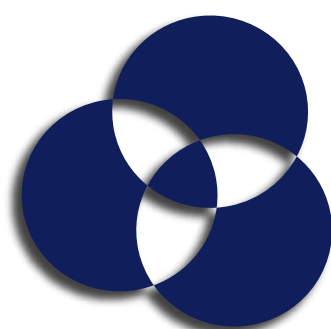


ISSN 1997–3278

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

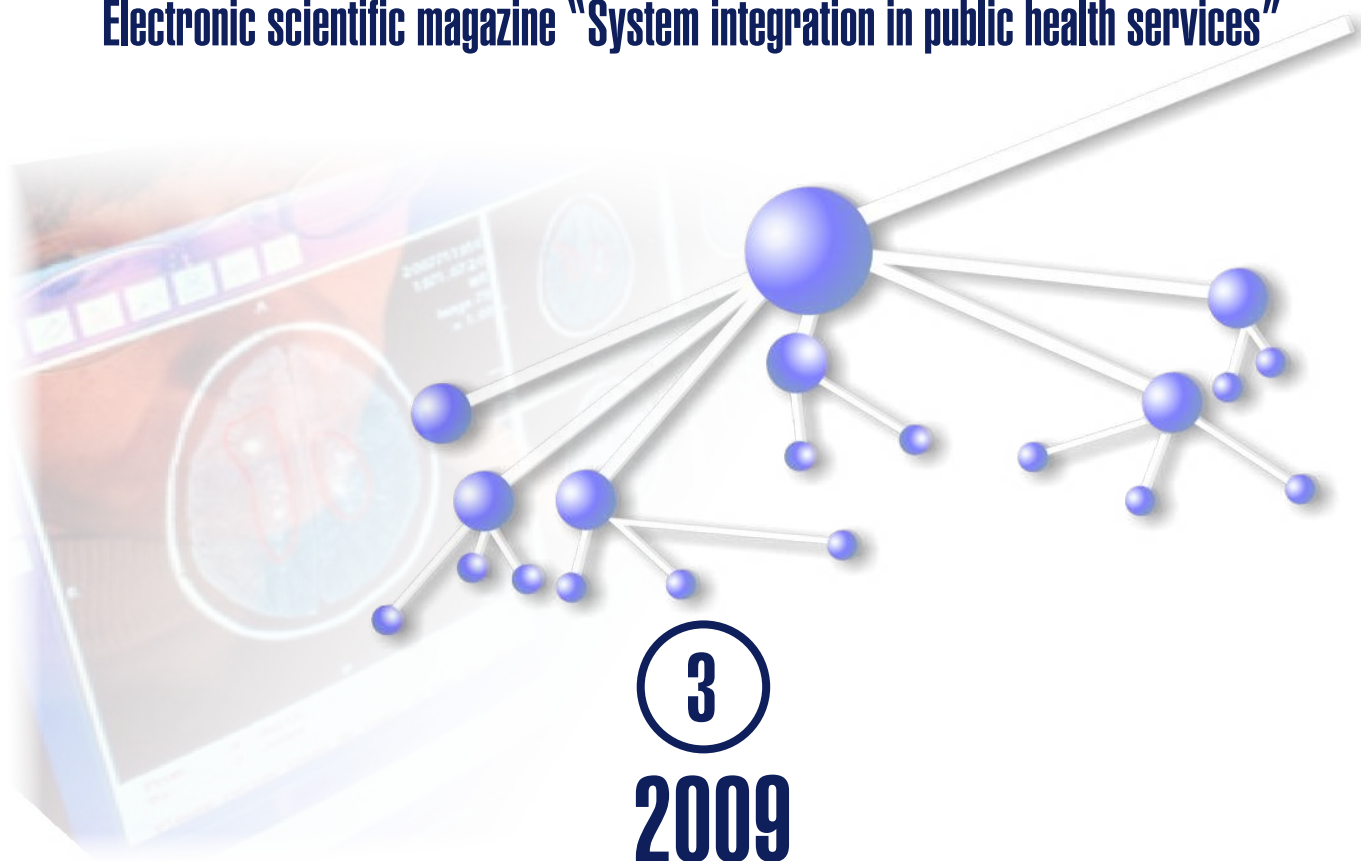
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
Государственное учреждение  
здравоохранения  
Свердловской области  
детская клиническая больница  
восстановительного лечения  
“Научно-практический 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) 2118861, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[redactor@sys-int.ru](mailto:redactor@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

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.

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

© ГУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2009



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

**№ 3 (5) 2009**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор С. И. БЛОХИНА  
Заместители главного редактора  
И. А. ПОГОСЯН, Т. Я. ТКАЧЕНКО  
Выпускающий редактор А. В. МУСИЕНКО  
Ответственный секретарь Е. В. ВЛАСОВА

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

А. А. БАРАНОВ (Москва)  
В. А. ВИССАРИОНОВ (Москва)  
А. Г. БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)  
В. Г. КЛИМИН (Екатеринбург)  
Б. А. КОБРИНСКИЙ (Москва)  
А. Б. БЛОХИН (Екатеринбург)  
О. П. КОВТУН (Екатеринбург)  
В. Л. СТОЛЯР (Москва)  
С. Л. ГОЛЬДШТЕЙН (Екатеринбург)  
А. В. СТАРШИНОВА (Екатеринбург)

### Уважаемые читатели!

Перед вами очередной номер журнала. Чему посвящена значительная часть статей? Верно – нашим пациентам, тому, как сделать их лечение, реабилитацию, социальную адаптацию эффективнее, экономически целесообразнее, доступнее, как повысить их качество жизни и удовлетворенность оказываемой помощью. И как использовать для этого современные нано-, био-, информационные и когнитивные технологии?

И здесь стоп...Дорогие коллеги, а где же мы сами? Где наше качество жизни? От чего зависят наши профессиональные и личные успехи и неудачи? Как становятся профессионалами в нашем нелегком деле? И задаю последний вопрос – часто ли мы видим публикации, посвященные этой тематике?

Предвижу ответ – нечасто. А жаль. Основной капитал лечебного учреждения – не площади и оборудование, а команда профессионалов. Самая современная аппаратура, самые роскошные интерьеры и самые модные лекарства без рук, знаний и мотивации персонала – ничто. Просто груда камней и железа. Именно неравнодушный труд профессионала вдохнет в эти камни и железо жизнь, заставит служить людям. А насколько эффективно будет это служение – во многом зависит от душевного и телесного здоровья профессионала.

Мы надеемся, что некоторые материалы этого выпуска, посвященные личностным и профессиональным качествам врача, будут интересны широкому кругу специалистов, и, прежде всего – руководителям здравоохранения.



A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Elkin I.O.'.

Д.м.н., профессор,  
анестезиолог-реаниматолог  
**Елькин Игорь Олегович**

**ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В.И.КРАЩУК, А.Ю.ЛОПАТИН, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, Т.Я.ТКАЧЕНКО  
Научное прототипирование перехода к системе стоматологических услуг  
нового поколения.....3

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

О.А.ЛЬВОВА, О.В.КОРЯКИНА, А.В.СУЛИМОВ, О.М.ЖИРНОВА  
Особенности течения мигрени с аурой в детском возрасте ..... 14

О.А. ЛЬВОВА, Н.Г. БАЙДА  
Возможности объективизации вегетативных и психо-эмоциональных  
нарушений у детей..... 19

С.В.ПОТЕШОНКОВА, М.В.КУЛИГИНА  
Медико-организационные подходы к совершенствованию амбулаторной  
акушерско-гинекологической помощи беременным с хроническими  
воспалительными заболеваниями почек ..... 24

К.С.НЕВМЕРЖИЦКАЯ, О.А.ЛЬВОВА, Е.А. ЗЮЗГИНА  
О влиянии недифференцированной дисплазии соединительной ткани на  
течение резидуальной неврологической патологии у детей..... 31

**ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ**

В.И.КРАЩУК, А.Ю.ЛОПАТИН, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, Т.Я.ТКАЧЕНКО  
Моделирование механизма анализа конкурентоспособности при организации  
стоматологических услуг ..... 36

**ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**

О.П. КОВТУН, О.А. ЛЬВОВА, К.С. НЕВМЕРЖИЦКАЯ, О.В. КОРЯКИНА, О.В.  
ОВСОВА  
О преподавании теоретических вопросов на послевузовском этапе  
профессионального образования по специальности «Неврология» ..... 46

И.О. ЕЛЬКИН, В.М. ЕГОРОВ, С.И. БЛОХИНА  
Эмоциональное выгорание в медицинских профессиях (монография)..... 51  
Введение  
Глава 1. Теоретико-методологические аспекты изучения профессиональных  
деформаций и эмоционального выгорания в помогающих профессиях

**КОНФЕРЕНЦИЯ**

Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения.....79

## НАУЧНОЕ ПРОТОТИПИРОВАНИЕ ПЕРЕХОДА К СИСТЕМЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

**В.И.Кращук, А.Ю.Лопатин, С.Л.Гольдштейн\*, Т.Я.Ткаченко**

*Корпорация «Семейная стоматология», г.Москва, ГОУ ВПО УГТУ-УПИ,  
ГУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «БОНУМ» г.Екатеринбург*

В связи с актуальностью наступающего шестого научно-технологического уклада экономики представлен пакет научных прототипов по проблеме перехода от системы стоматологических услуг предыдущего поколения к системе стоматологических услуг нового поколения.

**Ключевые слова:** научный прототип, стоматологические услуги нового поколения, прототипирование, инновационные технологии

### SCIENTIFIC PROTOTYPING OF THE TRANSITION TO NEW GENERATION STOMATOLOGICAL SERVICE SYSTEM

V.I. Krashuk, A.U. Lopatin, S.L. Goldstein, T.Y. Tkachenko

In connection with an urgency of coming sixth scientifically-technological way of economy the package of scientific prototypes on a problem of transition from system of stomatologic services of the previous generation to system of stomatological services of new generation is presented.

**Keywords:** scientific prototype, new generation stomatological system, prototyping, innovation technologies

#### Актуальность и постановка задачи

Организация стоматологических услуг претерпевает в последнее время быстрые изменения, тесно связанные с общим стремительным развитием экономических и научно-технологических процессов. В структуре экономики выделяют группы технологических совокупностей, так называемые, технологические уклады. В настоящее время отмечают переход к новому (шестому) технологическому укладу, в рамках которого предвидят прорыв во многих сферах деятельности, в частности, в биологии и здравоохранении. Так, например, американские эксперты дают следующий репрезентативный ряд достижений в биомедицине: ин-

женерия живых тканей и регенеративная медицина; биологические наноструктуры; инкапсуляция лекарств и адресная их доставка; молекулярная визуализация; биофотоника; биосовместимые имплантаты; биоаналитические мембраны; молекулярные биосенсоры; биочипы и лаборатории на чипе (lab-on-a-chip); функциональные молекулы; биологические переключатели, насосы, транспортные средства и т.п.

Становление нового уклада связывают с реализацией технологических инноваций, включающей в себя три линии: научно-технологическую (НТ-), продуктов и услуг (ПУ-), рынка и инноваций (РИ-). Данная тема представлена трудами как

отечественных (С.Ю.Глазьева, А.А.Акаева, В.И.Маевского, Ю.В.Яковца, В.Е.Дементьева, Б.Н.Кузыки и др.), так и зарубежных (Э.Мэнсфилда, М.Хирооки, Р.Нельсона, С.Дж.Уинтера и др.) специалистов.

Этот трехлинейный вызов, по видимому, недостаточно осмыслен в мировом и не воспринят в отечественном здравоохранении, даже в такой динамичной сфере как стоматология. Поэтому в данной статье поставлена и решена задача научного прототипирования перехода к стоматологическим услугам нового поколения, как первого шага в направлении развития методологической базы для организации такого перехода.

#### Литературно-аналитический обзор

Обзор провели по нескольким направлениям: схема перехода от системы стоматологических услуг (ССУ) предыдущего поколения к ССУ нового поколения, система стоматологических услуг нового поколения (ССУНП), концептуально-методологическая база перехода к ССУНП, а также по отдельным подсистемам. С использованием бумажных и электронных источников информации, а также опросов экспертов, установили, что тема перехода к структурам нового типа актуальна для стоматологии. Так, отмечается [1], что система нового поко-

ления (креативная корпорация) должна отличаться от существующих по следующим признакам:

- ее деятельность в первую очередь отвечает внутренним устремлениям и идеалам создателей (учредителей и сотрудников) и выходит за рамки только экономической целесообразности;
- она строится вокруг творческих личностей, обеспечивающих ее устойчивость и процветание;
- такие хозяйственные образования чаще всего не просто отслеживают текущую хозяйственную конъюнктуру, а формируют ее;
- она не только способна развиваться, используя внутренние источники, но и обнаруживает возможность постоянно преобразовываться, давая жизнь новым компаниям;
- она наиболее адекватно отражает потребность развития интеллектуального капитала.

Требования к организации стоматологических услуг, соответствующих креативному типу корпорации, основанной на интеллектуальном труде всех ее членов, включают в себя:

- высокий профессионализм, основанный на интеллекте всех участников лечебного процесса, без чего оказание высококвалифицированной медицинской помощи вообще невозможно, так как

пациент всегда индивидуален, а ошибки (брак) при оказании услуги имеют прямое отношение к здоровью, а порой и жизни пациента;

- обязательность инноваций в короткие отрезки времени;
- создание и активное использование информационного пространства;
- создание методологии синтеза управлений (автоматизированное принятие управленческих решений);
- самокупаемость;
- прибыль не цель, а лишь одно из условий существования фирмы; методы ее получения — эффективность;
- мотивация труда сотрудников — главное условие эффективности фирмы.

Из обнаруженной и рассмотренной информации [1-15] в рамках каждого направления нами выделено по 5-10 аналогов, оцененных с помощью совокупности критериев, по которым осуществлен предварительный выбор прототипа соответствующего ранга. Для окончательного выбора затем выполнили работы по формализованному описанию этих прототипов.

#### Формализованное структурное описание прототипов

В качестве старшего прототипа выбрали схему реинжиниринга, обеспечивающего [2] переход от организационно-технологических систем предыдущего поколения к новому (рис.1) с ориентацией на стоматологические услуги. В рамках этой схемы выделено 4 системы: стоматологических услуг нового поколения (СУНП); концептуально-методологической базы (КМБ); средств моделирования, проектирования и реализации (МПР); интерфейса. При этом интерфейс 4 представлен заказом на переход, выходом системы  $\bar{1}$ , входами систем 2 и 3, выходами систем 2 и 3, входом системы 1 и отчетом о выполнении заказа.

Не претендуя на развитие системы 3 (которая поэтому обозначена на рис.1 пунктиром), в качестве прототипов более низкого уровня декомпозиции рассмотрели системы 1 и 2. При этом в соответствии с [3] систему СУНП представили тремя подсистемами (1.1-1.3), приведенными на рис.2.

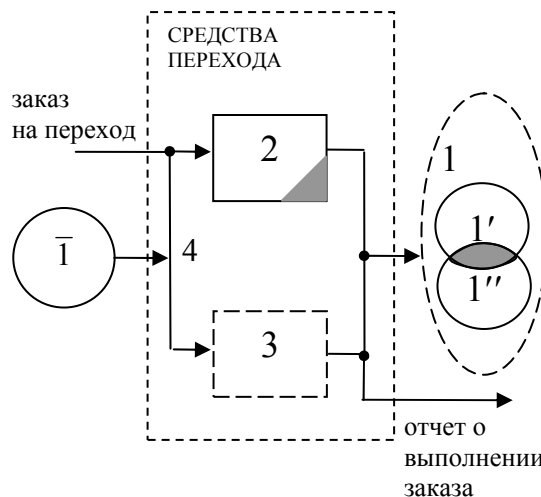


Рис.1 Схема перехода от системы стоматологических услуг (СУ) предыдущего поколения («как есть») к системе СУНП по прототипу [2] и предлагаемому решению: фон

( $\bar{1}$  - СУ «как есть», 1 - стоматологические услуги нового поколения, 1' - СУНП, развитые по способу-прототипу, 1''- СУНП, развитые по предлагаемому способу, - инвариант, 2 – концептуально-методологическая база перехода к СУНП, 3 – средства моделирования, проектирования, реализации перехода со встроенным самоуправлением, 4 - интерфейс)

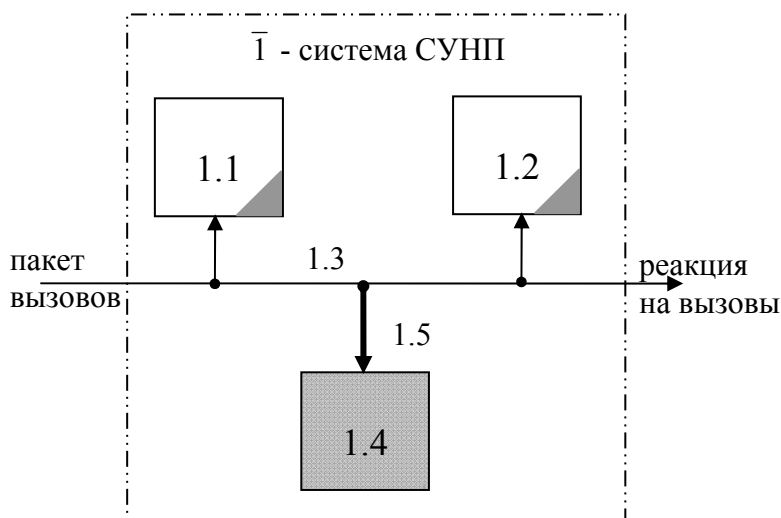


Рис.2 Структура системы СУНП по прототипу [3] и предлагаемому решению: фон, уголки – здесь и далее (подсистемы: 1.1 – стоматологических услуг, 1.2 – управления стоматологическими услугами, 1.3 – основного интерфейса, 1.4 – коммутатора верхнего уровня масштаба работ, 1.5 – дополнительного интерфейса)

При этом вызов понимается как запрос на оказание стоматологических услуг нового поколения.

В качестве прототипа концептуально-методологической базы перехода нами

предложено использовать современную инновационную технологию (рис.3).

Продолжая декомпозицию прототипов 0-го и 1-го рангов, вышли на прототипы 2-го ранга (рис.4-7).



При этом NBIC-конвергенция понимается как сведение воедино сил и средств для разрешения проблемной ситуации на

базе достижений нано-, инфо-, био- и когнитивных технологий [14,15].

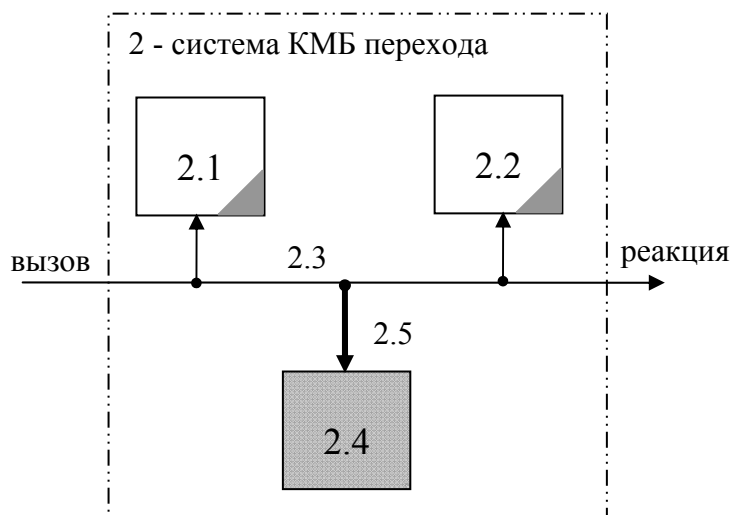


Рис.3 Структура системы КМБ перехода к СУНП по прототипу [4] и предлагаемому решению (КМБ перехода как подсистемы: 2.1 – технологии перехода, 2.2 – управления переходом, 2.3 – основного интерфейса, 2.4 – коммутатора 1 среднего уровня масштаба работ, 2.5 – дополнительного интерфейса)

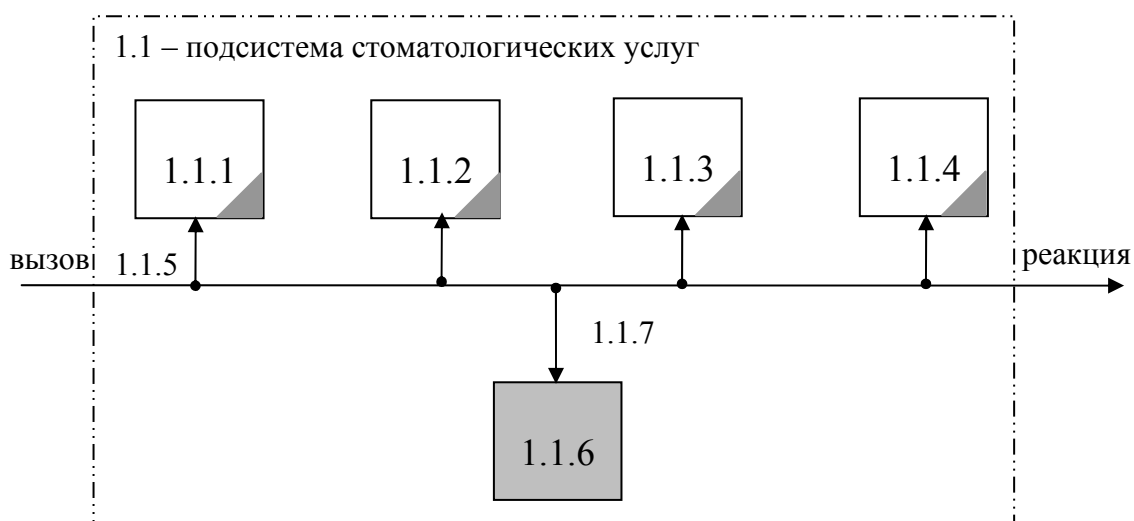


Рис.4 Структура подсистемы стоматологических услуг по прототипу [3,6,7,11-13] и предлагаемому решению (блоки: 1.1.1 – профилактики, 1.1.2 – диагностики, 1.1.3 – лечения, 1.1.4 – реабилитации, 1.1.5 – интерфейса, 1.1.6 – коммутатора 2 среднего уровня масштаба работ, 1.1.7 – дополнительного интерфейса)

