уранопластики [Текст] / И.Г. Базина, А.В. Лопатин, Э.С. Мкртумян, Е.В. Васильева // Здоровье и образование в XXI веке, 2012. - №1. – С. 260-261.
2. Дошкольная дефектология. Ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы) [Текст] / С.Ю. Бенилова, Л.Р. Давидович, Н.В. Микляева. – М.: Парадигма, 2013. - 534 с.
3. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия. [Текст] / Н.Н. Малофеев. – М.: Просвещение, 2013. - 320 с.
4. Московкина, А.Г. Клинико-генетические основы детской дефектологии [Текст]: учебное пособие / А.Г. Московкина, Н.И. Орлова. – М.: Владос, 2015. - 224 с.
5. Набойченко Е.С. Психологическое сопровождение развития детей с атипичными особенностями внешности <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-soprovozhdenie-razvitiya-detey-s-atipichnymi-osobennostyami-vneshnosti> (дата обращения 11.12.2022)
6. Нелюбина О.В. Современный подход к лечению детей с нёбноглоточной недостаточностью в послеоперационном периоде [Текст] / О.В. Нелюбина, Т.Я. Мосьпан, А.А. Гусев, Г.А. Оганесян // Вопросы современной педиатрии, 2014. - №5. – С. 104-107.
7. Обухова Н.В. Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи. – Екатеринбург, 2015. – 155 с.



© Алашеев А.М., Белкин А.А., Праздничкова Е.В., Смолкин А.Д., Никифоров Е.В., Третьяков Д.А., Худяев А.С., Турков С.Б., Карлов А.А.

УДК 614.2

## ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ИНСУЛЬТНАЯ СЕТЬ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Алашеев А.М.<sup>1</sup>, Белкин А.А.<sup>1</sup>, Праздничкова Е.В.<sup>1</sup>, Никифоров Е.В.<sup>1</sup>,  
Смолкин А.Д.<sup>2</sup>, Третьяков Д.А.<sup>3</sup>, Худяев А.С.<sup>3</sup>, Турков С.Б.<sup>4</sup>, Карлов А.А.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Центральная городская больница №7 город Екатеринбург»

<sup>3</sup>Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской  
области

<sup>4</sup>Министерство здравоохранения Свердловской области

**Резюме.** Телемедицина становится решением дилеммы маршрутизации и доступности высококвалифицированных кадров. Вписываясь в длинную цепь событий судьбы пациента, телемедицина осуществляет интегрирующую роль, что позволяет контролировать все этапы оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Телемедицинская инсультная сеть Свердловской области построена по веерной модели, и состоит из одного телеконсультирующего сосудистого центра и 27 периферийных узлов на базе первичных сосудистых отделений. С целью демонстрации роли телемедицинской инсультной сети в системе оказания помощи больным с ОНМК проведен корреляционный анализ между количеством телемедицинских консультаций и индикаторными показателями организации помощи больным с ОНМК. За период с 2010 по 2021 годы специалистами телеконсультирующего сосудистого центра проведено 41207 телеконсультаций. Выявлена сильная прямая корреляция между количеством телемедицинских консультаций и количеством случаев ОНМК ( $r=0,84$  (0,51; 0,95) и  $p=0,001$ ), что показывает востребованность и устойчивость работы телемедицинской инсультной сети. Выявлена сильная обратная корреляция между количеством телемедицинских консультаций и летальностью от инсульта,  $r= -0,73$  (-0,92; -0,26) и  $p=0,008$ . Выявленные взаимосвязи между количеством телемедицинских консультаций и индикаторными показателями организации помощи больным с ОНМК демонстрируют системообразующую роль телемедицинской инсультной сети в системе оказания помощи больным с ОНМК в Свердловской области.

**Ключевые слова:** телемедицинская инсультная сеть, телемедицина инсульта, телемедицина, инсульт, организация здравоохранения, Свердловская область.

### SVERDLOVSK TELESTROKE NETWORK

Alasheev A.M.<sup>1</sup>, Belkin A.A.<sup>1</sup>, Prazdnichkova E.V.<sup>1</sup>, Nikiforov E.V.<sup>1</sup>, Smolkin A.D.<sup>2</sup>, Tretiakov D.A.<sup>2</sup>, Khudyaev A.S.<sup>2</sup>, Turkov S.B.<sup>3</sup>, Karlov A.A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Sverdlovsk Regional Clinical Hospital #1*

<sup>2</sup>*Territorial Fund for Obligatory Medical Insurance of the Sverdlovsk Region*

<sup>3</sup>*Ministry of Health of Sverdlovsk region*

**Summary.** Telemedicine becomes a solution to the dilemma of routing and availability of highly qualified staff. Fitting into the long chain of events of the patient's path, telemedicine performs an integrative role that makes it possible to control all phases of care of stroke patients. Sverdlovsk Telestroke Network is organized according to a hub-and-spokes model and consists of one telestroke center and 27 telestroke units. To demonstrate the role of the telestroke network in the healthcare system for stroke patients, a correlation analysis between the number of telemedical consultations and the key indicators of the organization of stroke care was performed. During the period from 2010 to 2021 the specialists of the telestroke center provided 41207 teleconsultations. It was found a strong correlation between the number of telemedicine consultations and the number of stroke cases ( $r=0,84$  (0,51; 0,95) and  $p=0,001$ ), which shows the demand and sustainability of telestroke network. A strong inverse correlation was found between the number of telemedicine consultations and stroke hospital mortality,  $r= -0,73$  (-0,92; -0,26) and  $p=0,008$ . The correlations between the number of teleconsultations and the key indicators of the organization of stroke care demonstrate the systemic role of the telestroke network in the stroke healthcare system in Sverdlovsk region.

**Keywords:** telestroke network, telestroke, telemedicine, stroke, healthcare organization, Sverdlovsk region.

### Введение

Современное лечение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) на территории Российской Федерации требует скорейшей доставки больных в первичные сосудистые отделения (ПСО), где возможно выполнение лучевой диагностики и применение специфических методов лечения в круглосуточном режиме.

Ведение больных с ОНМК основано на мультидисциплинарном подходе. В первые часы заболевания возможны ситуации, которые требуют одновременного участия нескольких «узких» специалистов: невролога, реаниматолога, рентгенолога, нейрохирурга, сосудистого хирурга и рентгенхирурга.

Неравномерность распределения ресурсов здравоохранения, связанная с историческими и географическими особенностями регионов Российской Федерации, ограничивают доступность и своевременность оказания медицинской помощи больным с ОНМК. При оказании медицинской помощи проблема неравномерности ресурсов решается многоуровневой организацией медицинской помощи, с возможностью маршрутизацией больных в медицинские организации требуемого уровня. Данный подход предполагает наличие специалистов более высокой квалификации на каждом следующем уровне оказания медицинской помощи. Однако в экстренной ситуации при невозможности доставки больного с ОНМК в организацию более высокого уровня медицинская помощь будет оказываться на месте.

Телемедицина инсульта помогает решить проблему невозможности экстренной маршрутизации для доступа к медицинским кадрам требуемой квалификации и предназначена для оказания ранее недоступной медицинской помощи, за счет использования опыта и ресурсов, доставляемых по каналам связи, а также за счет стандартизации процессов [1]. Для своего функционирования телемедицина инсульта требует наличие сети аудиовизуальных коммуникационных и компьютеризированных систем, которые обеспечивают основу для совместной междисциплинарной помощи пациентам с ОНМК.

В Свердловской области в 2010 году основана первая в Российской Федерации телемедицинская инсультная сеть. Накопленный в регионе опыт телемедицины инсульта послужил основой для данного исследования.

### **Цель работы**

Изучить зависимость между показателями работы телемедицинской инсультной сети и региональными индикаторными показателями организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

### **Материалы и методы**

В целях исследования проанализированы все телемедицинские консультации внутри телемедицинской инсультной сети за период с 2010 по 2021 годы.

Телемедицинская инсультная сеть Свердловской области построена по веерной модели, как самой частой топологии телемедицинских сетей [2]. Телеконсультирующий сосудистый центр (ТСЦ) телемедицинской инсультной сети расположен в Региональном сосудистом центре (РСЦ) на базе ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» и нейрохирургической службы ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40 г. Екатеринбург». ТСЦ оказывает телемедицинские консультации по следующим профилям: неврология, реаниматология, нейрохирургия, рентгенэндоваскулярная и сосудистая хирургия, лучевая диагностика.

Периферийными узлами веерной модели телемедицинской инсультной сети Свердловской области юридически являются все медицинские организации Свердловской области, оказывающие помощь взрослым больным с ОНМК и имеющие технические возможности для проведения телемедицинской консультации в условиях круглосуточного стационара. Однако фактически в телемедицинскую инсультную сеть Свердловской области входят медицинские организации, на базе которых имеются ПСО для оказания помощи больным с ОНМК. К началу 2022 года телемедицинская инсультная сеть Свердловской области насчитывала 27 периферийных узлов.

Пациенты с ОНМК согласно действующей маршрутизации транспортируются бригадами скорой медицинской помощи в медицинские организации, имеющие в своём составе ПСО и возможность телемедицинского консультирования со специалистами ТСЦ.

Технические детали телеконсультации описаны ранее [3]. Сеансу телесвязи предшествует предварительный запрос по электронной почте, в котором по стандартизированной форме консультант информируется о демографических данных пациента и диагнозе. По завершении телемедицинской консультации письменное заключение врача-консультанта передаётся по электронной почте и приобщается к медицинской карте пациента. По результатам телемедицинской консультации больной либо перегоспитализируется в РСЦ, либо остаётся на месте. В случае принятия второго решения специалисты ТСЦ при необходимости обеспечивают телемедицинский мониторинг вплоть до стабилизации состояния больного.

Данные по общему количеству телеконсультаций и в разрезе консультирующих специальностей получены из ежедневных отчётов единой диспетчерской ТСЦ РСЦ ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1».

Данные по количеству случаев ОНМК, смертности от инсульта, летальности от инсульта и доли тромболитической терапии предоставлены Управлением федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области (только в части государственной статистики по Свердловской области).

Все статистические расчёты выполнены с помощью программы Stata/IC 15.1 (StataCorp, США). С целью демонстрации роли телемедицинской инсультной сети в системе оказания помощи больным с ОНМК проведен корреляционный анализ между количеством телемедицинских консультаций и индикаторными показателями организации помощи больным с ОНМК: количеством случаев ОНМК, смертностью от ОНМК, летальностью от ОНМК, частоты тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Корреляционный анализ проведён с помощью расчёта коэффициента корреляции Спирмена. Значение коэффициента корреляции приведено с границами 95%-го доверительного интервала (в скобках).

### Результаты и обсуждение

За период с 2010 по 2021 годы специалистами ТСЦ проведено 41 207 телеконсультаций. Распределение телеконсультаций по консультирующим специальностям представлено в таблице 1. Больше всего проведено телемедицинских консультаций нейрохирургами (41,6%).

Таблица 1

Распределение телеконсультаций по клиническим специальностям

Год	Невролог	Нейро-реаниматолог	Нейрохирург	Сосудистый хирург	Всего
2010	87	355	339	31	812
2011	661	452	651	48	1812
2012	1497	1000	730	55	3282
2013	1237	1070	1338	72	3717
2014	1470	1346	2001	134	4951
2015	1515	1030	2134	122	4801
2016	1633	1181	2184	111	5109
2017	1063	1361	2058	98	4580
2018	764	1075	2164	123	4126
2019	175	818	2045	127	3165
2020	176	570	1996	102	2844
2021	193	339	1365	111	2008
Итого	10471	10597	19005	1134	41207

Динамика количества случаев острых нарушений мозгового кровообращения в Свердловской области представлена на рисунке 1.

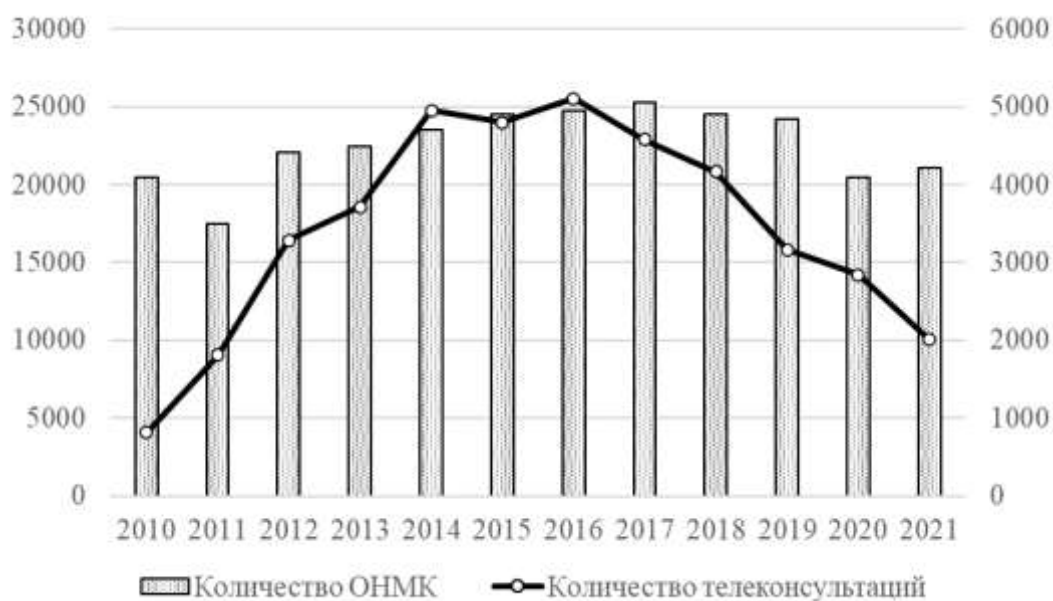


Рис. 1. Динамика количества случаев острых нарушений мозгового кровообращения в Свердловской области.

Выявлена сильная прямая корреляция между количеством телемедицинских консультаций и количеством случаев ОНМК ( $r=0,84$  (0,51; 0,95) и  $p=0,001$ ), что показывает востребованность и устойчивость работы телемедицинской инсультной сети. Можно утверждать, что телемедицинские технологии стали неотъемлемой частью всей системы оказания помощи больным с ОНМК в Свердловской области.

Динамика смертности от инсульта в Свердловской области представлена на рисунке 2.

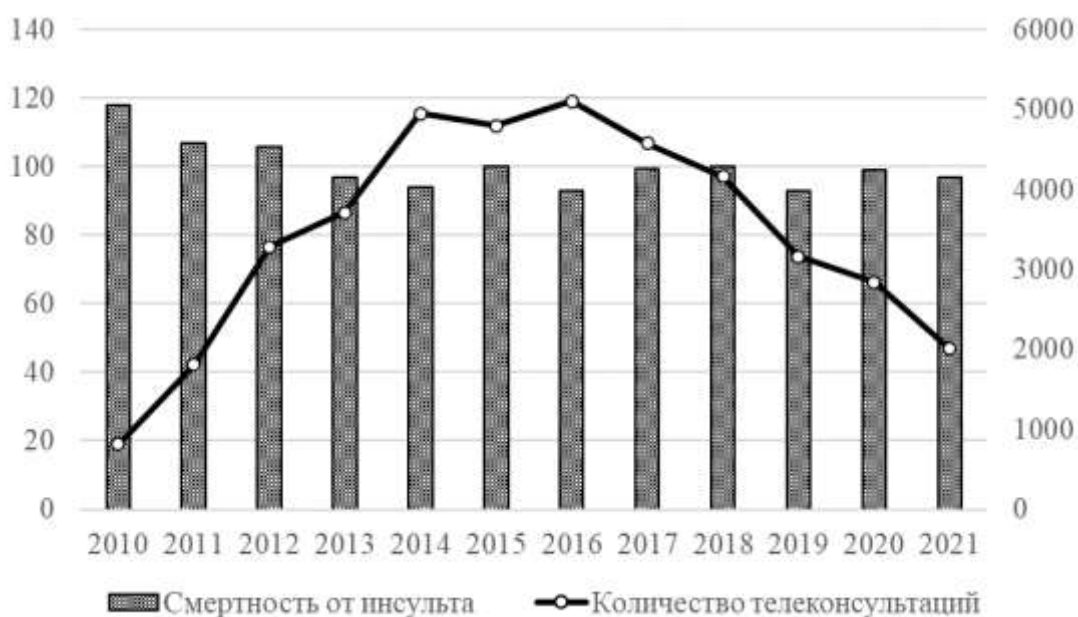


Рис. 2. Динамика смертности от инсульта в Свердловской области.

