

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Кировская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Департамент здравоохранения Кировской области
Кировское областное государственное казенное учреждение здравоохранения
«Областной клинический противотуберкулезный диспансер»



Актуальные вопросы современной фтизиатрии и пульмонологии. Инновационные образовательные технологии в высшей школе

**Материалы очно-заочной межрегиональной
научно-практической конференции с международным
участием, посвященной 25-летнему юбилею
кафедры фтизиатрии
Кировской государственной медицинской академии**

3-4 июня 2014 года

г. Киров

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Кировская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Департамент здравоохранения Кировской области
Кировское областное государственное казенное учреждение здравоохранения
«Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

**Актуальные вопросы современной
фтизиатрии и пульмонологии.
Инновационные образовательные
технологии в высшей школе**

**Материалы очно-заочной межрегиональной
научно-практической конференции с международным
участием, посвященной 25-летию юбилею
кафедры фтизиатрии
Кировской государственной медицинской академии**

3-4 июня 2014 года

г. Киров

УДК 616.24: 616.24 – 002.5 (063) + 378.6 (063)

ББК 54.12 + 55.4 + 74.58

А 43

Актуальные вопросы современной фтизиатрии и пульмонологии. Инновационные образовательные технологии в высшей школе: материалы очно-заочной межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию кафедры фтизиатрии Кировской государственной медицинской академии /Под ред. Н.К. Мазиной, Л.А. Копысовой, Е.Г. Фесюк, И.А. Коковихиной – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2014. – 334 с.

В сборнике материалов конференции представлены работы, подготовленные врачами-фтизиатрами, пульмонологами, преподавателями Кировской ГМА и других медицинских образовательных организаций города Кирова, России и ближнего зарубежья. Представленные материалы являются актуальными и отражают проблемы современной фтизиатрии и пульмонологии, дают представление об инновационных образовательных технологиях в высшей медицинской школе.

Материалы конференции будут интересны студентам, интернам, ординаторам, аспирантам, преподавателям медицинских вузов, фтизиатрам, пульмонологам и врачам других специальностей.

Главный редактор д.м.н. доцент Н.К. Мазина

Зам. главного редактора к.сх.н. доцент Л.А. Копысова

Ответственный редактор к.м.н., доцент Е.Г. Фесюк

Технический редактор И.А. Коковихина

Содержание

ЧАСТЬ I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ	9
РАЗДЕЛ 1. ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ФТИЗИАТРИИ	10
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ КИРОВСКОЙ ГМА <i>Фесюк Е.Г., Милеева Л.М., Бажина О.А., Братухина Н.Н., Колотова Е.А.</i>	10
ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Фесюк Е.Г., Новиков В.Г., Булатов О.Ф.</i>	19
РАЗДЕЛ 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	30
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ <i>Фесюк Е.Г., Новиков В.Г., Булатов О.Ф., Мясникова Т.В.</i>	30
СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013 ГОД <i>Новиков В.Г., Булатов О.Ф., Фесюк Е.Г.</i>	47
ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ <i>Колосова Е.А., Поздеева Н.В., Поготовко А.А.</i>	55
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОДРОСТКОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ <i>Вычужганина Е.Ю., Валова Н.В.</i>	59
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Коковихина И.А.</i>	60
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ УИС КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Жалин К.А.</i>	64
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГРАЖДАНСКОМ И ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011- 2013 ГОДЫ <i>Боровицкий В.С., Рябов В.В., Шемяков О.В.</i>	66
ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ <i>Мелехин К.Ю., Трекин И.А.</i>	68
РАЗДЕЛ 3. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика ТУБЕРКУЛЕЗА	88

<p>ДИАСКИНТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ <i>Поздеева Н.В., Воробьева М.А.</i>.....</p>	<p>88</p>
<p>ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ <i>Куклина С.А., Серкина Е.А.</i>.....</p>	<p>90</p>
<p>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА <i>Гудаев А.А.</i>.....</p>	<p>96</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ С НАЛИЧИЕМ ОТЯГОЩАЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>.....</p>	<p>100</p>
<p>КЛИНИКО–РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ <i>Ильина Е.Л., Фесюк Е.Г.</i>.....</p>	<p>102</p>
<p>ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА <i>Барамзина С.В., Бондаренко А.Л., Мясникова Т.В., Гусельникова Я.С.</i>.....</p>	<p>107</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ, ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЕГКИХ <i>Семенухин А.В., Багаев В.И., Злоказова М.В.</i>.....</p>	<p>113</p>
<p>ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Фесюк Е.Г., Ренжина О.В., Мясникова Т.В., Тюфякова С.С.</i>.....</p>	<p>116</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>.....</p>	<p>122</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВИЧ-СТАТУС ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ <i>Боровицкий В.С.</i>.....</p>	<p>123</p>
<p>Раздел 4. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза.....</p>	<p>125</p>
<p>ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Коковихина И.А., Эсаулова Н.А.</i>.....</p>	<p>125</p>
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА <i>Милеева Л.М., Пересторонина Н.В.</i>.....</p>	<p>130</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИЧ-</p>	

СТАТУСА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>	133
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ РЕЦИДИВАХ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>	135
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>	136
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ У БОЛЬНЫХ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Боровицкий В.С., Шемяков О.В.</i>	137
ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПОПУЛЯЦИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ) <i>Боровицкий В.С.</i>	140
Раздел 5. Внелегочный туберкулез	142
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>Лекомцева Е.Б., Никулин В.А., Конопаткин М.А., Мясникова Т.В.</i>	142
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ <i>Пестриков А.И.</i>	148
Раздел 6. Лечение туберкулеза	157
ТЕХНОЛОГИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Пеленёва И.М., Цгоева Е.А.</i>	157
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ <i>Ильина Е.Л.</i>	168
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОЛЛАГЕНОВОЙ ГУБКИ ПРИ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОМ ПНЕВМОЛИЗЕ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ <i>Зыков Г.А., Мохирев А.И.</i>	172
НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КОГКУЗ КОКПТД <i>Свинцов А.Е.</i>	174

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>	185
ОСОБЕННОСТИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ IIБ И СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ <i>Боровицкий В.С.</i>	187
ЭФФЕКТИВНОСТЬ IIБ И СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФСИН <i>Боровицкий В.С.</i>	189
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АКШ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ <i>Сабилова Э.Ю., Чичерина Е.Н.</i>	191
Раздел 7. Профилактика туберкулеза	194
ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ <i>Вычужганина Е.Ю., Миронина В.Б., Валова Н.В.</i>	194
ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Даровских С.В.</i>	196
Раздел 8. Пульмонология. Социально-психологические и деонтологические аспекты во фтизиатрии	201
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.</i>	201
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ <i>Падыганова А.В., Чичерина Е.Н., Порубова В.П.</i>	202
СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Ощепков Д.С.</i>	204
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И КАЧЕСТВ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ <i>Тимина Т.И., Касимова С.Г., Новиков В.Г.</i>	207

ЧАСТЬ II. ИННОВАЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ.....	219
АДАПТИВНАЯ МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ <i>Новгородцева И.В.</i>	220
«БЕЛЫЙ ЦВЕТOK» РАСЦВЕТАЕТ (ИЗ ОПЫТА ПРОВЕДЕНИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ АКЦИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА) <i>Елсукова Е.П.</i>	225
ИЗУЧЕНИЕ ЭМПАТИИ УЧАЩИХСЯ 10-12 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ <i>Пегушина Д.А.</i>	229
ИННОВАЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ <i>Сысоев П.Г., Русских О.Е., Ваганова У.С., Полищук А.В.</i>	233
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ <i>Дмитриевых И.Л.</i>	235
К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОЙ ГМА К ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ «ПЕРЕВОДЧИК В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ» <i>Агалакова Т.Б., Мошанова Т.Л., Шашкина Е.М.</i>	238
КАК ЭФФЕКТИВНО ОРГАНИЗОВАТЬ УЧЕБНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПО ОСВОЕНИЮ ЯЗЫКОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И УПРАВЛЯТЬ ЕЮ <i>Огородникова Н.В.</i>	244
МЕТОД ОПЕРЕЖАЮЩЕЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЛОК-СХЕМ <i>Ракишева А.С., Репина Ю.В.</i>	246
МОТИВАЦИЯ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОЙ ГМА <i>Фесюк Е.Г.</i>	249
ОПТИМИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ УТОМЛЕНИЯ <i>Серкина Е.А., Куклина С.А.</i>	254
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ИНТЕГРАТИВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЭКСПЕДИЦИЙ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ <i>Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А.</i>	257
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ	

<i>Милеева Л.М., Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Колосова Е.А., Свинцов А.Е.</i>	263
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ЗАСЕДАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ, ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ)	
<i>Скрябина Л.В.</i>	267
ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ ОБЩЕПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	
<i>Вычужжанина Е.Ю., Григорович М.С.</i>	272
ПРИМЕНЕНИЕ МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ КИРОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	
<i>Поздеева Н.В., Фесюк Е.Г., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А., Свинцов А.Е.</i>	274
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ «ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МАСТЕРСКИЕ» НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ» У КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	
<i>Козвонина Е.М.</i>	278
ПРОЯВЛЕНИЕ ИНТЕЛЛИГЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	
<i>Новгородцева И.В., Булатова С.А.</i>	282
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ АУДИОВИЗУАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБРАЗОВАНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ	
<i>Свинцов А.Е.</i>	288
РОЛЬ НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	
<i>Колеватых Е.П., Трофимова Н.П., Зайцева И.В., Смирнова А.И.</i>	294
РОЛЬ ПСИХОГИГИЕНЫ В ПЕДАГОГИКЕ	
<i>Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.</i>	305
РОЛЬ «ДНЯ САМОУПРАВЛЕНИЯ» В ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ	
<i>Коковихина И.А., Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Милеева Л.М., Колосова Е.А.</i>	309
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
<i>Копысова Л.А.</i>	312
ТЕМАТИЧЕСКАЯ ИГРА В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ	
<i>Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А.</i>	323
ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ	
<i>Бельтюкова О.В.</i>	330

Часть I

**Актуальные вопросы
современной фтизиатрии и
пульмонологии**

Раздел 1

Исторические этапы развития фтизиатрии

Статья

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ КИРОВСКОЙ ГМА

Фесюк Е.Г., Милеева Л.М., Бажина О.А., Братухина Н.Н.,
Колотова Е.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

История кафедры фтизиатрии тесно связана с историей Кировской государственной медицинской академии, которая была открыта на Вятке 2 апреля 1987 года в статусе филиала Пермского государственного медицинского института по Распоряжению Совета Министров СССР.

История кафедры начинается с создания курса туберкулеза. Курс туберкулеза был организован приказом МЗ РСФСР №122 от 27 июня 1989 года при кафедре внутренних болезней Кировского филиала Пермского ГМИ. У истоков зарождения курса находились врачи – фтизиатры практического здравоохранения - Филиппов Владислав Николаевич (ныне заведующий 2-го диагностического отделения областного противотуберкулезного диспансера) и Милеева Людмила Михайловна (с февраля 2004 года врач-фтизиатр ФКУ СИЗО - 2 УФСИН РФ по Кировской области, а с 2009 года внешний совместитель на кафедре фтизиатрии). Курс туберкулеза располагался на базе Кировского областного клинического противотуберкулезного диспансера (КОКПТД) по адресу: пр. Строителей, 25 и имел площадь 101 кв. м. в здании нынешней бактериологической лаборатории с отдельным входом, ассистентской, лабораторией, 2 учебными комнатами.

Первым сотрудником курса был Филиппов Владислав Николаевич, на его плечи были возложены первые организационные вопросы существования курса. С 2.01.1990г заведующим курса была назначена Милеева Людмила Михайловна. С 1990 года на курсе обучались студенты лечебного факультета, туберкулез как дисциплина изучался не цикловым методом на 3 курсе. Лекции студентам читались доцентом Пермского ГМИ Черкасовым Владимиром Аристарховичем на базе областной клинической больницы. С 25.05.1990 года заведовать курсом туберкулеза пригласили профессора из Семипалатинского ГМИ, д.м.н. Зиновьева Иллариона

Павловича (работал в должности заведующего до 2007 года, затем в должности профессора, в августе 2013 года скончался от тяжелой болезни). Из противотуберкулезного диспансера для работы со студентами были приглашены опытные врачи-фтизиатры: в 1991 году - Леденцова Нина Андреевна (на кафедре работала до 1993 года, затем врач-фтизиатр 2-го легочного отделения, скончалась в связи с тяжелой болезнью в июле 2009 года), в 1993 году - Колосова Елена Алексеевна (ныне врач-фтизиатр детского отделения областного противотуберкулезного диспансера и внешний совместитель кафедры фтизиатрии с 2009 года). Именно усилиями перечисленных выше лиц первые 5 лет создавалась и укреплялась материальная база кафедры, проводился ремонт выделенных на базе КОКПТД помещений, подбор кадров для вновь организованного курса, оснащение мебелью, наглядными пособиями, негатоскопами, методическими разработками, рентгенархивами, составлялся первый типовой договор между филиалом Пермского ГМИ в г. Кирове и КОКПТД, первые программы дисциплин, расписания учебных занятий, планы работ курса и индивидуальные планы преподавателей. При этом использовался опыт других кафедр академии, кафедр туберкулеза Пермского ГМИ, Семипалатинского ГМИ.

С приходом на кафедру профессора Зиновьева И.П. занятия со студентами на кафедре стали проводиться модульно - цикловым методом и лекции студентам с применением диапроектора читал уже в полном объеме профессор кафедры. Внедрялся метод письменного непрерывного тестового контроля. В ходе практических занятий студенты готовили рефераты по темам дисциплины, оформляли истории болезни, проводили клинические разборы, решали ситуационные задачи, работали с рентгенограммами по всем клиническим формам туберкулеза, вели амбулаторный прием в диспансерных отделениях, просматривали первые приобретенные учебные фильмы по туберкулезу на киноустановке «Украина». Площади кафедры были увеличены с пуском в эксплуатацию 2-го нового лечебного корпуса КОКПТД до 341,47 кв. м., на кафедре уже имелось 12 комнат (4 учебные комнаты, лекционный зал (40,62 кв. м.) на 54 места, лаборантские, ассистентские). Клиническая база курса - Кировский областной противотуберкулезный диспансер 1 категории, отвечал требованиям, предъявляемым к клиническим базам курса по изучаемой дисциплине.

С 1991 года студенты лечебного факультета стали обучаться на кафедре на 4 курсе. С 1992 года стал проводиться цикл

фтизиопульмонологии для студентов 5 курса педиатрического факультета, а с 1993 года - циклы по туберкулезу для субординаторов-терапевтов и педиатров. В июне 1993 года состоялся первый выпуск врачей. В государственной аттестации выпускников по разделу «Фтизиатрия» принимали участие и сотрудники кафедры. Студенты на экзамене решали ситуационные задачи и оценивали рентгенограммы. В сентябре 1993 г. курс туберкулеза по ходатайству зав. кафедрой и поддержке руководства при наличии достаточных штатов профессорско-преподавательского состава, хорошей материальной базы реорганизован в кафедру туберкулеза Кировского филиала Пермской ГМИ. В этом же году были открыты на кафедре клиническая ординатура и интернатура по специальности «Фтизиатрия». Первым ординатором на кафедре стала Колосова Елена Алексеевна, первым интерном - выпускница Кировского филиала Пермской ГМИ Вычугжанина Елена Юрьевна. После успешной первой государственной аттестации выпускников в мае 1994 года Правительство Российской Федерации приняло Постановление о создании Кировского государственного медицинского института и кафедра туберкулеза стала уже структурным подразделением Кировской ГМИ. Это был организационный этап в развитии кафедры фтизиатрии.

С 1994 года на кафедре отмечен приток молодых специалистов - после интернатуры пришли работать по приглашению заведующего кафедрой и рекомендациям руководства диспансера Фесюк Елена Геннадьевна (ныне зав. кафедрой фтизиатрии Кировской ГМА) и Вычугжанина Елена Юрьевна (сотрудник кафедры до февраля 2006 года, ныне доцент, к.м.н. кафедры семейной медицины ИПО Кировской ГМА), которые быстро включились в учебную, лечебную и научную работу кафедры под руководством своих опытных коллег – Зиновьева Иллариона Павловича и Милеевой Людмилы Михайловны.