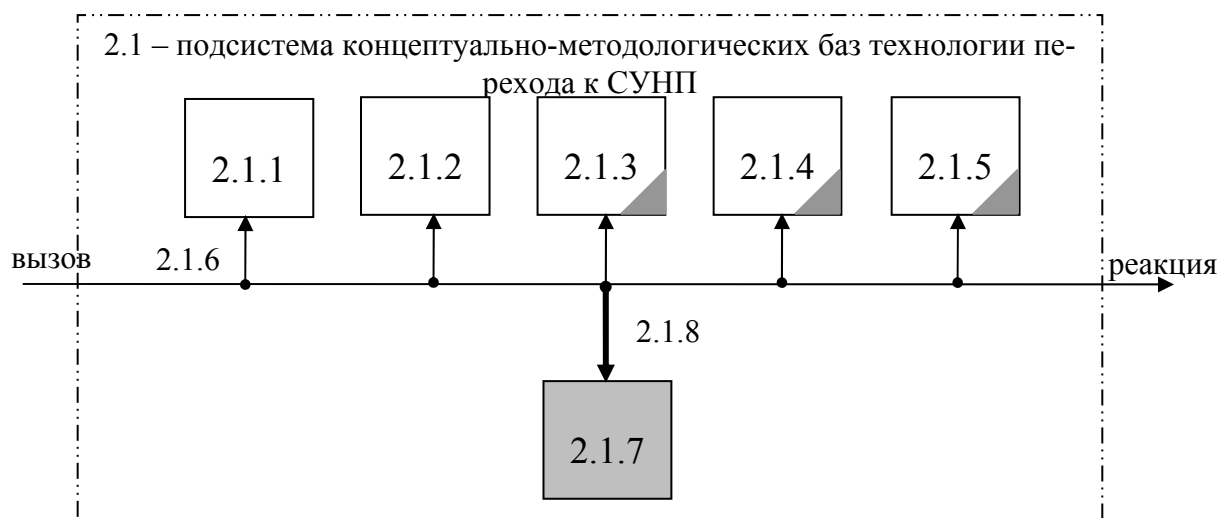


Рис.5 Структура подсистемы КМБ технологии перехода к СУНП по прототипу [4,5,14,15] и предлагаемому решению

(КМБ как блоки: 2.1.1 – научно-технологического уклада экономики, 2.1.2 – сектора экономики, 2.1.3 – NBIC-конвергенции, 2.1.4 – интеграции, 2.1.5 – учета специфики здравоохранения и стоматологии, 2.1.6 – интерфейса, 2.1.7 – коммутатора 3 среднего уровня масштаба работ, 2.1.8 – дополнительного интерфейса)

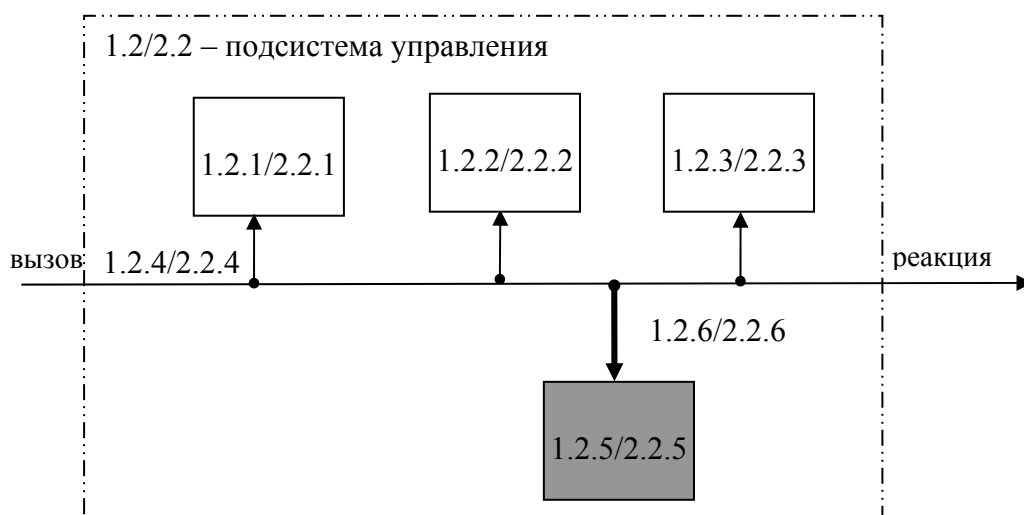


Рис.6 Унифицированная структура подсистемы управления по прототипу [8] и предлагаемому решению (блоки: 1.2.1/2.2.1 – управления, 1.2.2/2.2.2 – мониторингования, 1.2.3/2.2.3 – позиционирования, 1.2.4/2.2.4 – интерфейса, 1.2.5/2.2.5 – коммутатора 4 среднего уровня масштаба работ, 1.2.6/2.2.6 – дополнительного интерфейса)

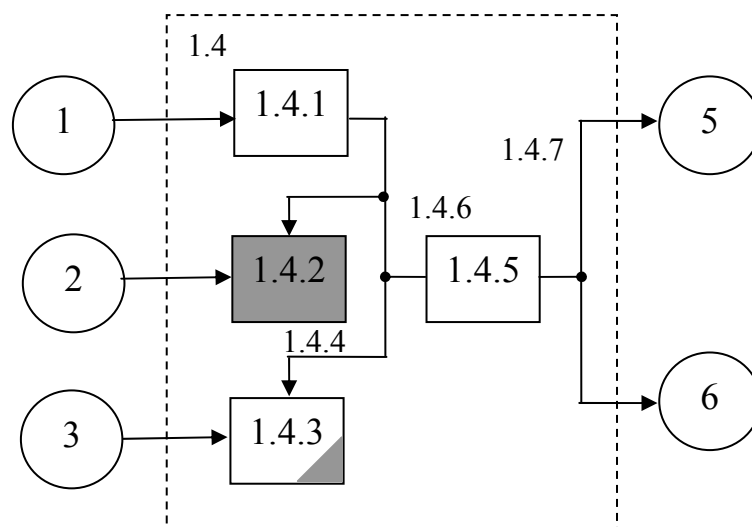


Рис. 7 Структура коммутатора масштаба работ по прототипу [16] и предлагаемому решению (1 – список масштабов объектов, 2 – ситуация, 3 – средства работы, 5 – актуальные масштабы, 6 – релевантные средства, 1.4.1 – ранжировщик масштабов, 1.4.2 – анализатор ситуации, 1.4.3 – ранжировщик средств, 1.4.4 – интерфейс, 1.4.5 – трассировщик / маршрутизатор, 1.4.6, 1.4.7 – дополнительные интерфейсы).

Пакет научных прототипов и их критика

На основании вышеприведенного структурного описания известных реле-

вантных решений получен пакет научных прототипов с указанием их недостатков (табл. 1).

Таблица 1  
**Пакет научных прототипов**

Ранг прототипа	Наименование прототипа	Источник информации	Недостатки прототипа
0	Схема перехода от системы СУ предыдущего поколения к системе СУ нового поколения	[2]	Технологическая несистемность
1	- Система 1 СУНП - Система 2 концептуально-методологической базы перехода к СУНП	[3] [4]	Функционально-структурная неполнота
2	- Подсистема 1.4 коммутатора масштаба работ при функционировании системы СУНП  - Подсистема 2.4 коммутатора масштаба работ при создании системы СУНП  - Подсистема 1.1 технологии СУНП  - Подсистема 1.2 управления СУНП  - Подсистема 2.1 технологии перехода к СУНП  - Подсистема 2.2 управление переходом к СУНП	[8]  [8]  [3,6,7] [8] [4,5]  [8]	Функционально-структурная, алгоритмическая и параметрическая неполнота

В дальнейшем учитывали, что имеется существенная разница между научными и корпоративными прототипами. При этом, естественно, корпоративные прототипы нами понимались как соответствующие фактическому состоянию дел в той или иной стоматологической клинике.

#### Гипотезы о предполагаемых решениях

Исходя из критики предложенного пакета прототипов нами сформулированы гипотезы о ее преодолении.

Гипотеза 1 – развитие структуры прототипов должно обеспечить более высокую конкурентоспособность стоматологической фирмы и ее услуг в условиях наступающего (шестого) научно-технологического уклада экономики.

Гипотеза 2 – введение в структуры системы СУНП и системы КМБ перехода к СУНП, а также их подсистем, коммутато-

ров масштаба работ с соответствующими интерфейсами должно обеспечить требуемую гибкость создания и функционирования всех организационно-стоматологических структур.

Гипотеза 3 – введение в структуру коммутаторов ранжировщика маршрутов должно обеспечить требуемую конвергентность всех организационно-стоматологических структур.

Предпосылками для проверки этих гипотез считали оценку масштаба объектов системы СУНП (рис.8) и вызовы креативной стоматологической корпорации (табл. 2). При этом предпосылка 1 дает основание утверждать, что рассмотрению должен подвергаться объект разно-масштабный, что отражает существенную новизну задачи. Предпосылка 2 позволяет судить о значимой наукоемкости задачи.

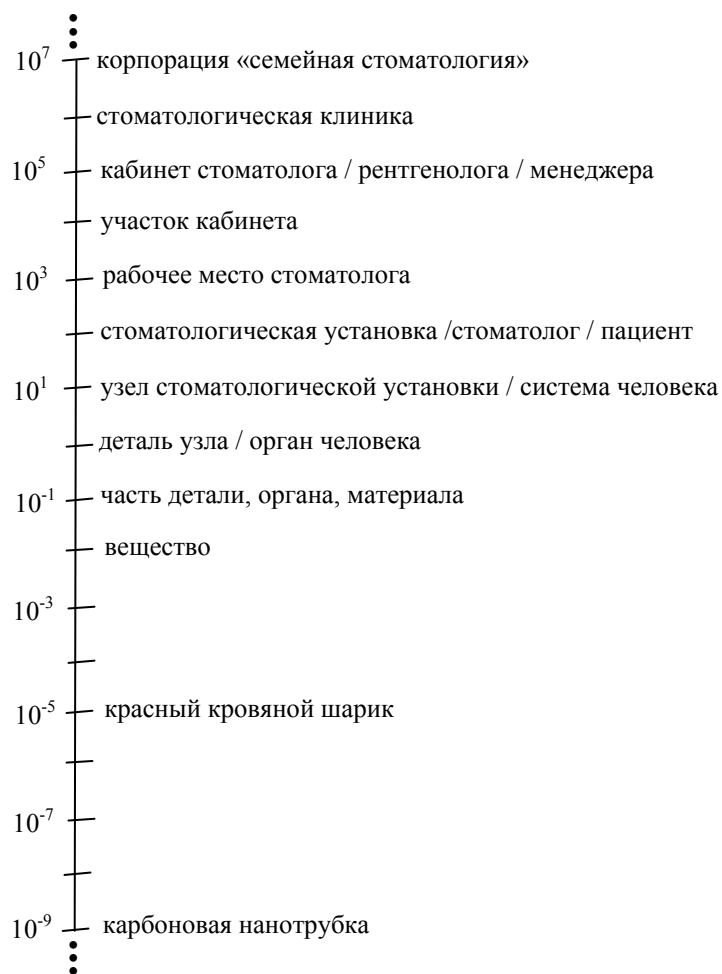


Рис. 8 Масштаб объектов СУНП

Таблица 2  
**Вызовы исследователю**

№	Источник вызова	Формулировка вызова, как соответствия уровню
1	Природа	ответа на вопрос: «Как устроена природа?»
2	Социум	научно-технического прогресса, экономики, основанной на знаниях, ответа на вопрос: «Как устроены человек и социум?»
3	Практика	инноватики, эффективности науки
4	Наука	нового (для человечества) знания
5	Лженаука Псевдонаука Квазинаука	противостояния науке, отвлечения ресурсов, имитации науки
6	Экономика	рынка, ответа на вопрос: «Как устроен рынок?», «Как быть конкурентоспособным?»
7	Исследователь	личных амбиций

### Результаты и выводы

- показана актуальность задачи научного прототипирования перехода к системе стоматологических услуг нового поколения;
- выполнен литературно-аналитический обзор по теме;
- предложено формализованное графическое описание прототипов в виде структурных систем;
- набран трехранговый пакет прототипов и указаны их недостатки;
- сформулировано три гипотезы о путях преодоления недостатков прототипов;
- в качестве предпосылок для преодоления отмеченных недостатков предлагается, во-первых, исходить из разномасштабности объектов стоматологической деятельности, во-вторых, учитывать основные вызовы, предъявляемые креативной стоматологической клинике.

### Список литературы

1. В.Сирунянц. От этатических корпораций к креативным структурам в стоматологии [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://stom.ru/kuban/article/25/art9.shtml>
2. Э.В.Попов, Б.И.Клебанов. Реинжиниринг систем управления предприятиями и современные информационные технологии. – Екатеринбург, НПП «ТЭКСИ», 1997, 29 с.
3. Т.Ш.Мчедлидзе. Коммерческая стоматологическая организация в условиях рыночной экономики, 2003.
4. А.А.Акаев. Современный финансово-экономический кризис в свете теории инвестиционно-технологического развития экономики и управления инновационным процессом // Сб. «Мониторинг глобальных и региональных рисков 2008/2009», - М: УРСС, 2009, с. 141-162. [http://cliodynamics.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=167&itemid=1](http://cliodynamics.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=167&itemid=1)
5. С.Глазьев. Возможности и ограничения технико-экономического развития России в условиях структурных изменений в мировой экономике. [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://spkurdumov.narod.ru/glaziev.htm>
6. В.Л.Ковальский. Алгоритмы организации стоматологической помощи. НГМА, 2004, - 180 с.
7. Ю.М.Максимовский, О.В.Сагина. Организация стоматологической службы России. Владоспресс. 2008, - 438 с.
8. С.Л.Гольдштейн, С.И.Блохина. Модель лечебно-профилактического учреждения-лидера. // е-журнал. Системная интеграция в здравоохранении, №1(3), 2009, с. 6-17
9. Ю.Е.Хохлов. Медицина, наука и инновации на службе России // Информационное общество, 2006, вып. 1, с.1
10. С.Б.Шапошник. Мониторинг развития электронного здравоохранения: европейский опыт и постановка задачи для России. [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://emag.iis.ru/arc/infooe/emag.nsf/BPA/4a9ec399adeae6a9c32572990044>
11. А.Кузнецов. Организация стоматологической клиники. [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://bplans.r-cons.ru/?q=node/271>
12. В.Ю.Леонтьев. Здоровые зубы и качество жизни. [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://emedi.ru/is/is4/econ/econ.html>
13. А.Шишкин. Стоматология – прогноз на XXI век. [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://www.vmk-med.com/rstomat/php?myid=3>

14. Долгосрочный прогноз научно-технологического развития Российской Федерации (до 2025 г.) [Электронный ресурс] // Режим доступа // <http://mon.gov.ru/files/matireals/5053/prognoz.doc>
15. Converging Technologies for Improving Human Performance: nanotechnology, biotechnology. Information technology and cognitive science, Edited by M.C.Poco, W.S.Bainbridge, National Science Foundation, Arlington, Virginia, 2002.
16. Коммутатор. Словарь по кибернетике / Под ред. В.С.Михалевича, - Киев, УСЭ, 1989, с. 278.

---

\* 620002, г. Екатеринбург, ул. Мира, 19, e-mail [vtsl@dpt.ustu.ru](mailto:vtsl@dpt.ustu.ru), Гольдштейн Сергей Людвигович, д.т.н., проф., зав. каф. вычислительной техники УГТУ-УПИ

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ С АУРОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ****О.А. Львова\***, **О.В. Корякина**, **А.В. Сулимов**, **О.М. Жирнова**

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра неврологии детского возраста и медицинской генетики  
МУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург*

Целью исследования явилось определение клинико-инструментальных особенностей течения мигрени с аурой у детей. В работе проведена оценка 24 историй болезни детей с диагнозом мигрень с аурой в период с 2006-2008г. Анализ наследственности выявил наличие отягощенного анамнеза по мигрени у трети детей. Заболевание дебютировало в препубертатном периоде, характеризовалось клиническим полиморфизмом. По результатам проведенных параклинических методов исследований определялись неспецифические изменения.

**Ключевые слова:** головная боль, мигрень с аурой, дети.

**SPECIALITY MIGRAINE WITH AURA IN CHILDREN**

*O.A. Lvova, O.V. Koryakina, A.V. Sulimov, O.M. Zhirnova*

The analysis of 24 migraine with aura cases in the age of 8-14 years old is presented. The specialty of debut, inheritance, clinical finding and the results of paraclinics are generalized.

**Keywords:** headache, migraine, children

Одной из наиболее актуальных проблем неврологии является головная боль. Распространенность ее в детском возрасте колеблется от 5 до 60% [1,2,3,4]. По частоте встречаемости одно из ведущих мест среди вариантов первичных цефалгий занимает мигрень. Согласно проведенным эпидемиологическим исследованиям этим видом головной боли страдает от 3 до 20% детского населения [4,5]. Заболевание, как правило, не приводит к необратимому поражению головного мозга, но тяжело переносится и существенно снижает качество жизни пациентов. Одной из разновидностей мигрени является мигрень с аурой, частота регистрации которой в детской популяции выше, чем у взрослых

(36% и 18% соответственно) [5,6]. Мигрень с аурой характеризуется разнообразием клинических проявлений, вследствие чего может встречаться в практике врача любой специальности. Как известно, в основе болезни лежат разработанные критерии, которые учитывают частоту и продолжительность приступов, характер головной боли, наличие сопутствующих симптомов [1,3,4,9]. Следует отметить, что данные критерии не всегда подходят для детского возраста и чем младше ребенок, тем течение болезни менее типично, это в свою очередь затрудняет диагностику заболевания. Кроме того, в литературе описаны особые варианты мигрени у детей [7,8,10]. Таким образом, широкая распространен-



ность патологии, отсутствие четких представлений об особенностях проявления мигрени в детском возрасте требуют более детального изучения данной проблемы.

Нами проанализировано 24 истории болезни детей, страдающих мигренью с аурой, госпитализированных в неврологическое отделение МУ ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга в период с 2006 – 2008 г.г. Ведущим требованием при постановке диагноза стали диагностические критерии Международной ассоциации по изучению головной боли (1988) и предложенные Prensky (1976) критерии, применяемые в детском возрасте. На основании полученных сведений проведена оценка анамнеза, клинических проявлений заболевания, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациентов.

Возрастной диапазон больных находился в пределах от 8 до 14 лет, при этом средний возраст госпитализированных детей составил  $12,9 \pm 0,4$  лет. Соотношение девочек и мальчиков в исследуемой группе определялось как 1:1,2 соответственно. Литературные сведения о возрасте дебюта патологии у детей достаточно противоречивы. По мнению Chu M.L. и Shinnar S. (1992), головная боль по типу мигрени отмечается в 75,0% случаев у детей в возрасте до 7

лет. Olesen J. и Bonica J.J. (1990) указывают, что начало мигрени более чем в четверти случаев (26,0%) приходится на период до 10 лет, а у 29,0% пациентов в интервале от 10 до 20 лет. По результатам нашего исследования практически у половины больных 41,6% (n=10) заболевание впервые зарегистрировано в  $11,4 \pm 0,4$  лет.

При оценке анамнеза исследуемой группы выявлено, что более половины пациентов 66,7% (n=16) наблюдались у невролога с диагнозом перинатальное поражение ЦНС. Сопутствующая патология отмечалась в 20,8% (n=5) случаев, при этом у большей части детей (n=4) определялись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У каждого третьего больного (33,3%, n=8) имелись указания на перенесенную в прошлом закрытую черепно-мозговую травму, которая не имела связи с возникновением приступов. Определенное значение в дебюте мигрени имеют наследственные факторы, по результатам многочисленных исследований риск заболевания у потомков составляет от 20,0 до 90,0% [1, 2, 4], полученные нами сведения подтвердили этот факт: у каждого третьего ребенка (29,1%) имелись родственники первой и второй степени родства, страдающие мигренозными пароксизмами.

В клинической картине приступа цефалгии определялись следующие особенности: продолжительность ауры составляла от 5 до 60 минут, при этом у большинства детей (70,8%, n=17) симптомы преходящих неврологических расстройств сохранялись не менее, чем 15 минут. В целом аура характеризовалась полиморфизмом клинических проявлений, а у 70,8% (n=17) - сочетанием неврологических симптомов, таких как гемипарез 100% (n=17), зрительные расстройства (фотопсии, гемианопсия) 64,7% (n=11), афазия 41,1% (n=7), гемипарез 29,4% (n=5), офтальмоплегия 5,8% (n=1). Моносимптомная аура встречалась реже - у 29,1% (n=7) пациентов. Более чем у половины больных 62,5% (n=15) головная боль локализовалась в лобно-височной области, каждый четвертый ребенок не мог указать место боли, в 16,7% (n=4) случаев цефалгии определялись в области затылка.

Мигренозные пароксизмы сопровождались разнообразными вегетативными нарушениями, наряду с тошнотой и рвотой, которые регистрировались у каждого второго ребенка, у части пациентов отмечались такие симптомы, как головокружение 25,0% (n=6), боль в животе 8,3% (n=2). Головная боль возникала в разное время суток, половина больных 54,2% (n=13) испытывали боль в днев-

ное время, у 29,1% (n=7) детей цефалгии наблюдались в утренние часы и у 16,7% (n=4) исследуемых вечером.