Достоверной корреляции между общим количеством телемедицинских консультаций и смертностью от инсульта не выявлено,  $r = -0,51 (-0,84; 0,09)$  и  $p = 0,089$ . Однако при анализе по специальностям (таблица 2) выявлена обратная корреляция средней силы с консультациями сосудистого хирурга, что подтверждает значимую роль ранней сосудистой хирургии во вторичной профилактике инсульта и, как следствие, влияние на смертность от этого заболевания. По другим консультирующим специальностям статистически достоверной корреляции не выявлено.

Таблица 2  
Взаимосвязь между индикаторными показателями ОНМК и количеством телеконсультаций специалистов

Специалист	Смертность от инсульта	Летальность от инсульта	Частота тромбозиса
Невролог	-0,22 (-0,71; 0,40) $p = 0,490$	-0,49 (-0,83; 0,11) $p = 0,103$	-0,16 (-0,67; 0,46) $p = 0,618$
Нейрореаниматолог	-0,39 (-0,78; 0,26) $p = 0,239$	-0,70 (-0,91; -0,22) $p = 0,011$	0,06 (-0,54; 0,61) $p = 0,863$
Нейрохирург	-0,53 (-0,89; 0,06) $p = 0,074$	-0,75 (-0,93; -0,31) $p = 0,005$	0,54 (-0,05; 0,85) $p = 0,071$
Сосудистый хирург	-0,66 (-0,89; -0,13) $p = 0,021$	-0,47 (-0,82; 0,15) $p = 0,126$	0,51 (-0,09; 0,84) $p = 0,089$

Динамика летальности от инсульта в Свердловской области представлена на рисунке 3.

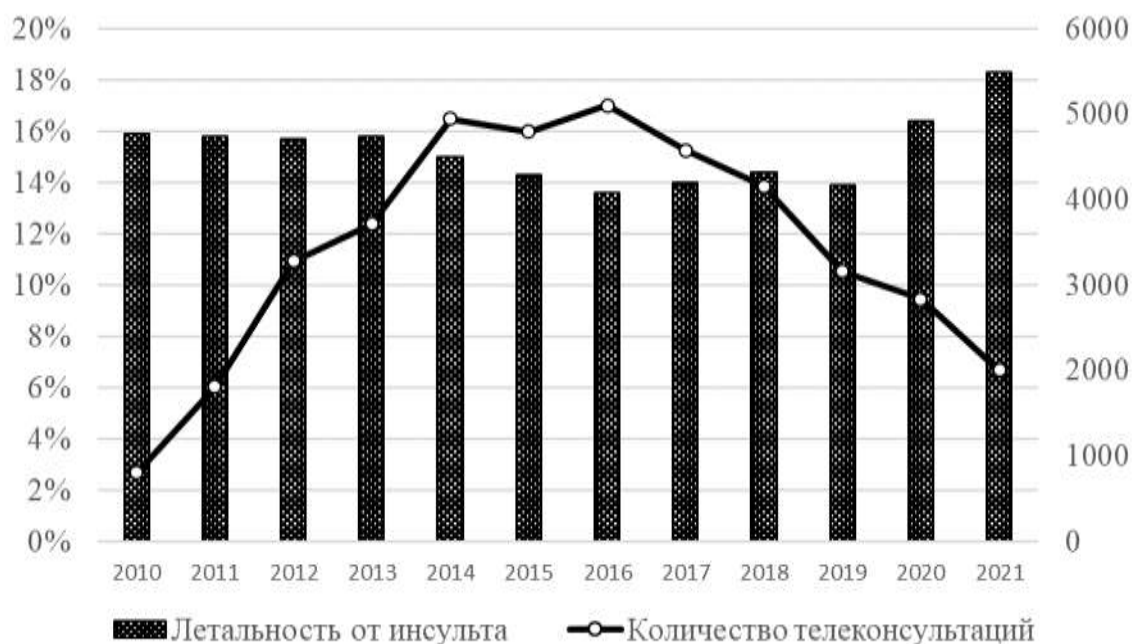


Рис. 3. Динамика летальности от инсульта в Свердловской области.

Выявлена сильная обратная корреляция между количеством телемедицинских консультаций и летальностью от инсульта,  $r = -0,73$  ( $-0,92; -0,26$ ) и  $p = 0,008$ . При анализе по специальностям (таблица 2) выявлена сильная обратная корреляция с консультациями нейрореаниматолога и нейрохирурга, что подтверждает значимую роль этих специалистов в снижении летальности на неотложном этапе оказания помощи больным с ОНМК.

Телемедицинская инсультная сеть связывает круглосуточные стационары, оказывающие неотложную помощь больным с ОНМК, поэтому влияние телемедицинских технологий на госпитальную летальность от инсульта более заметно, чем на смертность от инсульта в Свердловской области в целом.

Динамика частоты тромболитической терапии при ишемическом инсульте в Свердловской области представлена на рисунке 4.



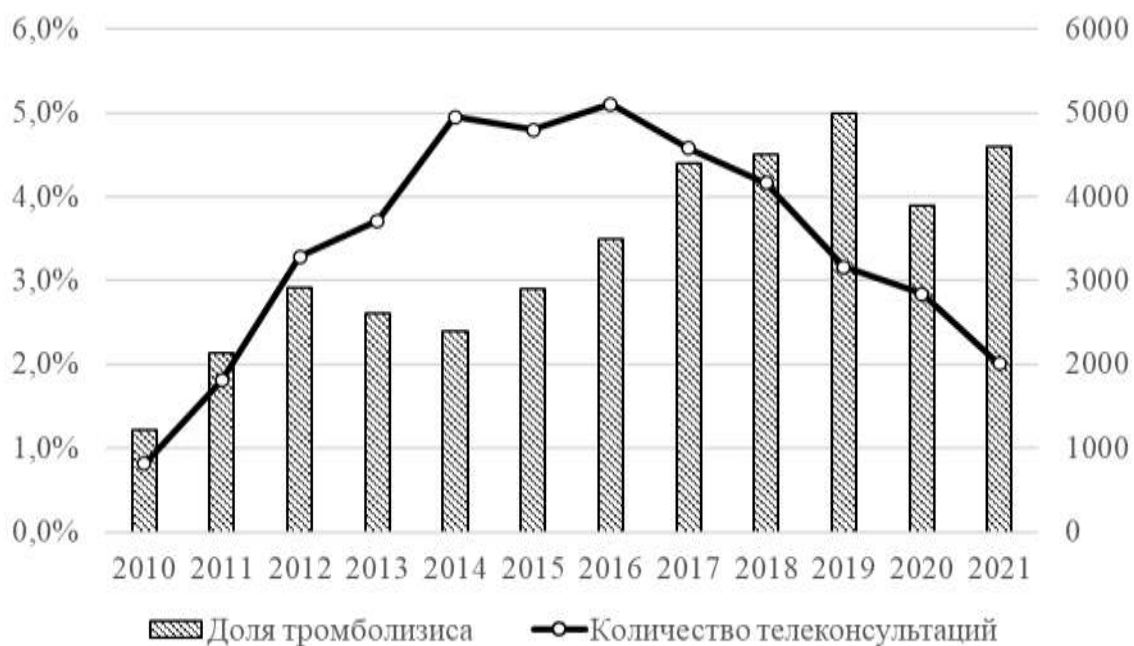


Рис. 4. Динамика частоты тромболитической терапии при ишемическом инсульте в Свердловской области.

Достоверной корреляции между количеством телемедицинских консультаций и частотой тромболитической терапии при ишемическом инсульте не выявлено,  $r=0,11$   $(-0,50; 0,64)$  и  $p=0,746$ . При анализе по специальностям (таблица 2) также не выявлено статистически достоверных взаимосвязей. Отсутствие достоверной корреляции между количеством телеконсультаций и количеством или частотой тромболитической терапии при ишемическом инсульте можно объяснить тем, что в длительно функционирующих ПСО выполнение тромболитической терапии является рутинной практикой и не требует консультации ТСЦ.

### Выводы

Таким образом, выявленные взаимосвязи между количеством телемедицинских консультаций и индикаторными показателями организации помощи больным с ОНМК демонстрируют системообразующую роль телемедицинской консультантной сети в системе оказания помощи больным с ОНМК в Свердловской области.

### Список литературы

1. American Telemedicine Association: Telestroke Guidelines / B.M. Demaerschalk, J. Berg, B.W. Chong [et al.] // Telemed J E Health. – 2017. – Vol. 23, № 5. – P. 376-389..

2. Европейские рекомендации по телемедицине инсульта. Алашеев А.М., Хуберт Г.Я., Санто Г., Ванворен Х.Т., Жван Б., Кампос С.Т., Абилейра С., Корея Ф. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 3-2. С. 33-41.
3. Использование телемедицинских технологий при оказании помощи пациентам с острой церебральной недостаточностью в Свердловской области. Алашеев А.М., Белкин А.А., Шелякин В.А., Цветков А.И. Consilium Medicum. 2018. Т. 20. № 2. С. 18-23.

© Киселева К.Е., Борзунов И.В., Киселева П.Е.

УДК 616-006.66

## ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ ГАММА-ТЕРАПИИ

Киселева К.Е.<sup>1</sup>, Борзунов И.В.<sup>2</sup>, Киселева П.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ СО "Свердловский областной онкологический диспансер" г. Екатеринбург,  
Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет» г.  
Екатеринбург, Россия

<sup>3</sup> МАОУ гимназии №9, Екатеринбург, Россия

**Резюме. Введение.** Одним из распространенных методов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями является дистанционная гамма-терапия. Однако как известно система крови является одной из наиболее восприимчивых к ионизирующему излучению. **Целью** работы стала оценка влияния высоких доз гамма-излучения при локальном воздействии на показатели крови. Были проанализированы общие анализы крови 51 пациентки с диагнозом ЗН молочной железы I-II стадии, проходившим лечение на базе Свердловского онкологического диспансера. **Результаты и обсуждение.** Наибольшие изменения можно наблюдать в показателях лейкоцитов. Через две недели у 16 (31%) пациенток наблюдалось повышение лейкоцитов, у 35 (69%) – снижение лейкоцитов. Практически у всех пациенток (98%) наблюдалось снижение лимфоцитов через 2 недели. Через 4 недели лимфоциты снизились у всех пациенток. **Выводы.** Несмотря на уменьшение показателей к четвёртой неделе ни у одного из пациентов уровень показателей крови не падал до критических значений, что говорит об относительной безопасности проведения лучевой терапии в современных условиях для системы крови.

**Ключевые слова:** дистанционная гамма-терапия, гематологическая токсичность.

## HEMATOLOGICAL TOXICITY DURING REMOTE GAMMA THERAPY

Kiseleva K.E.<sup>1</sup>, Borzunov I.V.<sup>2</sup>, Kiseleva P.E.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> State Autonomous Institution of Health of Sverdlovsk Region "Sverdlovsk Regional  
Oncology Center", Yekaterinburg

<sup>2</sup> Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Ural State University of Economics», Yekaterinburg

<sup>3</sup> MAOU Gymnasium No. 9, Yekaterinburg, Russia

**Summary. Introduction.** One of the common methods of treating patients with malignant neoplasms is remote gamma therapy. However, as you know, the blood system is one of the most susceptible to ionizing radiation. The aim of our work was to assess the effect of high doses of gamma radiation with local exposure to blood counts. We analyzed the general blood tests of 51 patients diagnosed with stage I-II breast cancer, who were treated at the Sverdlovsk oncological dispensary. **Results and discussion.** The greatest changes can be observed in leukocyte counts. After two weeks, 16 (31%) patients had an increase in leukocytes, 35 (69%) - a decrease in leukocytes. Almost all patients (98%) had a decrease in lymphocytes after 2 weeks. After 4 weeks, lymphocytes decreased in all patients. **Conclusions.** Despite the decrease in indicators by the fourth week, in none of the patients, the level of blood indicators fell to critical values, which indicates the relative safety of radiation therapy in modern conditions for the blood system.

**Keywords:** remote gamma therapy, hematological toxicity.

### Введение

Одним из распространенных методов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями является дистанционная гамма-терапия. Однако как известно система крови является одной из наиболее восприимчивых к ионизирующему излучению. При воздействии лучевой терапии возникает прямое повреждение Т-клеток от радиации в результате чего уменьшается количество Т-клеток в крови, помимо прямого воздействия облучение по данным исследований оказывает косвенное воздействие на косвенное воздействие на селезенку, тимус и костный мозг. Возникает иммуносупрессия, которую также называют радиационно-индуцированной лимфопенией [1,2].

По данным исследований радиационно-индуцированная лимфопения встречается у 40-70% пациентов, проходящих лучевую терапию. Причем риск возникновения коррелирует с размером поля, дозой и числом фракций. Некоторые авторы считают радиационно-индуцированную лимфопению отрицательным прогностическим фактором при глиомах высокой степени злокачественности, злокачественных

новообразованиях головы и шеи, легкого, пищевода поджелудочной железы, шейки матки [3,4].

### **Цель работы**

Оценить влияние высоких доз гамма-излучения при локальном воздействии на показатели крови.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ общих анализов крови 51 пациентки с диагнозом рак молочной железы

I-II стадии, проходивших лечение на базе Свердловского онкологического диспансера. Всем пациенткам проводилась дистанционная гамма терапия на область грудной клетки, с одной стороны, в суммарной очаговой дозе от 45 до 60 Грей.

Для оценки изменений у пациенток производился забор общего анализа крови перед началом терапии, через 2 недели от начала лечения и через 4 недели после начала терапии. Через 2 недели суммарно- очаговая доза на ткани составила 20-25 Гр, через 4 недели 40-50 Гр. В общем анализе крови оценивались следующие показатели: количество лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, эозинофилов, базофилов, эритроцитов, гемоглобина и тромбоцитов.

Минимальный возраст – 37 лет, максимальный возраст – 72 года, средний возраст – 56 лет.

### **Результаты и обсуждение**

Наибольшие изменения можно наблюдать в показателях лейкоцитов. Через две недели у 16 (31%) пациенток наблюдалось повышение лейкоцитов, у 35 (69%) – снижение лейкоцитов. В среднем лейкоциты снижались на 13%. Через 4 недели от начала лечения увеличилось число пациенток со сниженными показателями – в процентном соотношении лейкоциты снизились у 84,3% пациенток. В этой группе среднее снижение показателя составило 21%.

Нейтрофилы через 2 недели снижались у 24 (47%) пациентов, у 27 (53%) пациенток наблюдалось повышение нейтрофилов. Через 4 недели от начала лечения у 28 (55%) пациенток наблюдалось повышение нейтрофилов, у 23 (45%) – снижение нейтрофилов.

Практически у всех пациенток (98%) наблюдалось снижение лимфоцитов через 2 недели. Через 4 недели лимфоциты снизились у всех пациенток. Минимальное

значение составило 8%, максимальное – 77%, среднее – 49%. У 24 (47%) пациенток через 4 недели показатели лимфоцитов были ниже нижней границы нормы.