В период с 1994 по 1999 годы большое внимание уделялось на кафедре лечебной работе. В 1995 году по инициативе профессора Зиновьева И.П. и поддержке руководства и сотрудников противотуберкулезного диспансера создано общество врачей фтизиатров Кировской области, председателем которого стал Зиновьев И.П. С 1999 года на кафедре проводятся сертификационные циклы по фтизиатрии, в том числе выездные в г. Сыктывкар. В данный период активно внедряется в учебный процесс постановка пробы Манту с 2 Т.Е. студентам учебных групп на цикле по фтизиатрии с целью раннего и своевременного выявления туберкулеза. Так же в это время сотрудниками кафедры было

пролечено и проконсультировано наибольшее количество больных, они активно выступали с докладами на врачебных, патологоанатомических конференциях, выезжали в районы области и учреждения УИН с консультативной целью.

С 1996 года на кафедре открывается аспирантура. Первым аспирантом становится Некрасов Сергей Владимирович (ныне генеральный директор ООО «Формед»). В ноябре 1998 года в Москве проводится первая защита кандидатской диссертации ассистента кафедры соискателя Милеевой Людмилы Михайловны, в январе – феврале 2000 года успешно защитили свои работы соискатели Вычугжанина Елена Юрьевна, Фесюк Елена Геннадьевна и аспирант очной формы обучения Некрасов Сергей Владимирович. Работы были посвящены изучению клинко-иммунологических особенностей туберкулеза органов дыхания в разных возрастных группах. За данный период сотрудниками кафедры было опубликовано наибольшее количество научных работ, составлено актов внедрения в клиническую практику. Свой вклад в науку внесли и обучающиеся в это время ординаторы кафедры - Сазонова М.А., Шулакова С.В., Шильникова Е.В., занимавшие призовые места на конференциях молодых ученых и студентов разного уровня. Это был научный этап в развитии кафедры фтизиатрии.

В 1999 году состоялся 8-й выпуск врачей Кировской ГМИ, и на основании рекомендации государственной аттестационной комиссии Министерство здравоохранения РФ присвоило Кировскому государственному медицинскому институту высокий статус – академия, а кафедра туберкулеза Кировской ГМИ переименовывается в кафедру фтизиопульмонологии Кировской ГМА. В 2000 году организуются и проводятся на кафедре первые курсы профессиональной переподготовки по фтизиатрии (первый слушатель - Асадуллина Нефисе Везиховна). С 2000 года на кафедре обучаются студенты на коммерческой основе, с 2001 года проводятся элективные циклы для студентов 6 курса лечебного и педиатрического факультетов, с 2002 года обучение студентов 4 курса лечебного факультета по основной дисциплине в соответствии с новыми учебными планами переносится на 5 курс. С 2000/2001 года к чтению лекций (до 30% лекционного курса) на кафедре привлекаются остепененные к этому сроку сотрудники кафедры: Милеева Людмила Михайловна, Вычугжанина Елена Юрьевна, Фесюк Елена Геннадьевна. Для лекций в качестве технического средства все чаще стал использоваться оверхед-проектор. С 2000 года преподаватели кафедры

(вначале Милеева Людмила Михайловна, затем Вычугжанина Елена Юрьевна и Фесюк Елена Геннадьевна) ежегодно выезжают в г. Сыктывкар для чтения курса лекций по фтизиатрии и проведения консультаций к государственным экзаменам, участвуют в его приеме у студентов лечебного факультета Коми филиала (Коми филиал Кировской ГМА в г. Сыктывкаре начал свою работу 12 мая 1996 года и в 2006 году состоялся первый выпуск студентов, прошедших полный курс обучения в г. Сыктывкаре).

В это же время приобретаются на кафедру первый компьютер для улучшения документооборота, телевизор, видеомагнитофон для просмотра видеофильмов. С сентября 2004 и 2006 года на кафедре после ординатуры уже работают бывшие выпускники нашей академии Поздеева Наталья Владимировна (по настоящее время сотрудник кафедры и с 2011 года на условиях внутреннего совместительства специалист по учебно-методической работе ИПО Кировской ГМА), Коковихина Ирина Алексеевна (по настоящее время ассистент кафедры на условиях внутреннего совместительства, с 2010 года начальник аспирантуры Кировской ГМА). В 2007 году защищает кандидатскую диссертацию Поздеева Н.В. Ее диссертация посвящена изучению инфицированности и проблеме раннего и своевременного выявления туберкулеза у студентов учебных медицинских учреждений.

В сентябре 2007 года заведующим кафедрой руководством академии назначается к.м.н., заслуженный врач РФ Андрей Маратович Эпштейн (с 2008 года он директор клиники Кировской ГМА, с 2013 года работает в системе УФСИН РФ по Кировской области). С этого времени начинается инновационный этап в развитии кафедры – активно осуществляется подготовка лекций-презентаций по лекционному курсу для студентов лечебного и педиатрического факультетов, внедряется итоговое компьютерное тестирование студентов в конце цикла на базе ИВЦ Кировской ГМА, перерабатываются рабочие программы по дисциплинам.

С июня 2008 года возглавляет кафедру доц., к.м.н. Елена Геннадьевна Фесюк. В последующие годы под ее руководством продолжают внедряться новые инновационные методы обучения студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей ИПО, большое внимание уделяется воспитательной и учебно-методической работе на кафедре. В 2008 году оформляются альбомы цифровых рентгенограмм, альбомы по самостоятельной работе студентов на кафедре, проводится первый городской конкурс санбюллетеней с участием студентов, посвященный

здоровому образу жизни. Проведение таких конкурсов на кафедре в дальнейшем становится традиционным. С 2009 года ежегодно в учебном процессе для студентов реализуются интегративные образовательные экспедиции в противотуберкулезные учреждения Кировской области, проводятся тематические игры во время обучения студентов на цикле по фтизиатрии.

В этом же году на кафедре, изучив опыт других кафедр, был организован студенческий кружок. В последующем ежегодно 5-6 студентов и более 5-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов занимаются в студенческом научном кружке. Члены кружка активно участвуют в научно-практических конференциях студентов и молодых ученых разного уровня и занимают призовые места (Морозова И.В., Сычева Н.Ю., Давыдова М.В., Сенникова А.Ю. и др.). Участие в работе кружка позволяет студентам реализовать себя в качестве молодых ученых.

С 2010 года для студентов проводится на кафедре День самоуправления и создаются сотрудниками первые видеофильмы по фтизиатрии. С 2011 года с целью повышения эффективности обучения в учебный процесс студентов внедряется модульно-рейтинговая система. Ее автором становится Поздеева Наталья Владимировна. В этот же год на кафедре создается электронный банк рентгенограмм для гос. экзаменов и проводится первая научно-практическая конференция для студентов и интернов. В последующие годы проводятся еще 2 конференции, в том числе с участием специалистов противотуберкулезной службы и аспирантов кафедры. Для успешного усвоения учебного материала на кафедре применяются, кроме перечисленных выше интерактивных методов и традиционных форм обучения, внедренных в предыдущие годы, и другие методические формы преподавания, такие как моделирование клинических ситуаций, деловая и ролевая игра, решение кроссвордов, ребусов. Из активных методов обучения продолжает использоваться работа с малыми группами.

С 2010 года курс лекций на кафедре читает для студентов зав. кафедрой Фесюк Е.Г., от 1 до 5 лекций на цикле - остепененные ассистенты, доценты кафедры (Поздеева Н.В., Милеева Л.М.), при этом, по всему лекционному курсу подготовлены лекции-презентации. Для повышения качества преподавания и систематизации знаний на кафедре созданы полные учебно-методические комплексы по всем преподаваемым дисциплинам, создана кафедральная электронная библиотека, подготовлены учебные пособия по разным разделам фтизиатрии. Для

слушателей сертификационных циклов, профессиональной переподготовки, интернов, ординаторов, частично студентов проводится итоговое компьютерное тестирование с 2010 года на базе кафедры, а не в ИВЦ. Появилась возможность работы с электронным банком рентгенограмм по всем клиническим формам туберкулеза, представления рефератов студентами на занятиях в виде презентаций, просмотра видеофильмов с электронных носителей. Для этого созданы на кафедре все необходимые условия при поддержке руководства академии - приобретены несколько компьютеров, ноутбук, мультимедиа, DVD – плеер. Учебно-вспомогательным персоналом - старшим лаборантом Братухиной Ниной Николаевной и лаборантом Колотовой Еленой Анатольевной под руководством заведующего кафедрой налаживается электронный документооборот и делопроизводство, проводится анализ архивных дел, продолжается изучение истории кафедры, начатое еще Бажиной Ольгой Анатольевной в 2007-2009 годах совместно с Еленой Геннадьевной Фесюк. Решается проблема текучести кадров учебно-вспомогательного персонала. Вследствие устаревания мебели, в 2012 -2014 годы она частично заменена новой.

Научно-педагогические работники кафедры продолжают участвовать в научных исследованиях и разработках по научному направлению «Лекарственно-устойчивый туберкулез». В рамках данного научного направления выполняются 2 диссертации и 3 научные разработки. По результатам научно-исследовательских работ научно-педагогическими работниками кафедры с 2008 по 2013 годы опубликовано 19 статей, в том числе 5 статей в журналах, рекомендуемых ВАК, организовано 13 научных и научно-практических конференций.

Преподаватели кафедры постоянно повышают свой профессиональный уровень. Этому способствует участие в различных конференциях, обмен опытом преподавания на рабочем месте. С 2010 года на кафедре практикуется проведение методологических семинаров, недели открытых уроков. 60 % сотрудников профессорско-преподавательского состава за 2008 - 2011 годы получили дополнительную квалификацию «Педагог высшей школы» (Коковихина И.А., Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В.), трое имеют высшую категорию.

Кафедра фтизиатрии участвует в реализации программы по академической мобильности. Поддерживается деловое сотрудничество и на международном уровне. В 2011 году студентами 5 курса лечебного факультета на одном из циклов был прослушан курс лекций по фтизиатрии

профессора Тернопольского Государственного медицинского университета имени И.Я. Горбачевского.

К учебному процессу на кафедре в данный отрезок времени привлекаются и практикующие специалисты. Ассистентами совместителями на кафедре работали заведующая легочным отделением Ильина Елена Леонидовна (2009 - 2011 годы), врач –фтизиатр диагностического отделения Бажина Ольга Анатольевна (2010 год). В сентябре 2011 года кафедра фтизиопульмонологии переименовывается в кафедру фтизиатрии. С 2012 года на кафедре обучаются студенты стоматологического факультета очной формы обучения. С сентября 2013 года коллектив кафедры пополняется новым ассистентом с 30-летним опытом работы в противотуберкулезных учреждениях - к.м.н. Свинцовым Андреем Евгеньевичем, врачом высшей категории, активно включившимся в учебно-методическую и научную деятельность кафедры.

Большое место в учебном процессе отводится в эти годы на кафедре учебно-воспитательной работе. Ее направленность - формирование культурных, этических, общечеловеческих качеств у будущих врачей. С этой целью на каждом цикле со студентами проводятся различные мероприятия: беседы, тематические игры, учебные экскурсии, посещение музеев, спектаклей. Студенты активно принимают участие в подготовке стенгазет, участвуют в конкурсе санбюллетеней, буклетов, выпуске альбомов, проведении к Всемирному дню борьбы с туберкулезом «Дня Белой ромашки», знакомятся с условиями лечения и реабилитации больных в специализированных учреждениях.

При посещении детских и взрослых специализированных отделений сотрудники кафедры и студенты активно участвуют в проведении акций «В помощь детям», «В помощь социально-дезадаптированным лицам», дарят подарки, книжки, канцтовары, игрушки, вещи, пишут «Письма внимания» с элементами санитарного просвещения по туберкулезу.

Должное внимание на кафедре фтизиатрии уделяется военно-патриотическому и трудовому воспитанию: студенты знакомятся с работой группы «ФРОНТ», экспонатами музея памяти, заслушивают выступления участников Великой Отечественной войны, проводят линейки Памяти, весной и осенью обязательными являются трудовые десанты.

В целом, за 25 лет на кафедре прошли обучение 6891 студент лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов, 31 клинический интерн и ординатор, 4 человека обучалось в аспирантуре, один продолжает обучение, 19 человек прошли профессиональную

переподготовку, проведено 10 сертификационных циклов. Следует отметить, что качество подготовки обучающихся за все годы было на хорошем уровне. Более высокие качественные показатели успеваемости были отмечены у студентов педиатрического факультета, чуть ниже на лечебном факультете. Так, в 2012/2013 году они составили соответственно 100% и 83,2%.

За 25 лет существования на кафедре создан высокопрофессиональный педагогический коллектив, имеющий свои традиции и новаторские замыслы. Безусловно, большая заслуга в этом заведующего кафедрой фтизиатрии, профессора Зиновьева Иллариона Павловича, который более 17 лет руководил ее коллективом. Многим он дал путевку в большую жизнь. Его сегодня нет с нами, но память о нем живет в его делах и сердцах его коллег. Так же в честь памяти этого замечательного человека, врача, ученого, педагога, в связи с 25 –летним юбилеем кафедры, на кафедре организованы уголок и библиотека профессора Зиновьева И.П.

Кафедра имеет популярность среди студентов и коллег. Добросовестное отношение сотрудников к своим профессиональным обязанностям способствовало тому, что в 2002, 2011, 2013 годах кафедра фтизиатрии на конкурсах Кировской ГМА «Кафедра глазами студента» награждена дипломами и денежной премией за 1-е место, в 2012 г.- заняла почетное 2-е место в этой же номинации, в 2009 году вошла в десятку лучших кафедр Кировской ГМА по учебно-методической работе - заняла 4 место, а по итогам 2013 года - уже 3 место.

Многие выпускники - интерны, ординаторы, аспиранты кафедры стали блестящими практическими врачами, учеными, их ценят и уважают в регионе и за его пределами. Так, бывший ординатор кафедры 1995-1997 года обучения Одинцов Виталий Евгеньевич в настоящее время работает в Москве, защитил кандидатскую диссертацию, является главным фтизиатром ГУИН России; Козвонин Валерий Анатольевич (ординатор 1999-2001 года) защитил кандидатскую диссертацию, работает над докторской, является начальником научно-инновационного отдела Кировской ГМА; работают заведующими отделениями в учреждениях противотуберкулезной службы – интерн 2005-2006 года Черанев Александр Васильевич (УФСИН, ЛИУ-12, г.Кирово-Чепецк), интерн 2011-2012 года Сулопарова Ирина Владимировна (Коми Республика, Воркута).

Большую помощь в организации и проведении занятий студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей последипломного обучения на клинической базе оказало руководство и врачи

противотуберкулезного диспансера- Новиков В.Г., Булатов О.Ф., Мясникова Т.В., Краева О.В., Мотовилова В.П., Лисина Т.В., Земцова М.Н., Оганисян Т.А., Мохирев А.И., Горбунов А.С., Данилова И.И., Эсаулова Н.А. и другие. «Искусством и человечностью, трудом и знанием» - это не только девиз Кировской государственной медицинской академии, но и заповедь всех, кто посвящает свою жизнь медицине и самой гуманной профессии на земле – профессии врача.

Статья

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Фесюк Е.Г., Новиков В.Г., Булатов О.Ф.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

В настоящее время туберкулез по-прежнему рассматривается как глобальная и национальная проблема здравоохранения. Это связано с напряженной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу, появлением тяжелых форм заболевания нередко со смертельными исходами. Кроме того, в литературных источниках за последние 10 лет, преимущественно, освещаются вопросы борьбы с туберкулезом в дореволюционной и постреволюционной России, имеются лишь единичные несистематизированные публикации, посвященные изучению истории борьбы с туберкулезом в Кировской области – бывшей Вятке. В данной работе предпринята попытка краткого обобщения богатейшего опыта организации борьбы с туберкулезом в данном регионе, накопленного на протяжении последних двух веков, с выделением основных этапов развития противотуберкулезной службы и лиц, стоящих у истоков диспансера и внесших свой вклад в общее дело борьбы с туберкулезом.

В истории противотуберкулезной службы в Кировской области можно выделить 10 этапов.