Анализ частоты приступов показал, что у 37,5% (n=9) детей, пароксизмы развивались реже одного раза в месяц, у каждого пятого (20,8%, n=5) - 1-2 раза в месяц, и только 12,5% (n=3) больных предъявляли жалобы на головную боль мигренозного характера каждую неделю. Продолжительность приступов варьировала от 30 минут до 72 часов, в среднем около 60 минут. При оценке проводимого лечения, направленного на предотвращение симптомов заболевания, у большей части пациентов 83,3% (n=20) терапевтический эффект достигался длительным сном или приемом анальгетиков, отмечены случаи 12,5% (n=3), когда прием медикаментозных средств не приносил облегчения, и только у одного ребенка приступы головной боли купировались самостоятельно.

Данные неврологического статуса в межприступный период были недостаточно информативны, у 71,0% (n=17) больных определялась микроочаговая неврологическая симптоматика в виде анизокории, установочного горизонтального нистагма, изменении мышечного тонуса, гиперрефлексии. Такая полиморфность встречаемости легкой очаговой симптоматики может свидетельство-

вать о резидуально-неврологическом фоне больных.

Анализ дополнительных параклинических исследований показал ряд изменений имеющих неспецифический характер. При оценке результатов методов нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) у каждого третьего ребенка выявлялись такие структурные изменения, как перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия в виде исхода ППЦНС, церебральная атрофия 1 степени, арахноидальная киста, дилатация боковых желудочков, гипоплазия мозолистого тела. В остальных случаях 67,0% (n=16) морфологических нарушений головного мозга выявлено не было. На ЭЭГ у 83,0% (n=20) больных регистрировались легкие или умеренные общемозговые изменения, межполушарная асимметрия биоэлектрической активности. По результатам УЗДГ - исследования сосудов головы и шеи у 46,0 % (n=11) пациентов отмечалось затруднение венозного оттока, у 33,0 % (n=8) - экстравазальная компрессия сосудов, у 29,0% (n=7) детей - признаки ангиодистонии. Рентгенография шейного отдела позвоночника проводилась каждому второму ребенку 54,0% (n=13), у половины из них была зафиксирована нестабильность шейного отдела позвоночника, у двоих детей определялись признаки ротационного подвывиха С1, в

одном случае выявлена аномалия Киммерли, что не исключает варианта так называемой "шейной мигрени". При анализе данных кардиоинтервалографии у 33,3% (n=8) пациентов имелись различные нарушения: изменение исходного вегетативного тонуса с преобладанием с одинаковой частотой симпатической или ваготонической систем, асимпатикотоническая вегетативная реактивность у 50,0% (n=4) больных, резко выраженное функциональное напряжение регуляторных систем у 75,0% (n=6) исследуемых.

Заключение: по результатам проведенного исследования показано, что у каждого третьего ребенка, страдающего мигренью с аурой, определялась отягощенная наследственность по мигрени, что соответствует литературным источникам. Заболевание дебютировало в препубертатном периоде, при этом средний возраст составил  $11,4 \pm 0,4$  лет, без значимых различий по полу. Картина приступов отличалась существенной частотой и интенсивностью цефалгий, которые нередко носили диффузный характер, становились препятствием для активного образа жизни детей, однако у большинства пациентов купировались приемом неспецифических анальгетиков и сном. Клинические симптомы ауры определялись полиморфизмом, как правило, в виде преходящих чувствительных

нарушений, а у половины исследуемых сочетались с различными вегетативными расстройствами. Следует отметить, что при оценке данных неврологического осмотра в межприступном периоде и результатов проведенных дополнительных методов обследования не получено специфических изменений.

Таким образом, полученные нами сведения позволили расширить представления о клинико-инструментальных особенностях течения мигрени с аурой в детском возрасте, что определяет выбор тактики ведения этого заболевания.

### Список литературы

1. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень: патогенез, клиника, диагностика. - Спб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. – 200 с.
2. Жулев Н.М., Пустозеров В.Г., Полякова Л.А., Жулев С.Н. Цефалгии головная боль (диагностика и лечение): учебное пособие, издание 2-е стереотипное. - Спб.: ЗАО "ХОКА", 2007. - 135 с.
3. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. Головная боль. - М.: Медицина. 1994. - 286 с.
4. Шток В.Н. Головная боль. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2007. - 472 с.
5. Юдельсон Я.Б., Рачин А.П. Эпидемиология головной боли у детей и подростков.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. - №8. - С. 10-15.
6. Вейн А.М., Ефремова И.Н., Колосова О.А. Мигрень с аурой// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - №12. - С. 61-65.
7. Кваскова И.В., Шворнов С.Б. Клинические проявления мигрени у детей// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1999. - №1. - С. 15-17.
8. Роговина Е.Г. Особенности мигрени в детском и подростковом возрасте// Неврологический журнал. - 1999. - №4. - С. 27-31.
9. Колосова О.А. Заболевания вегетативной нервной системы: руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1991. - С. 428-457.
10. Трошин В.Д., Трошин О.В., Бурцев Е.М. Нервные болезни детей и подростков. - М.: ГОУВУНМЦ МЗ РФ. - 2004. - Т. II. - 392 с.

---

\* 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина,3, e-mail [olvova@bk.ru](mailto:olvova@bk.ru), Львова Ольга Александровна и.о. зав. каф. неврологии детского возраста с курсом генетики УГМА

## ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

**О.А. Львова\*, Н.Г. Байда**

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра неврологии детского возраста и медицинской генетики  
МУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург*

Симптомы вегетативной дисфункции у детей широко представлены в практике врачей стационарного и амбулаторного этапов оказания помощи. Проведен анализ 40 случаев заболевания у детей 7-16 лет на базе неврологического отделения, показана связь клинических картины, инструментальных методов обследования и результатов психологического тестирования пациентов и их родителей.

**Ключевые слова:** вегетативная дисфункция, методы обследования, дети

### THE POSSIBILITY OF VERIFICATION AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF VEGETATIVE DYSFUNCTION IN CHILDREN

*O. A. Lvova, N.G. Bayda*

Vegetative dysfunction is a widespread problem of nowadays in children neurology. In this research it was shown emotional and psychology state of children with vegetative dysfunction in 40 cases. The possibility of easy clinical investigation to verify the disease is presented.

**Keywords:** vegetative dysfunction, research, children

Вегетативные нарушения у детей являются одной из актуальных и, в то же время спорных, проблем в современной клинической неврологии. Полагают, что вегетативная дисфункция занимает ведущее место среди неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста, частота ее регистрации в структуре амбулаторного приема специалистов достигает 29% [1]. До настоящего времени остаются открытыми вопросы терминологии, классификации, патогенеза, правомочности постановки клинического диагноза в качестве основного заболевания, не отработаны алгоритмы лечения, профилактики и диспан-

серизации таких пациентов [2, 5, 6]. Вместе с тем, показано, что нейроциркуляторная дисфункция, несмотря на «безобидность» клинических проявлений является предиктором дебюта артериальной гипертензии, атеросклероза и ишемической болезни сердца в молодом возрасте, имеет широкий спектр коморбидных эмоциональных и психосоматических расстройств [2 - 4].

Несоответствие между выраженностью жалоб ребенка и скудностью изменений при объективном исследовании, трудоемкость и зачастую недоступность инструментальных методик создает существенные трудности для практических вра-

чей при распознавании вегетативной дистонии, оценке динамики болезни и эффективности тактики лечения.

Нами было проведено одномоментное поперечное исследование 40 детей, с вегето-сосудистой дисфункцией в качестве основного диагноза, находившихся на лечении в неврологическом отделении МУ ДГКБ №9 г. Екатеринбурга в течение девяти месяцев 2009 года. Критериями включения стали: возраст пациентов в пределах 7 – 16 лет, независимость от пола, согласие родителей ребёнка на участие, отсутствие хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации, отсутствие резидуального органического неврологического фона, пароксизмальных состояний. Критерии исключения: отсутствие информированного согласия, регулярное наблюдение у психиатра, наличие наследственных или приобретенных заболеваний нервной системы в анамнезе. Таким образом, с учетом указанных критериев нами были включены 63% (n=29) девочек и 37% (n=11) мальчиков, средний возраст составил  $11,6 \pm 0,8$  лет.

В структуре исследования применялись: стандартизированный опросник на выявление вегетативной дисфункции А.М. Вейна (адаптированный для детского возраста), клино- и ортостатические пробы, вычисление индекса Кердо, в

сравнении с кардиоинтервалографией (КИГ), которую считают «золотым стандартом» объективизации статуса вегетативной нервной системы. Кроме того, эмоциональное состояние детей оценивали с помощью валидизированных и адаптированных опросников Children Depression Inventory (CDI) и Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) в адаптации А.М. Прихожан для выявления симптомов депрессии и тревоги. Астенический синдром подтверждался с помощью опросника, разработанного Шац И.К. Батарея психологических методик включала: кинетический рисунок семьи, семейную социогрammu, опросник семейной адаптации и сплоченности, опросник семейной тревоги и методику диагностики родительского отношения (по Варга А.Я, Столину В.В).

Полученные данные обрабатывались в программе SPSS 12,0 с использованием критериев хи-квадрат и методов корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона), четырехпольного квадрата.

Все пациенты предъявляли жалобы на хронический болевой синдром, в виде головной боли, с частотой от 1 раза в месяц до ежедневных, длительностью от 1 месяца до 7 лет. Отмечена положительная корреляция между продолжительностью регистрации головной боли и

ее выраженностью ( $r = 0,5$ , прямая,  $p \leq 0,05$ ). Жалобы на повышенную утомляемость предъявляли 63% пациентов, на проблемы в когнитивной сфере – 50%, на метеолабильность – 40%, поверхностный сон – 30% детей, в виде частых пробуждений. Эпизоды головокружения беспокоили каждого десятого (10%), склонность к запорам – каждого пятого (20%) ребенка. Все обследуемые дети имели по опроснику А.М. Вейна более 15 баллов, что подтверждало наличие у них вегетативной дисфункции.

Большинство детей имели сопутствующую соматическую патологию, 50% – дисфункции желудочно-кишечного тракта, 16% – патологию дыхательной системы и их сочетания. Отмечена тенденция, согласно которой имелась корреляция частоты головной боли с наличием одного или нескольких соматических заболеваний у пациента ( $r = 0,6$ ;  $p \leq 0,05$ ). Таким образом, жалобы и коморбидный соматический фон детей с вегетативными проблемами отличаются выраженностью болевых и астенических явлений, однако нешироким спектром, в то время как у взрослых пациентов в период обострения насчитывают от 26 до 150 симптомов. Неврологический статус пациентов также был скуден, у 40% больных не выявлено знаков микроочаговой симптоматики.

На следующем этапе оценивалась распространенность и выраженность эмоциональных расстройств у детей. По результатам, полученным при обработке опросника CDI, отмечено, что снижение настроения были у 30% (11-16 баллов), субдепрессивное состояние – у 11% пациентов (17-19 баллов). В каждом пятом случае (20% больных) нами зафиксировано 20 и более баллов – критическое число, что рассматривается в качестве показателя для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации клинически выраженной депрессии. При оценке показателей тревожности установлено, что 35% обследованных имели незначительное повышение уровня тревожности, в то время как каждый четвертый ребенок (23%) – выраженную тревожность. Что касается проявлений астении, то реакция утомления отмечена у 73%, умеренная и выраженная астения – у 16%, и у 10% пациентов соответственно. В процессе обработки полученных данных прослежена положительная корреляция между выраженностью тревожных расстройств и длительностью существования вегетососудистых нарушений ( $p \leq 0,05$ ), а также между выраженностью депрессивных расстройств и астенией ( $p \leq 0,05$ ).

Семейный климат и специфика детско-родительских отношений характеризова-

лась как симбиотический тип взаимодействия в семье в половине (50%), авторитарный – в 36%, попустительский – в 13% случаев. При этом в семьях с авторитарным типом выявлена тенденция к более тяжелому течению цефалгического синдрома (по частоте и длительности). Установлено, что дети из семей с авторитарным типом воспитания, существенно чаще предъявляли жалобы на утомляемость, снижение памяти и внимания, и показывали большую выраженность эмоциональных расстройств. В большинстве случаев (93,3%) отмечается повышение уровня семейной тревоги,

которая умеренно коррелировала с выраженностью вегетативной дистонии ( $r=0,5$ ). Также отмечена прямая взаимосвязь между выраженностью семейной и личностной тревожности, цефалгическим синдромом.

Исходный вегетативный тонус по индексу Кердо показал нормальные значения у 17,5%, клино- и ортостатической пробы - по 15% больных соответственно. С использованием четырехпольной таблицы определены чувствительность и специфичность проведенных методик (таблица 1).

Таблица 1  
**Значения чувствительности и специфичности клинических проб при вегетативной дисфункции у детей**

Методы обследования	Норма	Отклонения	Чувствительность	Специфичность
КИГ	12,5%	87,5%		
Индекс Кердо	17,5%	82,5%	96%*	85%*
Клиностатическая проба	15%	85%	87%*	85%*
Ортостатическая проба	10%	90%	92%*	87%*

где: \* - статистически достоверные различия данных ( $p \leq 0,05$ ).

Также, по данным КИГ, у 75% больных отмечено статистически достоверное преобладание тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы.

Таким образом, ведущей жалобой у детей с вегетативными нарушениями является цефалгический синдром, тяжесть которого коррелирует с длительностью течения заболевания, степенью личной и семейной тревожности, наличием комор-

бидных соматических заболеваний и эмоциональных нарушений ( $r \geq 0,5$ ).

При оценке эмоционального статуса более чем у 20% детей отмечены симптомы депрессивного и тревожного спектра. У половины пациентов зафиксированы изменения психологического климата в семье, которые отрицательным образом влияли на выраженность вегетативных и эмоциональных проявлений



болезни. Полученные результаты могут служить основанием для включения клинического психолога и(или) детского психиатра в круга специалистов, призванных для диагностики и оказания помощи маленьким пациентам.

Индекс Кердо, клино- и ортостатические пробы показали высокую чувствительность и специфичность в сравнении с «золотым стандартом». Выбранные методики благодаря простоте исполнения и

высокой результативности могут быть использованы для объективизации вегетативных расстройств в амбулаторной и стационарной педиатрической практике, в том числе в условиях отсутствия инструментальных методов исследования (КИГ, холтеровское мониторирование) для подтверждения диагноза и отслеживания динамики болезни, эффективности терапевтических методик.

### Список литературы

1. Абакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония (лекция)// Врач. 2007. - Т.№ 2. - С. 6-8.
2. Аверин В.И. Психология детей и подростков. - СПб.: СПбПМИ. - 1998. - 75 с.
3. Антропов Ю.Ф. Особенности диагностической структуры психосоматического контингента детей и подростков г. Москвы// В сб.: Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М.: РГМУ, 2000. - С. 275 — 277.
4. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков //Метод. рекомендации. - М.: Минздрав РФ. - 1994. - 21 с.
5. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. Заболевания вегетативной нервной системы. - М.: Медицина. - 1991. - 862 с.
6. Вейн А.М. с соавт. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство". - 2003. - 720 с.

---

\* 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина,3, e-mail [olvova@bk.ru](mailto:olvova@bk.ru), Львова Ольга Александровна  
и.о. зав. каф. неврологии детского возраста с курсом генетики УГМА

## МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

**С.В.Потешонкова, М.В.Кулигина\***

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново*

В статье представлены предложения по совершенствованию амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным с хроническими воспалительными заболеваниями почек, которые включают меры по профилактике и ранней диагностике обострений экстрагенитальной патологии, повышению медицинской активности беременных.

**Ключевые слова:** беременные, хронические воспалительные заболевания почек, акушерско-гинекологическая амбулаторная помощь.

## MEDICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES TO IMPROVE OUTPATIENT OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE TO PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC INFLAMMATORY KIDNEY DISEASES

*S.V. Poteshonkova, M.V. Kuligina*

*State Research Institute of Maternity and Childhood by V.N.Gorodkov, Ivanovo*

The article presents suggestions for improving outpatient obstetric care to pregnant women with chronic inflammatory diseases of the kidneys, which include prevention and early detection of exacerbations, increase of medical activity of pregnant women.

**Keywords:** pregnant women, chronic inflammatory diseases of the kidneys, obstetric-gynecologic outpatient care

### Актуальность

В современных социально-экономических условиях состояние здоровья женщин репродуктивного возраста характеризуется высокой распространенностью факторов риска для здоровья и жизни, из числа которых в период реализации детородной функции особую значимость приобретают экстрагенитальные заболевания, обуславливающие развитие осложнений беременности и родов [2, 3]. В структуре экстрагенитальной патологии с высокой частотой встречаются болезни мочеполовой сис-

темы, среди которых преобладают хронические воспалительные заболевания почек (ХВЗП). Эффективность реализации репродуктивной функции женщинами с ХВЗП зависит не только от обеспечения преемственности между этапами оказания медицинской помощи, организации тесного междисциплинарного взаимодействия врачей-специалистов по ранней диагностике и профилактике обострений экстрагенитальной патологии, но и от активности пациенток по профилактике нарушений гестационного процесса.

### Материалы и методы исследования

С использованием результатов анализа данных, полученных путем выкопировки из первичной медицинской документации женской консультации (ф.025/у; ф.111/у; ф.113/у) и анкетирования 300 родильниц с ХВЗП, поступивших для родоразрешения в акушерскую клинику ФГУ «ИвНИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова», получена характеристика медицинской активности и информированности пациенток. Сравнительный анализ медико-социальных характеристик женщин в зависимости от наличия обострений ХВЗП во время беременности позволил определить факторы риска их развития. Достоверность выявленных различий относительных показателей и средних величин оценивалась по t-критерию Стьюдента. В основу построения экспертной системы положена прогностическая модель, базирующаяся на формуле Байеса для независимых признаков, метода последовательного анализа Вальда и оценке информативности на основе информационной меры Кульбака с использованием рекомендаций, предложенных Е.В.Гублером [1].

### Результаты исследования

Предложены мероприятия по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи беременным с ХВЗП, включающие меры по ран-

ней диагностике и прогнозированию обострений у беременных и повышению их медицинской активности.

1. Предложения по профилактике и ранней диагностике обострений ХВЗП у беременных содержат два направления:

- алгоритм медицинского наблюдения беременных с ХВЗП в женской консультации;

- прогнозирование обострений ХВЗП у беременных.

Алгоритм медицинского наблюдения беременных с ХВЗП предполагает на этапе взятия на учет по беременности обязательное консультирование всех беременных, у которых в анамнезе имеются эпизоды клинико-лабораторных проявлений хронической воспалительной патологии мочевыводящих путей или диагностированное ранее заболевание почек, нефрологом (урологом).

В случае снятия диагноза ХВЗП специалистами наблюдение беременных осуществляется в соответствии с имеющейся патологией беременности или как с физиологической беременностью. При подтверждении диагноза ХВЗП совместно со специалистами составляется план лечебно-диагностических мероприятий (с обязательной санацией очагов хронической инфекции) и наблюдение осуществляется по схеме динамического наблюдения беременной с ХВЗП. В случае если

в общем анализе мочи выявлены патологические изменения и отсутствуют клинические проявления обострения ХВЗП, проводится исследование мочи по Нечипоренко и бактериологическое исследование средней порции мочи. При выявлении лабораторных признаков воспалительного процесса пациентка направляется в дневной стационар для уточнения диагноза и проведения лечебно-профилактических мероприятий. В случае возникновения клинических симптомов обострения при амбулаторном наблюдении или при присоединении патологии беременности пациентка направляется в круглосуточный стационар.

Определение степени риска развития обострения ХВЗП во время беременности проводится с использованием прогностической таблицы, включающей 12 факторов (табл. 1).

Использование прогностической таблицы предполагает установление при

первом обращении женщины в женскую консультацию по поводу беременности градаций факторов риска по результатам сбора анамнестических данных, оценки информированности беременных об имеющемся у них заболевании почек и медицинской активности до беременности с использованием карт балльной оценки.

Оценка информированности проводится с использованием соответствующей шкалы балльной оценки (табл. 2). Оценка уровня информированности проводится по сумме набранных баллов: 5–8 баллов – низкий уровень информированности; 9–12 баллов – средний; 13–15 баллов – высокий.

Также с использованием шкалы балльной оценки проводится оценка медицинской активности беременных до наступления данной беременности (Таблица 3).

Прогностическая таблица оценки индивидуального риска развития обострений ХВЗП во время беременности

Факторы риска	Градации факторов	ПК
Медико-биологические		
ХВЗП впервые диагностировано во время беременности	Да	5,6
	Нет	-2,1
Длительность заболевания менее 3-х лет	Да	4,4
	Нет	-2,0
Возраст моложе 25	Да	2,0
	Нет	-2,2
ХВЗП диагностировано в возрасте старше 20 лет	Да	2,3
	Нет	-1,3
Первобеременные	Да	1,0
	Нет	-1,0
Первородящие	Да	0,7
	Нет	-1,8
Социально-гигиенические		
Медицинская активность	Низкая	10,3
	Средняя	0,7
	Высокая	- 2,0
Обследование по поводу ХВЗП проводилось в специализированном стационаре	Да	4,2
	Нет	-1,0
Студентка или безработная	Да	3,4
	Нет	-0,9
Медицинская информированность	Низкая	2,1
	средняя	- 1,3
	высокая	- 1,3
Неполное высшее, неполное среднее и среднее образование	Да	1,5
	Нет	-1,5
Отсутствие юридической регистрации брака	Да	2,0
	Нет	-0,7
поправочный прогностический коэффициент = 1,44		

Таблица 2

**Шкала бальной оценки информированности беременных с ХВЗП**

Критерии	1 балл	2 балла	3 балла
Информированность о наличии заболевания	Не знает о наличии заболевания	Сомневается в наличии заболевания	Знает о наличии заболевания
Информированность о клинических симптомах заболевания	<3 симптомов	3-5 симптомов	>5 симптомов
Информированность о методах диагностики	1-2 метода	3-4 метода	>5 методов
Информированность о лекарственных препаратах	Ни одного	1-3 препарата	>3 препаратов из разных фармакологических групп
Информированность о возможном влиянии заболевания на течение беременности, родов и здоровье новорожденного	Не влияет	Влияет, но несущественно	Влияет

Таблица 3

**Шкала бальной оценки медицинской активности беременных с ХВЗП**

Критерии	1 балл	2 балла	3 балла
Явка на диспансерный осмотр	Не являлась	Нерегулярно	Регулярно
Госпитализация в стационар	Отказывалась	Иногда отказывалась	Не отказывалась
Выполнение врачебных назначений	Не выполняла (самолечение)	Не в полном объеме	В полном объеме
Источники информации	Знакомые, родственники СМИ	Акушер-гинеколог	Уролог Нефролог Терапевт

Оценка уровня медицинской активности проводится по сумме набранных баллов: 4–6 баллов – низкий уровень медицинской активности, 7-9 баллов – средний и 10-12 баллов – высокий.