В ходе проведения лучевой терапии через две недели у 26 (51%) пациенток наблюдалось повышение эозинофилов, у 25 (49%) – снижение эозинофилов. Через 4 недели от начала лечения у 25 (49%) пациенток наблюдалось повышение эозинофилов, у 26 (51%) – снижение эозинофилов. Также необходимо отметить, что у пациенток в группе со снижением эозинофилов как через 2 недели, так и через 4 недели максимальное снижение составило – 100%. Однако несмотря на сильное снижение показателя у некоторых пациенток на проведение терапии это не повлияло так как у эозинофилов достаточно узкое клиническое значение (борьба с многоклеточными паразитами) и в норме их очень немного в сравнении с остальными показателями (в норме от 0,5 до 3% от всех лейкоцитов).

Аналогичную картину можно наблюдать в отношении базофилов. У пациенток в группе со снижением базофилов как через 2 недели, так и через 4 недели максимальное снижение составило – 100%. Но это также не оказало влияние на проведение терапии так как нормальные показатели составляют от 0 до 1,0% от всех лейкоцитов.

В ходе проведения лучевой терапии через две недели у 25 (49%) пациенток наблюдалось повышение эритроцитов, у 26 (51%) – снижение эритроцитов. Через 4 недели от начала лечения у 26 (51%) пациенток наблюдалось повышение эритроцитов, у 25 (49%) – снижение эритроцитов. Обращают на себя внимание низкие показатели снижения (через 4 недели у пациенток в группе со снижением эритроцитов минимальное значение составило 1%, максимальное – 10%, среднее – 4%).

Похожую ситуацию можно наблюдать при анализе уровня гемоглобина. Несмотря на то, что снижение наблюдалось у достаточно высокого числа пациентов (через 2 недели показатели снизились у 57%– пациенток, через 4 недели у 65%), уровень гемоглобина снижался незначительно, и среднее значение снижения составило – 3%.

В ходе проведения лучевой терапии через две недели у 8 (15,7%) пациенток наблюдалось повышение тромбоцитов, у 43 (84,3%) – снижение тромбоцитов. Через 4 недели от начала лечения у 8 (15,7%) пациенток наблюдалось повышение тромбоцитов, у 43 (84,3%) – снижение тромбоцитов. У пациенток в группе со снижением тромбоцитов минимальное значение составило 3%, максимальное – 40%, среднее – 21%.

Влияние высоких доз гамма-излучения при локальном воздействии на показатели периферической крови

Показатель крови	Через 2 недели	Через 4 недели
WBC Лейкоциты	Минимальное значение снижения = 1% Максимальное значение снижения = 45% Среднее значение снижения = 13%	Минимальное значение снижения = 2% Максимальное значение снижения = 47% Среднее значение снижения = 21%
NEU Нейтрофилы	Минимальное значение снижения = 2% Максимальное значение снижения = 44% Среднее значение снижения = 15%	Минимальное значение снижения = 1% Максимальное значение снижения = 47% Среднее значение снижения = 17%
LYM Лимфоциты	Минимальное значение снижения = 1% Максимальное значение снижения = 62% Среднее значение снижения = 33%	Минимальное значение снижения = 8% Максимальное значение снижения = 77% Среднее значение снижения = 49%
EOS Эозинофилы	Минимальное значение снижения = 4% Максимальное значение снижения = 100% Среднее значение снижения = 34%	Минимальное значение снижения = 7% Максимальное значение снижения = 100% Среднее значение снижения = 33%
BASO Базофилы	Минимальное значение снижения = 17% Максимальное значение снижения = 100% Среднее значение снижения = 54%	Минимальное значение отклонения = 17% Максимальное значение отклонения = 100% Среднее значение отклонения = 48%
RBC Эритроциты	Минимальное значение снижения = 1% Максимальное значение снижения = 7% Среднее значение снижения = 3%	Минимальное значение отклонения = 1% Максимальное значение отклонения = 10% Среднее значение отклонения = 4%
HGB Гемоглобин	Минимальное значение снижения = 1% Максимальное значение снижения = 9% Среднее значение снижения = 3%	Минимальное значение отклонения = 1% Максимальное значение отклонения = 10% Среднее значение снижения = 3%
PLT Тромбоциты	Минимальное значение снижения = 1% Максимальное значение снижения = 36% Среднее значение снижения = 17%	Минимальное значение снижения = 3% Максимальное значение снижения = 40% Среднее значение снижения = 21%

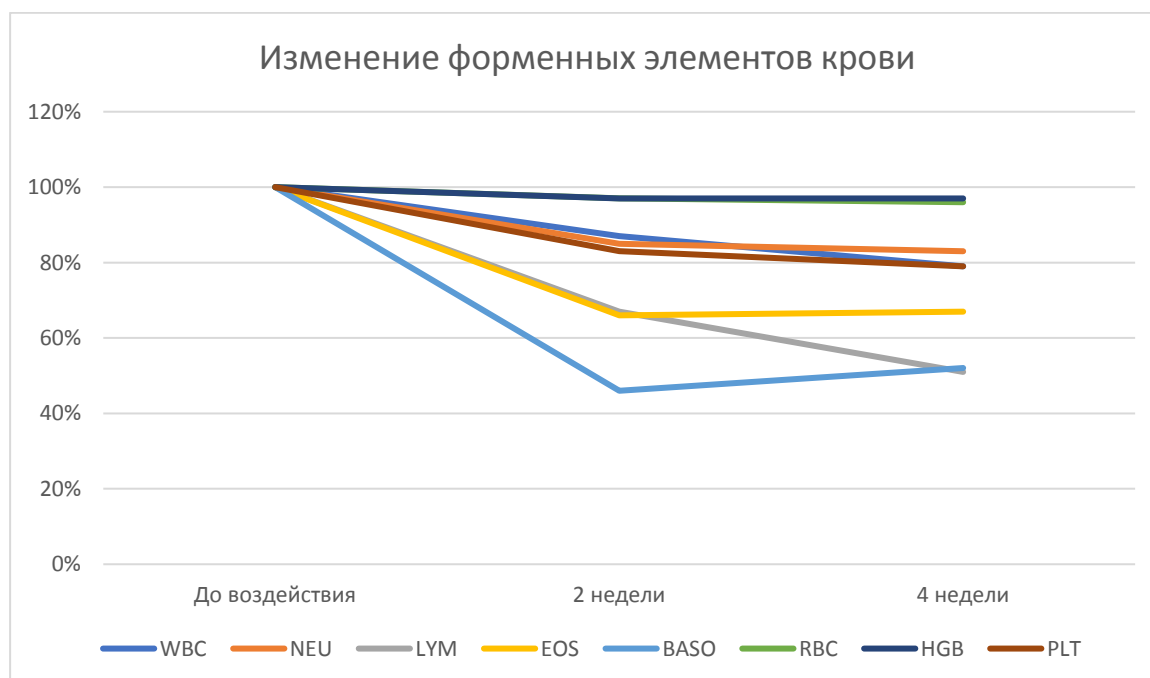
В ходе проведения лучевой терапии через две недели у 25 (49%) пациенток наблюдалось повышение эритроцитов, у 26 (51%) – снижение эритроцитов. Через 4 недели от начала лечения у 26 (51%) пациенток наблюдалось повышение эритроцитов, у 25 (49%) – снижение эритроцитов. Обращают на себя внимание низкие показатели снижения (через 4 недели у пациенток в группе со снижением эритроцитов среднее значение снижения составило 4%). Похожую ситуацию можно наблюдать при анализе уровня гемоглобина. Несмотря на то, что снижение наблюдалось у достаточно высокого числа пациентов, уровень гемоглобина снижался незначительно, и среднее значение снижения составило – 3%.

В ходе проведения лучевой терапии через две недели у 8 (15,7%) пациенток наблюдалось повышение тромбоцитов, у 43 (84,3%) – снижение тромбоцитов. Через 4 недели от начала лечения у 8 (15,7%) пациенток наблюдалось повышение тромбоцитов, у 43 (84,3%) – снижение тромбоцитов. У пациенток в группе со снижением тромбоцитов минимальное значение составило 3%, максимальное – 40%, среднее – 21%.

Самое низкое значение лейкоцитов 1,89, нейтрофилов – 1,05.

Рисунок 1

Изменение форменных элементов крови



Как видно из рисунка № 1 максимальная динамика снижения показателей крови приходится на первые две недели лучевой терапии. В дальнейшем со второй по четвертую неделю, динамика снижения показателей крови замедляется, уровень



эритроцитов и гемоглобина стабилизируется, уровень эозинофилов и базофилов немного повысился, а уровень нейтрофилов, лимфоцитов и тромбоцитов продолжил небольшое снижение.

### **Выводы**

В процессе локального воздействия гамма-излучения его наименьшее влияние оказывается на эритроциты и уровень гемоглобина. Средний уровень уменьшения эритроцитов к четвёртой неделе составил 4%, гемоглобина – 3%.

Наибольшее снижение продемонстрировал уровень лимфоцитов. К четвёртой неделе уровень лимфоцитов уменьшился на 49%. У 47% пациентов показатели лимфоцитов через 4 недели были ниже нижней границы нормы. На втором месте по уменьшению показателей находится уровень базофилов, среднее значение уменьшения к четвёртой неделе составило 48%.

Похожие изменения крови можно наблюдать в исследованиях по влиянию общего облучения на показатели периферической крови, однако в нашем исследовании изменения намного менее значимы так как оказывается локальное воздействие.

Однако несмотря на уменьшение показателей к четвёртой неделе ни у одного из пациентов уровень показателей крови не падал до критических значений, что говорит об относительной безопасности проведения лучевой терапии в современных условиях для системы крови.

### Список литературы

1. Kapoor, V., Collins, A., Griffith, K., Ghosh, S., Wong, N., Wang, X., Challen, G. A., Krambs, J., Link, D., Hallahan, D. E., & Thotala, D. (2020). Radiation induces iatrogenic immunosuppression by indirectly affecting hematopoiesis in bone marrow. *Oncotarget*, 11(19), 1681–1690. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.27564>.
2. Ellsworth S.G. Field size effects on the risk and severity of treatment-induced lymphopenia in patients undergoing radiation therapy for solid tumors. *Adv Radiat Oncol*. 2018;3(4):512-519. Published 2018 Oct 23. doi: 10.1016/j.adro.2018.08.014.
3. Каприн А.Д., ред., Петрова Г.В., ред., Старинский В.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2022.

4. Goldstein M & Kastan MB 2015 The DNA damage response: implications for tumor responses to radiation and chemotherapy. Annual Review of Medicine 66 129–143. (doi:10.1146/annurev-med-081313-121208)

© Киселева К.Е., Борзунов И.В., Киселева П.Е.

УДК 616-006.66

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Киселева К.Е.<sup>1</sup>, Борзунов И.В.<sup>2</sup>, Киселева П.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ СО "Свердловский областной онкологический диспансер" г. Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет» г. Екатеринбург, Россия

<sup>3</sup> МАОУ гимназии №9, Екатеринбург, Россия

**Резюме. Введение.** Заболеваемость раком желудка остается на высоком уровне, несмотря на некоторое снижение заболеваемости в последние десятилетия. Ежегодно в мире регистрируется более 900 тысяч случаев рака желудка, около 738 тысяч умирают от этого заболевания в год. Среди случаев, зарегистрированных в США в период с 2005 по 2009 год, 29% - в возрасте от 75 до 84 лет. По данным МНИОИ им. П. А. Герцена в 2018 году заболеваемость раком желудка составила 5,9% в общей структуре онкологической заболеваемости. Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования желудка в России 2018 году составляет 67,5 лет, что обуславливает актуальность проблемы в данной возрастной группе. Смертность от рака желудка в 2018 году составила 18,97 на 100 000 населения. **Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу рака желудка с 2000 по 2012 год. Общее количество пациентов – 1250. Средний возраст пациентов - 67,7 лет. **Результаты и обсуждение.** Послеоперационные осложнения возникли у 8,16%. Послеоперационная летальность составила 2,08%. 3-летняя выживаемость 59%, 5-летняя выживаемость 42%. **Заключение.** Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения находятся на приемлемом уровне, улучшение отделенной выживаемости возможно за счет улучшения выявления заболевания на ранних стадиях и развития лекарственного лечения.

**Ключевые слова:** рак желудка, отдаленная выживаемость, пожилой возраст.

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER IN ELDERLY AND OLD PATIENTS****Kiseleva K.E.<sup>1</sup>, Borzunov I.V.<sup>2</sup>, Kiseleva P.E.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *State Autonomous Institution of Health of Sverdlovsk Region "Sverdlovsk Regional Oncology Center", Yekaterinburg*

<sup>2</sup> *Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Ural State University of Economics», Yekaterinburg*

<sup>3</sup> *MAOU Gymnasium No. 9, Yekaterinburg, Russia*

**Summary. Introduction.** The incidence of gastric cancer remains at a high level, despite a slight decrease in the incidence in the last decade. More than 900 thousand cases of stomach cancer are registered annually in the world, about 738 thousand die from this disease per year. Among cases reported in the US between 2005 and 2009, 29% are between the ages of 75 and 84. According to MNIOI them. P. A. Herzen in 2018, the incidence of stomach cancer was 5.9% in the total structure of oncological morbidity. The average age of patients with a first-ever diagnosed gastric malignancy in Russia in 2018 is 67.5 years, which determines the relevance of the problem in this age group. The death rate from stomach cancer in 2018 was 18.97 per 100,000 population. **Materials and methods.** The results of treatment of elderly and senile patients operated on for gastric cancer from 2000 to 2012 were analyzed. The total number of patients is 1250. The average age of patients is 67.7 years. **Results and discussion.** Postoperative complications occurred in 8.16%. Postoperative mortality was 2.08%. 3-year survival 59%, 5-year survival 42%. **Conclusion.** Immediate and long-term results of surgical treatment are at an acceptable level, improvement of separated survival is possible due to improved detection of the disease in the early stages and the development of drug treatment.

**Keywords:** stomach cancer, long-term survival, old age.

**Введение**

Заболеваемость раком желудка остается на высоком уровне, несмотря на некоторое снижение заболеваемости в последние десятилетия. Ежегодно в мире регистрируется более 900 тысяч случаев рака желудка, около 738 тысяч умирают от этого заболевания в год. По статистике заболеваемость мужского населения в 2–3 раза выше. При сравнении заболеваний по странам, самые низкие показатели в Северной Америке и обширной части Африки, наиболее высокие отмечаются в Южной Америке, Восточной

Азии, Восточной Европе. Ежегодные показатели заболеваемости в Восточной Азии составляют от 40 до 60 на 100 000 жителей. Заболеваемость увеличивается с возрастом, например среди случаев, зарегистрированных в США в период с 2005 по 2009 год, примерно 1% случаев отмечен в возрасте от 20 до 34 лет, тогда как 29% - в возрасте от 75 до 84 лет. [1-2].

К основным факторам развития злокачественных новообразований желудка относят инфекцию *Helicobacter pylori* (в 90%-93,2% случаев причем риск зависит от штамма и продолжительности инфекции), возраст, высокое потребление соли и диеты с низким содержанием фруктов и овощей, вируса Эпштейна Барр. [3-13]. Также некоторые исследователи обращают внимание на роль наследственности [14-17].

В 2018 по статистическим данным МНИОИ имени П. А. Герцена заболеваемость раком желудка составила 5,9% в структуре онкологической заболеваемости. Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования желудка в России 2018 году составляет 67,5 лет, что обуславливает актуальность проблемы в данной возрастной группе. Смертность от рака желудка в 2018 году составила 18,97 на 100 тыс. населения [18].

Считается, что у пожилых пациентов с раком желудка худший долгосрочный прогноз по сравнению с пациентами молодого возраста. Такие факторы как снижение физиологической активности, низкий нутритивный статус питания, снижение репаративных процессов с возрастом приводят к более высокому риску послеоперационных осложнений. Независимыми факторами развития осложнений являются сахарный диабет, хронические заболевания легких, анемия. Однако неясно, ухудшается ли прогноз уже установленного рака желудка с возрастом. В когортном исследовании Jae Lee J. G. et all смертность от рака желудка I или II стадии увеличивается с возрастом у пациентов, на смертность при III или IV стадии возраст не оказывал значимого влияния [19-21].