I. Дореволюционный – связан с развитием земской врачебной сети и первыми попытками организации общественной борьбы с туберкулезом на Вятке (1870-1918). Важными историческими моментами данного этапа стали следующие события в жизни дореволюционной Вятки:

- 1 сентября 1872 года помощником врача инспектора Ионом Ивановичем Михайловым основано общество врачей города Вятки.
- 4 мая 1875 года обществом открыта бесплатная лечебница для проходящих больных на углу улиц Спасской и Вознесенского (ныне улицы Дрелевского и Ленина), названная «Михайловской лечебницей» в честь И.И. Михайлова, так как он вложил значительные личные средства и силы для ее открытия и существования.
- 14 марта 1895 года президент общества врачей И.И. Михайлов выступил с предложением об организации первого детского санатория в Вятской губернии или детской колонии для детей школьного возраста, предрасположенных к чахотке, с малокровием и золотушных.
- 1 июня 1895 года на Филейке при содействии жены вятского губернатора Елизаветы Сергеевны Треповой был открыт попечительский детский приют ведомственных учреждений императрицы Марии.
- 1898 году общество врачей г. Вятки переименовано в медицинское общество Вятской губернии.
- В 1901 году в Вятке открыто первое попечительское общество народной трезвости.
- В июне 1911 года в г. Вятке открыто отделение Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом.
- 25 июня 1911 года в Вятке, Александровском саду коммерческим клубом проведен первый туберкулезный день - День Белого цветка, Белой ромашки.
- В 1911 году под руководством Блюменталя Филипп Марковича подготовлен проект бактериологического института в Вятке, который открыт в 1913 году. Первым заведующим бактериологического института был приват-доцент Московского университета А.К. Черноцкий, находящийся в ссылке в Вятке. 12 апреля 1914 года открыто новое здание бактериологического института на улице Царевская (ныне Свободы), между улицами Преображенской (ныне Энгельса) и Московской. С 1915 года институт возглавил ветеринарный врач Борисов Б.А. В первое десятилетие советской власти институт переименован в институт эпидемиологии и микробиологии.
- 16 декабря 1913 года в доме Т.Ф. Булычева на Преображенской улице в 5 комнатах была организована Всероссийская выставка по туберкулезу.

II. Постреволюционный – этап становления системы организации противотуберкулезной помощи, открытия противотуберкулезных учреждений и их оснащения (1918-1930).

- 4 февраля 1920 года открыто противотуберкулезное учреждение в г. Вятке на 10-й Советской линии (улица Семеновская, бывший дом Овечкиной). Заведующим туберкулезной секцией губздравицы стал Крестьянинов Николай Иванович, заведующим первым противотуберкулезным учреждением - Тихон Петрович Панченков, первый врач рентгенолог – Моисеев.
- 25 июля 1920 года открыта амбулатория – диспансер с госпитальным отделением на 20 коек в купеческом особняке на улице Воровского 20.
- В октябре 1920 года на противоположной стороне улицы был открыт детский дошкольный тубсанаторий на 35 мест.
- В 1920 году заложены основы бактериологической службы Кировской области - появилась бактериологическая лаборатория. Первая лаборантка диспансера В.В. Панченкова. Она выполняла исследование мокроты методом микроскопии по Циль-Нильсену.
- Со 2 марта 1922 года стали еженедельно проходить по субботам (а ныне по четвергам) научные заседания врачей диспансера.
- В 1923 году на территории бывшей губернской больницы в трехэтажном здании на улице Маклина открыт санаторий «Зимний» для больных туберкулезом на 40 коек, названный так в связи с тем, что на летнее время санаторий со всем персоналом, оборудованием и больными переправлялись в сосновый бор вблизи г. Советск (заведующий санатория – Аронштам А.А.). Санаторий просуществовал до 1935 года.
- В 1923 году открыт амбулаторный прием по костно-суставному туберкулезу.
- В 1924 году открыт рентгенкабинет.
- В 1925 году в Вятке был впервые наложен искусственный пневмоторакс врачом Петровой А.П. больному Веселкову.
- В 1925 году открыт амбулаторный прием по детскому туберкулезу.
- С 1925 года диспансер выпускает газету «Победа над туберкулезом», девиз газеты - «Борьба в единении труда и науки», выпуск вначале был 300 экземпляров, к 1930 году - 1000.
- В 1925 году открывается противотуберкулезный диспансер в г. Омутнинске.
- В 1926 году организован первый туберкулезный пункт в Лебяжье.
- В 1927 году - открытие противотуберкулезного диспансера в г. Слободском.
- В 1929 году - открытие противотуберкулезного диспансера в г. Советске.

- В 1929 году произошло объединение «Зимнего» санатория и туберкулезного диспансера с образованием туберкулезного объединения Вятского гор.здрава.
- В 1930 году состоялось открытие противотуберкулезного диспансера в г. Котельниче.

III. Этап первоочередных противотуберкулезных мероприятий среди рабочих ведущих отраслей промышленности с привлечением к этой работе специалистов общей сети здравоохранения (1930 -1935).

- В диспансере организован институт социальной помощи, в него входили врач и несколько сестер – обследовательниц.
- Создавались на предприятиях противотуберкулезные ячейки, в них входили врач, сестра противотуберкулезной службы и врач предприятия.
- 15 февраля 1930 года открыт ночной санаторий в г. Вятке на 30 коек для рабочих и служащих в здании по улице Карла Маркса (просуществовал до 1936 года).

IV. Этап расширения противотуберкулезной сети города Кирова и Кировской области (1935- 1940).

- С 1930 года туберкулезная амбулатория располагается на улице К. Маркса (бывшее здание гор.совета).
- С 1932 года амбулатория - диспансер переведен на Воровского 26.
- В 1932 году введен в амбулатории прием по костно-суставному туберкулезу.
- С 1935 года создан круглосуточный санаторий Русский Турек (с 1935-1937 год осуществляет лечение легочных больных, с 1937 года – лечение костно-суставного туберкулеза, мощность - 180 коек, в последующем перепрофилирован). С момента организации его возглавлял Дич Г. М., с 1940 года Эверт Э.К., с 1942 – 1944 год Вановская Г.И., с 1944 - Вольдейт В.А., с 1972 - Родыгин В.К., с 1975 - Зяблицев В.М., с 1979 - Бакшаев Г.И., с 1986 г. – Жуков В. Т.
- С 1935 года была широко развернута работа по трудоустройству больных туберкулезом.
- В 1935 году закрыт ночной тубсанаторий на улице Карла Маркса и в его здание был переведен сначала санаторий «Зимний», а затем в 1937 году переведена амбулатория диспансера.
- В 1937 году в 12 км от г. Кирова в зданиях дома отдыха организован «Загородный» туберкулезный санаторий на 70 коек для взрослых больных туберкулезом, ныне санаторий «Быстрица» (главный врач Вылегжанин М.И.).

- В 1937 году начато и в 1939 году закончено строительство двух каменных корпусов на усадьбе тубдиспансера. В этих зданиях с центральным отоплением и канализацией были открыты легочный санаторий для взрослых на 75 коек (первый заведующий легочным отделением - Книзе М.А., с 1959 по 1964 год - В.Н. Глухова, с 1967 года - Мирзоянц Е.А., с 1983 года – Лисина Т.В.) и костный санаторий для детей на 100 коек (первый заведующий Ботвин И.И., далее Вылегжанин М.И., Жилин Н.П., Белоросова В.Н. до 1950 года).
- В 1937 году постепенно произошла концентрация всех туберкулезных учреждений диспансера на одной территории – в квартале между улицами Воровского- Красноармейской –Карла Маркса – Дерендяева. Диспансер к 1940 году насчитывал 270 коек.
- В 1939 году открыты туберкулезные пункты в городах Нолинск, Малмыж, Яранск, Уржум, Вятские Поляны, Санчурск.

V этап охватывает годы Великой Отечественной войны – военный (1941 -1945г.г.).

- С 1941 года все помещения стационаров областного тубдиспансера, кроме детского дневного санатория, были переданы под госпитали. Легочные больные были переправлены в «Загородный» санаторий и в г. Советск. Больные костно-суставным туберкулезом – только в Советск, где было развернуто 150 коек. Один из корпусов был отдан для больных костно-суставным туберкулезом. С началом войны большинство медперсонала, включая врачей, были мобилизованы в ряды Советской Армии.
- Во время войны большую помощь диспансеру оказали находившиеся в эвакуации профессор А.Я. Цигельник, Л.А. Эмдин, доцент С.П. Гефтер.
- В 1943 году проведено первое переливание крови по назначению профессора А.Я. Цигельника, впервые Гефтер С.П. наложил пневмоперитонеум.
- С 1944 года выделено поликлиническое отделение-амбулатория (заведующий Симонов В.С). Введен участковый принцип работы врачей фтизиатров. С 1947 года в амбулатории появился свой рентгенкабинет. С 1978 года диспансерным отделением заведует Оганесян Т.А.
- В 1945 году была впервые выполнена в Вятке операция – экстраплевральный пневмолиз.

VI. Послевоенный - этап восстановления и реконструкции противотуберкулезной сети после войны и создания условий для массовых

мероприятий по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза (1946-1950).

- В 1946 году открывается первый физиотерапевтический кабинет.
- С 1948 года организована зубоврачебная помощь больным туберкулезом.
- С 1948 года общая лечебная сеть и санитарно-эпидемиологическая служба стали принимать участие в противотуберкулезной работе.
- С 1948 года организована вакцинация, ревакцинация против туберкулеза.
- В 1948 году открывается хирургическое отделение (заведующая Нырнова Е.А.).
- В 1948 году впервые проведена торокоскопия (врач Жилин и Нырнова).
- 28 января 1949 года проведено первое пережигание спаек.
- В послевоенные годы врачом Книзе М.А. наложен первый пневмоперитонеум.
- 20-22 ноября 1948 года проведена первая областная противотуберкулезная конференция.
- В 1949 году организован Талицкий детский туберкулезный санаторий (первый главный врач Веревкин А. Н., с 1980 года Бушмелев А. П., в настоящее время Карасев И. В.).

VII. Этап проведения массовых лечебно-профилактических мероприятий (1951- 1960).

- В 1951 году открывается рентгенологическое отделение с флюорографической станцией (заведующий - Хатылов М.А., в последующие годы Типун В.М.).
- В 1952 году открывается клиническая лаборатория. С 1994 года заведовала клинико-диагностической лабораторией Сунцова Н.А., затем Белякова Е.Ю., с 2007 года Гудаев А.А.
- В 1953 году в лабораторную практику вошли биохимические исследования.
- В 1953 году выполнена 1-я бронхоскопия (Волков Г.К.).
- В 1954 году открыто детское отделение на 30 коек (первая заведующая Праздникова Е.А., с 1964-1966 годы Байгильдина С.И., в последующие годы Данилова И.И.).
- В 1956 году открывается специализированное пульмонологическое хирургическое отделение (первый заведующий Тавровский В.М. - пионер резекционной хирургии и перидуральной анестезии, с 1967 года Сутягин В.И., с 1980 года Мохирев А.И.).
- С 1956 года применяется первое анестезиологическое пособие.
- В 1957 году выполнена первая резекция.

- С 1957 года работает бактериологическое отделение, освоен «золотой стандарт» выделения микобактерий туберкулеза – метод посевов (врач Трапезникова Л.Г.), с 70-х годов осваивается метод люминесцентной микроскопии. В 1988 году создана централизованная бактериологическая лаборатория (с 1987-1994 г- заведующая Жигалова В.П., с 1994 года - Эсаулова Н.А.)

VIII. Этап формирования единой системы организации противотуберкулезной помощи населению (1960 - 1966).

- Характеризуется дальнейшим снижением заболеваемости туберкулезом.
- Работа по борьбе с туберкулезом в регионе проводилась комплексно лечебно-профилактическими учреждениями общей сети, противотуберкулезной службой и санитарно-эпидемиологическими станциями.
- Специализированная медицинская помощь на местах оказывается в противотуберкулезных диспансерах, тубкабинетах ЦРБ, туберкулезных больницах и санаториях.
- Методическими и научными центрами организации противотуберкулезной помощи в регионе становятся научно-исследовательские институты туберкулеза.
- Управление системой противотуберкулезной помощи в стране осуществляется МЗ СССР.
- С 14 октября 1964 года организована анестезиологическая группа (первый заведующий Левченко Н.Т.).
- С 1965 года организован анестезиологический блок, в 1992 году анестезиологическое отделение преобразовано в реанимационное отделение (заведующий Левченко Н.Т., в последние годы –Русинов Г.С.).
- В 1965 году организован кабинет функциональной диагностики.

IX. Этап укрепления материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, осуществления массовых профилактических мер, повышения качества диагностики и лечения больных туберкулезом (1967- 1993).

- В декабре 1976 года утвержден проект строительства комплекса зданий областного тубдиспансера на Строителей 25.
- В августе 1986 года вступило в строй первое пятиэтажное здание нового областного диспансера на 340 коек по адресу: проспект Строителей, дом 25. Здесь открыты следующие отделения: хирургия совместно с реанимацией, детское, диагностическое, легочное, бактериологическая лаборатория, клиническая лаборатория.

- В 1983 году разработана первая целевая программа ускорения темпов снижения заболеваемости туберкулезом в области на 5 лет.
- С 1977 по 2003 год зам. главного врача по лечебной работе беспрерывно работала Мотовилова В.П., с 2004 года – Мясникова Т.А.).
- В 1986 году открыто детское диспансерное отделение (первая заведующая Колосова Е.А., в настоящее время Миронина В.Б.).
- С 1989 года на базе противотуберкулезного диспансера организован курс туберкулеза филиала Пермского медицинского института, который изначально размещался в здании ныне существующей бактериологической лаборатории, затем переведен во вновь построенный 2-й корпус диспансера. В 1993 году курс реорганизован в кафедру фтизиатрии, в 1999 году - кафедру фтизиопульмонологии, в 2011 - кафедру фтизиатрии. Первой заведующей курса была Милеева Л.М., с 1990 года заведует кафедрой проф. Зиновьев И.П., с 2007- к.м.н. доц. Эпштейн А.М., с 2008 года - к.м.н. доц. Фесюк Е.Г.). Основное научное направление – лекарственно-устойчивый туберкулез. На кафедре обучаются студенты лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов, имеется ординатура, интернатура, аспирантура по фтизиатрии, проводятся циклы общего усовершенствования и профессиональной переподготовки.
- В 1992 году организовано 1-е легочное отделение для лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких на 85 коек (заведующая Лисина Т.В., затем Ильина Е.Л.), 2-е легочное отделение для лечения больных с хроническими формами туберкулеза на 60 коек (первая заведующая - Земцова М.Н., затем Мочалова С.Г. и Тимина Т.И).
- В июне 1992 введено в строй второе здание диспансера – диагностический корпус на 130 коек, в котором открыты 2 диагностических отделения на 50 коек и 80 коек для диагностики и лечения больных с неясными легочными диссеминациями, плевритами, саркоидозом, хроническими пневмониями и т.д. (1 диагностическое - первая заведующая Дейниченко Е.А., затем Тимина Т.И., в настоящее время Аниховская О.Н., 2-е диагностическое - Филиппов В.Н.). Практически начато выполнение решения коллегии МИНЗДРАВА РФ «О внедрении опыта работы по интеграции пульмонологической помощи больным в противотуберкулезных учреждениях». С введением в строй обоих корпусов нового туберкулезного диспансера значительно улучшились условия для больных и персонала, улучшилась материально-техническая база.

Х. Современный этап – связан с ухудшением эпидемиологической ситуации в регионе, с реализацией региональных программ по борьбе с туберкулезом, внедрением новых организационных форм противотуберкулезной помощи населению, реструктуризацией противотуберкулезной службы (1994- по настоящее время).

- В 2003 году Студенецкая больница была присоединена к областному диспансеру (заведующая И.П. Кочкина). Отделение на 60 коек рассчитано для лечения социально дезадаптированных лиц с хроническими формами туберкулеза легких.

- Параллельно с укреплением материально-технической базы диспансера идет совершенствование организационно-методических форм противотуберкулезной работы в г.Кирове и области. Кировский областной клинический противотуберкулезный диспансер осуществляет централизованный контроль за диагностикой туберкулеза и осмотрами населения на туберкулез, госпитализацией, эффективностью лечения впервые диагностированных больных и больных из контингента, смертностью от туберкулеза.

- С 1 января 2010 года к диспансеру присоединилось 40 туберкулезных коек в Омутнинском районе с образованием Омутнинского филиала диспансера. Это позволило решить вопрос о стационарном лечении больных туберкулезом с северо-востока нашей области.