С использованием прогностической таблицы рассчитывается сумма прогно-

стических коэффициентов из которой вычитается поправочный прогностический коэффициент, в результате определяется риск развития обострений ХВЗП у беременной и определяется группа медицинского наблюдения (Таблица 4).

**Критерии эффективности лечебно-диагностических мероприятий у беременных с ХВЗП\***

Интервал прогноза	Прогноз	Цель и содержание лечебно-оздоровительных мероприятий
1	2	3
сумма ПК < -13,0	Благоприятный	<b>Отсутствие обострений</b> <b>Диагностические исследования:</b> консультация уролога (нефролога) при взятии на учет, анализ мочи при каждой явке. <b>Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:</b> гигиена беременной; режим труда и отдыха; диета; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам, ультрафиолетовое облучение; витаминотерапия; бандаж.
сумма ПК от -13,0 до 0	Неопределенный благоприятный	<b>Отсутствие и ранняя диагностика обострений</b> <b>Диагностические исследования:</b> те же, при выявлении изменений в анализе мочи проведение анализа мочи по Нечипоренко и бактериологического анализа средней порции мочи, консультации нефролога (рекомендации по диагностике и лечению). <b>Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:</b> те же.
сумма ПК от 0 до 12	Неопределенный неблагоприятный	<b>Ранняя диагностика обострения</b> <b>Диагностические исследования:</b> те же, анализ мочи еженедельно в сроке 22-28 недель, при выявлении изменений в анализе мочи проведение анализа мочи по Нечипоренко и бактериологического анализа средней порции мочи и консультация нефролога (рекомендации по диагностике и лечению). <b>Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:</b> те же, курсы фитотерапевтических препаратов в сроке 22-28 недель
сумма ПК >12	Неблагоприятный	

\*Показаниями к госпитализации беременных с ХВЗП являются: уточнение диагноза (дневной стационар), обострение; присоединение позднего гестоза, угроза прерывания беременности; гипотрофия плода (круглосуточный стационар). В 37-38 недель беременности – родовая госпитализация для решения вопроса о родоразрешении.

2. Предложения по повышению медицинской активности беременных с ХВЗП предполагают проведение целевого индивидуального и группового информирования пациенток.

Индивидуальное информирование проводится с использованием специально разработанной памятки, которая выдается беременной с ХВЗП при взятии на учет по беременности. Для проведения

группового информирования беременных формируются группы беременных с ХВЗП (с обязательным охватом беременных с низкой медицинской информированностью и низкой медицинской активностью на этапе до настоящей беременности), в которых при проведении занятий в «Школе беременных» проводится информирование по вопросам диагностики, профилактики ХВЗП, тактике при разви-

тии обострений заболевания почек и осложнений беременности.

Экспериментальная апробация предложенного комплекса мероприятий по совершенствованию медицинского наблюдения беременных с ХВЗП в женской

консультации позволила снизить частоту обострений ХВЗП в 2,3 раза, перинатальную смертность на 10,0%, что позволяет их рекомендовать для внедрения в практику работы женских консультаций.

### Список литературы

1. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. Ленинград.: Медицина, 1990. – 176 с.
2. Суханова Л.П., Скляр М.С., Уткина Г.Ю. Современные тенденции репродуктивно-демографического процесса и организации службы родовспоможения в России // Здоровоохранение Российской Федерации. 2008. №.5- С.37-42.
3. Шехтман М.М. Акушерская нефрология. М.: Триада-Х, 2000.- 260 с.

---

\* 153045, г.Иваново, ул.Победы, 20, e-mail [kuliginamv@mail.ru](mailto:kuliginamv@mail.ru), Кулигина Марина Викторовна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела охраны здоровья детей и медико-социальных исследований ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»



## О ВЛИЯНИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

**К.С.Невмержицкая, О.А.Львова\*, Е.А. Зюзгина**

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра неврологии детского возраста и медицинской генетики  
МУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург*

Обследовано 80 детей от 5 до 15 лет с диагнозом «Резидуальная церебральная органическая недостаточность». У половины пациентов выявлены симптомы недифференцированной дисплазии соединительной ткани по шкале Glesby, 1989 г. Оценивались жалобы детей, неврологический статус, данные инструментального исследования. В группе больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани объективные симптомы страдания нервной системы выявлялись достоверно чаще.

**Ключевые слова:** недифференцированной дисплазии соединительной ткани, резидуальная церебральная органическая недостаточность, дети

### REVISITED THE SIGNIFICANCE OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DISPLASIA IN NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN CHILDREN

*K.S. Nevmerzhitskaya, O.A. Lvova, E.A. Zyuzgina*

80 children in the age from 5 till 15 with residual cerebral insufficiency have been examined: 43 children with undifferentiated connective tissue displasia (UCTD) and 37 patients without these symptoms. For revealing fenotipic attributes of UCTD Glesby's scale (1989) was used. In our research we estimated clinical condition, neurological status if the child and standard complex of additional studies, such as X-ray filming of cervical region of spine, ultrasound research of cerebral and cervical vessels, neuroimaging. Comparing complaints, clinical and instrumental signs the significant differences between two groups were found.

**Keywords:** undifferentiated connective tissue displasia, residual cerebral insufficiency, children

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) характеризуется нарушением развития её элементов в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящим к расстройству гомеостаза на тканевом, органном, организменном уровнях в виде различных морфо-функциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением и нередко с неблагоприятным исходом [1].

В настоящий момент широко изучены неврологические проявления наследственно обусловленных ДСТ [1, 2]. В практической же деятельности врачам часто приходится иметь дело со стертыми формами данной аномалии, то есть с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). В последнее время широко изучены висцеральные маркеры ДСТ, также указывают на роль ДСТ в качестве фактора декомпенсации неврологической патологии – перина-

тального повреждения центральной нервной системы, черепно-мозговой травмы, вегето-сосудистой дистонии [1, 2, 3, 4, 5, 6].

В исследование включены 80 детей обоих полов в возрасте от 5 до 15 лет, находившиеся на лечении в неврологическом отделении МУ ДГКБ №9 г. Екатеринбурга с диагнозом «Резидуальная церебральная органическая недостаточность». Критерием исключения являлись: наличие существенной очаговой симптоматики по данным осмотра и результатам нейровизуализации.

Всем пациентам проводилось комплексное традиционное клинко-инструментальное обследование. Для верификации дисплазии соединительной ткани использовалась Международная фенотипическая шкала M.J. Glesby, 1989 г. [7], согласно которой, регистрация 5 и более признаков из шестнадцати у ребенка считается достаточным критерием для установления диагноза «Дисплазия соединительной ткани». Гипермобильность суставов оценивалась по критериям P. Beighton [8], верификация плоскостопия производилась при помощи плантографии, арахнодактилии - на основании положительных тестов «большого пальца» и «запястья».

С учетом указанной шкалы нами выделены две группы пациентов – с пора-

жением нервной системы с клиническими проявлениями ДСТ (группа 1, n=43) и не имеющих признаки ДСТ (группа 2, n=37). Данные обрабатывались в таблице Excel с использованием критерия Фишера, корреляционного анализа Спирмена и критерия достоверности Стьюдента.

При анализе критериев Glesby отмечено, что у пациентов 1 группы наиболее значимые изменения были в опорно-двигательной системе: сколиоз - 88%, нарушение осанки - 88%, гипермобильный суставной синдром - 86%, астенический тип конституции - 67%, плоскостопие - 67%, высокое небо - 44% пациентов; кроме того, выявлены положительный симптом «запястья» - у 23%, арахнодактилия - у 7%, миопия - у 12%, повышенная растяжимость кожи - у 17%, положительный симптом «большого пальца» - у 23% детей с НДСТ. Остальные признаки, входящие в состав шкалы, не были зарегистрированы ни в одном случае.

Наиболее значимым в анамнезе детей с НДСТ на первом году жизни было отставание в нервно-психическом развитии по сравнению с пациентами сравнимой группы (47% и 14%, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Жалобы участников обеих групп характеризовались значительным разнообразием: головная боль выявлена у 93%

детей с НДСТ и у 89% без НДСТ ( $p > 0,05$ ); нарушение сна (40% и 41%, соответственно,  $p > 0,05$ ), повышенная утомляемость (40% и 43%, соответственно,  $p > 0,05$ ), эмоциональная лабильность (28% и 27%, соответственно,  $p > 0,05$ ) наблюдались у каждого третьего ребёнка; у каждого четвертого – снижение памяти и внимания (16% и 14%, соответственно,  $p > 0,05$ ), головокружение (23% и 22%, соответственно,  $p > 0,05$ ), метеолабильность (19% и 24%, соответственно,  $p > 0,05$ ), непереносимость транспорта (16% и 19%, соответственно,  $p > 0,05$ ). В целом, при сопоставлении жалоб обеих групп по качественному и количественному составу достоверных различий между ними не выявлено.

При оценке неврологического статуса детей двух исследуемых групп выявлены следующие особенности. Со стороны черепной иннервации – анизокория зарегистрирована в 2 раза чаще у участников 1 группы (40% и 19% соответственно,  $p < 0,05$ ), нистагм – в 1,5 раза чаще (58% и 41% соответственно,  $p < 0,05$ ), девиация языка также определялась в 1,5 раза чаще (33% и 24% соответственно,  $p > 0,05$ ). Ещё одной особенностью пациентов с НДСТ явилось нарушения в двигательной сфере, проявляющиеся синдромом мышечной гипотонии, которая наблюдалась у 72% больных с НДСТ, в то

время как в группе детей без НДСТ признак был представлен в 43% случаев ( $p < 0,05$ ) и гиперрефлексией – (70% и 41%, соответственно,  $p < 0,05$ ). У обследованных 1 и 2 групп наиболее часто встречались признаки экстрапирамидной (в 57% и 70% случаев соответственно,  $p > 0,05$ ) и мозжечковой недостаточности (в 35% и 41% случаев соответственно,  $p > 0,05$ ), а также их сочетание (в 22% и 35% случаев соответственно,  $p > 0,05$ ).

Оценивая синдромальную структуру РЦОН в сравниваемых группах, отмечено, что гемоликвородинамические нарушения встречались у детей 1 группы в 2 раза чаще (13% и 5,8% соответственно,  $p < 0,05$ ), церебрастенический синдром выявлялся в 2,5 раза чаще (47,8% и 17,6% соответственно,  $p < 0,05$ ). Синдром нарушения осанки выявлен в 95,6% у детей с НДСТ и 76,4% детей без НДСТ ( $p < 0,05$ ).

Представляют интерес данные КТ/МРТ-исследования головного мозга. Только у трети (35%) детей 1 группы при проведении нейровизуализации не выявлено патологических изменений, у остальных регистрировалась дилатация боковых желудочков мозга (35,7%), микрокальцинаты в проекции сосудистых сплетений (35,7%), перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия как исход гипоксии, перенесённой в перинатальном периоде

(21,3%), церебральная атрофия (7,1%), липома в области супраселлярной цистерны (7,1%). Во 2 группе детей ни у одного ребёнка патологических изменений головного мозга по данным нейровизуализации не выявлено. Различия между двумя группами по вышеперечисленным признакам являются достоверными ( $p < 0,05$ )

По данным рентгенографии шейного отдела позвоночника только у детей 1 группы выявлена аномалия Киммерли (8,6%), шейное ребро (4,3%). При проведении УЗДГ сосудов шеи у трети участников 1 группы (26%) не было патологических изменений, в то время как во 2 группе УЗДГ в пределах нормы имели около половины детей (49%). У пациентов 1 группы в 2 раза чаще по сравнению со второй группой наблюдалась экстравазальная компрессия позвоночных артерий (44% и 19% соответственно,  $p > 0,05$ ). Парадоксальной находкой исследования явилось то, что только во второй группе зафиксированы односторонняя гипоплазия позвоночной артерии (4,3%), деформация позвоночных артерий (4,3%), сужение позвоночных артерий (4,3%).

Соматическая отягощённость была значительной в обеих группах с преобладанием заболеваний желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, ор-

топедической и хирургической патологии.

Таким образом, на основании проведенного исследования, можно сделать следующие выводы.

- 1) Представленность синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей с резидуальной неврологической патологией значительна, практически каждый второй ребенок имеет те или иные клинически значимые проявления НДСТ (до 57,5%).
- 2) По характеру жалоб участники обеих групп не продемонстрировали значимых отличий. Однако пациенты с НДСТ характеризуются «богатством» микроочаговой неврологической симптоматики, а также обилием переменных изменений по результатам нейровизуализации и оценке состояния вертебробазиллярного бассейна.
- 3) Синдромальная структура РЦОН у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани также является более насыщенной, представлена в основном синдромами органического характера (церебрастенический, ликвородинамический, нарушений осанки), что свидетельствует о большей заинтересованности

церебральных структур у таких пациентов.

4) Выявленная диссоциация субъективных и объективных проявлений НДСТ на резидуальном фоне может свидетельствовать о высокой степени компенсации указанной патологии в детском возрасте.

Следует отметить, что наличие органического поражения центральной нервной системы с учетом возрастных нагрузок, гормональных перестроек, хрониче-

ских соматических заболеваний в дальнейшей жизни пациента может сыграть драматическую роль. Дисплазия соединительной ткани может выступить тем решающим фактором, который повлияет на компенсаторные возможности организма ребёнка, и создать отправную точку для формирования комплексного сомато-неврологического неблагополучия.

### Список литературы

1. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. - СПб.: «ЭЛБИ-СПб». - 2009. - 703 с.
2. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация). - СПб.: Невский Диалект. - 2000. - 271 с.
3. Головской Б.В., Усольцева Л.В., Орлова Н.С. Наследственная дисплазия соединительной ткани в практике семейного врача // Российский семейный врач - 2000. - №4. - С. 52-57.
4. Ключников С.О., Ключникова М.А. Значение соединительнотканых дисплазий в патологии детского возраста // Вопросы современной педиатрии - 2005. - Т.4. - №1. - С. 50-56.
5. Петрова С.А., Панков Д.Д., Румянцев А.Г. Венозные дисциркуляции у подростков как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани // Российский педиатрический журнал - 2002. - № 5. - С. 28-31.
6. Маколкин В.И. // Терапевтический архив - 2004. - №11. - С. 77-79.
7. Glesby M. J., Pyeritz R.E. Association and Systemic Abnormalities of Connective Tissue // JAMA 1989. - vol. 262, 523-8.
8. Beigton P, Solomon L, Soskolne CL. Articular mobility in an African population // Ann Rheum Dis, 1973/ vol. 32. - 413-8.

---

\* 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина,3, e-mail [olvova@bk.ru](mailto:olvova@bk.ru), Львова Ольга Александровна и.о. зав. каф. неврологии детского возраста с курсом генетики УГМА

## МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕХАНИЗМА АНАЛИЗА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

**В.И.Кращук, А.Ю.Лопатин, С.Л.Гольдштейн\*, Т.Я.Ткаченко**

*Корпорация «Семейная стоматология»<sup>1</sup>, г.Москва, ГОУ ВПО УГТУ-УПИ<sup>2</sup>,  
ГУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «БОНУМ»<sup>3</sup> г.Екатеринбург*

Представлен пакет научных прототипов и приведены результаты моделирования механизма анализа конкурентоспособности при организации стоматологических услуг.

**Ключевые слова:** анализ конкурентоспособности, стоматологические услуги, моделирование, концептуальная модель, структурная модель, математическая модель

## MODELING OF THE COMPETITIVENESS ANALYSIS MECHANISM IN ORGANIZATION OF STOMATOLOGICAL SERVICE

*V.I. Krasuk, A.U. Lopatin, S.I. Goldstein, T.Y. Tkachenko*

The package of scientific prototypes is presented and results of modelling of the mechanism of the analysis of competitiveness are resulted at the organisation of stomatologic services.

**Keywords:** competitiveness analysis, stomatological service, modeling, conceptual model, structure model, mathematical model

### Актуальность и постановка задачи

Проблема обеспечения конкурентоспособности стоматологических клиник и услуг встала в один ряд с заботами увеличения объемов и качества этих услуг, роста прибыли клиники и т.д. При этом повышение конкурентоспособности особенно актуально для частных стоматологических клиник, относящихся по масштабу к малому и среднему бизнесу. Этим проблемам посвящены фундаментальные и прикладные труды как зарубежных (Г.Ассоль, К.Лаврос, М.Портер, Ф.Котлер и др.), так и отечественных (В.Г.Бутова, В.Д.Вагнер, Т.Ю.Гарькова, С.В.Герасимова, Е.П.Голубкова, В.В.Попков, Д.Б.Берг, С.Н.Павлов, Т.Ш.Мчедладзе, Г.М.Шаповалов,

А.Ю.Юданов и др.) специалистов. Однако, наука и практика постоянно выдвигают новые задачи, касающиеся концепций и методов управления конкурентоспособностью услуг стоматологических клиник. Эти аспекты пока еще недостаточно изучены, а результаты далеки от должного научного обобщения.

В данной статье поставлены и решены следующие задачи: подбора пакета научных прототипов и моделирования механизма анализа конкурентоспособности при организации стоматологических услуг (АК ОСУ).

Выход на пакет научных прототипов

Провели отбор аналогов по критериям и получили трехранговый пакет науч-

ных прототипов, представленный в табл.1.

Таблица 1  
**Пакет научных прототипов**

Ранг прототипа	Наименование прототипа	Ссылка	Недостатки прототипа
0	Механизм организации стоматологических услуг	[1]	Системная недостаточность
1	1.1 Система анализа конкурентоспособности (АК ОСУ)	[2-8]	Структурно-функциональная неполнота
	1.2 Системно-интегационная поддержка (СиИн)	[9]	
2	2.1 Подсистема определений и дефиниций	[8]	Параметрическая неполнота
	2.2 Подсистема понятий	[9]	
	2.3 Подсистема формул для оценки качества и конкурентоспособности СУ	[3,5,8,11-13]	
	2.4 Подсистема комплексирования	[10]	
	2.5 Подсистема функционирования средств АК ОСУ	[1,10]	
	2.6 Подсистема адаптации СиИн-поддержки к специфике ОСУ	[9]	

Гипотезы о предполагаемых решениях

На основании критики прототипов сформулированы гипотезы о предполагаемых решениях по ее парированию.

Гипотеза 1: механизм анализа конкурентоспособности при организации стоматологических услуг следует дополнить средствами системно-интеграционной поддержки и модифицировать систему анализа конкурентоспособности.

Гипотеза 2: структуру системы анализа конкурентоспособности следует дополнить подсистемой комплексирования и модифицировать три подсистемы: оп-

ределений, связи понятий, формул для расчетов.

Гипотеза 3: структуру подсистем следует упорядочить по блокам и дописать параметрически.

Гипотеза 4: развитие механизма АК ОСУ, его систем и подсистем может обеспечить требуемое качество деятельности стоматологических клиник в условиях рыночной экономики наступающего 6-го технологического уклада.

Концептуальная модель

В соответствии с методологией [9] и учетом недостатков существующих

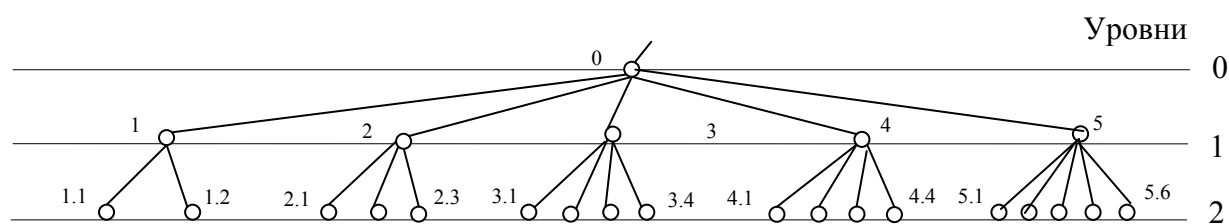
дефиниций создан пакет концептуальных моделей для основных терминов.

Пример базово-уровневой концептуальной модели: анализ конкурентоспособности при организации стоматологических услуг – это способ, обеспечивающий функции системного представления объекта, его декомпозиции и формализованного описания декомпозированных элементов, поддержанные системной интеграцией, с подведением итогов анализа, путем применения системотехнических и экономико-математических приемов на основе организационно-

торов стоматологии, менеджеров, маркетологов, экономистов) и аналитиков (системотехников, прикладных математиков, программистов), направленный на оценку конкурентоспособности и ее связь с факторами внешней и внутренней сред стоматологической клиники с целью устойчивого развития клиники в благоприятных условиях и выживания в неблагоприятных с передачей знаний в будущее.

Иерархия основных понятий

Создан пакет тезаурусо-



аналитической структуры из профильных специалистов (стоматологов, организа-

онтологических моделей. Примеры по материалам [2] приведены на рис. 1 и 2.