Основным методом лечения ЗН желудка является оперативный, по данным разных источников диапазон послеоперационных осложнений варьирует от 21,7-65,5%, летальности – 5,1-7,9 % [22,23]. Трехлетняя выживаемость – 42,1% [23].

К основным осложнениям по данным Min et al относят осложнения со стороны послеоперационной раны (0,7%), кровотечение (0,5%), несостоятельность анастомоза или культи (2,2%), кишечная непроходимость (0,9%), панкреатический свищ (0,1%), внутрибрюшной абсцесс (1,6%), пневмонии (3,0%) [24].

## Цель работы

Оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения рака желудка у пациентов пожилого и старческого возраста.

## Материалы и методы

В исследовании проводилась ретроспективная оценка результатов хирургического лечения пациентов старшей возрастной категории, прооперированных на базе абдоминального отделения ГАУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер» с 2000 по 2012 год.

Критерии включения: возраст более 60 лет, проведенное радикальное лечение, прооперированные в плановом порядке по поводу ЗН желудка. Критерии невключения: не радикальный характер лечения, мезенхимальные, нейроэндокринные образования по данным гистологии.

Общее число пациентов – 1250. Средний возраст – 67,7 лет. Мужчин – 57,6 %, женщин – 42,4%.

Таблица 1

Характеристика проведенных оперативных вмешательств

Название оперативного вмешательства	Количество	% от общего числа операций
Субтотальная проксимальная резекция желудка	31	2,48
Субтотальная дистальная резекция желудка	635	50,8
Комбинированная субтотальная дистальная резекция желудка	34	2,72
Субтотальная проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода	22	1,76
Гастрэктомия	273	21,84
Комбинированная гастрэктомия	161	12,88
Гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода	63	5,04
Атипичная резекция желудка	6	0,48
Экстирпация культи желудка	25	2,00
Всего	1250	100

Наиболее часто выполняемой операцией была субтотальная дистальная резекция желудка (см. таблицу 1). Данная операция выполнена более чем в половине случаев (50,8%). На втором месте гастрэктомия (21,84%), на третьем комбинированная гастрэктомия (12,88%).

После операции опухолевый процесс был простадирован по системе TNM 7 пересмотра.

Таблица №2  
Распределение по стадиям

Стадия	Количество	%
1a	172	13,76
1b	164	13,12
2a	291	23,28
2b	155	12,4
3a	152	12,16
3b	172	13,76
3c	56	4,48
4	88	7,04
всего	1250	100

При анализе распределения по стадиям можно отметить, что число пациентов с начальными стадиями (1a, 1b) составило всего 26,88% (см. таблицу №2).

Из гистологических подтипов чаще всего встречалась низкодифференцированная аденокарцинома (58,08%). Умеренно дифференцированная аденокарцинома (15,68%). Остальные гистологические типы рака желудка встречались значительно реже.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием компьютерных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel. Кривые выживаемости построены по методу Каплана-Майера.

### **Результаты и обсуждение**

В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 102 пациентов (8,16%).

<b>Осложнение</b>	<b>Количество случаев</b>	<b>% от общего числа осложнений</b>
Несостоятельность швов анастомоза	22	21,57
Абсцесс брюшной полости	14	13,73
Послеоперационный панкреатит	14	13,73
Панкреонекроз	8	7,84
Пневмония	7	6,86
Послеоперационное кровотечение	7	6,86
Кишечная непроходимость	5	4,90
Инфаркт миокарда	5	4,90
Некроз культи желудка	2	1,96
ТЭЛА	2	1,96
Перфорация тонкой кишки	2	1,96
Эвентерация	2	1,96
Послеоперационная гематома	2	1,96
Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки	2	1,96
Полиорганная недостаточность	2	1,96
Мезентеральный тромбоз	2	1,96
Анастомозит	1	0,98
Острая почечная недостаточность	1	0,98
Плеврит	1	0,98
Желчный свищ	1	0,98
Всего	102	100,00

Среди осложнений чаще всего регистрируется несостоятельность швов анастомоза (21,57%), второе место занимает абсцесс брюшной полости (13,73%) и послеоперационный панкреатит (13,73%).

Послеоперационная летальность составила 2,08%. Характеристика послеоперационной летальности представлена в таблице 4.



Характеристика послеоперационной летальности в зависимости от осложнения

<b>Осложнение</b>	<b>Количество</b>	<b>%</b>
Несостоятельность швов анастомоза	9	34,62
Перфорация тонкой кишки	2	7,69
Послеоперационное кровотечение	2	7,69
Полиорганная недостаточность	2	7,69
Мезентериальный тромбоз	2	7,69
Инфаркт миокарда	2	7,69
Некроз культи желудка	1	3,85
Абсцесс	1	3,85
Тромбоэмболия лёгочной артерии	1	3,85
Послеоперационный панкреонекроз	1	3,85
Кишечная непроходимость	1	3,85
Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки	1	3,85
Острая почечная недостаточность	1	3,85
Всего	26	100,00

Наиболее частой причиной послеоперационной летальности являлась несостоятельность швов анастомоза (9 случаев), на втором месте перфорация тонкой кишки, кровотечение, полиорганная недостаточность, мезентериальный тромбоз, инфаркт миокарда.

Таблица 5

Послеоперационная летальность в зависимости от оперативного вмешательства

Оперативное вмешательство	Количество летальных исходов	% от данного оперативного вмешательства
Субтотальная дистальная резекция желудка	9	1,42
Гастрэктомия	4	1,47
Комбинированная субтотальная дистальная резекция желудка	2	5,88
Комбинированная гастрэктомия	5	3,11
Субтотальная проксимальная резекция желудка	1	3,23
Гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода	3	4,76
Экстирпация культи желудка	2	8,00

зависимости от проводимого оперативного вмешательства наибольший процент наблюдается после экстирпации культи желудка и комбинированной субтотальной дистальной резекции желудка (см. таблицу №5).

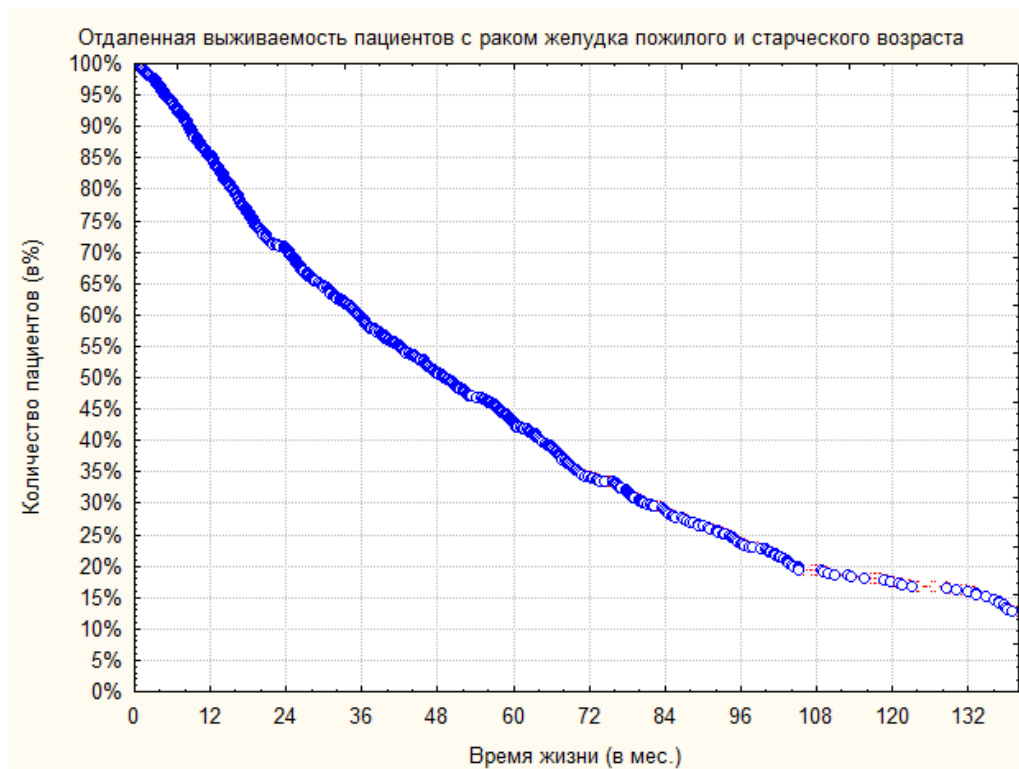


Рисунок 1. Отдаленная выживаемость пациентов с раком желудка пожилого и старческого возраста. 1-летняя выживаемость составила 85%, 3-летняя выживаемость 59%, 5-летняя выживаемость 42% (см. рисунок №1).

Пожилой и старческий возраст сопряжены с большим количеством факторов риска развития послеоперационных осложнений. Однако несмотря на это послеоперационная летальность остается на приемлемом уровне при коррекции факторов риска, своевременного выявления и лечения осложнений. Наши выводы совпадают с результатами зарубежных исследований. В исследовании Valentina Mengardo et al сравнивалось 3 группы, группа А пациенты  $\leq 69$  лет, группа В пациенты 70-79 лет и группа С пациенты  $\geq 80$  лет. В группе С имела отмечался более высокий уровень послеоперационной смертности (8,1%), чем группа А (1,8%) или группа В (1,9%). Эти данные свидетельствуют о том, что у пациентов в возрасте 70-79 лет риск послеоперационной смерти сопоставим с риском более молодых пациентов.

Отдаленные результаты по данным литературы сильно варьируют и зависят от многих факторов. В исследовании de Pascale et al 36-месячная выживаемость составила у пациентов младше 75 лет составила 76,1%. В исследовании Zheng-Yan Li 3-летняя выживаемость среди пациентов всех возрастных категорий составила 76,7%-73,3% [23-26]. 5-летняя выживаемость среди всех возрастных групп варьирует от 38,9% до 68,5% в зависимости от исследования. При анализе наших результатов показатели 5-летней и 3-летней выживаемости у пациентов пожилой группы в ниже по сравнению с данными литературы по всем возрастным группам. Однако в части исследований показатели 60-месячной выживаемости находились на одном уровне, или даже ниже.

### **Выводы**

1. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения рака желудка у пациентов пожилого и старческого возраста находятся на приемлемом уровне.
2. Улучшение отдаленной выживаемости возможно за счет улучшения выявления заболевания на ранних стадиях и развития лекарственного лечения.

### Список литературы

1. Karimi P., Islami F., Anandasabapathy S., Freedman N.D., Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention// Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014. Vol. 23. №5. P. 700-713.
2. Correa P. Gastric cancer: overview// Gastroenterol Clin North Am. 2013 Vol. 42№2 P. 211-217. doi: 10.1016/j.gtc.2013.01.002

3. Smyth E. C., Nilsson M., Grabsch H. I., van Grieken NC., Lordick F. Gastric cancer// Lancet. 2020. Vol. 396,10251 P.635-648. doi:10.1016/S0140-6736(20)31288-5
4. Petryszyn P., Chapelle N., Matysiak-Budnik T. Gastric Cancer: Where Are We Heading? //Dig Dis. 2020 Vol. 38. №4. P. 280-285. doi:10.1159/000506509
5. Sukri A., Hanafiah A., Mohamad Zin N., Kosai NR. Epidemiology and role of Helicobacter pylori virulence factors in gastric cancer carcinogenesis. //APMIS. 2020 Vol. 128 №2 P. 150-161. doi:10.1111/apm.13034
6. Toh J. W. T., Wilson R. B. Pathways of Gastric Carcinogenesis, Helicobacter pylori Virulence and Interactions with Antioxidant Systems, Vitamin C and Phytochemicals// Int J Mol Sci. 2020 Vol 21 №17:6451. Published 2020 Sep 3. doi:10.3390/ijms21176451
7. Ang T.L., Fock K.M. Clinical epidemiology of gastric cancer// Singapore Med J. 2014 Vol. 55 №12 P. 621-628. doi:10.11622/smedj.2014174
8. Pasechnikov V., Chukov S., Fedorov E., Kikuste I., Leja M. Gastric cancer: prevention, screening and early diagnosis// World J Gastroenterol 2014 Vol. 20№ 38 P.13842-13862. doi:10.3748/wjg. v20. i38.13842
9. Goral V. Etiopathogenesis of Gastric Cancer// Asian Pac J Cancer Prev 2016 Vol. 17 №6 P 2745-2750.
10. Venkateshwari A., Krishnaveni D., Venugopal S., Shashikumar P., Vidyasagar A., Jyothy A. Helicobacter pylori infection in relation to gastric cancer progression// Indian J Cancer. 2011 Vol. 48 №1 P. 94-98. doi:10.4103/0019-509X.75840
11. Mégraud F., Bessède E., Varon C. Helicobacter pylori infection and gastric carcinoma// Clin Microbiol Infect 2015 Vol. 21 №11 P. 984-990. doi: 10.1016/j.cmi.2015.06.004
12. Camargo M. C., Figueiredo C., Machado J. C. Review: Gastric malignancies: Basic aspects// Helicobacter 2019 Vol. 24 Suppl 1: e12642. doi:10.1111/hel.12642
13. Compare D., Rocco A., Nardone G. Screening for and surveillance of gastric cancer// World J Gastroenterol 2014 Vol. 20 №38 P.13681-13691. doi:10.3748/wjg. v20. i38.13681
14. Choi Y.J., Kim N. Gastric cancer and family history// Korean J Intern Med 2016 Vol. 31 №6 P. 1042-1053. doi:10.3904/kjim.2016.147

15. Oliveira C., Pinheiro H., Figueiredo J., Seruca R., Carneiro F. Familial gastric cancer: genetic susceptibility, pathology, and implications for management// *Lancet Oncol* 2015 Vol. 16 №2: e60-e70. doi:10.1016/S1470-2045(14)71016-2
16. Zhang X.Y., Zhang P.Y. Gastric cancer: somatic genetics as a guide to therapy// *J Med Genet.* 2017 Vol. 54№5 P. 305-312. doi:10.1136/jmedgenet-2016-104171
17. Petrovchich I., Ford J.M. Genetic predisposition to gastric cancer// *Semin Oncol* 2016 Vol. 43 № 5 P.554-559. doi:10.1053/ semioncol.2016.08.006
18. Каприн А.Д., ред., Петрова Г.В., ред., Старинский В.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2019.
19. Ueno D., Matsumoto H., Kubota H. et al. Prognostic factors for gastrectomy in elderly patients with gastric cancer//*World J Surg Oncol* 2017 Vol. 15 №1 59. Published 2017 Mar 11. doi:10.1186/s12957-017-1131-6
20. Li Y., Tan B., Fan L., et al. Clinicopathologic Characteristics of Elderly with Gastric Cancer, and the Risk Factors of Postoperative Complications// *J Invest Surg/* 2017 Vol. 30 №6 P. 394-400. doi:10.1080/08941939.2016.1265617
21. Lee J.G., Kim S. A., Eun C.S., Han D.S., Kim Y.S., Choi B.Y., Song K.S., Kim H. J., Park C.H. Impact of age on stage-specific mortality in patients with gastric cancer: A long-term prospective cohort study// *PLoS One.* 2019. Vol. 14. № 8. P. e0220660.
22. Wu C.W., Lo S.S., Shen K.H., Hsieh M.C., Lui W.Y., P'eng F.K. Surgical mortality, survival, and quality of life after resection for gastric cancer in the elderly// *World J Surg.* 2000. Vol. 24. №4. P. 465-472.
23. de Pascale S., Belotti, D., Celotti, A. Celotti A., Minerva E.M., Quagliuolo V., Rosati R., Romario U. F. Prognostic factors for short-term and long-term outcomes of gastric cancer surgery for elderly patients: 10 years of experience at a single tertiary care center// *Updates Surg.* 2018. Vol. 70. №2. P. 265–271.
24. Min S.H., Won Y., Kim G. et al. 15-year experience of laparoscopic gastrectomy in advanced gastric cancer: analysis on short-term and long-term oncologic outcome//*Surg Endosc.* 2020 Vol. 34 № 11 P. 4983-4990. doi:10.1007/s00464-019-07292-x
25. Mengardo V., Cormack O. M., Weindelmayer J., et al. Multicenter Study of Presentation, Management, and Postoperative and Long-Term Outcomes of

Septegenarians and Octogenarians Undergoing Gastrectomy for Gastric Cancer// Ann Surg Oncol 2018 Vol. 25 №8 2374-2382. doi:10.1245/s10434-018-6543-1

26. Li Z.Y., Zhao Y.L., Qian F. et al. Long-term oncologic outcomes of robotic versus laparoscopic gastrectomy for locally advanced gastric cancer: a propensity score-matched analysis of 1170 patients// Surg Endosc. 2021 Vol. 35 №12 P. 6903-6912. doi:10.1007/s00464-020-08198-9

© Устинов А.Л.