-С июля 2013 года КОГКУЗ "Кировский областной клинический противотуберкулезный диспансер" реорганизован путем слияния с КОГКУЗ "Котельнический противотуберкулезный диспансер". Объединенное учреждение носит название КОГКУЗ "Областной клинический противотуберкулезный диспансер".

В настоящее время КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» является современным учреждением, оказывающим противотуберкулезную помощь населению области и организационно-методическим центром, координирующим работу лечебно-профилактических учреждений по раннему выявлению туберкулеза. Благодаря действию в области целевых программ по борьбе с туберкулезом, Кировский областной противотуберкулезный диспансер оснащается необходимым медицинским оборудованием и техникой (приложение 1).

Хирургическое отделение с отделением анестезиологии и реанимации получили новые аппараты искусственной вентиляции легких, приборы слежения за пациентами, операционные столы, эндоскопическую

аппаратуру, плазменный скальпель и многое другое. В отделении ежегодно проводится около 400 торакальных операций по поводу туберкулеза и другой хирургической патологии легких.

В отделении лучевой диагностики имеется современная рентгеновская аппаратура, позволяющая получать снимки в цифровом изображении, обеспечивающая небольшую лучевую нагрузку на пациентов (заведующая Канашина С.С.).

Имеется два эндоскопических кабинета, где проводятся все виды эндоскопических исследований, но главным образом это диагностические и лечебные бронхоскопии (врачи Р.В. Макаров и С.И. Пестрикова).

Две лаборатории: клинико-диагностическая (заведующий А.А. Гудаев) и бактериологическая (Н.А. Эсаулова) оснащены необходимым оборудованием.

Большой вклад в лечение больных туберкулезом вносят первое легочное отделение на 85 коек (заведующая Е.Л. Ильина) и второе легочное отделение на 60 коек (заведующая Тимина Т.И.). Врачами этих отделений освоены и успешно применяются самые современные методики лечения больных туберкулезом легких.

Продолжает эффективно работать торакальное отделение на 75 коек (заведующий А.И. Мохирев). Врачами этого отделения освоены все виды резекционной хирургии легких.

Успешно работает отделение внелегочного туберкулеза на 60 коек (заведующая Лекомцева Е.Б.), которое проводит большую работу по дифференциальной диагностике туберкулеза внелегочных локализаций.

В детском отделении на 55 коек (заведующая И.И. Данилова) получают лечение дети и подростки из города и районов области.

Продолжает работать реанимационное отделение на 6 коек для оказания реанимационной помощи больным диспансера и прежде всего послеоперационным больным, а также всем больным с легочными кровотечениями и спонтанными пневмотораксами (заведующий Г.С. Русинов).

Значительный вклад в эффективность лечения, реабилитацию больных вносят работники физиотерапевтического отделения, ингалятория, кабинета лечебной физкультуры (заведующая А.А. Глухих).

Врачи и средний медицинский персонал диспансерных отделений - амбулаторий (детского – заведующая В.Б. Миронина и взрослого – Т.А. Оганесян) много сил отдают профилактике заболеваний туберкулезом населения города Кирова и области, обеспечивают всю консультативную

работу в поликлиниках и медсанчастях города, ведут консультативный прием больных из районов области. На их плечах лежит вся диспансеризация больных туберкулезом и переболевших, наблюдение и химиопрофилактика контактных. Общий коечный фонд диспансера в настоящее время составляет 565 коек.

Таким образом, за 90 лет пройден непростой путь от губернской амбулатории-диспансера до современной высокотехнологичной клиники, концентрирующей все новейшие подходы к профилактике, диагностике и лечению туберкулеза.

Безусловно, основная заслуга в выдающихся результатах противотуберкулезной работы в Кировской области принадлежит сотрудникам диспансера и его руководителям. В разные годы противотуберкулезный диспансер возглавляли: с 1920 года - Тихон Петрович Панченков, с 1925 по 1929 год – Греке- Архангельская М.А., с 1929 года - Аронштам А.А., с 1935 года – Чурин М.Г., с 1941-1942 годы - Праздникова Е.А., с 1942-1943 годы –Орлова О.Е., с 1943 года - Чурин М.Г., с 1949 года - Колодкин М.Н., с 1951 года - Золатаревский В.Р., с 1971 года - Матерков М.С., с 1976 года - Кульков В.К., с 1999 года по настоящее время - Новиков Вячеслав Геннадьевич. Приходили, уходили и оставались главные врачи, медсестры и другие сотрудники, но каждый из них внес частичку своего труда, своего сердца, своего здоровья в общее дело. Несмотря на неблагоприятные внешние условия и нестабильное финансирование коллективу областного клинического противотуберкулезного диспансера удалось в настоящее время улучшить основные эпидпоказатели по туберкулезу в Кировской области, они ниже аналогичных показателей Приволжского федерального округа и в целом по России.

Раздел 2

Эпидемиология современного туберкулеза

Статья

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ

Фесюк Е.Г., Новиков В.Г., Булатов О.Ф., Мясникова Т.В.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

Туберкулез в современный период является актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости, инвалидности и смертности от туберкулеза. Российская Федерация входит в число 18 стран Европы, в которых борьба с туберкулезом является одной из приоритетных задач в здравоохранении. Вместе с тем, несмотря на снижение общей заболеваемости туберкулезом, ее абсолютные показатели остаются очень высокими [1,2,3].

Лечение больных туберкулезом является одним из важных разделов противотуберкулезной работы. Эффективность лечения в той или иной степени влияет на эпидемическую обстановку по туберкулезу в регионе. Оценка результатов лечения представляет собой сложную многопрофильную задачу и проводится с использованием системы показателей, отражающих различные этапы лечения [7].

Цель исследования: дать оценку эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Кировской области за последние 25 лет, выявить изменения в медико-социальной характеристике больных туберкулезом, структуре клинических форм и эффективности лечения больных туберкулезом органов дыхания.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать общие показатели заболеваемости, распространенности, смертности от туберкулеза на территории Российской Федерации, Приволжского федерального округа и Кировской области за последние 25 лет, провести сравнение данных эпидемиологических показателей, сделать выводы об эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

2. Изучить показатели заболеваемости, структуру клинических форм, медико-социальную характеристику больных туберкулезом органов

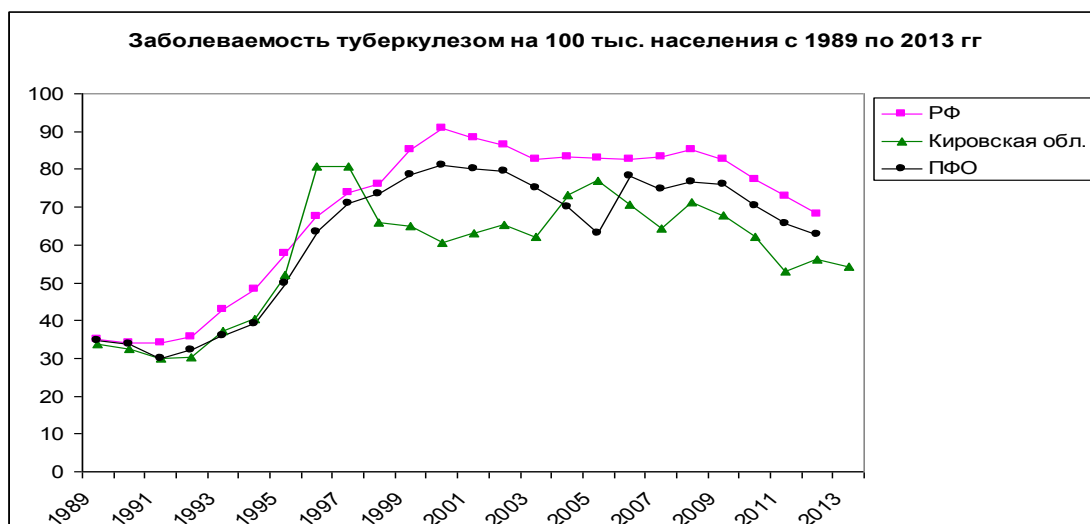
дыхания в Кировской области, сравнить их с аналогичными показателями по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации.

3. Оценить эффективность лечения, показатели клинического излечения, удельный вес оперированных впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в Кировской области и сравнить ее с аналогичными показателями в Приволжском федеральном округе и Российской Федерации за анализируемый период.

Материалы и методы исследования: изучены статистические материалы и проведен анализ статистических данных по основным показателям заболеваемости, распространенности, смертности от туберкулеза, заболеваемости, эффективности лечения туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных и контингентов в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе, Кировской области с 1989 по 2013 год. Оценку эффективности лечения осуществляли по показателям прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, показателям клинического излечения и абациллирования у контингентов, доли оперированных больных.

Результаты: в Кировской области и Приволжском федеральном округе уровень заболеваемости с конца 80-х к 2000 году увеличился примерно в 2 раза (по Кировской области с 33,9 до 60,7 на 100 тыс. населения, по Приволжскому федеральному округу с 34,8 до 81,2 на 100 тыс. населения). С 2001 по 2008 годы в Кировской области отмечался рост показателей заболеваемости туберкулезом на 6,9%. С 2008 года регистрируется стабильное снижение данных показателей с 71,3 на 100 тыс. населения до 54,4 на 100 тыс. населения в 2013 году (рис 1).

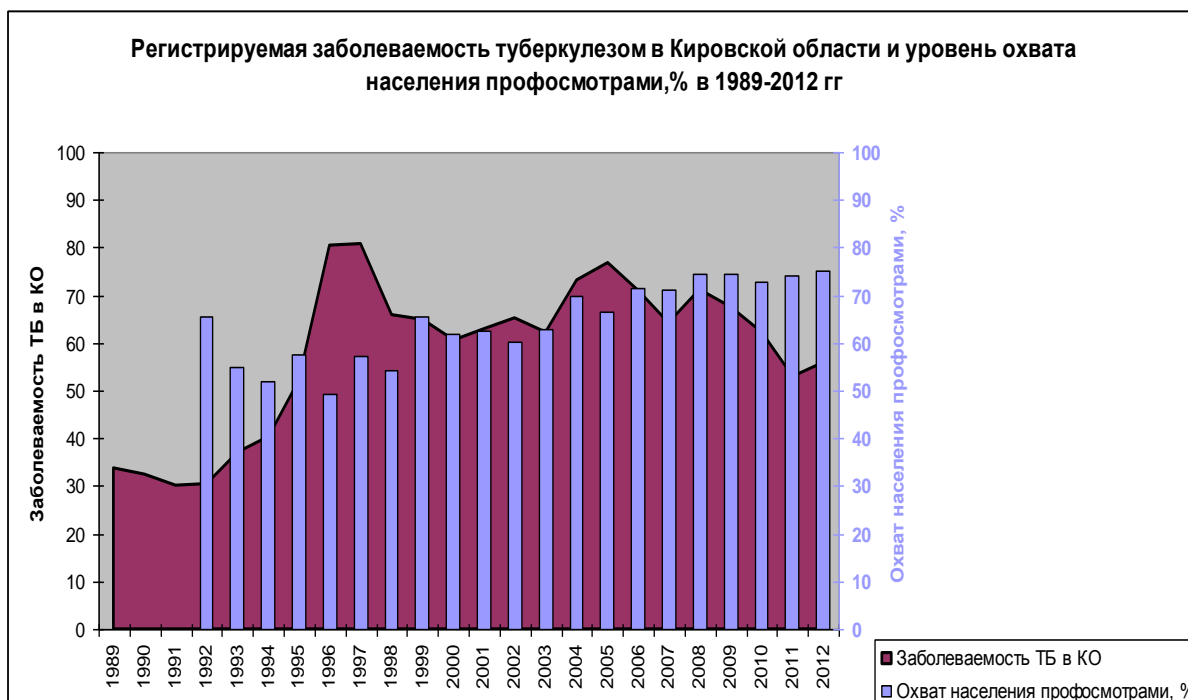
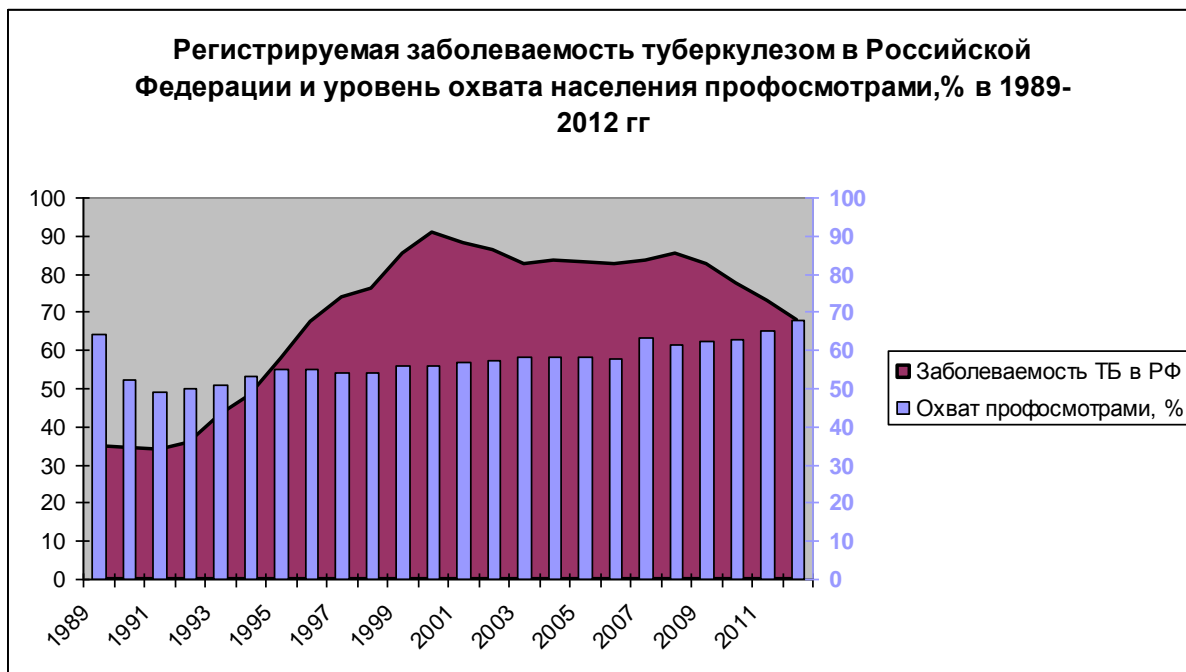
Рис.1



Как видно из рисунка 2, уровень регистрируемой заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации и Кировской области изменяется в динамике прямо пропорционально уровню регистрируемой безработицы и обратно пропорционально уровню охвата населения профосмотрами.