Рис.1 Иерархия понятий к термину «Стоматологические потребности» по [8] (0 – стоматологическая потребность, 1 – в полном стоматологическом здоровье, 2 – в соответствии требованиям общества к стоматологическому здоровью, 3 - в локальном стоматологическом здоровье, 4 - в безопасности стоматологической услуги, 5 – физиологические стоматологические потребности, 11 – внутренняя собственно субъекта, 12 –внешняя инновационно-технологическая, статусная потребность: 2.1 – нормативно-правовая, 2.2 – культурно-историческая, 2.3 – национально-этническая; потребности: 3.1 – в профилактике, 3.2 – в диагностике, 3.3 – в лечении, 3.4 – в реабилитации; 4.1 – в безопасности услуги, 4.2 – в соблюдении асептики, 4.3 – в страховании, 4.4 – в безопасных природно-климатических условиях; потребности в устранении: 5.1 – боли, 5.2 – речевого и жевательного дискомфорта, 5.3 – нарушений вкуса, 5.4 – нарушений микрофлоры полости рта, 5.5 – нарушений гигиены полости рта, 5.6 – дискомфорта, связанного с анатомо-физиологическими особенностями рта пациента).



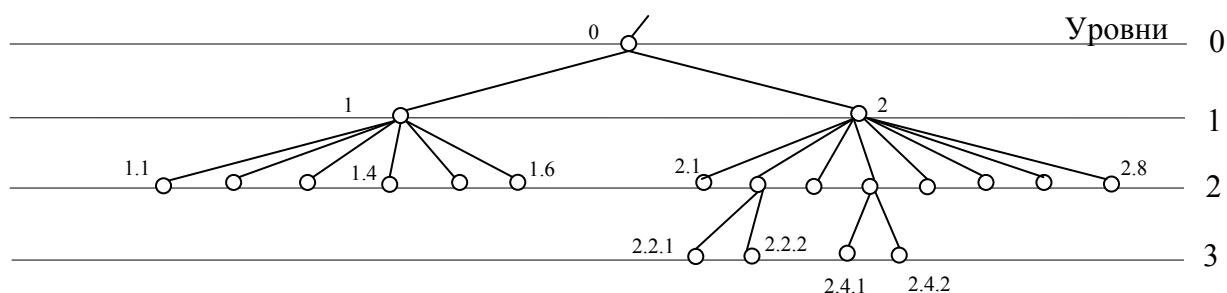


Рис.3 Фрагмент иерархии понятий к термину «Свойства стоматологической услуги» по [8] (0 – свойства стоматологической услуги, 1 – общие для любых услуг, 2 – специфические для стоматологии, 1.1 – нематериальный характер, 1.2 - несохраняемость, 1.3 – неравномерность качества, 1.4 – неотделимость от производителя, 1.5 – нескладируемость, 1.6 – невозможность достоверной оценки ее качества, 2.1 – цена, 2.2 – качество, 2.3 – личность и квалификация врача, 2.4 – участие пациента, 2.5 – эргономика, 2.6 – оснащенность клиники оборудованием и материалами, 2.7 – месторасположение, 2.8 – имидж, 2.2.1 – качество результата, 2.2.2 – качество процесса, 2.4.1 – участие пациента в получении услуги, 2.4.2 – участие пациента в сохранении результатов услуги.

Используя концептуальное и тезаурусно-онтологические модели в качестве предпосылок созданы пакеты структурных и алгоритмических моделей для оценки конкурентоспособности при организации стоматологических услуг, дающие основу для выбора соответствующих математических формализмов.

#### Структурные модели

В соответствии с табл.1 создан пакет структурных моделей. Примеры представлены на рис. 3 и 4.

#### Алгоритмические модели

Получен пакет алгоритмических моделей АК ОСУ. В качестве примера на рис. 5 приведена блок-схема алгоритма анализа.

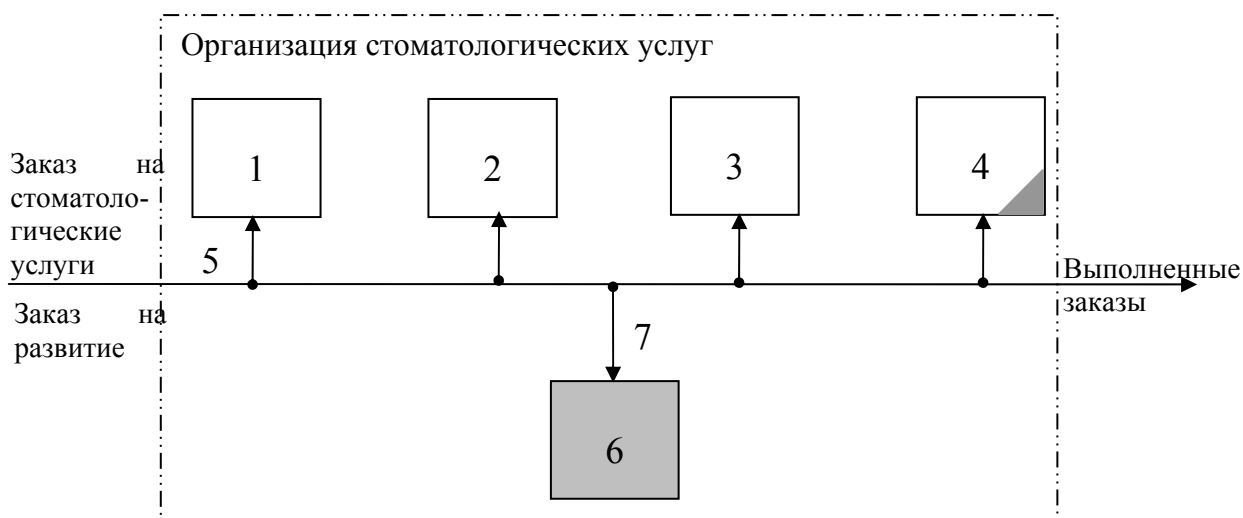


Рис.3 Структура организации СУ по прототипу [1] и предлагаемому решению: фон, уголки. (системы: 1 – технологии СУ, 2 – управления, 3 – маркетинга и продаж, 4 – АК, 5 – интерфейса, 6 – системно-интеграционной поддержки, 7 – дополнительного интерфейса)

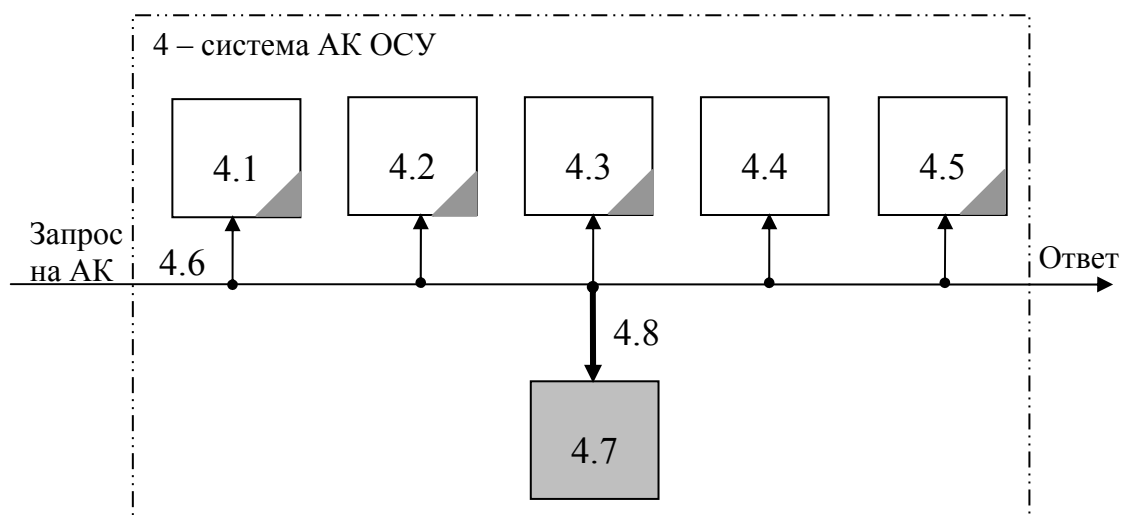


Рис.4 Структура системы АК ОСУ по компилятивному прототипу [2-8] и предлагаемому решению (подсистемы: 4.1 – определений, 4.2 – связи понятий, 4.3 – формул, 4.4 – нормативов, 4.5 – алгоритмов, 4.6 – комплексирования, 4.7 – интерфейсы)

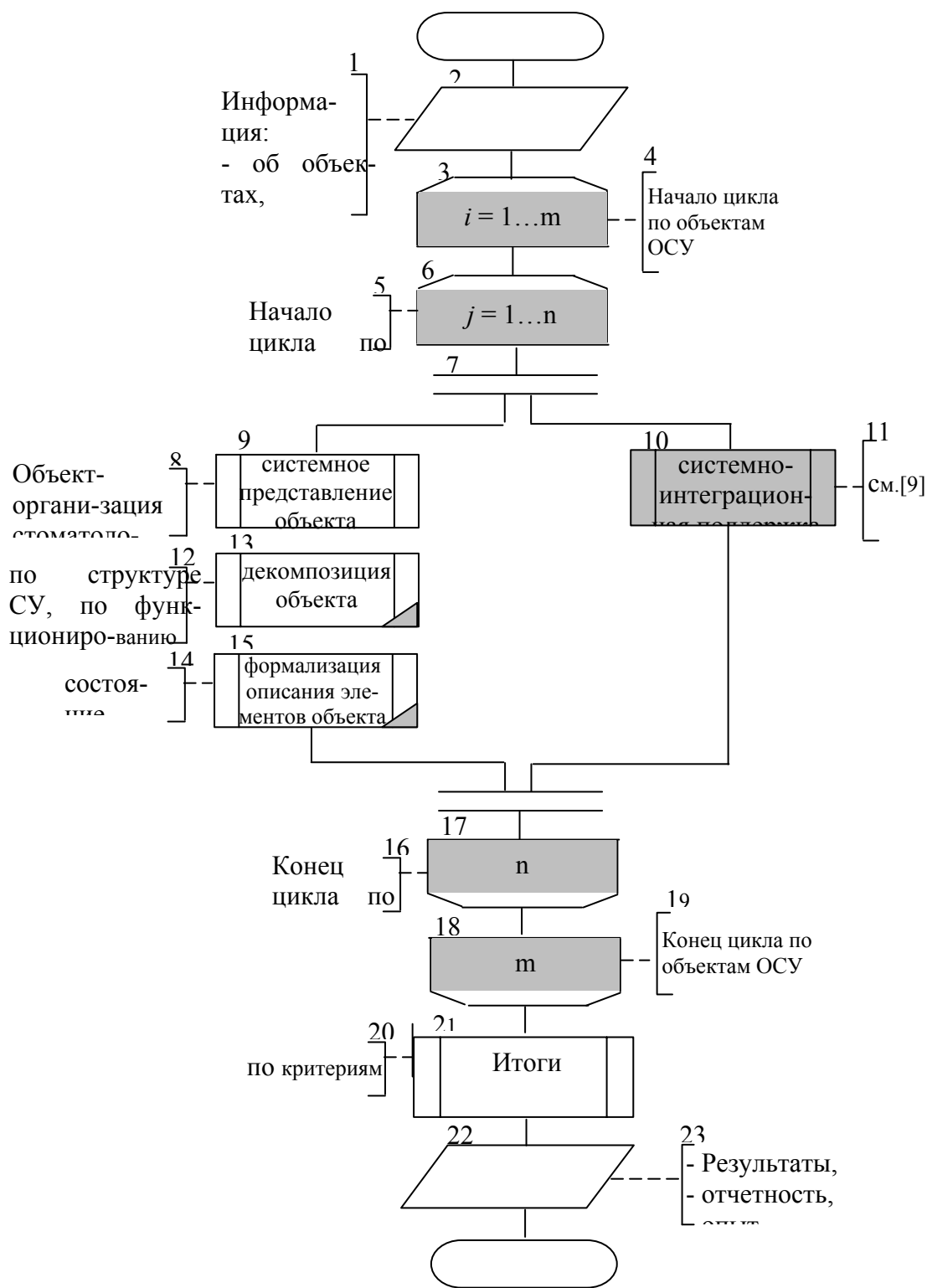


Рис. 5 Алгоритм анализа по прототипу [10] и предлагаемому решению

Математические модели

Имеются данные [7] о том, что 15-ю экспертами проведен анализ 20 факторов конкурентоспособности стоматологических лечебных учреждений, отобраны 12. Приведены значимости этих 12 факторов как функции возраста пациентов и состава экспертов.

При этом известен формализм для показателя качества стоматологических услуг/клиник:

$$K = \langle \{x_i\}, n, \{y_i\}; R1 \rangle, \quad (1)$$

где  $\{x_i\}$  - множество неценовых характеристик качества,

$\{y_i\}$  - множество ценовых характеристик,

$n$  – количество услуг на рынке,

$i = 1...m$  – список характеристик,

$R1$  – матрица связи.

Этот показатель может быть использован при расчете индекса конкурентоспособности:

$$I_k^{CV} = \begin{cases} \sum_{j=1}^n (K \cdot \gamma)_j & \text{при } K_j \geq 0, \\ \prod_{j=1}^n (K^\gamma)_j & \text{при } K_j > 0, \end{cases} \quad (2)$$

где  $\gamma$  – вес,

$j = 1...n$  – список услуг на рынке;

Более желательна оценка через нормировку ( $H$ ):

$$K^H = K_\phi / K_{\text{эк}}, \quad (3)$$

где индексы « $\phi$ » и «эк» - фактическое и желаемое значения показателя качества,

При этом общий индекс конкурентоспособности имеет вид:

$$I_k = \langle \{K^H\}, H; R2 \rangle, \quad (4)$$

где  $H$  – качество стратегии обеспечения конкурентоспособности.

В свою очередь:

$$H = e^{-a-e \cdot K^H}, \quad [14] \quad (5)$$

где  $a$  – центрирующий параметр,

$b$  – параметр размерности.

Варианты зависимости приведены на рис. 6.

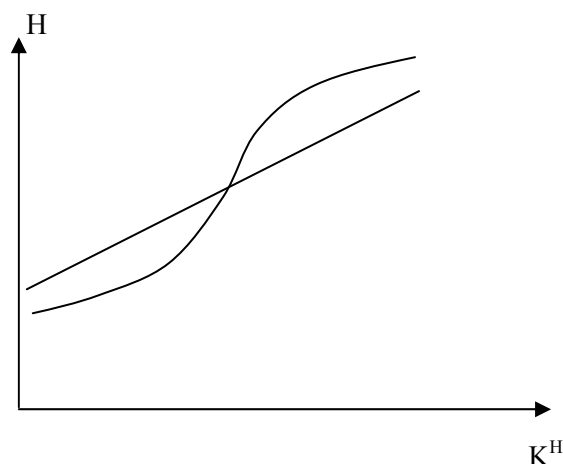


Рис.6 Возможный характер зависимости H от  $K^H$

При сравнении с конкурентом целесообразно использовать индекс конкурентоспособности для стоматологической услуги в виде:

$$I_k = \frac{(\alpha \cdot \beta \cdot H_y + (1 - \alpha)(1 - \beta) \cdot H_{nc})_c}{(\alpha \cdot \beta \cdot H_y + (1 - \alpha)(1 - \beta) \cdot H_{nc})_ч}, \quad [8] \quad (8)$$

где индексы оценок: ц, nc – ценовая, неценовая, с – свое, ч – конкурентное / чужое,  
 $\alpha$  - коэффициент ценовой эластичности,  
 $\beta$  - коэффициент потребительской важности.

Общий же формализованный подход к оценке конкурентоспособности приведен в табл. 2.

Видно, что имеют место варианты: соотношение ценовых и неценовых характеристик: отношение или разность; включение в  $I_k$  : через H или напрямую.

цептуальная, структурная, алгоритмическая, онтологическая и математическая.

Полученные результаты могут служить предпосылками для более полного научного обобщения и инструментом для организаторов здравоохранения.

#### Результаты и выводы

Представлен 3-х-ранговый пакет прототипов по проблеме.

Приведены модели механизма анализа конкурентоспособности при организации стоматологических услуг, а именно: кон-

Таблица 2  
Модели для оценки

№ п/п	Показатель	Модель	Источник информации	
1	1.1	Субъективная оценка качества (по Розенбергу)	$\bar{X} = \sum_{i=1}^n (X \cdot \alpha)_i$ , X – оценка, α – важность.	[11]
	1.2	Сравнительная оценка качества	$\bar{X} = \sum_{i=1}^n  X_{\phi} - X_{жс}  \cdot \alpha$ , оценка: φ – фактическая, ж – желаемая.	[11,12]
	1.3	Экономико-потребительская оценка качества	$\bar{X} = \frac{X^п}{X^э}$ , оценка: п – потребительская, э – экономическая	[12,13]
	1.4	Комплексная оценка качества	$\bar{X} = \frac{X^н \cdot X^т}{X^э}$ , оценка: н – нормативная, т – техническая, э – экономическая	[11,12]
2	2.1	Индекс конкурентоспособности по объему продаж	$I_k = \frac{v_c}{v_c + v_ч}$ , v – объем продаж, c – свое, ч – конкурентное.	[12]
	2.2	Индекс конкурентоспособности по свойствам	$I_k = \frac{\left( \sum_{i=1}^n (\bar{X} \cdot \alpha)_i \right)_c}{\left( \sum_{i=1}^n (\bar{X} \cdot \alpha)_i \right)_ч}$	[1]
	2.3	Индекс конкурентоспособности по соотношению «цена-качество»	$I_k = \frac{\bar{X}_c \cdot u_ч}{\bar{X}_ч \cdot u_c}$ , ц – цена	[11]
	2.4	Индекс конкурентоспособности по соотношению «затраты – качество – объем»	$I_k = \sum_{i=1}^n \left( \frac{n_c \cdot \bar{X}_c \cdot z_ч}{n_ч \cdot \bar{X}_ч \cdot z_c} \cdot \alpha \right)_i$ , α – вес, n – количество, з – затраты.	[11,12]

Список литературы

1. Т.Ш.Мчелидзе. Коммерческая стоматологическая организация в условиях рыночной экономики, СПб, 2003.
2. М.Портер. Конкурентная стратегия: методика анализа отраслей и конкурентов. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2007, - 454 с.
3. Р.А. Фатхутдинов. Управление конкурентоспособностью организации. Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2005. – 544 с.
4. Е.П. Голубков. Изучение и завоевание преимуществ в конкурентной борьбе. // Маркетинг в России и за рубежом. - 1999, - №2.
5. Л.Н.Родионова, О.Г. Контор и др. Оценка конкурентоспособности продукции // Маркетинг в России и за рубежом. - 2000. - №1.
6. В.Л. Белоусов. Оценка конкурентоспособности фирмы // Маркетинг в России и за рубежом. - 2005. - №6.
7. А.К.Иорданишвили, И.А.Толмагов, М.Е.Горбатенков. Анализ факторов конкурентоспособности стоматологических лечебных учреждений при оказании зубопротезной помощи. // Институт стоматологии, №2, 2008. - с. 14-16.
8. С.В.Герасимова. Управление конкурентоспособностью в сфере услуг стоматологических клиник, Автореферат дисс... канд. экон. наук, СПб. - 2009 - 20 с.
9. С.Л.Гольдштейн. Системная интеграция бизнеса, интеллекта, компьютера, - Екатеринбург: ИД «Пироговь» - 2006. - 392 с.
10. Л.И.Лопатников. Экономико-математический словарь, - М.: Наука, 1987, - 510 с.
11. Е.Дихтль, Х.Хоршген. Практический маркетинг, - М.: Высшая школа, 1995, - 64 с.
12. В.Шкердун. Интегральная оценка конкурентоспособности предприятия // Маркетинг - №2 - 2005.
13. А.М.Коротков. Конкурентоспособность предприятия: подходы к обеспечению, критерии, методы оценки // Маркетинг в России и за рубежом. - №6 - 2001.
14. Х.Дж.Харрингтон, Дж.С.Харрингтон. Бенчмаркинг в лучшем виде, - СПб: Питер. – 2004. - 176 с.

---

\* 620002, г. Екатеринбург, ул. Мира, 19, e-mail [vtsl@dpt.ustu.ru](mailto:vtsl@dpt.ustu.ru), Гольдштейн Сергей Людвигович, д.т.н., проф., зав. каф. вычислительной техники УГТУ-УПИ

## О ПРЕПОДАВАНИИ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ НА ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «НЕВРОЛОГИЯ»

**О.П. Ковтун, О.А. Львова<sup>\*</sup>, К.С. Невмержицкая, О.В. Корякина, О.В. Овсова**

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра неврологии детского возраста и медицинской генетики*

Система подготовки молодых специалистов в интернатуре и ординатуре остается приоритетным направлением в медицинском вузе. Программа обучения по специальности «неврология», разработанная на кафедре неврологии детского возраста ГОУ ВПО УГМА, включает авторский блок теоретической подготовки, отвечает современным требованиям и показала свою эффективность в процессе работы.

**Ключевые слова:** послевузовское образование, неврология, теоретическая подготовка

### THE THEORETICAL ASPECTS OF INTERN'S SPECIALIZATION IN NEUROLOGY

*O.P. Kovtun, O.A. Lvova, K.S. Nevmerzhitskaya, O.V. Koryakina, O.V. Ovsova*

The priority direction in institutes of higher medical education is intern's specialization. The unique program designed in department of child neurology USMA corresponds to modern requirements and shows the effective results during last years.

**Keywords:** higher medical education, intern's specialization, theoretical aspects.

Подготовка специалиста, отвечающего современным требованиям системы здравоохранения, постоянное совершенствование качества образования на последипломном этапе обучения остаются ведущими направлениями для медицинского вуза. Своевременно получать необходимую информацию, ориентироваться в ее возрастающем потоке, интегрировать полученные сведения в повседневную практическую деятельность – вот только некоторые из обширного перечня задач, которые стоят перед профессорско-преподавательским составом, работающим с врачами – интернами и ординаторами.