УДК 93/94

### ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ XVIII–XXI ВВ.

Устинов А.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» *Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**Резюме. Введение.** Актуальность проблемы медицинского образования определяется необходимостью повышения эффективности подготовки медицинских кадров, способных успешно отвечать вызовам времени. **Цель работы.** Выявление основных этапов развития медицинского образования в нашей стране и анализ его текущего состояния и перспектив развития. **Материалы и методы.** Методологической основой работы стали историко-системный, проблемно-хронологический методы, а также методы анализа и обработки статистической информации. Литературной базой работы стали исследования по истории российского и советского медицинского образования. **Результаты и обсуждение.** Автор выделяет основные этапы развития медицинского образования в России, прослеживает динамику изменений в системе подготовки медицинских кадров. Автор выделяет ключевые проблемы современного медицинского образования, на основе анализа статистики выявляет достижения и недостатки системы подготовки медицинских кадров. **Заключение.** Автор приходит к выводу, что эффективность подготовки медицинских кадров в нашей стране будет зависеть от того, на сколько специалисты будут способны отвечать вызовам времени.

**Ключевые слова:** медицинское образование, этапы, история, реформа здравоохранения, вызовы времени.

### HISTORY OF MEDICAL EDUCATION IN RUSSIA XVIII–XXI

Ustinov A.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Summary. Introduction.** The urgency of the problem of medical education is determined by the need to improve the effectiveness of training medical personnel capable

of successfully meeting the challenges of the time. **The aim of the study.** Identification of the main stages of the development of medical education in our country and analysis of its current state and development prospects. **Material and methods.** The methodological basis of the work was historical-system, problem-chronological methods, as well as methods of analysis and processing of statistical information. The literary basis of the work was research on the history of Russian and Soviet medical education. **Results and discussions.** The author identifies the main stages of the development of medical education in Russia, traces the dynamics of changes in the system of training medical personnel. The author identifies the key problems of modern medical education, based on the analysis of statistics, identifies the achievements and shortcomings of the system of training medical personnel. **Conclusions.** The author comes to the conclusion that the effectiveness of the training of medical personnel in our country will depend on how much specialists will be able to meet the challenges of the time.

**Keywords:** Medical education, stages, history, healthcare reform, challenges of the time.

### Введение

Проблема подготовки медицинских кадров всегда была и остается актуальной. На врача ложится особая ответственность – за жизнь и здоровье людей. А потому проблема качества подготовки будущих врачей имеет высокое значение. Плохой юрист не сможет защитить невинного человека, плохой экономист может разорить успешное предприятие, плохой учитель не научит учеников азам, без которых немислимо формирование их личности. А плохой врач может просто убить человека, который мог бы стать хорошим юристом, экономистом или учителем. И уже никогда не станет, ибо на его пути оказался плохой врач.

Проблемой подготовки медицинских кадров общество и государство занимается давно. На каждом этапе исторического развития эта проблема решается по-разному. По-настоящему на уровень государственной политике в нашей стране эта проблема поднимается только в период реформ Петра I, хотя первые попытки такого контроля были и раньше.

Сегодня наше общество сталкивается с новыми проблемами и вызовами, и во многом успешность реагирования на такие вызовы зависит от того, как будет



развиваться медицинское образование и решаются вопросы подготовки медицинских кадров.

### **Цель работы**

Выявление основных этапов развития медицинского образования в нашей стране и анализ его текущего состояния и перспектив развития.

### **Материалы и методы**

Методологической основой работы стали такие специально исторические методы, как историко-системный, проблемно-хронологический, а также методы анализа и обработки статистической информации.

Литературной базой работы стали исследования по истории российского и советского медицинского образования И.А. Клопот [1], Р.З. Симонян [2], А.А. Сильченко [3] и других исследователей. На основе анализа литературы выделяются основные этапы формирования и развития медицинского образования в нашей стране, а также дается анализ статистических данных по ключевым вопросам современного медицинского образования в России.

### **Результаты и обсуждение**

Первая медицинская школа была открыта еще при Аптекарском приказе в 1654 г. В этой школе было два направления: лекарское и костоправное. Обучение длилось от 4 до 6 лет, первые два года изучались основы ботаники и фармакологии, затем добавлялся амбулянс – патолого-терапевтические дисциплины. С четвертого года ученики передавались лекарям для изучения хирургии на больных. Выдержавшие экзамен ученики становились лекарями. За полвека эта школа выпустила 100 лекарей и 8 костоправов. Образование в школе носило чисто ремесленный характер. Однако эта школа стала первой попыткой государства поставить процесс подготовки медицинских кадров под контроль.

Собственно система медицинского образования начинает складываться только с Петра I. Серьезное воздействие на становление медицинского образования оказали петровские реформы. Их целью была подготовка медицинских кадров, в первую очередь необходимых для армии и флота, а уже затем для гражданской сферы. Начало медицинского образования в России было положено в 1707 г., с открытия первой госпитальной школы в Москве.

Позднее госпитальные школы стали появляться и в других городах, а в Москве и Санкт-Петербурге они были преобразованы в медико-хирургические училища, а

впоследствии – в академии. В Санкт-Петербурге медико-хирургическая академия появится только в 1798 г. Медицинский факультет так же появится в созданном в 1755 г. Московском университете [1, с. 73].

В 1784 г. при Петербургском воспитательном доме было учреждено акушерское училище. В 1786 г. госпитальные школы в Ревеле, Казани, Астрахани и других городах были отделены от госпиталей и преобразованы в медико-хирургические училища. В 1801 г. В.М. Рихтер организовал при Московском воспитательном доме Повивальный институт для подготовки акушерок из числа наиболее способных воспитанниц [2, с. 122].

Новый этап в развитии медицинского образования приходится на начало XIX в. Расширяется сеть университетов: в 1802 г. был основан университет в Дерпте, в 1803 г. – в Харькове и Вильно, в 1804 г. – в Казани, в 1819 г. – в Санкт-Петербурге, в том же году – фармацевтические курсы в Москве с целью подготовки аптекарских учеников для московских аптек. В 1829 г. при крупных столичных больницах были открыты фельдшерские школы с четырехлетней программой обучения. В зависимости от успеваемости выпускники таких школ получали звание младшего или старшего фельдшера. В 1832 г. появился Устав Императорской Виленской Медико-Хирургической академии, где обучались будущие фармацевты: «студенты Фармации, кончившие курс учения и при последнем испытании причисленные к первому, второму и третьему Отделениям, производятся в Гезели 1-го, 2-го и 3-го Отделений; причисленные к 3-му Отделению не производятся в Провизоры, если на новом испытании не будут признаны достойными поступить в высшее Отделение. Те из Студентов, кои до вступления в Академию находились в Аптеках не менее трех лет, и в науках оказали отличные успехи, производятся в Провизоры» [цит. по: 2, с. 122].

В целом к 1840-м гг. столичная русская медицина существенно опережала европейскую, однако в провинции, особенно в сельской местности, медицина оставалась на низком уровне ввиду дефицита кадров.

Третий этап в развитии медицинского образования в России начинается в 1860-е гг. Реформы системы здравоохранения позволили сформировать самобытные системы земской и городской медицины, для развития которой требовались высококвалифицированные медицинские кадры. Это потребовало изменения в системе подготовки будущих врачей.

Новый Университетский устав 1863 г. существенно расширял автономию медицинских факультетов, давая им право самостоятельно решать вопросы изменения структуры, открытия новых кафедр, замещения вакансий преподавателей и профессоров, отправляя в заграничные командировки. В целом к 1870-м гг. в целом окончательно сложилась система медицинского образования [2, с. 122–123].

Революция 1917 г. ознаменовала новый этап в развитии медицинского образования в России. На начало 1917 г. в России существовало 17 медицинских вузов, расположенных компактно в Центральной России, Украине и Прибалтике. К началу 1922 г. их было уже 33. В 1925 г. была утверждена новая структура медицинского образования: медицинские факультеты имели в своем составе 30 кафедр, таких как биология, химия, физика, биологическая химия, микробиология, социальная гигиена, одонтологическая клиника, клиника инфекционных болезней, клиника болезней уха, горла и носа и др. [3, с. 157].

Согласно нового учебного плана 1926 г. на старших курсах большая часть времени уделялась преподаванию таких дисциплин как терапия, хирургия, акушерство, профилактические дисциплины. В последнем семестре в основном уже шло поликлиническое обучение. Вводилась непрерывная производственная практика:

1. На первом курсе – санитаром;
2. На втором курсе – помощником медицинской сестры;
3. На третьем курсе – медицинской сестрой;
4. На четвертом курсе – помощником врача [3, с. 157].

В 1930 г. все медицинские факультеты становятся самостоятельными институтами, и к 1935 г. по всей стране насчитывалось уже 55 медицинских институтов, в состав которых входили лечебно-профилактические, фармацевтические, педиатрические, стоматологические факультеты. На клинических кафедрах появилась ординатура и аспирантура [3, с. 157].

Развитие медицинского образования в СССР полностью отвечало потребностям страны в медицинских кадрах и носило плановый характер.

Серьезные изменения в систему подготовки медицинских кадров внесла Великая Отечественная война. Фронт нуждался в обеспечении специалистами-врачами и медицинским персоналом. Медицинские институты проводили ускоренные выпуски врачей, в первую очередь врачей широкого профиля, срок обучения сократился до 3,5 лет. Учебный план был ориентирован на изучение военно-санитарных дисциплин,

военно-полевой хирургии, инфекционных болезней с эпидемиологией и военной гигиеной. Только с постановления СНК СССР от 1 декабря 1944 г. «О мероприятиях по улучшению подготовки врачей» начался постепенный переход медицинских институтов на 6-летний срок обучения [4, с. 34].

Послевоенный период характеризовался появлением новых форм медицинского образования. Так, в 1948 г. появилась субординатура, появилась профилизация преподавания на факультетах, специализация выпускников. На 1960-е гг. приходится новая реформа медицинского образования, в ходе которой устанавливается пятилетний срок подготовки врачей, 6-й год обучения отдается под субординатуру, 7-й – под интернатуру. Это позволило перейти от подготовки врачей общей практики к подготовке узких специалистов хирургов, неврологов, отоларингологов и т.д. Активно развивается последипломное образование в институтах усовершенствования врачей, подготовка научно-педагогических кадров в аспирантуре [5, с. 10–11].

После 1991 г. начинается новый этап развития медицинского образования в Российской Федерации. Переход медицинского образования на новые стандарты обучения и потребность в развитии непрерывного медицинского образования ставит новые задачи перед научно-педагогическим сообществом. Обучение на протяжении всей жизни становится важным фактором профессионального роста и повышения конкурентоспособности на рынке труда.

Ключевые особенности современного российского образования можно выделить следующие:

1. Устойчивое развитие трудовых династий, участники которых передают свой опыт из поколения в поколение;
2. Популяризация преемственности профессиональной деятельности;
3. Развитие системы довузовской подготовки как составляющей непрерывности образования;
4. Развитие системы целевого обучения как основного механизма устранения кадрового дефицита;
5. Развитие системы аккредитации специалистов [4, с. 35–36].

Приказом министра здравоохранения № 82 от 18 февраля 2013 г. создается Координационный совет по развитию непрерывного медицинского образования. Реализация проекта НМО связана с приказами министерства здравоохранения № 837 от 11 ноября 2013 г. «Об утверждении Положения о модели отработки основных

принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций», № 328 от 9 июня 2016 г. [4, с. 37].

Серьезные коррективы в подготовку медицинских кадров внесла пандемия COVID-19. Большинство медицинских вузов и колледжей было переведено в дистанционный режим работы, к оказанию медицинской помощи стали привлекать студентов, что позволило снизить нагрузку на медицинских работников. В настоящее время сформирован резерв медицинских кадров, обладающих необходимыми знаниями и навыками для оказания помощи пациентам с COVID-19 и имеющих возможность непрерывно совершенствовать свою компетентность в вопросах профилактики, диагностики и лечения пациентов с подозрением или подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции.

Основная задача современного медицинского образования – подготовка кадров, способных отвечать новым вызовам времени, быть конкурентоспособными на рынке труда, быстро реагировать на изменения в науке и обществе.

На сколько успешно современное медицинское образование справляется с данной задачей – демонстрирует следующие таблицы:

Таблица 1

Контингент студентов медицинских специальностей [4, с. 35]

Количество	Учебные заведения, в которых ведется подготовка по медицинским специальностям, подведомственных			
	Всего	Министерству здравоохранения	Министерству образования	Иным учреждениям
Учебных заведений	103	46	44	13
Студентов, тыс. чел.	294	223	62	8
Из них за счет бюджетных ассигнований, тыс. чел.	145	-	-	-
За счет средств физических и юридических лиц, тыс. чел.	149	-	-	-
Студентов, %	100	76	21	3
Увеличение контрольных цифр приема (КЦП) в 2016–2021 гг. %	25,8 (2,1 в год)	-	-	-
Увеличение КЦП в 2021/2022 учебном году	15,8	-	-	-

Таблица 2

Аккредитация специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием на  
2019 год [4, с. 36]

Научных и образовательных организаций – площадок аккредитации	390
Аккредитационных комиссий, сформированных Министерством здравоохранения РФ	218
Специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием, допущенных к аккредитации, чел.	42101
Из них аккредитовано, чел. (%)	41098 (97,6)
Специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, допущенных к аккредитации, чел.	65828
Из них аккредитовано, чел. (%)	61546 (93,5)
Допущено к первичной специализированной аккредитации, чел.	4442
Из них аккредитовано, чел. (%)	4288 (96,7)
Трудоустроено прошедших аккредитацию на должность врача-педиатра участкового, чел.	1712
Трудоустроено прошедших аккредитацию на должность врача-терапевта участкового, чел.	3314

Таблица 3

Обучение специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием по программам профилактики и лечения COVID-19 в 2020–2021 гг.

[4, с. 38]

Прошло обучение по образовательным модулям, посвященным вопросам, связанным с профилактикой и лечением COVID-19, чел.	1,633,815
Из них с высшим образованием, чел.	568,916
Со средним профессиональным образованием	1,064,899

Анализ таблиц показывает, что большая часть медицинских кадров формируется в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения, что и логично: именно эти учебные заведения имеют необходимые клинические базы, на которых идет подготовка специалистов-медиков (см. Таблица 1). При этом в последние годы наблюдается тенденция по увеличению целевого приема. Данная практика призвана решить проблему нехватки кадров в области здравоохранения.