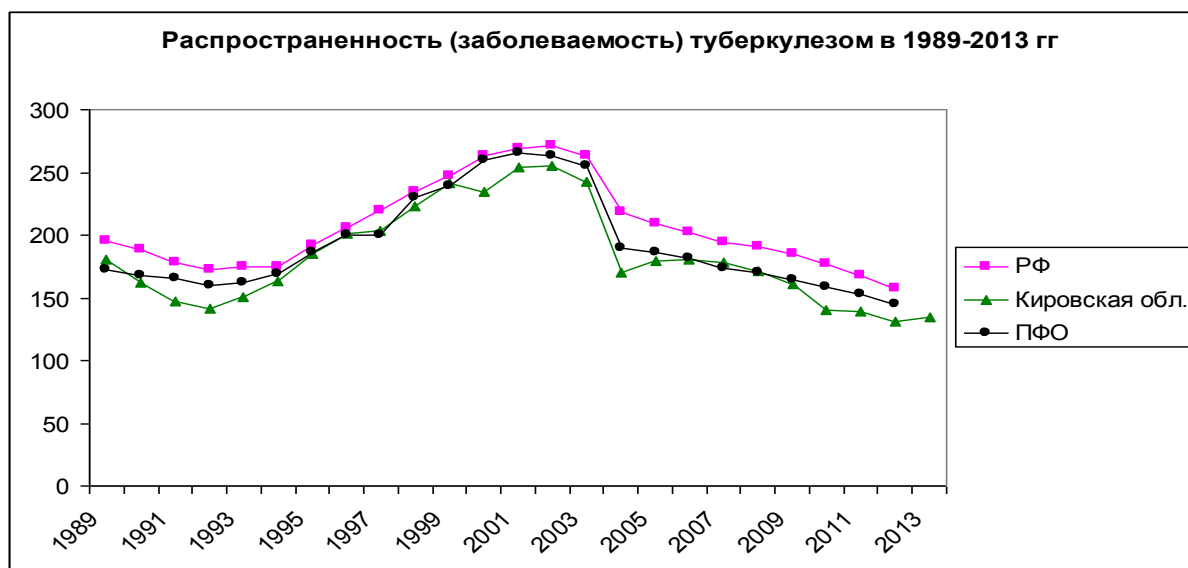
Рис. 2





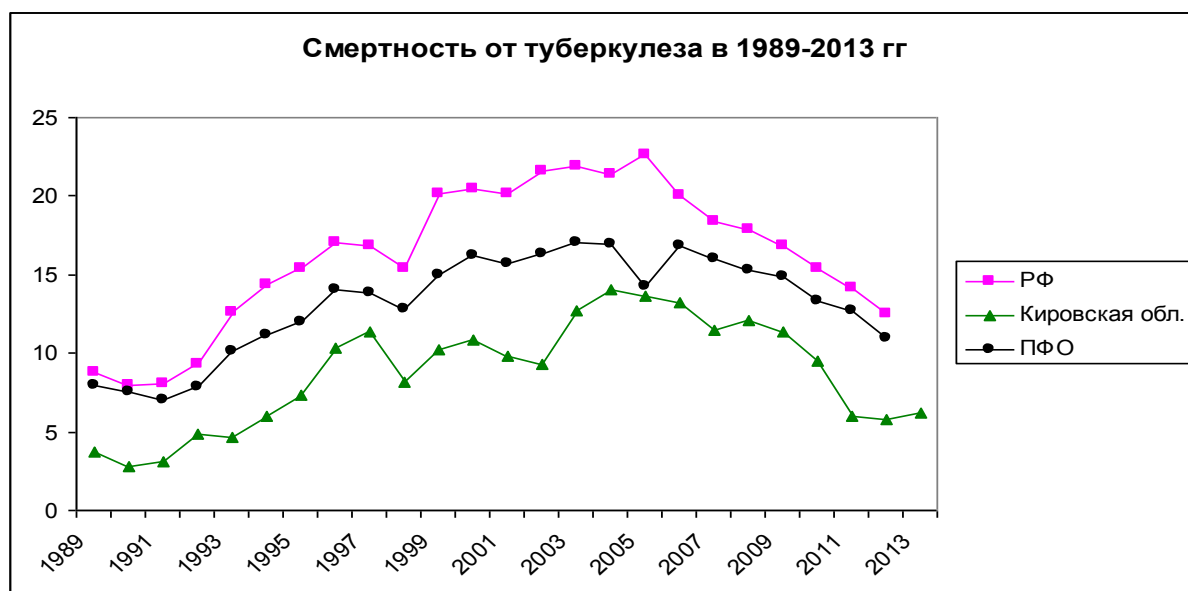
С 1995 по 2003 годы в данном регионе наблюдался рост показателя распространенности (рис. 3) с 184,5 на 100 тыс. населения до 242,7 на 100 тыс. населения, что составило 23,9%. За последние 10 лет показатель снизился на 44% (с 242,7 на 100 тыс. населения в 2003 году до 134,5 на 100 тыс. населения в 2013 году).

Рис. 3



С начала 90-х годов в области наблюдался рост показателя смертности от туберкулеза (рис.4), с достижением максимума в 2005 году (14,9 на 100 тыс. населения). С 2006 года наблюдается тенденция к снижению данного показателя (с 14,1 в 2006 году до 6,2 на 100 тыс. населения в 2013 году).

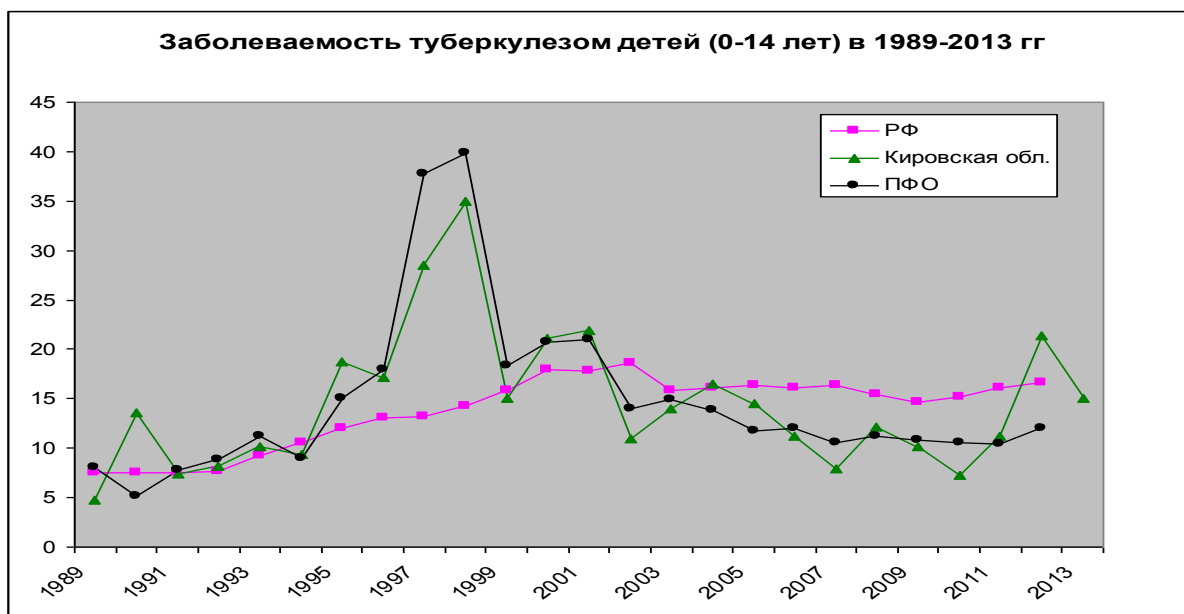
Рис. 4



Кроме того, в Кировской области с 1993 года по 1998 год наблюдается рост показателя заболеваемости детей (рис. 5) с 10,1 до 35 случаев на 100 тыс. детского населения с последующей тенденцией к спаду данного показателя до 11,2 в 2011 году и ростом до 21,4 на 100 тыс. детского населения в 2012 году. В 2013 г. показатель снизился до 15 на 100 тыс.

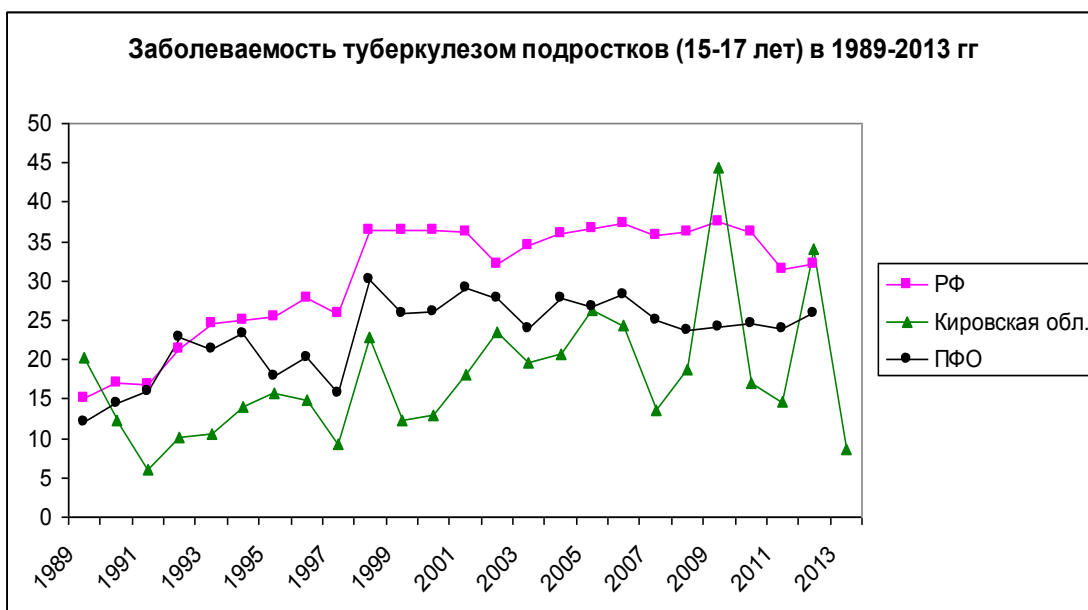
детей. Аналогичная динамика данного показателя отмечена и в Приволжском федеральном округе.

Рис. 5



Важно отметить, на протяжении анализируемого периода уровень заболеваемости туберкулезом подростков (рис.6) в Кировской области в целом был ниже по сравнению со сравниваемыми территориями, однако, в 2009 году наблюдался пик заболеваемости туберкулезом подростков до 44,3 на 100 тыс. подростков. С 2009 по 2013 годы отмечался спад заболеваемости в данной возрастной группе.

Рис. 6

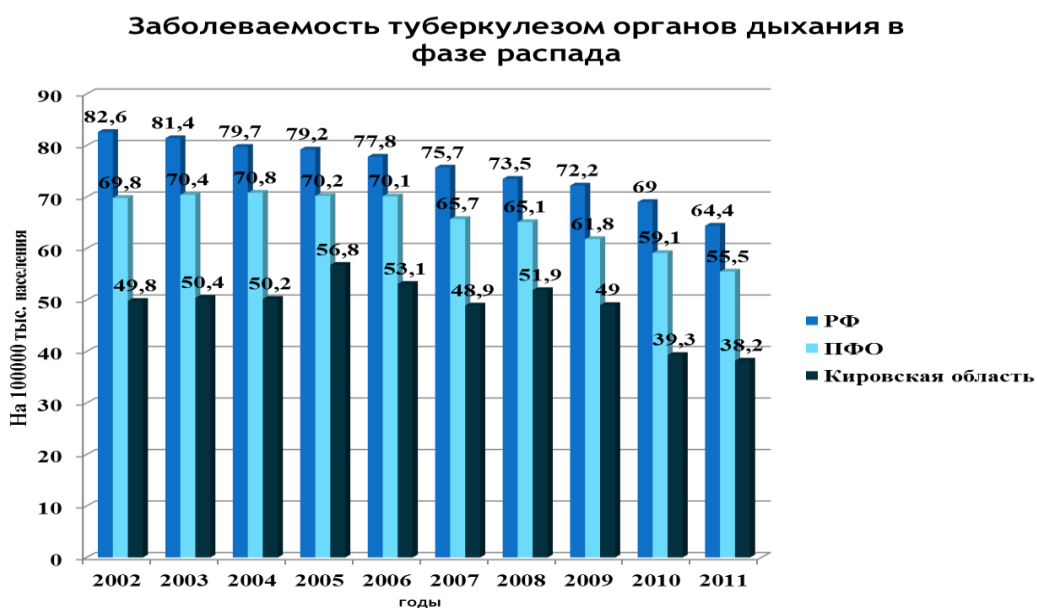


На 2011год в Кировской области заболеваемость фиброзно-кавернозным туберкулезом (рис. 9) составила 7,0 (в 2002 году—7,8 на 100000 населения), Приволжском федеральном округе - 17,0 (в 2002 году - 19,6 на 100000 населения), Российской Федерации - 17,5 (в 2002 году - 25,0 на 100000 населения). За анализируемый период также снизилась заболеваемость туберкулезом в фазе распада (рис. 10). В 2011году в Кировской области данный показатель составил 38,2, а в 2002 году—49,8 на 100000 населения, в Приволжском федеральном округе - 55,5 (в 2002 году - 69,8 на 100000 населения), Российской Федерации - 64,4 (в 2002 году - 82,6 на 100000 населения).

Рис. 9

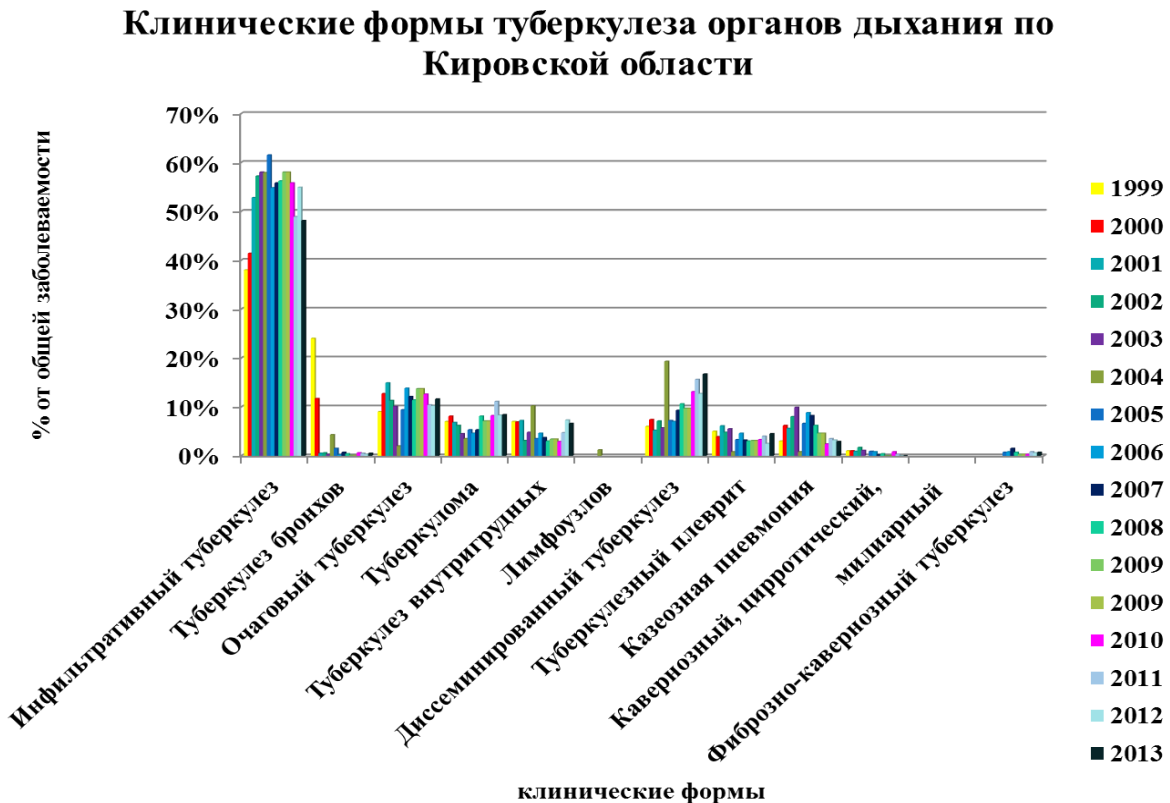


Рис. 10



В Кировской области за период с 1999 года по 2013 год доля инфильтративного туберкулеза легких увеличилась на 10,1%, доля очаговых форм туберкулеза на 2,6%, доля диссеминированного туберкулеза легких на 10,7%, а так же отмечено снижение доли туберкулеза бронхов на 23,5%. В 2013 году в Кировской области не выявлены такие клинические формы туберкулеза как кавернозный, цирротический, милиарный (рис. 11).

Рис. 11



Оценивая заболеваемость различных половозрастных групп в Российской Федерации, обращает на себя внимание то, что мужчины болеют туберкулезом в 2 раза и более чаще, чем женщины. При этом наибольший риск заболеть туберкулезом имеют лица мужского пола в возрасте от 35-54 лет, а в 25-35 лет - женщины. В целом, отмечается снижение показателей заболеваемости туберкулезом в обеих группах. По Кировской области с 2001 по 2013 год отмечается рост заболеваемости туберкулезом среди мужского населения -71,5 (в 2001 году - 64,5 на 100000 населения) и уменьшение заболеваемости среди женщин - 28,5 (в 2001 году - 35,5 на 100000 населения) -рис.12,13,14,15).