Начинающим врачам-неврологам педиатрического профиля, приходится сталкиваться с объективными сложностями оценки неврологического статуса на всех этапах детства, ориентироваться в особенностях онтогенеза нервной системы, а также учитывать значительный спектр коморбидной соматической патологии у детей, нередко маскирующей неврологические аспекты проявления болезни. Кроме того, именно в детской неврологии сконцентрировано наибольшее число противоречивых мнений по интерпретации полученных физикальных и инструментальных данных о пациенте маленького возраста, необходимости и спектре медикаментозных воздействий.



Безусловно, что конкуренция теорий становится движущим фактором развития научных знаний, однако суждения авторитетов разных научных школ не всегда вносят четкость в работу первичного звена детских неврологов и существенно затрудняют профессиональное становление молодых специалистов.

Именно на указанные аспекты и проблемы обучения молодых специалистов, направлена программа профессионального послевузовского образования клинических интернов и ординаторов по специальности «неврология», разработанная на кафедре неврологии детского возраста ГОУ ВПО УГМА.

Зачисление в клиническую интернатуру и ординатуру по детской неврологии проходит на основании конкурсного отбора среди студентов педиатрического и лечебно-профилактического факультетов. Мы отдаем предпочтение шестикурсникам, имеющим средний балл по диплому не ниже 4,4, а также активным участникам студенческого научного общества нашей кафедры и вуза, которые имеют выступления и публикации.

Программа теоретической подготовки врачей в клинической интернатуре и ординатуре по специальности «неврология», проводимая на нашей кафедре, является закономерным продолжением изучения дисциплины «Неврология, ней-

рохирургия и детская неврология» IV курса медицинского вуза. Программа рассчитана как на совершенствование знаний по неврологии детского возраста, так и на расширение кругозора молодых докторов за счет сведений по смежным дисциплинам и организационным вопросам. Учебно-методический комплекс составлен на базе унифицированной программы последипломного обучения врачей по неврологии, разработанной во Всероссийском учебно-научно-методическом Центре по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию (Москва, 1999) и образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности № 040109 «неврология» (Москва, 2001).

В образовательной программе имеются традиционные разделы, освоение которых входит в обязательный минимум обучения неврологов, независимо от возрастного контингента пациентов, например, топическая диагностика и общая неврология (методы изучения деятельности нервной системы и общие неврологические синдромы). Однако особенности работы невролога в педиатрическом звене вносят необходимость существенно расширить этот блок за счет освоения и углубления знаний по анатомо-физиологическим особенностям нервной

системы во всех возрастных периодах детства. Соответственно этой специфике, на первых этапах обучения мы проводим тренинг навыков оценки неврологического статуса ребенка, базирующихся на принципах топической диагностики заболеваний нервной системы с учетом стадий ее онтогенеза. Особое внимание в процессе освоения этой темы мы уделяем неонатальному и младенческому периодам жизни, поскольку известно, что в структуре показателей заболеваемости маленьких пациентов, а также детской инвалидности, до 80% составляют именно перинатальные поражения нервной системы. Среди выживших детей данная патология рассматривается как причина формирования гипердинамического расстройства детства, детского церебрального паралича, гидроцефалии, эпилепсии, задержки психомоторного развития и др. резидуальной органической и функциональной патологии ЦНС [1].

Итак, теоретическая подготовка за время обучения в клинической интернатуре и ординатуре на нашей кафедре включает освоение немалого пласта знаний. В структуре занятий предусматривается проведение информационных семинаров занятий с базовым изучением семиологии, принципов диагностики и дифференциации, подходов к терапии

основных групп патологии нервной системы: воспалительных, демиелинизирующих, инфекционных, объемных процессов и пр. В ходе подготовки к этим занятиям каждый интерн проводит самостоятельную подготовку по небольшому вопросу в виде обзора литературы и Интернет-ресурсов за последние 3-5 лет с подготовкой мультимедийной презентации. Так, например, семинар, посвященный вегетативной нервной системе и вегетативным нарушениям (объем 12 академических часов), согласно требованиям унифицированной программы, традиционно включает обсуждение строения и функции парасимпатического и симпатического, сегментарного и надсегментарного отделов, их патологии, диагностики и коррекции. Дополнительно в структуру вопросов, обсуждаемых с интернами-неврологами педиатрического профиля на этом семинаре, входят: подходы к оценке синдрома вегетовисцеральных дисфункций у младенцев, возрастные особенности проведения и оценки вегетативных проб у детей, дифференциальный диагноз синкопальных и пароксизмальных состояний в детском возрасте и т.д. Уровень самостоятельной подготовки преподаватель оценивает количественно по пятибалльной системе и качественно в виде устной характеристики. Автономная проработка темы с

посещением библиотеки, поиском информации на Интернет-ресурсах, подготовка презентации с последующим публичным выступлением среди коллег, как мы полагаем, существенно тренирует навык самообразования и самоподготовки, задает определенный уровень требований к себе и к качеству подачи материала в профессиональной среде, формирует уважительное отношение к выступающим публично специалистам.

Важным этапом теоретического обучения молодых специалистов становится посещение курса лекций и практических занятий в рамках работы цикла повышения квалификации «Актуальные вопросы неврологии детского возраста», который проводится для врачей – неврологов на нашей кафедре ежегодно в объеме 144 – 216 академических часов в весеннем семестре. Также врачи-интерны и ординаторы присутствуют на тематическом усовершенствовании «Актуальные вопросы эпилептологии с основами ЭЭГ» в объеме 72 академических часа, предназначенном для неврологов, эпилептологов и психиатров. Преподавание на этих циклах ведется наиболее квалифицированными сотрудниками кафедры неврологии детского возраста с привлечением специалистов, который имеют богатый опыт, как научно-преподавательской деятельности, так и практической работы, -

главного детского невролога ГУЗО г. Екатеринбурга и Минздрава Свердловской области, нейрохирургов центра имени Д.Г. Шеффера, Свердловского областного центра планирования семьи и репродукции, научно-практического центра «Бонум», руководителя центра пароксизмальных состояний и т.д.

Неотъемлемой и традиционной частью послевузовского образования является присутствие и активное участие во врачебных, патологоанатомических разборах, клинических и профессорских обходах. Врачи-интерны нашей кафедры обязательно посещают ежемесячные заседания Уральского общества неврологов им Д.Г. Шеффера, врачебные конференции городского и областного уровня, посвященные наиболее актуальным вопросам диагностики и лечения заболеваний центральной и периферической нервной системы в детском возрасте и у взрослых. Также мы практикуем углубленное рассмотрение некоторых вопросов неврологии и возрастных аспектов заболеваний на круглых столах по профильным темам, которые проводят сотрудники кафедры в процессе своей работы с ЛПУ, а также практические врачи, наиболее компетентные в узкоспециализированных вопросах. В течение одно- или двухгодичной специализации молодые доктора успевают принять участие в работе 10

– 15 таких семинаров, посвященных резидуальным органическим состояниям и когнитивным нарушениям, головокружению, энурезу, астеническим состояниям, депрессии и тревоге, синдрому дефицита внимания и гиперактивности, современным вопросам фармакотерапии неврологических заболеваний у детей и т.д. Посещение общероссийских съездов, областных и городских неврологических обществ, тематических круглых столов, цикла лекций усовершенствования для врачей по профильным и смежным неврологии проблемам, как мы считаем, существенно расширяет кругозор молодых докторов, способствует получению ультрасовременных сведений, непосредственному общению и установлению личных связей с высококлассными специалистами.

Весомая часть учебной нагрузки приходится на самостоятельное изучение теоретических вопросов, работу в медицинской библиотеке и интернет-классе ГОУ ВПО УГМА. В процессе работы, сотрудники кафедры установили личную договоренность с руководством Областной научно-медицинской библиотекой на базе ОКБ №1, куда наши интерны и ординаторы ежегодно получают доступ, и которая отличается значительной подборкой современной и классической медицинской литературы, высоким уровнем

работы библиографов, доступом к каталогам библиотек г. Москва, всем необходимым спектром сопутствующих услуг.

Требования, предъявляемые к современным специалистам – это владение компьютером и материально-техническим обеспечением. Безусловно, что базовую часть обучения работе на персональном компьютере, молодые врачи получают в стенах школы и академии. Однако вопросам эффективного и элективного поиска необходимых медицинских данных в информационном пространстве, процессам сепарации полученных сведений и культуре ее подачи, на нашей кафедре уделяется особое внимание. Мы уверены, что одной из важных задач является оттачивание и шлифовка полученных навыков в этой области знаний. Уровень подачи материала, демонстрируемый на зачетах и в мультимедийных презентациях, объем и качество литературных обзоров, оформление научных и курсовых работ, а также указание на Интернет-ресурсы как один из основных источников информации в заключительном анкетировании, свидетельствует об эффективности этого направления в работе с докторами-интернами и ординаторами на нашей кафедре.

Итоговая аттестация молодых специалистов также обязательно включает кон-

троль освоения теоретической базы. Так, обязательным этапом становится проверка знаний путем тестирования. Батарея тестов содержит больше одной тысячи вопросов, представленных в шести вариантах. Кроме того, для врачей-интернов и ординаторов мы проводим устный экзамен, который включает три вопроса по общей и частной неврологии и оценивается по 5-балльной системе. За последние пять лет работы кафедры средний показатель по тестированию не опускается ниже 83,5%, а средний балл по собеседованию – ниже 4,5 баллов.

Таким образом, программа, разработанная и проводимая на кафедре неврологии детского возраста для врачей-интернов и ординаторов педиатрического профиля по специальности «невроло-

гия», посвящена освоению существенно-го объема теоретических знаний. Ориентир на овладение навыками получения, переработки и интеграции профильной информации, постоянную работу над повышением уровня самоподготовки, ежедневное общение в профессиональных врачебных коллективах, как мы полагаем, способствует развитию не только интеллектуального, но и культурно-нравственного потенциала молодых специалистов. В конечном итоге, формирование мировоззрения будущих врачей-неврологов, успешное выполнение задач по их обучению и воспитанию, способствуют сохранению здоровья населения России и соответствуют миссии ГОУ ВПО УГМА.

Список литературы

1. Ю.И. Барашнев. Перинатальная неврология. – М.: «Триада-Х», 2001, - 640 с.

---

\* 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина,3, e-mail [olvova@bk.ru](mailto:olvova@bk.ru), Львова Ольга Александровна и.о. зав. каф. неврологии детского возраста с курсом генетики УГМА

## Эмоциональное выгорание в медицинских профессиях

Уважаемые читатели!

Начиная с этого номера, в нашем журнале будет публиковаться монография «Эмоциональное выгорание в медицинских профессиях» (авторы И.О. Елькин, В.М. Егоров, С.И. Блохина) изданная в ГУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2009 году. В этом выпуске мы предлагаем Вашему вниманию введение и первую главу.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия

**И.О. Елькин**  
**В.М. Егоров**  
**С.И. Блохина**

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЯХ



Екатеринбург 2009

Добродетели могут принести и вред,  
если не освещены светом разума.  
Оноре де Бальзак

## ВВЕДЕНИЕ

Проникновение в сферу медицинского обслуживания передовых технологий, широкое использование новейшей техники, а так же применение эффективных принципов управления настоятельно требуют учёта личностных факторов, как в процессе профессиональной подготовки, так и на протяжении всего профессионального пути субъекта врачебной деятельности. Сегодня есть достаточно оснований рассматривать профессиональное становление субъекта труда как двуединый процесс, включающий формирование совокупности знаний, умений и навыков - с одной стороны, и профессионально значимых личностных психологических качеств - с другой. Первой из названных составляющих традиционно уделяется существенное внимание, подтверждением чего в последнее время стала реализация в стране концепции непрерывного медицинского образования, однако проблема методологии психологического сопровождения личности врача на всех этапах его профессионального развития разработана, к сожалению, слабо.

Подавляющее большинство упоминаний о личности врача встречается в де-

онтологической медицинской литературе (Бухарина Т.Л., Косарев И.И. 1981; Винокур В.А., 2004). Этот традиционно деонтологический подход является хронологически первым и не утратившим значения до настоящего времени. Его можно обозначить как нормативно-регулирующий, так как он содержит основные требования к личности врача, выработанные обществом. Основные деонтологические требования к врачебной деятельности и личности врача сформулированы еще в известных заповедях Гиппократа, которые врачи принимают как профессиональную Клятву. В основе этих требований лежит традиционное представление о ролевых отношениях "врач - больной", являющихся элементом структуры общественных отношений. В этих отношениях врачу предписывается оказывать помощь больному, который вправе ожидать этой помощи. Для эффективного выполнения предписанной обществом роли врач должен обладать не только квалификацией и опытом, но и определенными личностными особенностями, способствующими установлению контакта с больным и обеспечивающими авторитет у больного.

В связи с тем, что объектом деятельности является человек, требования к моральным, гражданским, интеллектуальным качествам специалиста всегда были повышенными по сравнению с другими категориями профессий. Однако ни в одном из предписаний не содержится требования: "Будь здоров сам!" (исключение - перечень заболеваний, являющихся противопоказанием к врачебной деятельности), хотя ни у кого не вызывает сомнения, что только при условии субъективного физического, психического благополучия врач способен эффективно решать задачи профессиональной деятельности, которая уже своим содержанием изначально создает "фон" для формирования состояний дезадаптации, профессионального "выгорания" субъекта.

Зарождение в нашей стране психологии медицинского труда связано с именем В.М. Бехтерева. Одним из важных вопросов, исследуемых ею, является вопрос об определении психологических критериев профессиональной пригодности субъекта к получению медицинского образования, а затем - к профессиональной деятельности. Однако к настоящему времени имеется лишь одна достаточно полная психограмма практикующего врача, разработанная в 1926 году Ф. Баумгартенем. В ней сформулированы требо-

вания не только к личности, профессионально значимым психологическим качествам врача-клинициста, но и к его психике в целом, и мы считаем необходимым привести ее полностью.

«Врачу, безусловно, необходимо крепкое здоровье, ибо он обязан во всякую погоду, во всякое время дня и ночи следовать призыву больного, часто вынужденный проходить при этом или проезжать большие расстояния. Он может позволить себе лишь редкий, короткий и обычно нарушаемый отдых.

В связи с указанными выше обстоятельствами врач должен по возможности быть нечувствительным к погоде. Так как он часто приходит в соприкосновение с заразными болезнями всякого рода, то он должен обладать известным иммунитетом. Далее, по характеру профессиональной деятельности врачу приходится иметь тесное физическое соприкосновение с другими людьми, больными, при этом особенно чувствительными, то он и сам должен быть свободен от всяких отталкивающих или неприятных болезней и физических недостатков.

Требования, предъявляемые к нервной системе практикующего врача, чрезвычайно велики: нерегулярность образа жизни (несвоевременная еда, нарушения ночного покоя), беспокойство и тяжелая ответственность профессии, угнетающие



впечатления человеческих страданий, наконец, необеспеченность его собственного материального существования.

Ввиду того, что врач в своей деятельности всегда сталкивается и соприкасается с нагим человеческим телом, он должен быть свободен от болезненно чувствительных или ненормальных половых влечений.

Так как врачу в неограниченном количестве доступны все лекарства и ядовитые вещества, для него представляет особую опасность та конститутивная слабость нервной системы, которая выражается в болезненном влечении к возбуждающим и одуряющим средствам (морфинизм, кокаинизм и т. п.).

Для обремененного работой врача, делающего большие концы, поднимающегося по лестницам, желательна сильная мускулатура ног; ему во многих случаях нужна значительная сила рук, например при родах, при вправлении поломанной или вывихнутой верхней или нижней конечности, в борьбе с возбужденными невменяемыми больными, при поднимании, переворачивании пациентов и т. д.

При многочисленных технических приемах, которые вынужден выполнять врач (например, манипуляции при родовспомогательной помощи, малая хирургия, исследование зеркалом гортани),

необходима сравнительно большая ловкость рук, причем тут, прежде всего, нужны точность - движений и постепенное нарастание их силы, что ощущает и пациент («легкая рука»). Для успеха врача имеют значение приятное обращение и особенно выразительный голос, ибо они облегчают установление духовного контакта с больным, благоприятствуя действию внушения, имеющего такое важное значение для успеха лечения.

Врач должен уметь подавить произвольные выражения отвращения или брезгливости. По выражению лица врача больной никогда не должен угадывать тяжести или безнадежности своего положения. Непрестанные, без усталости повторяемые жалобы некоторых пациентов (например, неврастеников) врач должен выслушивать без всяких знаков нетерпения.

Врач должен обладать остротой и тонкостью восприятия чувств, в особенности:

- 1) способностью различения цвета для суждения о характере сыпи, исследования крови и т. д.;
- 2) очень тонкою способностью различения шумов при выстукивании и выслушивании;
- 3) тонко развитым обонянием, необходимым, прежде всего, для суждения о выделениях больного, а также для раз-

решения важных вопросов при уходе за больным (лекарства, кушанья, комнатный воздух и т. д.);

4) тонко развитым чувством осязания для исследования, т. е. при ощупывании органов;

5) желательна чувствительность к перемене температуры, например, при определении лихорадки или очагов воспалительных процессов, однако эта способность может возмещаться иными способами исследования;

6) способностью быстро и целесообразно реагировать при оказании первой помощи при несчастных случаях, когда зачастую немногие минуты решают вопрос жизни и смерти (кровотечение из артерий, обструкция дыхательных путей и т. д.).

Так как в своей деятельности врач, прежде всего, опирается на зрительные впечатления, то для него особенно важно обладать визуальным (зрительным) типом представлений. По той же причине врач должен обладать хорошим даром наблюдательности по отношению к чувственным, и особенно наглядным, вещам. В особенности важна для него способность улавливать и различать формы и отклонения от них, например, для установления атрофии мускулов, начинающегося искривления позвоночного столба и т. д. Во всех случаях, когда не-

обходимо быстрое вмешательство, врач должен обладать способностью быстро замечать болезненные явления или внезапные перемены в состоянии больного, требующие немедленной помощи.

Врач должен обладать тонким пониманием душевной жизни пациента, ибо при кажущихся чисто физических заболеваниях часто важную роль играют психические факторы.

Случайные второстепенные наблюдения часто служат очень важным опорным пунктом для диагноза и терапии. Ввиду этого врач должен замечать и случайные явления.

Внимательность врача, в особенности при лечении тяжелобольного, должна быть всегда напряжена, чтобы тотчас же заметить перемену в состоянии болезни, в особенности появление новых, угрожающих симптомов.

Занятому врачу необходимо обладать способностью сосредоточивать внимание на новых объектах, когда в приемные часы к нему обращаются за советом и помощью самые различные пациенты. Особенно напрягать внимание необходимо врачу при хирургических операциях или когда он вынужден исследовать больного в шумной обстановке.

Деятельность врача требует распорядительности. Он должен, например, не только следить за самим больным, но и

присматриваться к окружающим больного неблагоприятным условиям социального или гигиенического характера. Если ему приходится, как это часто случается на практике, производить при помощи недостаточно обученного служебного персонала хирургические или родовспомогательные операции, то он вынужден одновременно следить как за своими собственными действиями, так и за действием наркоза и строго наблюдать за общим состоянием пациента, чтобы вовремя заметить наступление угрожающего коллапса.

Врач должен целыми часами напрягать внимание в случаях наблюдения за родами или в случае дифтерита, грозящего удушением, или следя за пульсом при сердечной слабости, чтобы в нужную минуту оказать помощь. Внимание врача должно быть устремлено на внешний мир, ибо профессия связана исключительно с этим миром.

Врач должен запоминать те разнообразные наблюдения, которые он делает при посещении различных пациентов. Врач должен удерживать в памяти сделанные им наблюдения на всем протяжении хода болезни и, по возможности, после завершения болезни на случай нового заболевания. Надежная память имеет для врача особое значение при прописывании лекарства, ибо при ядови-

тых веществах ошибка на одну десятую достаточна, чтобы вызвать смертельный исход.

Врачу нужны обширные познания, ибо, только зная все возможные в данном случае болезни, он может поставить правильный диагноз. Для врача желательна разносторонняя память ввиду многочисленности болезней и бесконечного разнообразия их индивидуальных вариаций.

Врачу, прежде всего, нужна хорошая память на зрительные впечатления и главным образом — на формы. При этом важное значение имеет для него акустическая и осязательная память. В своей практике он нуждается, далее, в памяти на лица. Память на имена также желательная для врача, но больше по соображениям внешнего характера. Для врача имеет большое значение — как при постановке диагноза, так и для терапии — умение быстро и точно воспользоваться своими познаниями.

Способность различать важные симптомы от второстепенных является необходимым условием правильной оценки болезни, прежде всего условием верного прогноза. Далее, врачу часто настоятельно необходимо критическое отношение к показаниям пациента или его окружающих.

Для деятельности врача желательна отзывчивость, ибо он постоянно приходит в соприкосновение со страдающими людьми. Для него же самого слишком живое сострадание является тягостным, а в известных случаях и опасным. «Чувствительная натура» мало пригодна для врачебной деятельности, связанной с частыми угнетающими переживаниями. Раздражительность и неуравновешенность затрудняют врачу сношения с врачебным персоналом и с пациентами и в силу этого могут принести ему материальный вред. Врач должен владеть умением быстро избавляться от неприятных чувств, ибо в своей деятельности ему приходится испытывать столько мрачных и потрясающих впечатлений, что длительное их переживание грозит ему сильными душевными потрясениями.

Необходимо, чтобы врач не страдал физически. Доверие больного подрывается, когда врач, который должен ему помочь, сам болен. Врач должен подавлять многие неприятные зрительные и обонятельные впечатления. Он вследствие этого не должен быть к ним слишком чувствителен. Капризный характер вредит врачу как в общении с пациентами, так и в общении со служебным персоналом.