Налаженная практика подготовки и переподготовки профессиональных кадров до пандемии COVID-19 (см. Таблица 2) позволила встретить новые вызовы времени более-менее подготовленно и минимизировать потери. Однако в условиях пандемии пришлось спешно переобучать врачей и средний медицинский персонал в соответствии с новыми реалиями, а для этого – формировать учебные планы и программы такого переобучения (см. Таблица 3).

Вместе медицинское образование сталкивается с новыми проблемами:

1. При сохранении текущей материально-технической базы увеличение контингента обучающихся порождает проблемы качества подготовки будущих специалистов;
2. Рост контрольных цифр приема приводит к снижению конкурса на медицинские и фармацевтические специальности, а как следствие – уровня базовой подготовки будущих студентов;
3. Внедрение дистанционных технологий в условиях пандемии COVID-19, несмотря на всю их прогрессивность и открывающиеся возможности, в т.ч. развития телемедицины, так же не способствует росту качества медицинского образования.

### **Выводы**

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Развитие медицинского образования в России проходит ряд этапов. Начало медицинского образования положили петровские реформы начала XVIII в., когда создаются первые госпитальные школы, а впоследствии медико-хирургические училища и академии.

2. Либеральные реформы 1860-х гг. заложили основы земской и городской медицины, позволили существенно расширить систему медицинского и фармацевтического образования, которое становится частью государственной политики. Вместе с тем медицинские учебные заведения имеют весьма широкую автономию в вопросах подготовки и подбора профессорско-преподавательских кадров, будущих врачей и среднего медицинского персонала.

3. Советская система медицинского образования была полностью подчинена потребностям общества и государства, носила плано-командный характер. В СССР свое развитие получает система интернатуры, ординатуры, аспирантуры, создается целая сеть медицинских учебных заведений.

4. На современном этапе медицинское образование строится на принципах непрерывности и отвечает задачам подготовки конкурентоспособного на рынке труда специалиста, способного отвечать вызовам времени, быстро перестраиваться в соответствии с теми проблемами, с которыми ему предстоит сталкиваться. Вместе с тем современное медицинское образование в нашей стране сталкивается с рядом трудностей, от решения которых зависит его эффективность в будущем.

### Список литературы

1. Клопот И.А., Попова М.А. Медицинское образование в России: история и предпосылки // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 173–174.
2. Симонян Р.З. Становление системы медицинского образования в России: XVII – начало XX вв. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2019. – № 6 (84). – Часть 2. – Июнь. – С. 121–124.
3. Сильченко А.А., Эйвазова Н.А., Ермолаева Е.В. Медицинское образование в Советском Союзе // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2016. – Т. 6. – № 1. – С. 157.
4. Каграманян И.Н. и др. Исторические аспекты трансформации системы медицинского образования / И.Н. Каграманян, А.И. Тарасенко, И.А. Купеева,



- О.О. Янушевич, К.А. Пашков, А.О. Ефимова // National Health Care (Russia). – V. 2. – №. 1. – 2021. – С. 32–40.
5. Веселкова Е.Г. Медицинское образование в России: История, современное состояние, принципы // Педагогика профессионального медицинского образования. – 2018. – № 3. – С. 6–14.

© Набойченко Е.С., Устинов А.Л., Ермакова В.А.

УДК 616-007.71

### МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕФЕКТОВ ВНЕШНОСТИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Набойченко Е.С.<sup>1</sup>, Устинов А.Л.<sup>1</sup>, Ермакова В.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**Резюме. Введение.** В статье ставится проблема влияния дефектов и деформаций внешности на жизнь человека в прошлом и в настоящем, актуальность развития пластической хирургии. **Цель работы** – дать анализ востребованности пластических операций в прошлом и настоящем. **Материалы и методы.** Авторы опираются на историко-системный, историко-сравнительный и идеографический методы исторического исследования, а также методы анализа и обработки данных. Используются труды как отечественных, так и зарубежных ученых, описывающие методы проведения пластических операций, значимость практики пластических хирургов. **Результаты и обсуждение.** В ходе исследования были проанализированы этапы развития пластической хирургии и её востребованность, влияние внешности на социальный комфорт человека. **Выводы.** Авторы приходят к выводу о том, что пластическая хирургия востребована, так как человеку важно хорошо выглядеть, и от этого он чувствует себя увереннее.

**Ключевые слова:** пластическая хирургия, влияние дефектов внешности на жизнь человека, влияние деформаций тела на жизнь человека, значимость пластической хирургии.

### MEDICAL ASPECTS OF APPEARANCE DEFECTS: HISTORY AND MODERNITY

Naboychenko E.S.<sup>1</sup>, Ustinov A.L.<sup>1</sup>, Yermakova V.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Summary. Introduction.** The article raises the problem of the influence of defects and deformations of appearance on human life in the past and present, the relevance of the development of plastic surgery. **The aim of the study** is to comparative analysis of the demand for plastic surgery in the past and present. **Materials and methods.** The authors

rely on historical-systemic, historical-comparative and ideographic methods of historical research, as well as methods of data analysis and processing. The works of both domestic and foreign scientists describing the methods of plastic surgery, the importance of the practice of plastic surgeons are used. **Results and discussion.** The study analyzed the stages of development of plastic surgery and its relevance, the influence of appearance on a person's social comfort. **Conclusions.** The authors come to the conclusion that plastic surgery is in demand, since it is important for a person to look good, and this makes him feel more confident.

**Keywords:** plastic surgery, impact of appearance defects on human life, impact of body deformities on human life, significance of plastic surgery.

### Введение

Первые попытки поправить дефекты внешности известны с глубокой древности. Наиболее высокого развития в древности практики коррекции внешности и пластической хирургии достигли в Древней Индии.

«Plastikos» в переводе с греческого языка означает «создавать форму», на латыни «plasticus» — ваяющий, формирующий. История пластической хирургии насчитывает более 3,5 тысяч лет. Изначально ею занимались в лечебных целях: восстанавливали утраченные функции внешних органов, конечностей. В древности красоту человеческого тела возводили в культ и относились с подозрением и неприязнью к врожденным уродствам или изъянам, которые появлялись после травм. Поэтому врачи уже тогда уделяли огромное внимание эстетическим аспектам проводимых ими операций и начали разрабатывать методы коррекции внешности.

В наши дни к врожденным дефектам и посттравматическим деформациям добавилась общемировая проблема лишнего веса. Внешность приобретает все большую значимость в жизни человека, что указывает на то, что в медицине возрастает роль пластической хирургии.

### Цель работы

Выявить и дать анализ медицинских аспектов дефектов внешности в прошлом и на современном этапе, проанализировать влияние удовлетворенности внешностью на уровень социальной адаптации.

### Материалы и методы

Методологической основой работы стали:

1. Историко-системный метод;
2. Историко-сравнительный метод;
3. Идеографический метод;
4. Метод анализа и обработки данных.

Исторический экскурс сделан на основе анализа трудов отечественных и зарубежных авторов. По проблеме влияния удовлетворенности людей своей внешностью на уровень социальной адаптации приняло участие 302 человека. Большинство опрошенных – 293 человека – это студенты в возрасте от 17 до 25 лет. Результаты исследования репрезентативны и позволяют показать отношение молодых людей к своей внешности, её недостаткам и пластической хирургии.

### **Результаты и обсуждение**

Первая пластика была описана в Хирургическом папирусе, который носит название «Папирус Эдвина Смита» [1]. Этот текст – один из самых старых образцов медицинской литературы. В данном трактате подробно описываются следующие процедуры: закрытие раны со швами (для ран губ, горла и плеча), профилактика и лечение инфекции с мёдом, остановка кровотечения сырым мясом, лечение переломов, действия, если у пациента раскололся череп. А также даны инструкции, в какое положение привести нос, прежде чем использовать деревянные шины и льняные пробки, чтобы зафиксировать его на месте. Уже тогда придворные лекари и жрецы могли решать проблемы ампутированных носов и «заячьей губы».

Индия в 600 года до н.э. славилась многочисленными и жестокими междоусобными войнами, при которых взятых в плен солдат принято было увечить, отрезая носы или уши, чтобы проще было найти их и вернуть в случае побега. Также части лица отрезались в качестве военных трофеев. Поэтому и хирургическое вмешательство было крайне востребовано и даже поставлено на поток. Древние умельцы использовали для реконструкции носа кожный покров, который брали со лба или со щек. По той же схеме проводили восстановление утраченных губ и ушей. В Древней Индии были такие методы как ринопластика щеки, исправление дефектов лепестка уха и разорванных долей уха, пирсинг мочки уха иглой или шилом, использование лоскута щеки для реконструкции отсутствующей мочки уха, операция случайных травм губ и врожденной расщелины губы.

Первым индийским врачом, который в своих трудах подробно описал ход таких операций, был хирург Сушрута Самхита [2]. Именно им были разработаны основы

пластической хирургии: хирургия закрылков при полной потере кожи, высвобождение кожи для покрытия мелких дефектов и т.п.

Древние римляне практиковали удаление лишнего жира. Древний Рим стал одним из первых государств древнего мира, где популярность приобрели пластические операции по подтяжке груди и удалению рубцов с тела. В I в. н.э. Авл Корнелий Цельс [3] описал операции, которые позволяли скрыть шрамы на спине, уменьшить гинекомастию (увеличение молочных желез в мужской груди), изменить внешний вид половых органов и использовать лоскуты кожи для пересадки. Работа Цельса в течение следующих 1700 лет оставалась основным справочником по пластической хирургии. В ней были описаны способы исправления и лечения уродств ушей, губ, носа, сросшихся и кривых пальцев. Также Цельс описал методы удаления прыщей, чечевицеобразных пятнышек и веснушек.

Самой большой бедой XVI столетия стала болезнь, охватившая всю Европу – сифилис.

«Провалившийся нос» стал отметиной порока, причиной стыда, поводом для отверженности. Многие из людей, серьезно пострадавших от этой болезни, пытались избавиться от изъяна и вернуть прежний облик, обращаясь к медикам. Особой известностью за блестящие навыки и успехи на этом поприще пользовался итальянский хирург Гаспаро Тальякоцци [4]. Большинство пластических хирургов сегодня признает его как «отца современной пластической хирургии» и как первого автора учебника пластической хирургии (*De curtorum chirugiau*) (1597).

Тальякоцци использовал и усовершенствовал методику Густаво и Антонио Бранка, появившуюся в 1400-х годах и названную «Итальянским методом», основанную на трудах Сашруты-Самхиты [5].

Метод состоял в следующем: хирург частично надрезал кожу с плеча и прививал ее на месте утраченной части лица. При этом конечность фиксировали системой повязок до тех пор, пока кожа не приживалась. На заключительном этапе операции рука жестко крепилась к носу пациента с помощью повязки на 20 дней. После медик обрезал лоскут и формировал из него нос.

В 1899 г. была произведена первая подтяжка живота — Говард А. Келли из Балтимора. До 70-х гг. XX в. живот подтягивали по методу Келли — ненужная жировая ткань операционным путем удалялась вместе с лишней кожей. Но оставались шрамы, и под ними часто вскоре нарастал новый жир.

В России официально первая операция по исправлению внешности была проведена 20 июля 1801 г. Военный врач Никита Тимофеев исправлял врожденный порок верхней губы молодому прапорщику Черникову. Данный дефект мешал солдату в произношении слов. Молодой человек отчаялся и обратился за помощью к врачу. Операция прошла успешно – уже через две недели заячья губа зарубцевалась. Несмотря на это, до конца XIX века подобные операции в России были редкостью.

Долгое время пластическая хирургия считалась в значительной степени экспериментальным разделом медицины, потому к ней в большинстве учреждений здравоохранения Европы и США относились довольно скептически. Тем не менее, Первая и Вторая мировые войны дали пластическим хирургам возможность показать, что их практика имеет практическую, изменяющую жизнь ценность. Пластические хирурги разработали новые и усовершенствованные старые восстановительные методы для того, чтобы помогать бывшим военным возвращаться к прежней мирной жизни.

В период между мировыми войнами произошло официальное рождение новой медицинской специальности — пластической хирургии. После Второй мировой пластическая хирургия сосредоточилась на операциях по увеличению груди и удалению лишнего жира. Возникла мода на большой бюст. В 1950-х начались опыты с введением силикона, чтобы увеличить различные участки тела.

Пластическая хирургия в своем современном понятии стала развиваться лишь в XX веке. Этому способствовало изобретение синтетических веществ, полимеров, улучшение методов анестезии, наличие антисептических средств. Сначала хирурги брались восстанавливать поврежденные части лица, потом стали хирургическими методами увеличивать грудь, удалять жировые отложения, даже вставлять различные импланты. Стали возможными такие процедуры, как липосакция, омоложение век, подтяжка лица и тела и многое другое.

Современную оценку дефектов внешности и методов ее коррекции демонстрирует проведенное исследование о влиянии дефектов внешности и пластической хирургии на социальный комфорт человека. Проводилось оно на базе студентов-медиков г. Екатеринбурга, Лесной и Каменск-Уральский. Итоги проведенного исследования демонстрируют представленные ниже таблицы.

Таблица 1.

Оценка удовлетворенности внешностью  
(среднее значение по 10-балльной шкале)  
(по данным анкетирования 302 чел.) [6, 7]

Оценка удовлетворенности внешностью		
Женщины	7,432	
Мужчины	6,705882353	
Среднее значение	7,311258278	
Людей не имеющих лишнего веса	8,12	не имеющих дефектов/деформаций
Людей не имеющих лишнего веса	8	имевших дефект/деформацию
Людей не имеющих лишнего веса	7,79	имеющих дефект/деформацию
Людей имеющих недостаточный вес	7,78	не имеющих дефектов/деформаций
Людей имеющих немного лишнего веса	7,46	не имеющих дефектов/деформаций
Людей имеющих немного лишнего веса	6,91	имеющих дефект/деформацию
Людей имеющих недостаточный вес	6,55	имеющих дефект/деформацию
Людей имеющих немного лишнего веса	6,25	имевших дефект/деформацию
Людей имеющих много лишнего веса	5,14	не имеющих дефектов/деформаций
Людей имеющих много лишнего веса	3,63	имеющих дефект/деформацию
Людей не имеющих проблем с весом	8,03	
Людей не имеющих дефектов/деформаций	7,62	
Людей имеющих проблемы с весом	6,94	
Людей имевших дефект/ деформацию	6,83	
Людей имеющих дефекты/деформации	6,8	
Есть ли что-то в вашей внешности, не связанное с проблемами с весом или дефектами/деформациями, что вы хотели бы исправить с помощью пластической операции (черты лица, тела)?	62,3% - нет	
	28,1% - да	
	8,9% - да, но боятся операции	
	0,7% - да, но нет технологий/ методов	

Из данных таблицы видно, что средняя оценка удовлетворенности своей внешностью у тех, кто не имеет проблем с весом или дефекты/деформации, выше, чем у тех, кто имеет хотя бы один из вышеуказанных недостатков.

Больше четверти опрошенных готовы прибегнуть к пластической операции для косметической корректировки тела (см. таблица 1).

Таблица 2.

*Влияние избыточного/недостаточного веса на уровень комфорта и социальные контакты человека (по данным анкетирования 302 чел.) [6, 7]*

Оценка веса	Влияние веса на жизнь	Изменили бы тело с помощью липосакции/липофилинга и т.д.
Есть пара лишних килограммов	51,3% - некомфортно в обществе и в теле	64,3% - нет
	27% - комфортно в обществе и в теле	24,3% - да
	21,7% - никак не влияет	11,3% - да, но боятся операции
Много лишнего веса	80% - некомфортно в обществе и в теле	40% - нет
	12% - избегают окружающие	28% - да
	4% - никак не влияет	28% - да, но боятся операции
	4% - комфортно в обществе и в теле	4% - нет технологий/методов
Недостаточная масса тела	38,5% - комфортно в обществе и в теле	89,3% - нет
	31,1% - некомфортно в обществе и в теле	7,1% - да, но боятся операции
	28,9% - никак не влияет	3,6% - да
	1,5% - избегают окружающие	
Нет проблем с весом	56,9% - комфортно в обществе и в теле	75,2% - нет
	40,2% - никак не влияет	14,9% - да
	2,9% - некомфортно в обществе и в теле	9,3% - да, но боятся операции
		0,3% - нет технологий/методов
		0,3% - делали подобное

Из данных этой таблицы видно, что число людей с проблемами с весом, испытывающих дискомфорт из-за тела значительно больше, чем число людей не имеющих проблем с весом.