Рис. 12



Рис. 13

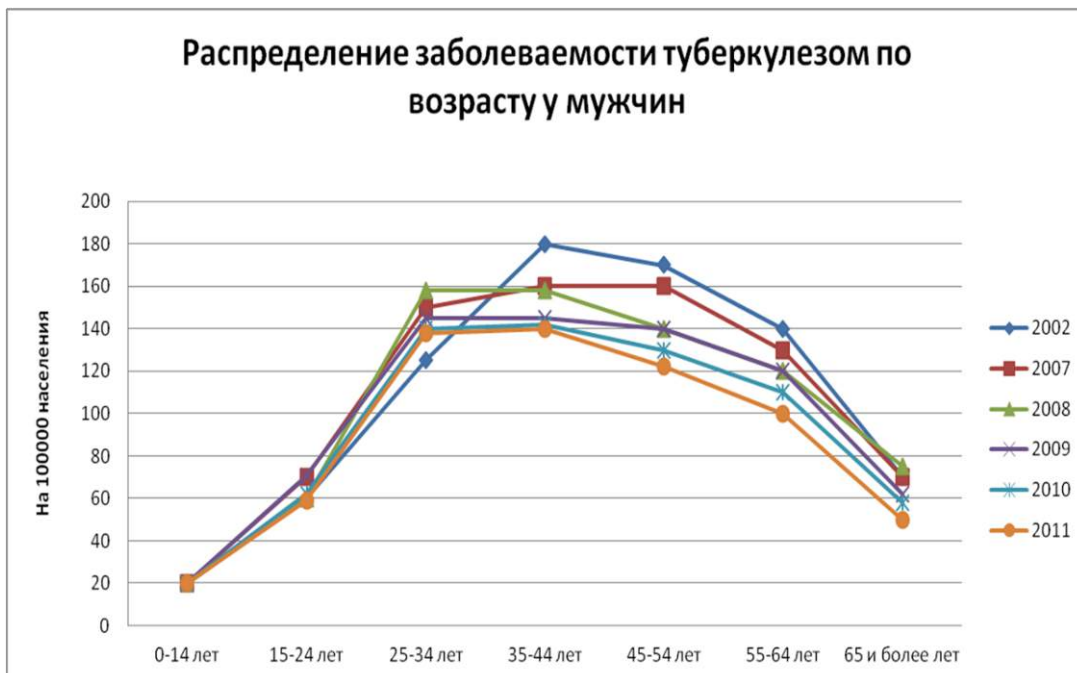


Рис. 14

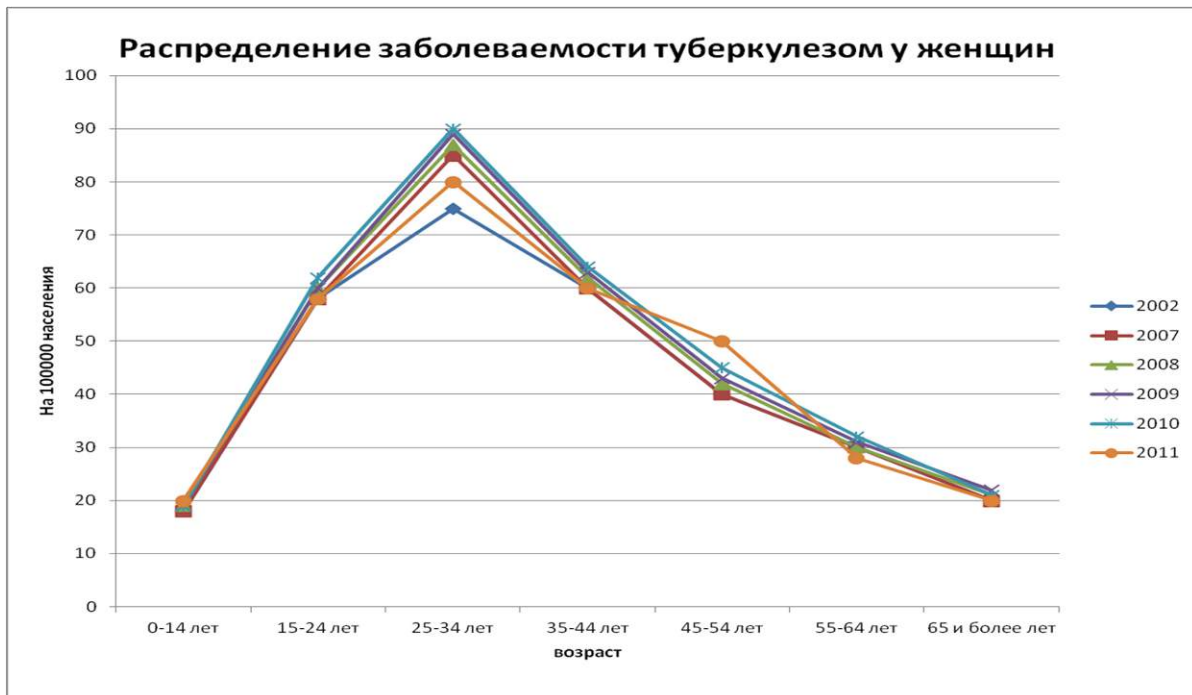


Рис. 15



В отличие от многих стран мира в России регистрируемая заболеваемость туберкулезом сельского населения выше, чем городского – 74,9 против 65,7 на 100 тыс. населения (форма № 8). В 2002–2008 гг. рост показателя заболеваемости шел практически только за счет сельского населения. Общее снижение показателя в 2009–2013 гг., сопровождается отмеченным впервые за много лет статистически достоверным

уменьшением заболеваемости туберкулезом и среди сельского населения (рис. 16).

В Кировской области отмечается выше заболеваемость туберкулезом городского населения -35,7 (против 19,2 на 100 000 сельского населения) и так же наблюдается снижение данного показателя в обеих группах в динамике (рис. 17).

Рис. 16

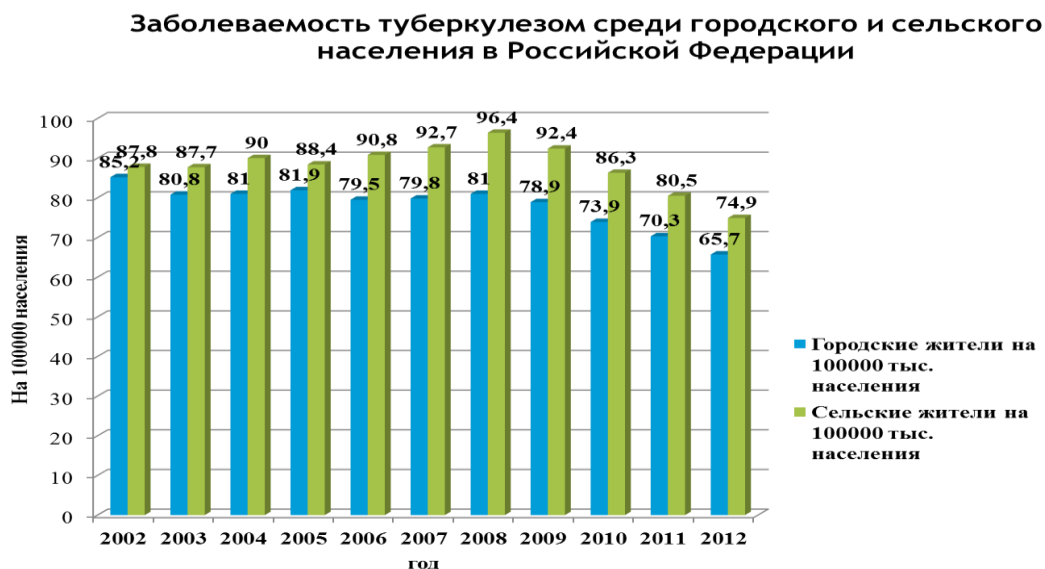
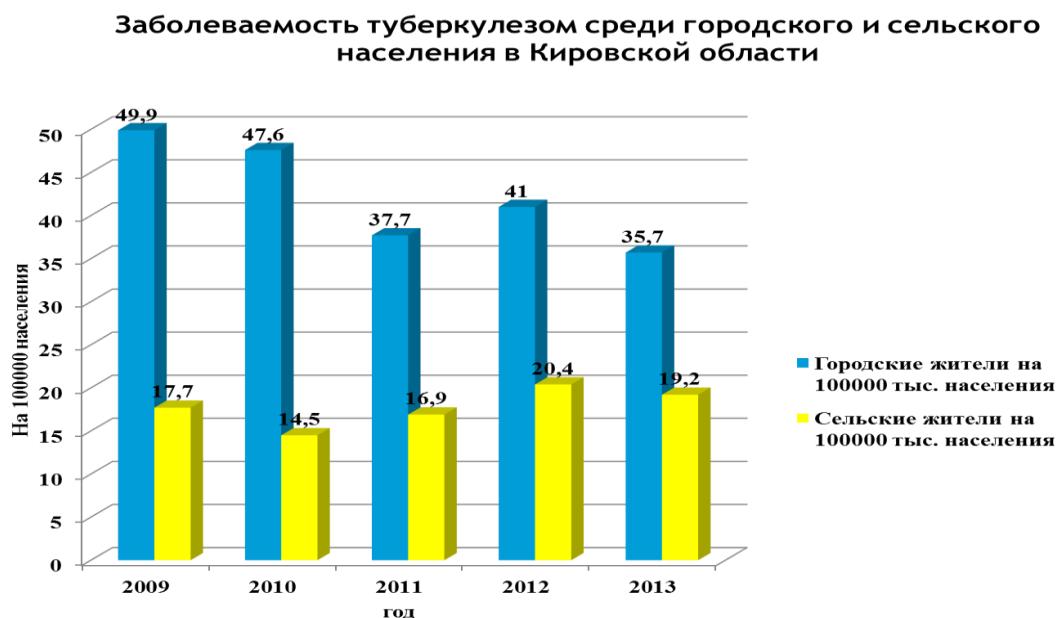


Рис. 17

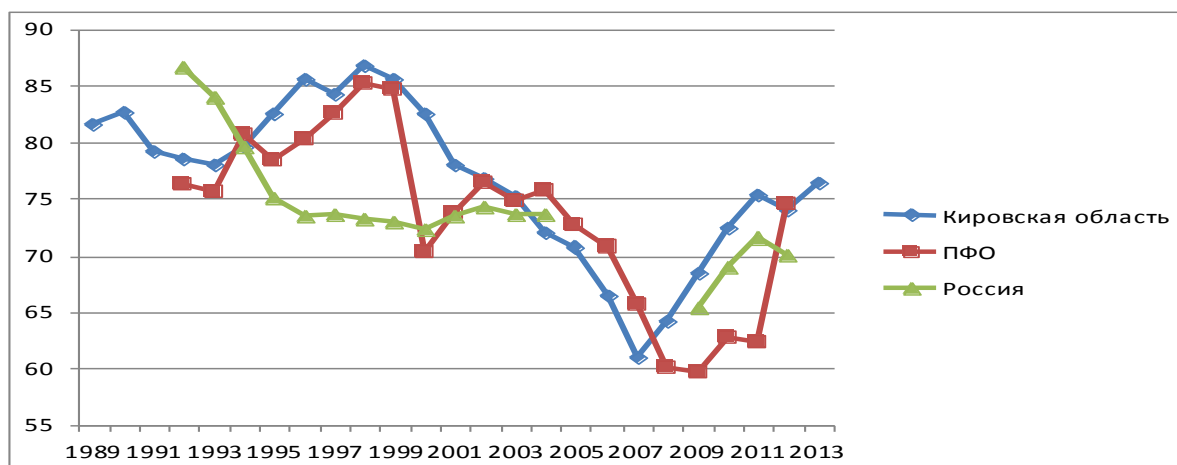


Показатель прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания (рис.18) по Кировской области с 1989 года по 1994 год уменьшается с 81,5 до 79,6%, затем к 1998 году увеличивается до 86,7%. Далее следует новая волна снижения показателя к

2007 году (61%). С 2008 года по 2012 год показатель прекращения бактериовыделения вновь увеличивается до 76,4%, (что является прогностически благоприятным признаком), но не достигает уровня 89-90-х годов и критерия ВОЗ (85%). При этом, показатели прекращения бактериовыделения по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации имеют аналогичные изменения в динамике, но обладают меньшими значениями, за исключением периода с 2004-2007 годы. В целом, важно отметить, что за весь анализируемый период показатель прекращения бактериовыделения у впервые выявленных снизился по Кировской области на 4,6% (в 1992 году -78,5%, 2012 году -73,9%), по Приволжскому федеральному округу соответственно на 1,7% (в 1992 году-76,2%, в 2012 году -74,5%), по Российской Федерации на 16,5% (1992 году-86,6%, 2012 году-70,1%)-рис.18.

Рис. 18

Прекращение бактериовыделения у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания

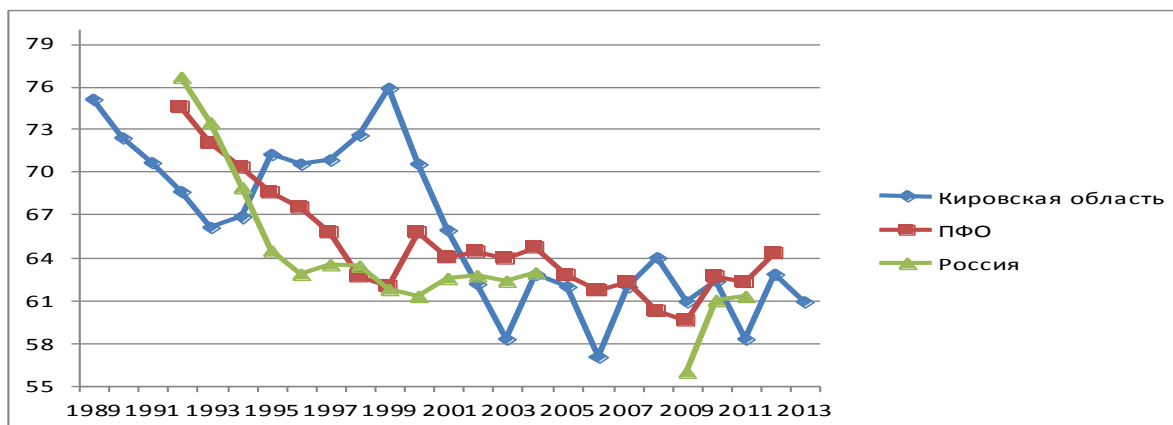


С 1989 года по 1994 год процент закрытия полостей распада у впервые выявленных больных был меньше, чем в Приволжском федеральном округе, Российской Федерации; с 1995 года по 2001 данный показатель увеличивается, с 2002 по 2007 год - снижается, с 2008 года имеет место ситуация с небольшими подъемами и спадами. В целом, за анализируемый период по Кировской области отмечено снижение показателя закрытия полостей распада на 7,7% (1989 год-75,1%, 2013 год - 60,9%). Еще более значимое снижение процента закрытия полостей распада отмечено по Приволжскому федеральному округу – на 10,2% (1992 год-74,5%, 2012 -64,3%), по Российской Федерации - на 15,3% (1992 год-76,6%, 2011 год- 61,3%). Данная тенденция является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствует о снижении эффективности

лечения по критерию закрытия полостей распада у впервые выявленных больных (рис.19)

Рис. 19

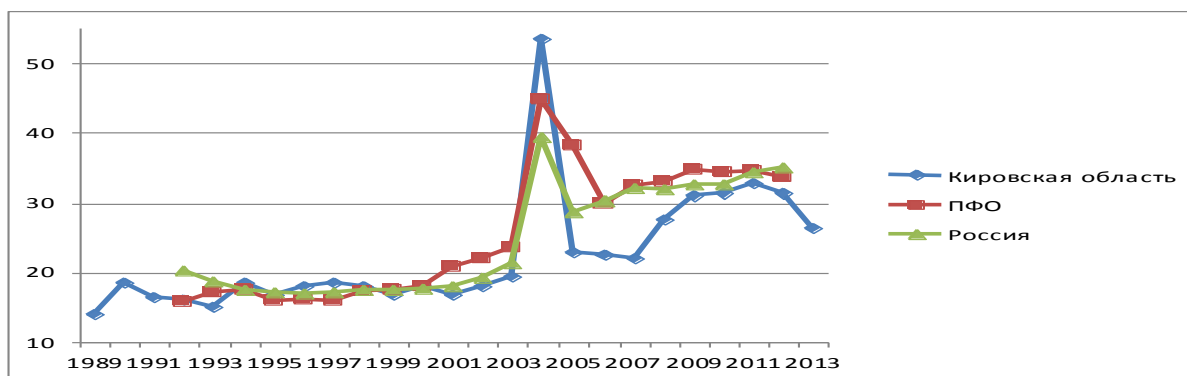
Закрытие полостей распада у впервые выявленных больных



Показатель клинического излечения (рис.20) в Кировской области с 1989 года по 2003 год увеличился на 5,3% (14,1% и 19,4% соответственно) с максимальным показателем в 2004 году (53,5%), с последующим резким снижением его к 2007 году до 22% и далее постепенным увеличением к 2012 году до 31,4%. По сравнению с Приволжским федеральным округом и Российской Федерацией до 2001 года показатели по Кировской области были примерно на одном уровне, с 2001 года они были уже ниже показателей Российской Федерации и Приволжского Федерального округа. В целом, за анализируемый период по Кировской области отмечено увеличение показателя клинического излечения на 15,2% (1992 год -16,2%, 2012 год-31,4%), по Приволжскому федеральному округу - на 17,9% (1992 год-15,7%, 2012 год-33,6%), Российской Федерации -14,6% (1992 год-20,3%, 2012 год -34,9%).