В своей деятельности врач часто попадает в своеобразное и неприятное по-

ложение (например, будучи позван к человеку, с которым случилось несчастье, попадает в притон преступников). В этих случаях он не должен обнаруживать трусости или предвзятости, мешающих выполнению его профессиональных обязанностей. И в качестве эксперта на суде он должен соблюдать свою полную независимость. Врачу необходим субъективный тип представлений, ибо его деятельность всецело опирается на личное воздействие человека на человека. Разносторонность интересов облегчает врачу возможность сблизиться со своими пациентами, в особенности с интеллигентными.

Для врача имеет, прежде всего, значение интерес к вопросам естествознания, интерес к человеку в первую очередь с физиологической стороны, а затем также и к душевной жизни человека и к социальным вопросам. Слишком большой интерес к деньгам при известных обстоятельствах может быть вреден для профессиональной деятельности врача. Врач не должен придавать большого значения внешним привычкам и определенному образу жизни, ибо его деятельность постоянно заставляет его нарушать этот образ жизни.

Умение ладить с коллегами желательно для врача в тем большей степени, что в своей практике он часто вынужден со-

ветоваться с врачами-специалистами. Деятельность постоянно ставит перед врачом новые, часто непривычные задачи, к которым он должен возможно скорее приспособиться (например, большие катастрофы, эпидемии и т. д.). Во всех экстренных случаях врач должен принимать быстрые меры. Тот, кто быстро утомляется, совершенно не годится для врачебной деятельности, зачастую (например, при эпидемиях) требующей непрерывной работы с утра до ночи. Известного рода рутина полезна для врача с большой практикой как при делаемых им предписаниях, так и при операциях.

Обремененный работой врач не должен отказываться от исполнения часто повторяемых требований (например, заполнения свидетельств о болезни, массовые прививки и т. д.). В экстренных случаях врач должен быть в состоянии принять быстрое решение. Врач должен быть настойчивым, чтобы заставить капризного больного или его окружающих выполнять сделанные предписания. Решительность врача пробуждает доверие пациента.

Внушение, оказываемое врачом на больного, имеет самое большое влияние на успех лечения. Во многих случаях врачу приходится 'воздействовать на непокорных пациентов, думающих, что они все знают лучше, и заставлять их пови-

новаться своим распоряжениям. В других случаях надо пробудить энергию у безвольных, апатичных больных и вызвать у них веру в свое выздоровление, что является важным условием выздоровления не только при психических заболеваниях, но и при чисто физических болезнях. Внутренняя неуверенность парализует деятельность врача и заставляет его пропускать решающий момент при оказании помощи в угрожающих жизни случаях. В деятельности врача, по крайней мере, для внешнего успеха у публики, преувеличенное самомнение полезнее, чем слишком строгая самокритика.

Так как врачебная профессия постоянно требует принятия па себя самой тяжелой ответственности, то инстинктивная боязнь некоторых людей этой ответственности есть одно из важнейших противопоказаний против выбора этой профессии. Врач должен обладать зачастую значительной неподатливостью по отношению к просьбам, желаниям больного или окружающих его. Желательно, чтобы врач руководствовался преимущественно доводами разума. Так, например, он должен быть в состоянии причинить пациенту, на основании врачебных соображений, боль или отказаться от применения успокаивающих боли средств, а не руководствоваться чувством сострадания.

Практикующий врач, как показывает уже его название, принадлежит к типу человека-практика, человека дела. Прежде всего, видя человеческие страдания, он должен чувствовать непроизвольное стремление к оказанию помощи. Врачу нередко полезен организаторский талант, например, когда необходимо сделать указания и предписания по устройству трудного домашнего ухода. Педагогический талант полезен врачу при обучении служебного персонала, при лечении детей, а также и некоторых взрослых пациентов. Так как врача по его профессии посвящают в самые интимные, зачастую деликатные обстоятельства жизни пациента, то он должен непременно обладать чувством такта и сдержанностью. В связи с тяжелым чувством ответственности, связанным с его профессией, врач должен в высокой мере

обладать склонностью к порядку и аккуратностью, ибо, например, смешав рецепты или перепутав инструменты, он может причинить большой вред. Наконец, в области половой морали он должен быть абсолютно безупречен».

Вот такая обширная цитата, портрет идеального врача. И каждый врач должен стремиться к изложенным социальным параметрам. И это справедливо, так как профессия врача обладает огромной социальной важностью, так как на врача ложится большая ответственность не только за физическое здоровье пациента, доверившего ему свою жизнь, но и за его психическое здоровье и социально-психологическую адаптацию.

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ**

Синдром выгорания был впервые описан в 1974 году американским психологом Фрейденбергером для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. В настоящее время термин «выгорание» принято употреблять в связи с профессиями, связанными с оказанием помощи

человеку, испытывающему негативные переживания, оказавшемуся в критической ситуации. Характерным для данных профессий является асимметрия ответственности за состояние, характер взаимодействия и его результаты для обеих сторон. Ответственность в большей степени лежит на помогающем, он ее осознанно принимает (Елдышова О.А., 2006).

Феномен " психического выгорания" тесно связан с профессиональным становлением личности. Как отмечает большинство авторов, процесс профессионализации - это восхождение человека к профессионализму, это процесс становления профессионала (Шадриков В.Д., 1982; Климов Е.А., 1998; Карпов А.В, 1998;). Результатом этого процесса может быть как формирование профессионала высокого класса, так и развитие профессиональных деструкций, одной из которых является психическое выгорание. Прежде чем перейти к рассмотрению этих негативных последствий профессионального воздействия на личность кратко остановимся на проблеме влияния профессии на личность.

### **1.1 Развитие личности и профессия**

Анализ литературы по проблеме взаимоотношения личности и профессии показал, что существует два основных методологических подхода к рассмотрению вопроса о взаимодействии личности и профессии (Орел В.Е. , 1995). Представители первого подхода считают, что личность отбирается профессией. При таком подходе внимание исследователей сконцентрировано на результативной стороне развития личности профессионала. Исходной выступает гипотеза о

том, что "каждый человек предназначен для какого-то определенного вида деятельности". Тем самым признается, что индивид от рождения обладает специфическим набором способностей и дело психолога выявить их и указать человеку наиболее подходящую для его природной психофизиологической организации область труда (Maslach С.; 1996). Основной акцент исследователи делают на адаптации личности к требованиям профессии, на подравнивании к заданному образцу, якобы единственно возможному в каждой профессии, на выработке профессионально значимых черт, т.е. данный подход заостряет внимание на том, что к моменту профессионального выбора у человека сформировались основные жизненные ориентации и в ходе дальнейшего развития они остаются неизменными (Хяюрюнен Ю.П. , 1987). К этой группе можно отнести теорию "черт и факторов" Ф. Парсона, "профессионального выбора" Дж. Холланда. (Melamed S., Kushnir T. 1992).

Второй подход к взаимодействию личности и профессии построен на предположении о том, что профессия выбирается исходя из наличия определенных качеств и установок личности, но в то же время каждая профессия накладывает специфический отпечаток на психический облик человека (Поваренков Ю.

П., 2002). С точки зрения данного подхода, профессиональное становление личности рассматривается как процесс самоактуализации (Melamed S., Kushnir T., 1992).

Процесс профессионального становления и профессиональной саморегуляции является одним из наиболее важных составляющих в общей жизнедеятельности человека (Кудрявцев Т.В., Сухарев А.В., 1985; Поваренков Ю.П., 1991). Профессиональное развитие личности становится активным только тогда, когда человек принимает его как жизненную задачу, т.е. проблемы, связанные с профессией, включаются в систему жизненных планов и целей, в структуру жизненной перспективы личности. Существенно, что влияние профессионального становления на человека может быть настолько сильным, что может привести практически к полной перестройке его образа жизни. Эти изменения могут проявляться в появлении новых привычек, критериев, оценок и отношений. Можно сказать, что типичный профессионал "вырабатывается" в результате приспособления некоторых индивидуальных психологических свойств к определенным требованиям, предъявляемым профессией.

**Профессионализм** — комплексное и междисциплинарное понятие. С точки

зрения Ю. П. Поваренкова, собственно психологический подход к изучению профессионала предполагает его исследование как личности, индивидуальности и субъекта профессиональной деятельности и профессионального пути (Поваренков Ю.П., 2002). Профессиональное становление — это большая часть онтогенеза человека, которая охватывает период с начала формирования профессиональных намерений до завершения профессиональной жизни. Э. Ф. Зеер определяет данное понятие как «формообразование» личности, адекватное деятельности, и индивидуализацию деятельности личностью (Зеер Э.Ф., 2003). А. К. Маркова подчеркивает, что профессионализм человека — это не только достижение им высоких профессиональных результатов, не только производительность труда, но непременно и наличие психологических компонентов — внутреннего отношения человека к труду, состояния его психических качеств — мотивационной и операциональной сторон профессионализма (Маркова А.К., 1996).

Анализируя процесс профессионального становления личности, Э.Ф. Зеер выделяет основные моменты профессионального самоопределения:

профессиональное самоопределение — это избирательное отношение к миру



профессий в целом и к конкретной выбранной профессии;

ядром профессионального самоопределения является осознанный выбор профессии с учетом своих особенностей и возможностей, требований профессиональной деятельности и социально-экономических условий;

профессиональное самоопределение осуществляется в течение всей профессиональной жизни: личность постоянно рефлексит, переосмысливает свое профессиональное бытие и самоутверждается в профессии;

актуализация профессионального самоопределения личности инициируется разного рода событиями, такими как окончание общеобразовательной школы, профессионального учебного заведения, повышение квалификации, смена местожительства, аттестация, увольнение с работы и др.;

профессиональное самоопределение является важной характеристикой социально-психологической зрелости личности, ее потребности в самоактуализации. (Зеер Э.Ф., 1987)

Маркова А.К. в становлении профессионала выделяет следующие уровни (Маркова А.К.. 1996):

**1. Допрофессионализм.** Человек осуществляет некоторую работу и виды труда, еще не обладая качествами необ-

ходимыми профессионалу, не овладев нормами и правилами профессии, не достигая творческих результатов.

**2. Профессионализм.** Человек последовательно овладевает качествами профессионала, формирует навыки профессиональной деятельности. По мере развития мотивационной сферы, человек все более сознательно повышает свое профессиональное мастерство, осознавая себя в профессии, развивая себя средствами профессии.

**3. Суперпрофессионализм.** Этот уровень характеризует профессиональную деятельность в ее высоких достижениях и творческих успехах. Главная особенность: творческое обогащение ее своим личным вкладом.

**4. Послепрофессионализм.** На этом уровне специалист может быть советчиком, экспертом в своей сфере. Этот уровень помогает человеку обрести новые грани профессионализма, состоящие в помощи людям и их обогащении.

**5. Псевдопрофессионализм.** Характеризуется отсутствием необходимых знаний и умений. На этом уровне человек осуществляет достаточно «кипучую» деятельность, но при этом наблюдается деформация в становлении его профессионализма.

Таким образом, большинство ученых сходятся на том, что профессиональное

развитие - это целостный, непрерывный процесс становления личности специалиста и профессионала, который начинается с момента выбора профессии и длится в течение всей профессиональной жизни человека и завершается, когда человек прекращает свою профессиональную деятельность. Этот процесс зависит, во-первых, от внешних условий: в течение жизни человека изменяется сама профессия, требования общества к ней; во-вторых, от внутренних условий: изменяются представления человека о профессии, критерии оценки человеком самой профессии, профессионализма в ней, а также критерии оценки профессионала в себе.

Л. М. Митина выделяет две модели становления профессиональной деятельности (Митина Л.М.– М., 1998.):

- **адаптивную модель**, при которой в самосознании человека доминирует тенденция к подчинению профессионального труда внешним обстоятельствам в виде выполнения предписаний алгоритмов решения профессиональных задач, правил, норм;
- **модель профессионального развития**, которая характеризуется способностью личности выйти за пределы сложившейся практики, превратить свою деятельность в предмет практического преобразования и тем самым преодолеть

пределы своих профессиональных возможностей.

Адаптивная модель отражает становление специалиста, который является носителем профессиональных знаний, умений и опыта. Модель профессионального развития характеризует профессионала, владеющего профессиональной деятельностью в целом, способного к ее самопроектированию и совершенствованию. Движущими силами развития специалиста являются противоречия между усложняющимися требованиями профессионального труда и индивидуальным стилем, опытом и способностями. Основная движущая сила развития профессионала — внутриличностное противоречие между «Я-действующим» и «Я-отраженным». Переживание этого противоречия побуждает профессионала к поиску новых способов самоосуществления (Елдышова О.А., 2006).

Профессионализм обязательно присутствует в структуре такого понятия, как «акме». **Акме** - вершина зрелости, многомерное состояние человека, которое охватывает значительный по временной протяженности жизни и показывает, насколько он состоялся как гражданин, как бедная или богатая своими связями с окружающей действительностью личность, как супруг, как родитель, и в немалой степени - как специалист-

труженик в какой-то определенной области деятельности оно, вместе с тем, никогда не является статичным образованием и, наоборот, отличается большей или меньшей вариативностью и изменчивостью (Деркач А.А., Кузьмина Н.В., 1993).

Акмеология — наука, возникшая на стыке естественных, общественных, гуманитарных и технических дисциплин и изучающая феноменологию, закономерности и механизмы развития человека на ступени его зрелости и, особенно при достижении им наиболее высокого уровня в этом развитии.

Акмеология всесторонне освещает особенности этой важнейшей ступени, которую проходит человек в своем развитии, — ступени зрелости. Она определяет сходное и различное в ней у разных людей и в таком же ключе проясняет у них своеобразие действия факторов, которые обуславливают индивидуальную картину зрелости. И конечно, существеннейшее место в этих акмеологических работах занимает прослеживание характера взаимовлияний свойств и качеств «физической» и «духовной» «субстанций» человека (Бодалев А.А., Деркач А.А., Климов Е.А., 1994).

Состояние зрелости не появляется у человека неожиданно и сразу. На него и на то, какое оно, «работает» вся пред-

шествующая жизнь человека. Не только от природной предрасположенности, но и от уже прожитой жизни в большой мере зависит, с каким запасом физической прочности подойдет человек к ступени зрелости, какие ценностные ориентации и отношения составят ядро его личности и какие способности, а также какой запас знаний, умений и навыков будут характеризовать его как субъекта деятельности, когда он станет взрослым.

Помимо рассмотрения развития всей совокупности характеристик человека, в которых находит выражение его зрелость, а в ней его акме, акмеология научно анализирует зрелость и акме более сужено, имея в виду только овладение человеком профессией, достижение им в ней уровня мастерства. Ведь понятно, что постижение сущности профессионализма, видение и понимание путей, ведущих к нему, имеет не только сугубо теоретическое, но и большое практическое значение. В стране огромное число людей, которые подвизаются в политике, экономике, в сфере управления, в науке, во многих других областях деятельности и не являются профессионалами во всем значении этого слова. И суммируясь, такой непрофессионализм ведет к громадным потерям в строительстве государственности, в экономике, во внешней и внутренней политике, в промышленности

и в сельском хозяйстве, в управлении ими, в сфере воспитания и образования и во всех других областях жизни народа. Непрофессионализм способствует росту напряженности в межнациональных отношениях, ведет к росту числа межличностных конфликтов и к психологическому дискомфорту в самочувствии людей.

Отсюда понятно, насколько актуальна разработка акмеологией круга проблем — «профессионализм и его основные характеристики», «профессионализм и зрелость человека», «пути предотвращения профессиональной деформации», «пути достижения профессионализма» и др.

Когда имеется в виду высокий профессионализм человека, то с ним связываются не только яркое развитие способностей, но и глубокие и широкие знания в той области деятельности, в которой этот профессионализм проявляется, а также нестандартное владение умениями, которые необходимы для успешного выполнения этой деятельности. Конечно, настоящий профессионализм всегда сопрягается с сильной и устойчивой мотивационно-эмоциональной заряженностью на осуществление именно данной деятельности и на достижение в ней уникального, неординарного результата. Естественно, последнего не будет, если у

человека не окажется и нужного для его профессионального труда состояния здоровья (Кудрявцев Т.В., Сухарев А.В., 1985).

Поскольку процесс профессионального становления является одной из наиболее важных составляющих в общей жизнедеятельности человека, то именно в профессиональной деятельности наиболее интенсивно и происходит изменение личности. Профессиональная деятельность человека во многом как бы задает направление развития личности. Многолетнее участие людей в сходной деятельности приводит к тому, что формируются сходные особенности личности. Большое количество проведенных эмпирических исследований во многом подтверждает это предположение (Орел В.Е., Рукавишников А.А., 1999; Поваренков Ю. П., 2002).

## **1.2 Профессиональное мышление и этика медицинского специалиста**

Исследователи пишут о влиянии профессии на когнитивную сферу личности, в частности, на мышление. К.К. Платонов подчеркивает: «Предметы и явления, которые воспринимает человек в различных видах труда и на которые он воздействует, в свою очередь, воздействуют на него, формируют у данного лица не только профессиональные понятия, но и

профессиональный склад мышления» (Платонов К.К., 1986.).

Ключевое слово для медицинского мышления – клиника. Стоит осознать его многозначность: это и практическая сторона медицинского опыта, это и особый слой, ядро медицинского знания; наконец, это особый тип медицинских учреждений. Формирование клинического мышления - это основная задача медицинского образования. Однако, культивируемое в рамках традиционного врачебного образования понятие "**клиническое мышление**" не означает четкой и целостной концепции врачевания и основано на аналогиях, преимущественно в виде анекдотов из жизни великих врачей и наставлений брать пример со "старших товарищей".

При описании клинического мышления наблюдается устойчивая тенденция рассматривать его преимущественно как диагностическое мышление. Можно, например, встретить перечень принципов клинического мышления (именно: нозологический, синдромный, оптимальной диагностической целесообразности, диагностического алгоритма), прямо замыкающийся в сфере диагностики. «Наиболее важной чертой клинического мышления является способность к умственному воспроизведению синтетической и динамической картины болезни»,— под-

черкивается в одном из содержательных исследований клинического мышления (Попов А. С., Кондратьев В. Г., 1972).

В литературе по методологическим проблемам медицины уже в 30-е годы указывалось: «...совершенно недопустимо, что до последнего времени мы, методологи медицины, очень мало внимания уделяли терапии» (Лифшиц Я. И., 1932). Но, по сей день, эта важнейшая сторона клинического мышления затрагивается в единичных работах. Среди них следует выделить работу Н. М. Рудницкого «Недисциплинированное врачебное мышление» (1925), развивающую идеи одноименной работы Блейлера, вышедшей ранее на немецком языке. В дальнейшем этот вопрос затрагивали клиницисты, иногда к нему обращались в литературе по методологическим проблемам медицины (Кассирский И. А., 1970).

**Клиническое мышление** представляет собой одну из когнитивных функций, осуществляемую врачом в целях достижения определенного результата. Этим результатом могут быть постановка правильного диагноза, грамотный выбор необходимого лечения.

Чтобы не обременять дефиницию тяжеловесными наукообразными терминами, мы считаем оптимальной следующую формулировку: **клиническое мышле-**

**ние** - профессиональное, творческое решение вопросов диагностики, лечения и определения прогноза болезни у данного больного на основе знания, опыта и врачебной интуиции.

Врач, обладающий способностью к клиническому мышлению, всегда грамотный, квалифицированный специалист. Но, к сожалению, не всегда врач с большим опытом может похвастаться способностью к такому мышлению. Некоторые называют такое свойство врачебной интуицией, но известно, что интуиция является постоянной работой мозга, направленной на решение определенной проблемы.

Даже когда врач занят другими вопросами, какая-то часть мозга перебирает возможные варианты решения проблемы, и, когда находится единственно верный вариант, он и расценивается как интуитивное решение. Клиническое мышление позволяет оценивать состояние больного как целостного организма, с учетом всех его особенностей; рассматривает болезнь как процесс, выясняя факторы, приводящие к ее развитию, ее дальнейшую эволюцию с присоединившимися осложнениями и сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, врачебная интуиция - это специфическая профессиональная функция. Не бывает интуиции вообще.

Интуиция вообще – это ясновидение, или еще что-то такое из области фантастики. А ясновидение – это не медицина.

Становление профессионала обычно опирается на общее психическое развитие, осуществляется на его фоне. Становление человека как профессионала тесно связано с его развитием как личности. Профессионализация становится активной только тогда, когда, человек принимает ее как жизненную задачу, т.е. проблемы, связанные с профессией, включаются в систему жизненных планов и целей, в структуру жизненной перспективы личности.

Профессия, в том числе и клиническое мышление, накладывает свой отпечаток на избирательность восприятия. В этом плане наиболее разработана проблема социальной перцепции. Так, в исследованиях показано, что продавцы-профессионалы склонны по-разному оценивать изображенных на фотографиях людей в зависимости от того «покупатели» это или «просто люди». Студенты-медики, характеризуя человека по первому впечатлению, очень много внимания уделяют качествам, влияющим на легкость установления контакта с ними, поскольку для них установление контакта с пациентом часто является довольно сложной задачей из-за их статуса в клинике (Урванцев Л.П., 1991).

Особая представленность чувственно-го элемента в клиническом мышлении определяет специфику ментальности врача, задающей особую оптику, и далее особую эстетику и этику. Строго говоря, можно было бы соотнести и различить этику врача как совокупность этических императивов, и некоторые характеристики ментального опыта врача, профессионально заданные и чреватые этическими импликациями

По отношению к больному Международный кодекс медицинской этики определяет для врачей следующие обязанности: "Врач всегда должен помнить, что его обязанность — сохранение человеческой жизни. Врач должен проявлять по отношению к своему пациенту полную лояльность и использовать в помощь ему все свои знания. Всякий раз, когда исследование или лечение требуют знаний, превышающих его способности, он должен пригласить других врачей, имеющих соответствующую квалификацию. Долг врача — предоставить срочную помощь, если он не уверен, что другие специалисты хотят или могут ее предоставить".