Среди всех категорий опрошенных достаточно высокий процент тех, кто готов воспользоваться методами коррективы веса и тела методами пластической хирургии (см. таблица 2).



Таблица 3.

*Влияние дефектов/деформаций внешности на уровень комфорта и социальные контакты человека (по данным анкетирования 302 чел.) [6, 7]*

Наличие дефекта/деформации	Влияние дефекта/деформации на жизнь		Исправили бы дефект/ деформацию с помощью пластической операции
	Сейчас	В прошлом	
Был дефект/деформация	33,3% - комфортно в обществе и в теле	66,7% - было некомфортно в обществе и в теле	50% - да
	33,3% - некомфортно в обществе и в теле	33,3% - никак не влиял	33,3% - нет
	16,7% - избегают окружающие		16,7% - нет технологий/методов
	16,7% - никак не влияет		
Есть дефект/деформация	42,7% - некомфортно в обществе и в теле	44% - было некомфортно в обществе и в теле	37,3% - да
	29,3% - никак не влияет	33,3% никак не влиял	30,7% - нет
	24% комфортно в обществе и в теле	18,6% - было комфортно в обществе и в теле	13,3% нет технологий/методов
	4% - избегают окружающие	4% - избегали окружающие	12% - да, но боятся операции
			6,7% - делали операцию
Нет и не было			9% - да
			1,4% - делали операцию

Из данных таблицы видно, что процент людей, имевших и имеющих дефект/деформацию внешности и испытывающих из-за этого дискомфорт, высок, но видно, что среди тех, кто имел дефект и исправил его, этот процент уменьшился в два раза.

Также среди опрошенных значителен процент тех, кто исправил бы дефект/деформацию с помощью пластической хирургии (см. таблица 3).

## Выводы

1. В прошлом люди часто обращались к врачам с целью изменить внешность, скрыть или исправить дефекты внешности и уродства, полученные в боях, в рабстве, в наказание или в результате болезни, чтобы чувствовать себя комфортнее и не стать изгоем в обществе.

2. Исследование показало, что внешность играет далеко не последнюю роль в жизни человека. Люди, которых их внешность по той или иной причине не устраивает, часто испытывают внутренний дискомфорт, иногда чувствуют неприятие себя обществом. И чем более ярко выражен недостаток, тем ниже удовлетворенность человека собою.

3. Почти четверть из опрошенных считают, что изменили бы свой вес или пропорции тела с помощью операции подобной липофилингу/ липосакции, чуть больше четверти сказали, что исправили бы дефект или деформацию с помощью пластической

операции и более трети хотели бы исправить что-либо в своей внешности при помощи хирургического вмешательства. Всё это указывает на то, что пластическая хирургия как в прошлом, так и в настоящем играет большую общественную роль.

4. Десятая часть опрошенных боятся проведения пластических операций. Чуть больше сделали бы операцию, если бы были методы и техники, способные исправить данный недостаток. Все это указывает на то, что пластической хирургии есть куда расти и общество нуждается в дальнейшем ее развитии.

### Список литературы

1. Хирургический папирус Эдвина Смита (Опыт комплексного источниковедческого исследования) / пер. А. Л. Вассоевич // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://ezoport.ru/predmety-sily/perevod-papirusa-edvina-smita.html> (дата обращения 22.03.2023 г.).
2. *Сушрута-самхита* / пер. М. А. Суботялов // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://ayurdara.ru/ayurveda1/sushruta-samhita/> (дата обращения 22.03.2023 г.).
3. Юрий Ф.Ш. *О медицине* // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://flibusta.club/b/497292/read> (дата обращения 22.03.2023 г.).
4. *Земля. Хроники Жизни. Пластические операции в Средневековье* // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://earth-chronicles.ru/news/2014-09-12-70780> (дата обращения 22.03.2023 г.).
5. *Пластическая хирургия в древности* // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://vitas1917.livejournal.com/521260.html> (дата обращения 22.03.2023 г.).
6. Анонимное анкетирование: Внешность и пластическая хирургия // [Электронный ресурс]: Режим доступа: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdeZBZh3I2MAP15ULEAJs2JR34DyC9v8X\\_suoTHGFdQ70-eTw/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdeZBZh3I2MAP15ULEAJs2JR34DyC9v8X_suoTHGFdQ70-eTw/viewform) (дата обращения 22.03.2023 г.).
7. Анонимное анкетирование: Внешность и пластическая хирургия (Ответы) // [Электронный ресурс]: Режим доступа: [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1dKVS8ih74-yYLwBhuT\\_BgDohafoQONbTZ-v9aCYmbBs/edit#gid=94973014](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1dKVS8ih74-yYLwBhuT_BgDohafoQONbTZ-v9aCYmbBs/edit#gid=94973014) (дата обращения 22.03.2023 г.).

© Дугина Е.А.

## **О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Дугина Е.А.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, Россия*

## **ON THE ACTIVITIES OF THE STATE AUTONOMOUS HEALTH INSTITUTION OF THE SVERDLOVSK REGION**

**Dugina E.A.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>FGAUZ SO MKMC "BONUM"*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ГАУЗ СО «МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «БОНУМ»**

Деятельность государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум» (далее - МКМЦ «Бонум», Учреждение, Центр) регламентирована законодательством Российской Федерации, Свердловской области и Уставом. Учреждение, как унитарная некоммерческая организация, образовано в январе 1991 года, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, закрепленное на праве оперативного управления, счета в кредитных организациях и (или) лицевые счета в Министерстве финансов Свердловской области, юридическое место нахождения Учреждения: 620149, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, д. 9а. Учредитель и собственник имущества МКМЦ «Бонум» - Свердловская область. Функции и полномочия учредителя осуществляет Министерство здравоохранения Свердловской области. Предмет деятельности Учреждения - оказание медицинской помощи населению, основные виды деятельности Учреждения в соответствии с целями, для достижения которых оно создано: высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, первичная медико-санитарная помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, деятельность по выполнению обязательств перед страховщиком по обязательному социальному страхованию (оказание бесплатной медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий обязательного медицинского страхования).

В соответствии с лицензией МКМЦ «Бонум» имеет право оказывать следующие виды медицинской помощи (услуг): первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях; специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, первичную врачебную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара по профилям, указанным в лицензии; проведение медицинских осмотров, освидетельствований и экспертиз. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемых работ, оказываемых услуг:

- г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, д. 9а;
- г. Екатеринбург, ул. Краснокамская, 36/Торфорезов, / Рабочих, 64;
- г. Екатеринбург, ул. Хохрякова, 73;
- г. Екатеринбург, ул. Попова, 24а;
- Свердловская обл., Сысертский район, поселок Луч.

В структуру ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» входят: консультативно-диагностическая поликлиника № 1 (КДП № 1), консультативно-диагностическая поликлиника № 2 (КДП № 2), стоматологическая поликлиника, отделения медицинской реабилитации, в том числе загородное, отделение реконструктивной и пластической хирургии, ортопедическое отделение, офтальмологическое отделение, неврологическое отделение, реанимационно-анестезиологическое отделение, оперблок, физиотерапевтические отделения, клиничко-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, аптека, пищеблок, общепольничные службы. Приказами главного врача от 30.12.2019 № 329, от 31.12.2020 № 296 утверждены количество и структура коечного фонда дневного стационара МКМЦ «Бонум» на 40 мест:

- при КДП № 1 - на 20 мест (медицинская реабилитация - 10 мест, неврология - 3, офтальмология - 5, травматология-ортопедия - 2);
- при КДП № 2 - на 20 мест (медицинская реабилитация - 10 мест, неврология - 7, оториноларингология - 3).

В таблице 1 представлена структура круглосуточного стационара Учреждения. Прикрепленное население у МКМЦ «Бонум» отсутствует.

Таблица 1

Структура коечного фонда по профилям медицинской помощи.

Профиль	Количество коек на 01.01.2021		
	ОМС и бюджет	Предпринимательская деятельность	ИТОГО
Анестезиология и реаниматология	6	-	6
Медицинская реабилитация	70	11	81
Неврология	65	-	65
Отоларингология	25	-	25
Офтальмология	70	-	70
Травматология-ортопедия	25	-	25
Челюстно-лицевая хирургия	30	7	37
ВСЕГО	291	18	309

Объем оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи: 98 тыс. посещений в год; оказания медицинской помощи в дневном стационаре - 1,7 тыс. госпитализаций в год. Объем оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре - 9,7 тыс. госпитализаций, в том числе 900 случаев высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата оказанной медицинской помощи производится по тарифам клинико-статистических групп круглосуточного и дневного стационара, тарифам посещений и медицинских услуг амбулаторной медицинской помощи, согласно Тарифным соглашениям по ОМС Свердловской области.

Маршрутизация пациентов Свердловской области на лечение в МКМЦ «Бонум» по профилям: неврология, заболевания опорно-двигательного аппарата, оториноларингология, челюстно-лицевая патология, стоматология, офтальмология, сурдология, медицинская реабилитация; медицинская помощь детям из групп перинатального риска, консультативно-диагностическая помощь детям, занимающимся физкультурой и спортом, проведение углубленных медицинских обследований спортсменов - членов сборных команд Свердловской области; а также

организационно-методическое сопровождение медицинских организаций, оказывающих первичную и специализированную медико-санитарную помощь детям, осуществляется по приказам Минздрава Свердловской области.

В соответствии со ст. 40 Трудового Кодекса РФ в МКМЦ «Бонум» заключен Коллективный договор от 30.12.2019 сроком действия на 3 года (зарегистрирован 14.02.2020 № 47-кд) государственным казенным учреждением службы занятости населения Свердловской области «Екатеринбургский центр занятости». Коллективный договор регулирует трудовые отношения, права и обязанности сторон, определяет условия оплаты труда, время отдыха, охрану труда, социальные гарантии и льготы, защиту трудовых прав работников. Система оплаты труда в МКМЦ «Бонум» регламентирована Положением об оплате труда (приложение № 5 к коллективному договору), Положением о премировании работников (приложение № 2 к Положению об оплате труда). Положением об оплате труда установлены размеры должностных окладов работников по профессиональным квалификационным группам (далее - ПКГ), перечень, условия осуществления и размеры выплат компенсационного и стимулирующего характера, а так же условия оплаты труда руководителя учреждения и его заместителей. Положением о премировании работников определены виды премий, их размер, а также порядок утверждения, начисления и выплаты премий.

Для истории развития МКМЦ «Бонум» характерен постепенный рост с 1991 года в течение 25 лет из экспериментальной площадки по разработке новых реабилитационных технологий для детей с врожденной челюстно-лицевой патологией, путем присоединения трёх детских больниц восстановительного лечения, в многопрофильный клинический медицинский центр. На базе МКМЦ «Бонум» в настоящее время функционируют 11 областных специализированных центров, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Свердловской области, работа которых направлена на предотвращение инвалидности, снижение тяжести заболевания с последующей интеграцией пациента в общество, обеспечение оптимального уровня социализации и качества жизни семьи и ребенка (таблица 2).

Система областных специализированных центров в структуре МКМЦ «Бонум» системы здравоохранения Свердловской области

№ п/п	Название центра	Приказ о создании центра и маршрутизации пациентов
1.	областной центр врожденной челюстно-лицевой патологии у детей	приказы Министерства здравоохранения РСФСР № 203 от 27.11.1990 г.; Главного Управления здравоохранения Свердловского облисполкома № 440-П от 25.12.1990 г. Главного управления здравоохранения Свердловского облисполкома от 28.12. 1990 г № 445-К.
2.	областной детский центр патологии речи	приказ ДЗ СО от 05.10.1998 г № 355-п
3.	областной детский сурдологический центр	приказ ДЗ СО от 04.12.98 г № 379-к.
4.	областной детский центр ретинопатии недоношенных	приказ МЗ СО от 07.04.2001 г. № 158-п
5.	областной детский офтальмологический центр	приказ МЗ СО от 13.12.2001 г № 549-п
6.	областной центр ранней диагностики и профилактики ортопедических заболеваний у детей	приказ МЗ СО от 04.02.2003 г. №51-п.
7.	областной центр функциональных расстройств нервной системы у детей	приказ МЗ СО от 22.12.2004 г № 884-п
8.	областной центр превентивных технологий в педиатрии	приказ МЗ СО от 18.09.2006 г. №731-п
9.	областной центр реабилитации детей с перинатальной неврологией	приказ МЗ СО от 20.11. 2009 г № 1123-п
10.	областной детский центр реабилитации детей с последствиями черепно-мозговой травмы	приказ МЗ СО от 15.08.2013 г. №914-п
11.	центр лечебной физкультуры и спортивной медицины	приказ МЗ СО от 16.04.2018 № 612-п

На диспансерном учете в областных специализированных детских центрах МКМЦ «Бонум» в настоящее время состоит более 15 тыс. детей- жителей области в возрасте от 0 до 18 лет.

При оказании медицинской помощи детскому населению в Свердловской области с 2011 года сформирована трехуровневая система. На рисунке 1. представлены

основные задачи медицинских организаций Свердловской области с учетом уровня. МКМЦ «Бонум» в этой системе занимает третий уровень.