Рис. 20

Клиническое излечение у больных туберкулезом органов дыхания

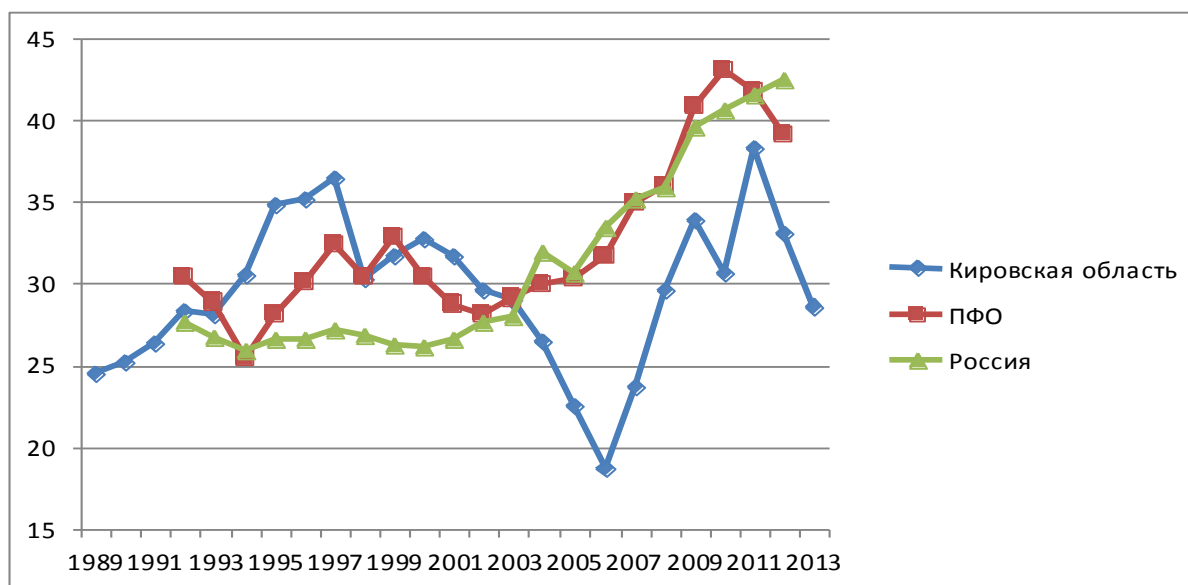


Показатель абациллирования больных туберкулезом органов дыхания, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях (рис.21) в

Кировской области с 1989 года по 1997 год имел тенденцию к увеличению (соответственно с 24,6% до 36,4%), с последующим снижением к 2006 году до уровня 18,7%, затем постепенно показатель увеличивался к 2011 году до 38,3% и снижался до уровня 28,6% в 2013 году. По сравнению с Приволжским федеральным округом и Российской Федерацией показатели по Кировской области были выше с 1994 по 2003 год, затем имела место обратная тенденция. В целом, за анализируемый период (1989-2013 годы) отмечается увеличение процента абациллирования как в Кировской области, так и в Приволжском федеральном округе и Российской Федерации (4,7%, 8,7%,14,8%).

Рис. 21

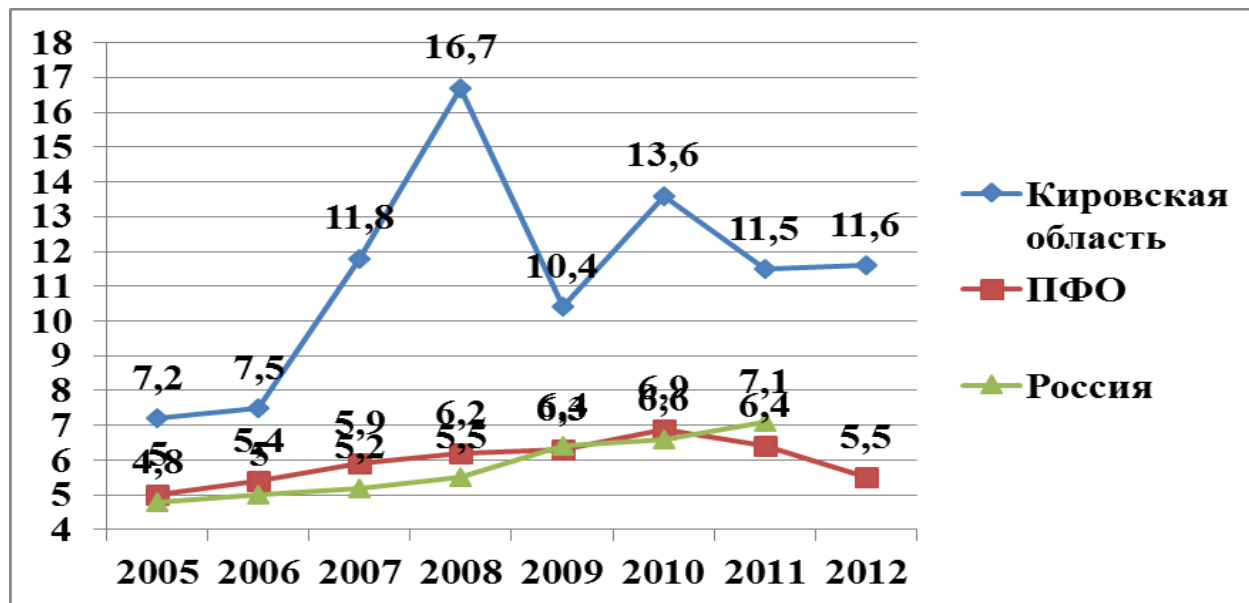
Абациллирование больных туберкулезом органов дыхания, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях



За 2005-2012 годы доля оперированных впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания (рис.22) по Кировской области увеличилась с 7,2 до 11,6%, что в 2 раза превышает показатели по Приволжскому федеральному округу (2011 год – 6,4%, 2005 год – 5,0%) и в 1,5 раза превышают показатели по Российской Федерации (2011 – 7,1%, 2005 – 4,8%).

Рис.22

Доля оперированных впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания



Выводы:

1) Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Кировской области остается напряженной. Однако, показатели заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза по области ниже общероссийских и показателей Приволжского федерального округа.

Причинами нестабильности показателей и напряженной эпидемиологической ситуации являются снижение жизненного уровня населения, безработица, сокращение объемов финансирования в периоды роста показателей и эффективная политика модернизации системы фтизиатрической помощи населению, реализация Федеральных целевых программ в период спада эпидемиологических показателей.

2) За последние 10 лет в Кировской области отмечается снижение показателей заболеваемости туберкулезом органов дыхания, фиброзно-кавернозным туберкулезом, туберкулезом в фазе распада. Аналогичная тенденция прослеживается и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации. Важно отметить, что показатели по Кировской области ниже, по сравнению с представленными регионами в целом. В Кировской области с 1999 года отмечено увеличение доли диссеминированного туберкулеза в структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания, снижение доли туберкулеза бронха.

Наибольший риск заболеть туберкулезом имеют лица мужского пола в возрасте от 35-54 лет, а в 25-35 лет - женщины. Отмечается рост

заболеваемости туберкулезом среди мужского населения и уменьшение заболеваемости среди женщин; выше заболеваемость туберкулезом городского населения, чем сельского.

3) За анализируемый период в Кировской области в динамике отмечается снижение эффективности лечения у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания по показателям абациллирования и закрытия полостей распада. Показатель клинического излечения и абациллирования у больных туберкулезом органов дыхания, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, напротив, увеличивается. Отмечается так же увеличение доли оперированных больных. Аналогичная динамика в показателях выявляется и по Приволжскому федеральному округу и Российской Федерации.

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что в настоящее время наблюдается положительный эффект от проводимых мероприятий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации в целом и в Кировской области в частности. Полученные результаты необходимо учитывать врачам терапевтам при диагностике туберкулеза органов дыхания.

Литература:

1. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2012 году –Москва, 2013.
2. О противотуберкулезном обслуживании населения Кировской области в 2013 году, информационное письмо, Киров, 2014.
3. Подгаева В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на Урале в 2012 году (статистические материалы) /Под ред. д.м.н. Скорнякова С.Н. - Екатеринбург, 2013, 412 с.
4. Ресурсы и деятельность противотуберкулезных учреждений. Основные экономические показатели за 2008-2011годы, (статистические материалы) – Москва, 2011.
5. Скорняков С.Н., Красноборова С.Ю., Еремеева Н.И., Камаева Н.Г./ О состоянии противотуберкулезной помощи населению Кировской области и организационно-методических мероприятиях по ее совершенствованию. -2013.
6. Социально-значимые заболевания населения России в 2011 году, (статистические материалы). - Москва, 2012.
7. Туберкулез в России в 2010 году. Монография / М.В. Шилова, М., 2012- 224с.

8. Хоменко А.Г., Роменский А.А., Гришина Г.А. Туберкулез в России. - Москва, 1994. 23с.

Статья

СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013 ГОД

Новиков В.Г., Булатов О.Ф., Фесюк Е.Г.

КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Туберкулез в современный период является актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости, инвалидности и смертности от туберкулеза.

Российская Федерация входит в число 18 стран Европы, в которых борьба с туберкулезом является одной из приоритетных задач в здравоохранении. Вместе с тем, несмотря на снижение общей заболеваемости туберкулезом, ее абсолютные показатели остаются очень высокими.

Показатель смертности населения от туберкулеза в 2012г. в России составил 12,5 случаев на 100 тыс. населения, когда средний показатель по Европе составляет около 6 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость населения туберкулезом в России в 2012г. составила 68,1 случая на 100 тыс. населения, в то время, как в странах Европы этот показатель составляет в среднем около 37 случаев на 100 тыс. населения.

Неблагополучное положение по туберкулезу в мире, определяется эпидемиологической ситуацией в 22 странах с высоким бременем заболевания, таких как Индия, Китай, Пакистан, Эфиопия, Индонезия и ряде других, в число которых входит и Россия. Данная ситуация отражается в показателе регистрируемой заболеваемости в мире и составляет 86 случаев на 100 тыс. населения. Это является подтверждением того, что социально-экономические факторы имеют высокую значимость в повышении заболеваемости туберкулезом и его распространенности.

Значителен социально-экономический ущерб, обусловленный высоким показателем заболеваемости туберкулезом среди граждан в возрасте 25-54 года, что отражает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу в стране и указывает на сохранение условий для

распространения болезни в ближайшей перспективе.

Глобальное бремя Российской Федерации от туберкулеза, рассчитанное через показатель количества потерянных лет жизни от нетрудоспособности и смертности (DALY), составляет около 5 потерянных лет жизни на 1 тыс. жителей, в то время как в мире этот показатель составляет 0,7 лет на 1 тыс. жителей, в Германии и Франции – приближается к 0.

Реализация мероприятий Приоритетного национального проекта «Здоровье», Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)», направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий, оказала свое положительное влияние на показатели смертности от туберкулеза и заболеваемости туберкулезом населения Российской Федерации.

Цель исследования: Проанализировать ситуацию по туберкулезу в Кировской области за 2013 год.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать заболеваемость туберкулезом постоянного населения, а так же детей и подростков в Кировской области за 2013 год, сравнить ее с предыдущими годами.

2. Провести анализ структуры впервые выявленных больных по полу и возрасту, структуры клинических форм туберкулеза органов дыхания и внелегочного туберкулеза, сравнить ее с предыдущими годами.

3. Изучить и проанализировать динамику распространенности, смертности от туберкулеза.

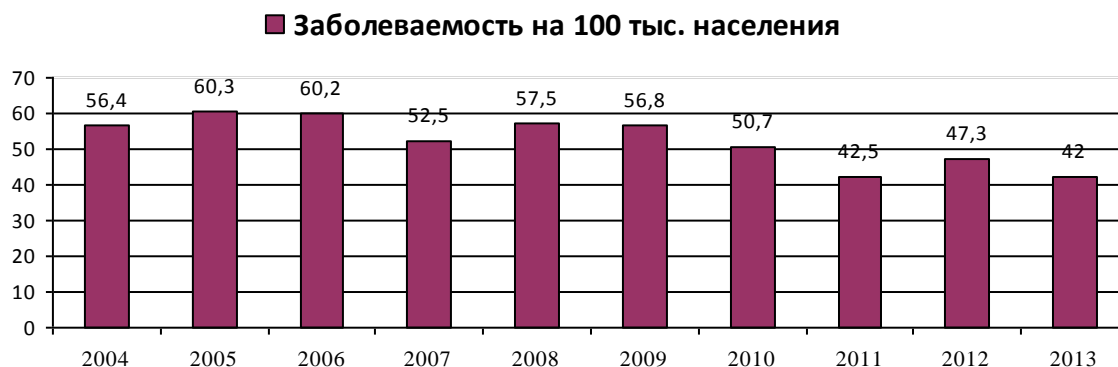
4. Оценить уровень организации раннего и своевременного выявления туберкулеза в Кировской области.

Материалы и методы исследования: изучены и проанализированы отчеты областного противотуберкулезного диспансера и статистические материалы за 10 лет в Кировской области по основным эпидемиологическим показателям по туберкулезу. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты исследования: Заболеваемость наряду со смертностью и распространенностью относится к наиболее важным эпидемиологическим показателям, характеризующим ситуацию по туберкулезу. Заболеваемость туберкулезом постоянного населения (рис.1) в 2013 году составила 42,0 на 100 000 населения (2012г. – 47,3), имеется снижение на 11,2%; в том числе детей в возрасте 0-14 лет – 15,0 на 100 000 детей (2012г. – 21,4), снижение

на 30,0%; детей в возрасте 15-17 лет – 8,6 на 100 000 детей (2012г. – 33,1), снижение на 74,1%. По сравнению с 2004 годом отмечается еще более значимое снижение показателя заболеваемости постоянного населения - на 25,5% (56,4 -2004г., 42,0 – 2013г.).

Рис.1



В таблице 1 представлена структура клинических форм туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных. Как видно из таблицы, с 2008 года уменьшается доля инфильтративного туберкулеза (2008 г. - 56,2%, 2013 г.- 48,1%) и казеозной пневмонии (2008 г. - 6,2%, 2013 г. - 2,9%), напротив увеличивается доля туберкулеза внутригрудных лимфоузлов (2008 г. - 3,0%, 2013 г. - 6,6%), диссеминированного туберкулеза легких (2008 г. – 10,6%, 2013 г. - 16,7%), туберкулезного плеврита (2008 г. – 3,0%, 2013 г. - 4,5%).

По сравнению с 2012 годом доля инфильтративного туберкулеза в 2013г. уменьшилась на 12,4%, доля очаговых форм туберкулеза увеличилась на 13,7%, отмечено снижение доли казеозной пневмонии на 9,4%, не выявлены такие клинические формы туберкулеза как кавернозный, цирротический, милиарный. При этом отмечен рост у впервые выявленных больных таких клинических форм как диссеминированный туберкулез (на 31,4%), туберкулезный плеврит (на 80,0%). В структуре клинических форм по-прежнему первое место занимает инфильтративный туберкулез легких, с 2010 года второе место - диссеминированный туберкулез, третье-очаговый туберкулез легких.