Этический код врача не поддается простым описаниям, он сложен. Простое наблюдение позволяет зафиксировать не только не совпадение поведенческих установок, закрепившихся в профессиональной медицинской среде, общим нор-

мам нравственности, но и ситуацию реальных противоречий. Так, противоречит категорическому нравственному императиву размышление В. Вересаева: "Употреблять только испытанное"... Пока я ставлю это правилом лишь для самого себя, я нахожу его хорошим и единственно возможным; но когда я представляю себе, что правилу этому станут следовать все, я вижу, что такой образ действий ведет не только к гибели медицины, но и к полнейшей бессмыслице (Вересаев В. В., 1961).

Л.П.Урванцев (1991) описывает несколько характерных особенностей влияния профессии на личность:

1. В процессе выполнения профессиональной деятельности формируется профессиональная избирательность восприятия, вычлняющая из окружающего мира значимые, с точки зрения профессионала, свойства и стороны.

2. Происходит осознание и оценка тех психических особенностей, которые необходимы для успешной работы.

3. Развиваются и совершенствуются профессионально важные качества, взаимосвязи между которыми изменяются с приобретением опыта.

4. Компенсаторное профессиональное приспособление позволяет специалисту успешно выполнять работу даже при снижении показателей некоторых функ-

ций (например, какого-либо анализатора).

5. Различные психические свойства и процессы приобретают своеобразную «парциальность» и по-разному проявляются при решении профессиональных и непрофессиональных задач.

6. Овладение саморегуляцией профессиональной деятельности влияет на проявление свойств нервной системы и темперамента.

Все выше перечисленные особенности влияния профессии на личность накладывают специфический отпечаток на облик человека. Решение типовых задач на протяжении многих лет не только совершенствует профессиональные знания, умения и навыки, но и формирует профессиональные привычки, определенный склад мышления и стиль общения, профессиональные стереотипы.

Мыслительная деятельность любого профессионала разворачивается в двух сферах: с одной стороны, во взаимодействии с предметной составляющей данного труда, с другой — в ходе общения с коллегами, руководителями и подчиненными.

### **1.3 Личностные деформации, приобретаемые в результате профессиональной деятельности**

По мнению Э.Ф. Зеера, многолетнее выполнение одной и той же профессиональной деятельности приводит к появлению профессиональной усталости, обеднению репертуара способов выполнения деятельности, утрате профессиональных умений и навыков, снижению работоспособности. На определенной стадии профессионализации может происходить развитие профессиональных деструкций. «Профессиональные деструкции – это постепенно накопившееся изменение сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса, а также на развитие самой личности» (Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э., 1987) .

А.К. Маркова выделяет основные тенденции развития профессиональных деструкций:

- отставание, замедление профессионального развития по сравнению с возрастными и социальными нормами - дезинтеграция профессионального развития, распад профессионального сознания и как следствие - нереалистические цели, ложные смыслы труда, профессиональные конфликты

- свертывание ранее имевшихся профессиональных данных, уменьшение профессиональных способностей, ослаб-



ление профессионального мышления - искажение профессионального развития, появление ранее отсутствовавших негативных качеств, отклонение от социальных и индивидуальных норм профессионального развития, меняющих профиль личности

- появление деформаций личности (например, эмоционального выгорания, ущербной профессиональной позиции и т.п.) - прекращение профессионального развития из-за профессиональных заболеваний или потери трудоспособности (Маркова А.К.. 1996).

В самом общем виде профессиональные деструкции – это не только нарушение уже усвоенных способов действия, но и изменения связанные с переходом к последующим стадиям профессионального становления, а также изменения связанные с возрастом, физическими и нервными истощениями (Пряжников Н.С., 1997).

Пряжников Н.С. выделяет следующие уровни профессиональных деструкций :

**1. Общепрофессиональные деструкции**, типичные для работников данной профессии. Например, для врачей – “синдром сострадательной усталости” (эмоциональная индифферентность к страданиям больных); для работников правоохранительных органов – синдром “асоциальной перцепции” (когда каждый

воспринимается как потенциальный нарушитель); для руководителей – синдром “вседозволенности” (нарушение профессиональных и этических норм, стремление манипулировать подчиненными).

**2. Специальные профессиональные деструкции**, возникающие в процессе специализации. Например, в медицинских профессиях: у терапевтов – стремление ставить “угрожающие диагнозы”, у хирургов – цинизм, у медсестер – черствость и равнодушие.

**3. Профессионально-типологические деструкции**, обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности на психологическую структуру профессиональной деятельности. В результате складываются профессионально и личностно обусловленные комплексы: 1) деформации профессиональной направленности личности (искажение мотивов, перестройка ценностных ориентаций, пессимизм, скептическое отношение к нововведениям); 2) деформации, развивающиеся на основе каких-либо способностей – организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и др. (комплекс превосходства, нарциссизм); 3) деформации, обусловленные чертами характера (ролевая экспансия, властолюбие, доминантность, индифферентность). Все это может проявляться в самых разных профессиях.

4. **Индивидуальные деформации**, обусловленные особенностями работников самых разных профессий, когда отдельные профессионально-важные качества, как впрочем, и нежелательные качества, чрезмерно развиваются, что приводит к возникновению сверх качеств, или акцентуаций. Например, сверхответственность, суперчестность, трудовой фанатизм, навязчивая педантичность и др (Пряжников Н.С., 1997).

Преодоление профессиональных деструкций сопровождается психической напряженностью, психологическим дискомфортом, кризисными явлениями. Деструкции, вызванные многолетним выполнением одной и той же профессиональной деятельности, порождают профессионально нежелательные качества, изменяют профессиональное поведение человека. Это и есть "профессиональные деформации"; это как болезнь, которую вовремя не смогли обнаружить, и которая оказалась запущенной; незаметно для себя и сам человек смиряется с этой деструкцией (Никифоров Г.С. 1991). Одним из проявлений профессиональных деструкций личности является феномен "психического выгорания".

Феномен профессиональных деструкций личности долгое время был своеобразной "черной дырой" в психологии. Предметом исследования выступали

профессионально важные качества специалистов, объектом - "гармонически" развитая личность профессионала. О проблеме профессиональной стагнации, профессионально нежелательных качеств, профессиональных деформаций говорить было не принято.

**«Профессиональная деформация»** — новое понятие, находящееся в стадии становления, поэтому термин есть, а четких определений нет.

Наверное, не существует такой сферы человеческой деятельности, длительное занятие которой не приводило бы к серьезным личностным изменениям, которые можно обозначить термином «профессиональная деформация личности». Врач, выполнивший тысячу хирургических операций, по-иному относится к физическим страданиям и к виду крови, нежели молодой ординатор. Руководитель, вынужденный постоянно принимать решения, ущемляющие интересы конкретных личностей, в конце концов, перестает испытывать угрызения совести по этому поводу. Политик, сама деятельность которого невозможна безо лжи, не только начинает лгать постоянно, но и верить в реальность своих обещаний. Поэтому не лишено определенного смысла негласное правило, согласно которому в учреждениях США не рекомен-

дуются задерживаться на одной и той же должности более пяти лет.

В чем же все-таки причина профессиональной деформации личности, откуда появляются эти негативные личностные новообразования? Корни этого явления - в ценностно-потребностной сфере личности и связаны, прежде всего, с формированием (или деформацией) индивидуальной системы ценностей, которая определяет отношения личности и к своей деятельности, и к другим людям, и к самой себе.

Профессиональное становление – это не только прогрессивное развитие, не только приобретения, но и потери. Профессиональная деятельность уже на стадии ее освоения, а в дальнейшем при ее выполнении приводит к искажению личностного профиля специалиста, так как выполнение конкретных видов труда не требует многообразных качеств и способностей личности, многие ресурсные возможности остаются невостребованными. Отдельные профессионально значимые качества с годами трансформируются в профессионально нежелательные. Результатом этого является образование профессиональных деформаций (Зеер Э.Ф., 1996).

**Профессиональная деформация - это деструкции, которые возникают в процессе выполнения профессио-**

**нальной деятельности и негативно влияют на ее продуктивность.** Они порождают профессионально нежелательные качества и изменяют профессиональное поведение человека. Развитие профессиональных деформаций определяется различными факторами: разнонаправленными онтогенетическими изменениями, возрастной динамикой, содержанием профессии, социальной средой, жизненно важными событиями и случайными моментами. К основным психологическим детерминантам профессиональных деформаций относятся психофизиологические изменения, стереотипы профессиональной деятельности, стагнация профессионального развития, акцентуации характера и психологические защиты.

В настоящее время признаки профессиональных деформаций классифицируют по разным основаниям:

I. по степени отклонения от социальной нормы;

II. по степени выраженности делинквентного поведения в процессе исполнения социальной роли;

III. по степени выраженности дисгармоний в развитии личности, превращающих субъектов в узких специалистов (Орел В.Е., 1995).

Степень дисгармонии различают по следующим признакам:

- глубине деформированности личности;
- широте деформированности личности (глобальная или парциальная);
- степени устойчивости проявлений деформации: временная (случайная) или постоянная (закономерная);
- скорости наступления профдеформаций (на ранних стадиях профессиональной деятельности – на поздних стадиях).

Н.Б. Москвиной введен термин «третье состояние», заимствованный из медицинских и валеологических источников и означающий неуверенность в благополучии организма при отсутствии диагноза. «Третье состояние» - это возможность, подаренная природой для реализации механизмов по восстановлению утраченных ресурсов организма. С ее точки зрения, о «третьем состоянии» можно говорить как о предмете: а) медицинских исследований (повышенная невротизация, риск сердечно-сосудистых заболеваний, астения); б) валеологических исследований (низкая культура самосохранения, неумение вести здоровый образ жизни, превращение здоровья в средство достижения жизненных целей; в) психологических (напряженность, раздражительность, жесткость субъективных установок, внутренняя неуверенность, потеря восприятия реальности своей лично-

сти, расщепленность личности, дисгармония между интеллектуальным и эмоциональным, сознательным и бессознательным); г) педагогических (дидактизм, монологизм, гипертрофированная оценочность). Н.Б. Москвина рассматривает деформацию как компенсацию, но не только в привычном смысле как возмещение, восполнение одних функций и качеств за счет других, но и как компенсацию более опасных нарушений, например, нарушений физического и психического здоровья. Думается, что данная точка зрения не лишена рационального подхода к психологии профессионала (Москвина Н.Б., 2005).

"Я как профессионал" - часть личности, которая ответственна за выполнение профессиональных обязанностей как носитель необходимых для этого знаний, этических установок и принципов; максимально проявляется в профессиональной деятельности. "Я как человек" - более центральная ("своя") часть личности, включающая в себя некие обыденные представления о жизни и о себе, житейские установки и принципы; в основном проявляется в так называемой "личной жизни". **Пользуясь этими определениями, "синдром сгорания" можно представить как потерю контролирующей роли "Я профессионального" и внедрение "Я человеческого" в**

**область профессиональной компетенции.** На работе специалисты "почеловечески" устают и испытывают раздражение. Профессиональная деформация представляется так же и расширением господства "Я профессионального" в область деятельности "Я человеческого". Приходя домой, человек продолжает вести себя как специалист.

В профессиональной деформации можно предположить два компонента:

1. Изначальные склонности.

Еще до соприкосновения со своей будущей работой у человека уже есть черты характера и особенности личности, присущие представителям этой профессии. Они могут осознаваться их обладателем, приниматься как желательные и вызывать чувство гордости (например, желание помогать людям) или, напротив, быть неосознанными, подавляться и скрываться (например, интерес к частной жизни других людей).

2. Собственно профессиональная деформация.

Профессиональная деятельность развивает эти личностные особенности, очерчивает и рельефно выделяет их. Иногда (в случае с вытесненными и непринятыми чертами) профессиональная деятельность оправдывает их, дает им право на существование и проявление. Несомненно, изначально

склонности влияют на выбор соответствующей профессии (Shwab J. J., 1995). Они представляют собой "благоприятный" фон, почву, на которой в последующем разворачивает свою деформирующую деятельность профессия. Такая деформация начинается уже во время учебы, когда у студентов разрушаются обыденные установки и стереотипы и формируется профессиональная картина мира. Что же в этом плохого? Действительно, благодаря учебе и дальнейшей работе личность человека преобразуется, он приобретает массу коммуникативных навыков, начинает лучше понимать себя. Эти явно позитивные изменения описываются выражением "личностный рост", и о них не идет здесь речь. Нас же интересует профессиональная деформация, то есть нечто негативное, "ломающее" личность.

Исследование психологических особенностей людей, профессионально связанных с работой на компьютере, показали, что для них не существует окончательных решений — будто в голове есть особая кнопка «отмена», которую они в любой момент готовы нажать. Компьютерщики, как правило, очень неаккуратно водят машину. Они столько раз «умирали» в виртуальной реальности, что никакую опасность не могут воспринять как

реальную — ведь в любой момент можно «перезагрузиться»!

Сильно подвержены профессиональной деформации актеры. Как правило, их учат «входить в роль», но не учат психологически грамотно «выходить из роли». Чем более глубоко и талантливо живет актер в роли, тем труднее проходит развоплощение. Поэтому среди актеров так распространен алкоголизм. Это способ переключиться, расслабиться.

Можно отметить, что к профессиональным деформациям могут приводить следующие факторы:

- высокая степень ответственности за результаты основной деятельности;
- боязнь ошибок и неудач;
- перегрузки, частое возникновение непредвиденных ситуаций;
- трудности в семье, вызванные профессиональной деятельностью (длительная подготовка к работе, дополнительные занятия во вне рабочее время);
- аддикция к работе (трудоголики);
- высокий темп жизни, ускорение темпа многих физических и психических функций;
- постоянное стремление к соревнованию и конкуренции, к выдвижению;
- вечный дефицит времени, участие в разнообразных видах общественной деятельности;
- неспособность к релаксации.

О деградации личности врача писали многие авторы (Скугаревская М.М., 2002; Рогинская Т.И., 2002; Ларенцова Л.И., 2005). Некоторые особое внимание обращали на такой признак, как «приборный фетишизм», который характерен установкой на обезличивание пациента, недооценку анамнеза, клиники и особенностей личности (Большакова Т.В., 2004).

Затрагивая проблему узкой специализации при отсутствии достаточно широкой общекультурной подготовки, многие авторы указывают на ее негативные последствия:

- односторонность восприятия и понимания;
- узость мышления;
- субъективизм и однобокость диагноза;
- преувеличение значимости биологических и недооценка роли социальных и психологических факторов болезни;
- концентрация внимания врача только на одном органе, а не на всем организме в целом;
- такое медицинское мышление, когда врач сосредотачивается на частностях в ущерб общему;
- превращение лечащих врачей или в диспетчеров (участковый терапевт), или в механических манипуляторов (хирург);

- деформация этической и юридической ответственности (особенно при групповых формах курирования больного);
- утрата индивидуального и целостного подхода к пациенту;
- бесцеремонность врачей;
- отсутствие в работе терапии словом;
- забвение доброты к больному, лечения лаской и любовью;
- рвачество медицинских работников (врачей, сестер, санитарок), т.е. отношение к пациенту как к источнику дохода;
- нетерпимость и даже агрессия, а порой и хамство при общении с больным;
- хамство;
- отсутствие такта, чувства меры в отношении как пациентов, так и коллег в присутствии больных и т.д., и т.п. (Gargen A.M., 1991).

В. Е. Орел в своей статье, посвященной коммуникативной культуре медицинского работника, дает перечень примеров и признаков «неврачебного», непрофессионального отношения медицинских работников к пациентам, которые приводят к печальным последствиям (Орел В.Е.. 2001).

Р. Конечный и М. Боухал, изучавшие профессиональную деформацию врачей и сестер милосердия, пишут: «Профессиональной деформацией являются и поведение, и выражения медицинских

работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у немедиков создается впечатление бездушия и цинизма. Например, если врач или медсестра не считают нужным отделить хотя бы ширмой умирающего больного в 20-кочной палате. Или врачи, совершая обход, при больном дискутируют о неблагоприятном прогнозе его болезни. Или в анатомическом зале шутят над трупами, рассказывают анекдоты и курят» (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Они считают, что профессиональная деформация проявляется также в своеобразном жаргоне, профессиональном сленге, который используется даже в присутствии больного. Например, они могут сказать, что у них в палате лежат четыре желудка, три желчных пузыря и одна почка. «Поведение и некоторые выражения медиков находятся на грани профессиональной адаптации и деформации. Уже на грани с кощунством находятся сравнения, выражающие элементарные ассоциативные связи и используемые для описания секретов и экскретов, как, например, "тифозный стул в виде горохового супа", "гной в виде сметаны", "моча в виде пива"». Р. Конечный и М. Боухал считают, что от того времени, когда на целителя смотрели как на чародея и мага, в психологии врачей оста-

лись пережитки, иногда имеющие даже кастовый характер. Явно демонстрируемое отсутствие интереса к больному как к человеку может приводить к ятрогенным эффектам. И. Харди также считает странным и неприятным, когда медицинские работники называют своих больных «астматиками», «язвенниками», «ревматиками» и т.д. (Харди И., 1988).

К профессиональной деформации следует отнести и то обстоятельство, что узкопрофильные специалисты зачастую не имеют представления о том, что главная их задача, в том числе и на примере поддержания собственного здоровья, - это профилактика, а не только лечение болезней (холецистита, аппендицита и др.) своих пациентов.

Вспоминается случай, когда доцент одной из хирургических клиник, у которого было одновременно острое нарушение мозгового кровообращения и множественные переломы костей конечностей, в реабилитационном периоде отказался от приема препаратов кальция, коллагена и аминокислот для мозга и сосудов (вазаламина, хондрамина, коллоидных минералов), абсолютно не понимая, что в свои 50 лет вступил в биологический период "обвального" старения.

В результате из-за своего амбициозно-узкопрофильного мировоззрения через год оказалось, что во рту у него почти не

осталось зубов. И подобных примеров можно приводить множество. Опять вспоминается изречение К. Пруткина: "Узкий специалист подобен флюсу. Его полнота - односторонняя".



## ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

*Уважаемые коллеги!*

Приглашаем вас принять участие в межрегиональной научно-практической конференции

### «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2 декабря 2009 г., Свердловская обл., г. Екатеринбург.

**Форма проведения:** дискуссионный клуб организаторов здравоохранения.

#### **ОРГАНИЗАТОРЫ:**

Правительство Свердловской области,  
Министерство здравоохранения Свердловской области,  
ГУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»,  
Свердловский филиал ГУ Научный центр здоровья детей РАМН,  
ГОУ ДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономический проблем здравоохранения»,  
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

#### **ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ**

**Председатель** - Климин В.Г., министр здравоохранения Свердловской области, д.м.н., профессор.

#### **Сопредседатели:**

Блохина С.И., директор ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», д.м.н., профессор, засл. врач РФ;  
Ковтун О.П., проректор по научной работе УГМА, д.м.н., профессор;  
Блохин А.Б., директор ГОУ ДПО НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем»,  
д.м.н., профессор, засл. врач РФ.

#### **ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ**

Место проведения: Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Акад. Бардина, 9а

Время проведения: 2 декабря 2009 г., 10.00 – 17.00.

Начало регистрации: 2 декабря 2009 г., в 9.00.

#### **НАУЧНАЯ ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ**

Социально-демографическая безопасность Уральского региона.

Общественное здоровье нации и устойчивое экономическое развитие здравоохранения.

Медицинские инновации в охране здоровья детей.

Системы менеджмента качества в здравоохранении.

Инновации в экономике больничного хозяйства.

Подробная информация о проведении конференции будет размещена на сайте ГУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»»: **[www.bonum.info](http://www.bonum.info)**

### УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ И РЕГИСТРАЦИИ

Регистрация участников организована на сайте НПЦ «Бонум»: [www.bonum.info](http://www.bonum.info)

При регистрации заполняется анкета участника.

Регистрационный взнос составляет:

- **500** рублей для участников из Свердловской области;
- **1000** рублей для участников в режиме телемоста;
- **1500** рублей для участников других территорий.

Оплата регистрационного взноса осуществляется переводом на расчетный счет либо непосредственно при регистрации на конференции.

**Регистрация участников на сайте продолжается до 15 ноября 2009 года.**

Заявки на доклады принимаются до 15 октября 2009 г. по электронной почте: [ekavlasova@bonum.info](mailto:ekavlasova@bonum.info)

### ПУБЛИКАЦИИ И ТЕЗИСЫ

Статьи по тематике конференции «**Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения**» принимаются до **15 октября 2009г.** по электронной почте [redactor@sys-int.ru](mailto:redactor@sys-int.ru)

Оплата за статью в размере **500** рублей переводится на расчетный счет НПЦ «Бонум» с указанием «За публикацию статьи». Для аспирантов публикации бесплатные.

Требования к оформлению статей размещены на сайте [www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

### БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:

Получатель платежа: ГРКЦ ГУ Банка России по Свердловской области г. Екатеринбург

620149, г. Екатеринбург, ул. Акад. Бардина, 9а.

ИНН 6658090050,

р/с 40603810000001000001

л/с 03622020660, БИК 046577001

ОКОНХ 91511 ОКПО 16769234 КПП 667101001

### **Обязательно заполнение поля 104.**

В назначении платежа указать: доходы от оказания услуг (Ф.И.О., за что производится оплата: регистрационный взнос, публикация статьи).

### ВЫСТАВКА

Научную программу конференции дополнит специализированная медицинская выставка. Тематика выставки: медицинское оборудование и программное обеспечение для медицинских учреждений.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Контактный телефон Ученого секретаря научно-практического центра «Бонум»: (343) 240-02-38, 240-42-68, **Власова Екатерина Валерьевна**, e-mail: [ekavlasova@bonum.info](mailto:ekavlasova@bonum.info)

Координатор конференции: **Мусиенко Артем Валерьевич** (343) 240-02-38, 240-42-68, e-mail: [bonum@bonum.info](mailto:bonum@bonum.info)