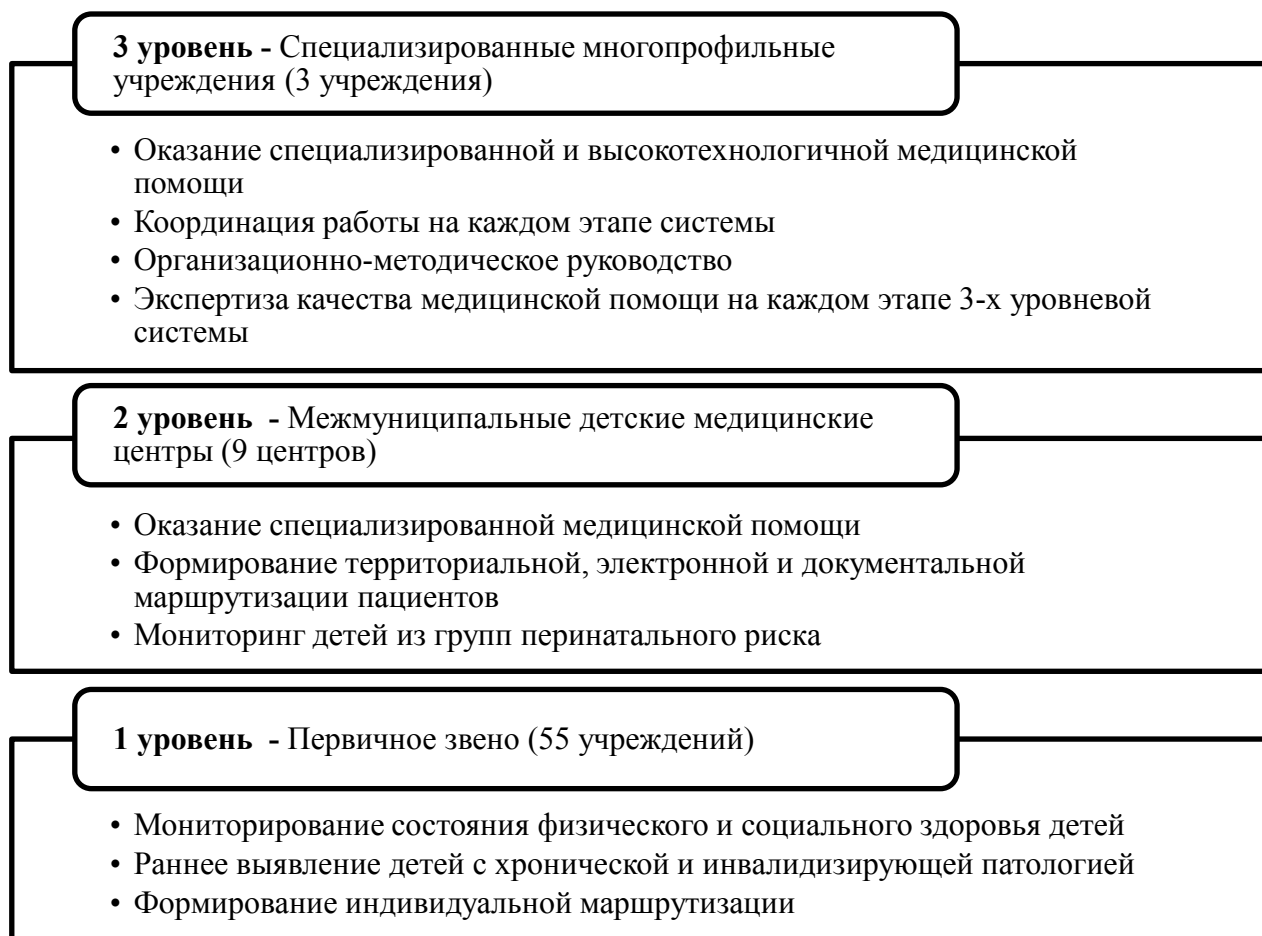


Рис. 1 – Трехуровневая система организации медицинской помощи детям в Свердловской области с 2011 года

С целью модернизации оказания первичной медико-санитарной помощи МКМЦ «Бонум» включен в программу реализации пяти национальных проектов здравоохранения Свердловской области. ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» участвует также в национальном проекте «Создание новой модели медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

Процесс оказания комплексной помощи детям раннего возраста с нарушениями здоровья в МКМЦ «Бонум» включает следующие этапы: применение превентивных технологий (в т.ч. пренатальный консилиум); формирование групп риска и групп динамического наблюдения по профильной патологии; оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям,



находящимся под динамическим наблюдением; комплексная реабилитация и социальная адаптация ребенка-пациента и его семьи.

Удельный вес пациентов, постановленных на учет в специализированных областных центрах из числа впервые выявленных, стремится к 100 %. Так по данным отчета за 2020 год, например, врожденная челюстно-лицевая патология – 97 %, ретинопатия недоношенных – 99 %, врожденная ортопедическая патология – 95%.

Для решения проблем, возникающих при осуществлении маршрутизации пациентов с профильной патологией, таких как: несвоевременное направление на прием детей из поликлиник по месту жительства, дефицит педиатров и узких специалистов в учреждениях 1-2 уровня, низкий социальный уровень или недостаточная дисциплинированность родителей, расширение коммерческих услуг в различных негосударственных реабилитационных центрах, проводится:

- работа кабинета ранней помощи по отслеживанию оказания медицинской помощи детям с профильной для МКМЦ «Бонум» патологией;
- выезды бригады специалистов центра для проведения очных консультаций по месту жительства пациентов;
- выезды бригад с целью проведения диспансеризации детей-сирот, находящихся в специализированных учреждениях области;
- телемедицинские консультации, в т.ч. в режиме областных консилиумов;
- родительские собрания, собеседования с педиатрами и узкими специалистами медицинских учреждений 1 и 2-го уровня;
- проведение акций «Добро в село», «Добро в город»;
- проведение научной деятельности;
- организация научно-практических конференций, семинаров и мастер-классов.

В МКМЦ «Бонум» в постоянном режиме осуществляется организационно-методическая работа: с медицинскими учреждениями области, организациями, подведомственными министерству образования, министерству социальной политики и др. Активно проводится работа с родителями и законными представителями пациентов, находящихся на диспансерном учете в специализированных детских центрах, в том числе путем организации работы 6-ти «Школ для родителей». В рамках профилактической работы по снижению детской смертности от немедицинских причин в МКМЦ «Бонум» выпущены памятки для родителей по профилактике ДТП «О необходимости перевозки детей в автомобильных креслах» - тираж 12000

экземпляров (для раздачи родителям), памятка «Млечный путь грудного вскармливания» (для раздачи родителям) и материал для стендов областного центра ВЧЛП «Вскармливание детей с врожденной челюстно–лицевой патологией».

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ГАУЗ СО «МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «БОНУМ»

В учреждении традиционно выполняется государственный заказ за счет средств федерального и областного бюджетов оказания высокотехнологичной медицинской помощи для пациентов-жителей Свердловской области по 5 направлениям: челюстно-лицевая хирургия, отоларингология-сурдология, офтальмология, неврология и педиатрия. Также данный вид медицинской помощи выполняется и для жителей других территорий Российской Федерации. В таблице 3 представлены объемы прочей специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров для детей-пациентов Свердловской области в динамике за 3 года.

Таблица 3

Объемы оказания специализированной медицинской помощи в круглосуточных стационарах ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» за 3 года

Показатели работы стационара, в целом	2018г	2019г	2020г
Число госпитализаций	9623	9482	6644
Количество коек ( <i>среднегодовых</i> )	285	285	285 (229)
Работа койки в году, дней	310	311	207
Среднее время пребывания больного в стационаре, дней	9,2	9,3	7,1
Хирургическая активность, %	86,7	87,3	91
Доля операций с применением эндоскопических, малоинвазивных методик, в %	33,1	33,4	33,8
Наличие обоснованных жалоб	<b>7</b>	4	3

Расчеты плановых показателей работы проводятся с учетом потребности в плановой медицинской помощи пациентам, находящихся на динамическом учете в областных специализированных детских центрах нашего учреждения. Более 50 % — это дети в возрасте раннего и дошкольного возраста.

Активная работа межмуниципальных центров, развитие стационарзамещающих технологий в медицинских организациях Свердловской области обеспечивает доступность первичной медико-санитарной и первичной специализированной помощи, что снижает общее число направлений от учреждений 1-го и 2-го уровней на консультативно-диагностический прием в поликлиники МКМЦ «Бонум» (таблица 4).

Тем не менее, группа динамического наблюдения профильных пациентов МКМЦ «Бонум» возросла как по количеству пациентов, так и по количеству посещений.

Таблица 4  
Объемы амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за 3 года

<b>Показатели работы поликлиник</b>	2018	2019	2020
Мощность поликлиник:			
- плановая	323	323	323
- фактическая	386	358	591
Число посещений в поликлинику	97213	115523	93768

В учреждении, размещающегося на 5 самостоятельных площадках, персонал работает в разных соотношениях. В целом, общее количество работающих сотрудников и их динамика, представлены в таблице 5. Необходимо добавить, что несколько немедицинских процессов деятельности в учреждении организуется при помощи аутсорсинга: стирка белья, клининговые и охранные услуги и др.

Работа с обращениями граждан в ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» (таблица 6) проводится в постоянном режиме отделом качества оказания медицинской помощи, организационно-методическим отделом, отделом организации платных медицинских услуг и курируется заместителем главного врача по лечебной работе.

Ежемесячно проводится работа специалистами по социальной работы по проведению оценки качества оказания медицинской помощи, в том числе, по независимой оценке, качества (НОК). Раздаются, собираются и обрабатываются бумажные варианты опросных анкет по оценке качества, пациентам даются рекомендации и предоставляется возможность произвести оценку на Федеральном портале независимой оценке качества медицинской помощи. На сайте учреждения активно работает форма обратной связи для обращений граждан.

Таблица 5  
Численность персонала за 2017 - 2020 гг

	сотрудники (физ. лица)			
	2017г.	2018 г.	2019г.	2020г.
Врачи и работники, имеющие высшее фармацевтическое или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги	129	128	127	116
Средний медицинский и фармацевтический персонал	195	181	174	169
Младший медицинский персонал	5	5	5	5
Прочий персонал	321	282	279	263

Таблица 6  
Динамика обращений граждан в ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»

<b>Анализ обращений граждан</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<i>Всего поступило обращений граждан</i>	504	367	220
% обоснованных	6,5%	3%	3,2%
<i>Обоснованные жалобы:</i>	33	11	7
из них жалобы на:			
этику и деонтологию	5	-	1
по качеству мед.помощи	7	6	2
по организации мед. помощи	11	5	1
прочие	10	-	3
<i>Анкетирование пациентов в т.ч. на портале НОК</i>	1269	1438	1775
удовлетворенность качеством мед.помощи	97,3%	96,5%	97,1%
удовлетворенность отношением персонала	97,6%	97,0%	97,3%
удовлетворенность полнотой предоставляемой информации	97,0%	97,0%	97,6%
<b>Благодарности пациентов</b>	101	106	51

Администрацией ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», с целью профилактики предотвращения конфликтных ситуаций с пациентами на регулярной основе, на

медицинских советах проводятся анализы жалоб и обращений пациентов, даются рекомендации сотрудникам.

Отличительной особенностью МКМЦ «Бонум» от других государственных медицинских организаций является не только формирование структуры учреждения в период с 1991 года до 2011 года путем присоединения нескольких детских больниц, но и особенности проведения планово-финансовой деятельности.

На протяжении более 20 лет в структуре фонда финансовых средств удельный вес доходов, полученных от предпринимательской деятельности, составлял более 50%. С 2013 года в структуре объема финансовых средств учреждения увеличился удельный вес средств ОМС и бюджета (федерального и областного), в связи с появлением квот по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В таблице 7 представлена структура консолидированного бюджета финансово-хозяйственной деятельности МКМЦ «Бонум» в 2014 и 2020 гг.

В структуре доходов основной источник финансов средства фонда ОМС: в 2014 году – 49,7%; в 2020 году – 49,1%, Удельный вес средств, полученных Центром от предпринимательской деятельности в 2014 году составлял - 44,7% и, таким образом, в общей структуре финансовой деятельности имел большое значение. В 2020 году удельный вес средств, полученных Центром от предпринимательской деятельности, составлял лишь - 18,7%. Удельный вес средств бюджета с 5,1% в 2014 году выросли до 26% и в абсолютных числах увеличились более, чем в 6 раз.

Таблица 7  
Консолидированный бюджет финансово-хозяйственной деятельности Центра

Источник финансирования	Общий бюджет 2014г		Общий бюджет 2020 г.	
	сумма, руб.	уд. вес, %	сумма, руб.	уд. вес, %
Бюджет	24 878 444,16	5,1	209 706 820,00	26,0
ОМС	242 364 389,62	49,7	323 820 700,00	49,1
Предпринимательская деятельность	217 914 516,90	44,7	174 843 580,00	18,7
Субсидия на иные цели	400 000,00	0,1	30 024 680,00	5,4
Прочие источники	1 582 000,00	0,4	4 122 450,00	0,8
<b>Всего</b>	<b>487 139 350,68</b>	<b>100</b>	<b>742 518 230,00</b>	<b>100</b>

При этом необходимо заметить, что 2020 год – особенный в деятельности здравоохранения в связи с влиянием на работу медицинских учреждений эпидемии,

вызванной вирусом новой коронавирусной инфекции COVID-19 (НКВИ COVID-19). МКМЦ «Бонум» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области полностью прекращал оказание плановой амбулаторно-поликлинической, а также стационарной медицинской помощи в период с 29 марта до 1 июня 2020 года. В период с 1 мая до 31 июля 2020 года на базе одного из круглосуточных стационаров был организован обсервационный госпиталь круглосуточного пребывания для детей мощностью в 30 коек. В период с 1 октября до 31 декабря 2020 года последовательно на базе круглосуточных стационаров было развернуто 2 ковидных госпиталя для оказания неотложной стационарной медицинской помощи взрослым пациентам со средне-тяжелой формой НКВИ COVID-19. Дополнительно в период с апреля до 31 декабря 2020 года приказами Министерства здравоохранения Свердловской области медицинские работники МКМЦ «Бонум» в количестве 25 человек были направлены в ковидные госпитали, развернутые на базе других медицинских организаций г. Екатеринбурга и Свердловской области. Однозначно это повлияло на выполнение плановых показателей как медицинской, так и финансовой деятельности. Выполнение годового плана составило лишь – 73,6%. При этом выполнение плановых годовых показателей по источникам финансирования распределилось следующим образом: средства бюджета – 67,7%; средства ОМС – 83,0%; средства предпринимательской деятельности – 58,4%. Таким образом, при воздействии внешних факторов на финансово-хозяйственную деятельность государственного медицинского учреждения, в частности, МКМЦ «Бонум», невыполнение плановых годовых показателей в меньшей степени оказало влияние на деятельность, организованную по ОМС и бюджету, и в большей степени повлияло на предпринимательскую деятельность центра.

Нестабильность показателей доходности центра по предпринимательской деятельности в Центре за период с 2014 года по 2020 гг. в абсолютных значениях представлена на рисунке 2.

Это обусловлено несколькими причинами:

- переход отдельных медицинских услуг, традиционно оказываемых в МКМЦ «Бонум», в тарифы ОМС (ЭЭГ-видеомониторинг, услуги по реабилитации немедицинского персонала и др.);
- снижение доходов населения в результате кризиса (в 2015-16гг. и в 2018г.);
- влияние внешних факторов (пандемия COVID-19 в 2020г.);

- перепрофилирование отделений под ковидные госпитали и перевод сотрудников Центра в другие медицинские организации.

Нестабильность доходов, получаемых центром за счет предпринимательской деятельности – одного из основных источников доходов Учреждения, привела к необходимости повышать устойчивость работы Центра за счет всех возможных механизмов, в том числе формирования программы стратегического развития.

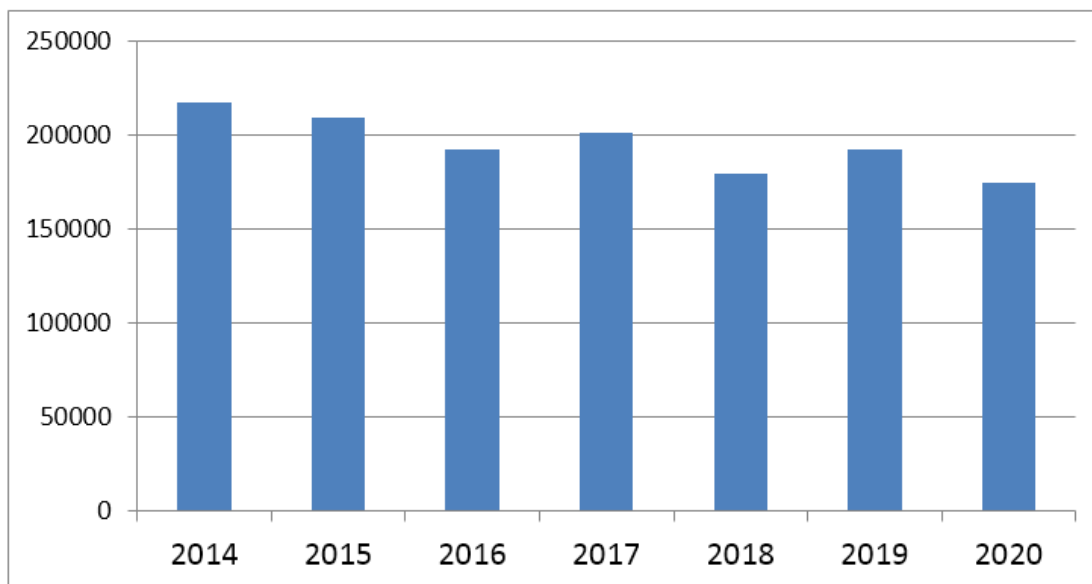


Рис. 2 – Доходы по предпринимательской деятельности МКМЦ «Бонум» 2014-2020гг.