Таблица 1

Клинические формы туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных

Клинические формы	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Инфильтративный туберкулез	56,2%	58,0%	55,8%	48,9%	54,9%	48,1%

Туберкулез бронхов	0,4%	0,1%	0,6%	0,5%	0,3%	0,5%
Очаговый туберкулез	11,4%	13,7%	12,6%	10,4%	10,2%	11,6%
Туберкулома	8,1%	7,1%	8,2%	11,1%	8,3%	8,4%
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	3,0%	3,4%	2,9%	4,7%	7,3%	6,6%
Диссеминированный туберкулез	10,6%	9,7%	13,1%	15,6%	12,7%	16,7%
Туберкулезный плеврит	3,0%	3,1%	3,3%	4,0%	2,5%	4,5%
Казеозная пневмония	6,2%	4,6%	2,4%	3,5%	3,2%	2,9%
Кавернозный, цирротический, милиарный	0,4 %	0%	0,8%	0,3%	0%	0%
Фиброзно-кавернозный туберкулез	0,7 %	0,3%	0,3%	0,8%	0,6%	0,7%

В таблице 2 представлена структура клинических форм внелегочного туберкулеза. Как видно из данной таблицы, с 2008 года продолжает уменьшаться доля туберкулеза мочеполовых органов (2008г-48,3%, в 2013г.-25%) и увеличивается доля туберкулеза костей и суставов (2008г-24,2%, в 2013г.- 40%). В структуре клинических форм внелегочного туберкулеза в 2013 году первое место занимает туберкулез костей и суставов, второе место- туберкулез мочеполовых органов, третье- туберкулез периферических лимфоузлов.

Таблица 2

Структура клинических форм внелегочного туберкулеза

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Туберкулез мочеполовых органов	48,3%	42,5%	45,8%	36,0%	24,1%	25,0%
Туберкулез периферических лимфоузлов	12,1%	12,5%	6,4%	20,0%	10,3%	20,0%
Туберкулез костей и суставов	24,2%	22,5%	20,8%	16,0%	41,4%	40,0%
Туберкулез глаз	10,3%	22,5%	14,6%	16,0%	17,2%	-
Туберкулез ЦНС	1,7%	-	6,2%	-	3,5%	5,0%
Прочие	3,4%	-	6,2%	12,0%	3,5%	10,0%

Оценивая заболеваемость различных половозрастных групп (таблица

3), отмечается то, что мужчины болеют туберкулезом в 2 раза чаще, чем женщины, при этом наибольший риск заболеть туберкулезом имеют лица в возрасте от 35-54 лет.

Анализ показывает, что 73,4% впервые выявленных больных находятся в экономически активном возрасте, что обуславливает значительный социально-экономический ущерб, наносимый туберкулезом.

Таблица 3

Заболеваемость туберкулезом в различных половозрастных группах

Пол, возраст	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчины	74,1%	67,4%	74,0%	67,3%	66,5%	70,4%	71,5%
Женщины	25,9%	32,6%	26,0%	32,7%	33,5%	29,6%	28,5%
35-54 лет	47,1%	47,7%	43,8%	44,1%	45,4%	41,5%	41,9%
18-34 лет	27,5%	27,9%	36,8%	31,8%	28,6%	32,5%	31,5%
55 лет и старше	22,5%	20,6%	15,3%	21,0%	21,2%	19,1%	22,0%
менее 18 лет	2,9%	3,8%	4,1%	3,1%	4,8%	6,8%	4,6%

Анализируя показатель заболеваемости туберкулезом в области (таблица 4) обращают на себя внимание районы, в которых данный показатель значительно выше среднеобластного (42,0 на 100 000 населения):

Таблица 4

Наиболее высокий уровень заболеваемости в районах области (на 100 тыс. населения)	
Яранский район	85,0 (выше среднего на 102,4%)
Кильмезский район	88,2 (выше среднего на 110,0%)
Кикнурский район	88,2 (выше среднего на 110,0%)
Орловский район	101,0 (выше среднего на 140,4%)
Тужинский район	111,0 (выше среднего на 164,3%)

Одним из основных сигналов о неблагополучии эпидемической обстановки в районе является показатель удельного веса больных туберкулезом среди впервые выявленных с тяжелыми, запущенными формами (казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез, милиарный туберкулез, деструктивные и бацилярные формы). В 2013г. высокий удельный вес больных с запущенными формами туберкулеза среди впервые выявленных зарегистрирован в Малмыжском районе - 32%,

Юрьянском районе - 34%, Нолинском районе - 43%, Афанасьевский район - 48%.

Принято считать, что напряженность эпидемической ситуации по туберкулезу в значительной степени определяется показателем смертности от туберкулеза. В течение последних шести лет, начиная с 2008г., отмечается существенное снижение показателя смертности от туберкулеза в области (рис.2).

Показатель смертности от туберкулеза в 2013г. составил – 6,2 на 100 000 населения, в 2012г. – 5,8 на 100 000 населения, отмечен рост на 6,9 %. В 2013г., как и в предыдущие годы, смертность от туберкулеза среди детей и подростков не регистрировалась.

В ряде районов показатель смертности от туберкулёза значительно превысил среднеобластной уровень:

Кильмезский район - 24,0, что выше среднеобластного на 287,0%.

Мурашинский район – 24,0, что выше среднеобластного на 287,0%.

Шабалинский район - 29,0, что выше среднеобластного на 367,7%.

Сунский район – 30,7, что выше среднеобластного на 395,2%.

Санчурский район – 32,0, что выше среднеобластного на 416,1%.

Малмыжский район – 35,0, что выше среднеобластного на 464,5%.

Рис.2



Из числа умерших от туберкулеза состояли на учете менее одного года – 20 человек (в 2012г. – 17) или 24,3% от всех умерших, что свидетельствует о выявлении запущенных форм туберкулеза. В 2013г. диагноз активной формы туберкулеза установлен посмертно у 15 человек (в 2012г. - 11), что составляет 18,3% от всех умерших. Показатели умерших от туберкулеза состоявших на учете менее одного года и диагноз активной формы туберкулеза установленный посмертно свидетельствуют о серьезных недостатках в работе общей лечебной сети по раннему выявлению туберкулеза.

Показатель распространенности туберкулеза отражает частоту встречаемости заболевания среди всего населения. Он так же является важным интегральным показателем эффективности работы по лечению и наблюдению за больными туберкулезом (рис.3). Показатель распространенности в 2013г. продолжает оставаться на низком уровне (134,9 на 100 000 населения), что говорит о достаточно эффективной работе по лечению и наблюдению больных туберкулезом в области.

Рис.3



Первичная инвалидность в связи с туберкулезом среди работающего населения является важным показателем, позволяющим характеризовать социальную недостаточность вследствие нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящую к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. В 2013г. показатель инвалидности по причине туберкулеза составил 21,9 на 100 000 населения, что указывает на высокую эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом.

Организация выявления больных туберкулезом среди населения является одним из главных разделов противотуберкулезной работы. Работа по своевременному выявлению больных туберкулезом проводится лечебно-профилактическими учреждениями общей лечебной сети.

Основными показателями учреждений общей лечебной сети, которые максимально влияют на эпидемическую ситуацию в области являются: охват флюорографическим обследованием населения старше 15 лет, процент лиц, не обследованных флюорографически 2 года и более. По этим показателям можно судить как о настоящем положении дел, так и прогнозировать эпидемическую ситуацию в дальнейшем. Низкий процент охвата флюорографическим обследованием населения приводит к позднему выявлению туберкулеза, что в свою очередь объясняет наличие тяжелых форм туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных, дает рост смертности в первый год наблюдения. В 2013г. охват

флюорографическим обследованием составил 75,5 % (в 2012 году -75,3%).

Анализ работы учреждений здравоохранения общей лечебной сети свидетельствует об имеющихся недостатках в раннем выявлении туберкулеза. Так в ряде районов области данный показатель зарегистрирован значительно ниже среднего и составил Кирово-Чепецкий – 49,3%, Шабалинский район – 48,8%, Опаринский район – 47,0%.

Лица, не обследованные флюорографически 2 года и более - это именно та группа населения, где находятся больные с распространенными, деструктивными процессами (с бактериовыделением), у которых выявление запущенных форм туберкулеза приводит к недостаточно высокой эффективности лечения, утяжелению и скоротечности специфического процесса. Такие больные в дальнейшем дают высокую смертность от туберкулеза. Этот критерий для учреждений первичной медико-санитарной помощи определен – не более 3,0%. Однако в ряде районов области этот показатель значительно выше: Верхошижемский район – 13,4%, Малмыжский район – 13,8%, Опаринский район – 14,8%.

Выводы. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Кировской области остается напряженной. Показатели заболеваемости туберкулезом постоянного населения, в том числе детей и подростков, в 2013 году, по сравнению с предыдущими годами, имеют тенденцию к снижению. Показатели распространенности продолжают оставаться на низком уровне. Мужчины болеют туберкулезом в 2 раза чаще, чем женщины, при этом наибольший риск заболеть туберкулезом имеют лица в возрасте от 35-54 лет.

В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания превалируют инфильтративный, диссеминированный и очаговый туберкулез легких, из внелегочных форм - костно-суставной, мочеполовой и туберкулез периферических лимфоузлов.

С 2008г. отмечается существенное снижение показателя смертности от туберкулеза в области, а показатели умерших от туберкулеза состоявших на учете менее одного года и диагноз активной формы туберкулеза установленный посмертно несколько возрастают, что свидетельствует о недостатках в работе общей лечебной сети по своевременному выявлению туберкулеза, при этом охват флюорографическим обследованием практически стабильный на протяжении ряда лет (в 2013 году -75,5 %, в 2012 году -75,3%, 2008-74,5%).

Стабильное снижение основных показателей отражающих

эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Кировской области с 2008 года, безусловно, связано с политикой государства в области борьбы с туберкулезом, проводимыми общероссийскими противотуберкулезными мероприятиями и с реализацией областной целевой программы «Защита населения Кировской области от туберкулеза 2007-2011г.г.» и на последующие годы.

Статья

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ

Колосова Е.А., Поздеева Н.В., Поготовко А.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Туберкулёз относится к управляемым инфекциям. Чтобы влиять на инфекционный процесс, необходимо изучение совокупности эпидемиологических показателей, определяющих масштабы, скорость распространения эпидемического процесса, его тенденции к увеличению, стабилизации или уменьшению. Необходим комплексный эпидемиологический контроль за эффективностью противотуберкулёзных мероприятий как в стране в целом, так и на отдельных территориях.

Цель работы: изучить динамику эпидемиологических показателей по туберкулёзу среди детей в Кировской области за период с 1989 по 2013 год.

Задачи:

1. Выявить тенденции изменения численности детского населения в Кировской области.
2. Изучить динамику основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу среди детей.
3. Изучить структуру заболеваемости туберкулёзом детей.
4. Проанализировать заболеваемость туберкулёзом детей в очагах туберкулёзной инфекции.

Материалы и методы: изучены годовые статистические отчёты областного клинического противотуберкулёзного диспансера (ОКПТД) по противотуберкулёзной работе среди детей за период с 1989 по 2013 год.

Результаты: за период с 1989 по 2007 годы детское население области уменьшилось на 156442 человека, в том числе городское - на

87569, сельское – на 68873, убыль составила 46,03%. С 2008 года отмечается рост численности детского населения, однако к 2013 году дефицит детского населения сохраняется по сравнению с уровнем 1989 года и составляет 139580 человек (41%).

Показатель заболеваемости туберкулёзом детей в Кировской области в период с 1989 по 2001 год превышает заболеваемость детей в Приволжском федеральном округе, а с 2002 года становится ниже среднего по Российской Федерации. В динамике показателя заболеваемости в Кировской области отмечается два «всплеска». Первый период повышения заболеваемости с 1995 по 2001 годы, когда к 1998 году рост заболеваемости составил 86,6% от уровня заболеваемости 1989 года. Это связано с ухудшением эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в целом по РФ, с увеличением заболеваемости взрослого населения. Второй пик заболеваемости детей в 2012 году связан с улучшением выявления туберкулёза в связи с внедрением новых цифровых технологий и применением на практике компьютерной томографии в ОКПТД. В 2012 году рост заболеваемости детей туберкулёзом составил 66,4% по сравнению с благополучным 2010 годом. В 2013 году заболеваемость туберкулёзом детей в Кировской области составила 15,0 на 100000 детского населения, что примерно соответствует среднему показателю по России.

Показатель распространённости отражает эффективность работы по лечению и наблюдению за больными туберкулёзом. Эффективность лечения больных туберкулёзом детей приближается к 100%. Только один ребёнок наблюдался с 2004 году по II группе диспансерного учёта с хронически текущим первичным туберкулёзом. Дети своевременно переводятся из IV III Б группу ДУ в связи с констатацией клинического излечения. Динамика распространённости туберкулёза среди детей закономерно связана с динамикой заболеваемости: в годы с наиболее высокой заболеваемостью (1995-2001 гг.) показатель распространённости выше, далее снижается, в 2013г он составил 25,9 на 100000 детского населения.

За период 1989-2013 годы наблюдался один случай летального исхода в 1995 году, показатель смертности составил 0,3 на 100000 детского населения.

На долю туберкулеза органов дыхания приходится от 70,4% (1992 год) до 100% (1989, 2011-2013 годы) случаев заболевания. В структуре туберкулеза органов дыхания закономерно преобладает туберкулез

внутригрудных лимфатических узлов. Эта клиническая форма выявляется в 75% - 100% случаев. В среднем, за весь исследуемый период, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов выявлен у 93,3% заболевших детей. От 66,6% (1992 год) до 93,7% (2003 год) составили малые формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Осложненное течение внутригрудных лимфатических узлов имело место в 3,6% (2004 год) - 23,3% (2013 год) случаях. Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии был диагностирован у 1,4% больных детей. Туберкулез легких за весь период исследования выявлен у 5% заболевших. Регистрировались единичные случаи первичного туберкулезного комплекса – у 1,4% больных. Острым гематогенным диссеминированным туберкулезом заболело двое детей, что составило 0,25%. У двух детей установлен диагноз туберкулезной интоксикации, что в структуре заболеваемости составило так же 0,25%. В последний раз туберкулезная интоксикация диагностирована в 1997 году. В целом туберкулез первичного генеза выявлен у 96,6% больных. Вторичными формами туберкулеза заболело 3,1% детей. На долю очагового туберкулеза, в структуре туберкулеза органов дыхания пришлось 0,9%, на долю инфильтративного – 2,2%. Фаза распада установлена у 33,3% или у 1/3 больных с туберкулезом легких.

Туберкулез внелегочной локализации в структуре заболеваемости составил от 6,9% (1990 год) до 32% (2002 год), за последние 3 года случаев внелегочного туберкулеза выявлено не было. В структуре заболеваемости туберкулеза внелегочной локализации за годы наблюдения: наиболее частой клинической формой был туберкулез периферических лимфатических узлов (45,9%), на втором месте – туберкулез почек (19,3%). Туберкулез глаз выявлен у 15,6% детей с внелегочным туберкулезом, туберкулез костей – у 11%. Туберкулез кожи, туберкулезный спондилит составили по 1,8%, туберкулез кишечника, брюшины, печени, туберкулезный менингит – по 0,9%.

Бактериовыделение определялось с частотой от 2% (1989 год) до 24% (2002 год) среди всех выявленных больных, в среднем, за весь период наблюдения, частота бактериовыделения составила 5,4%.

По данным наблюдения чаще туберкулезом болеют дети в возрасте 7-14 лет (58,6%), на втором месте возрастной период 4 – 6 лет (31,3%), что объясняется уменьшением протективного действия вакцинации БЦЖ, нарастанием инфицированности в связи с расширением контактов к школьному возрасту.

Один из важнейших эпидемиологических показателей – риск инфицирования, характеризует интенсивность распространения туберкулезной инфекции. В Кировской области в 1989 году этот показатель был равен 1,3%, с 1995 года отмечается его рост до 1,7% - 2,1% в связи с ростом общей заболеваемости. С 2003 года ежегодный прирост инфицированности составляет 1,6%.

Показатель заболеваемости туберкулезом детей в бациллярных очагах на 100000 контактных значительно превышает таковой в популяции в целом, составляет от 118,3 (1997 год) до 1112,4 (2012 год). В среднем за исследуемый период показатель составил 271,4 на 100000 контактных.

Выводы:

1. Численность детского населения Кировской области уменьшилась к 2013 г. на 41% по сравнению с 1989 г., что объясняется демографическими процессами, происходящими в стране.
2. Показатель заболеваемости детей туберкулезом в Кировской области с 2002 г. не превышает средний по России. В настоящее время можно говорить о стабилизации заболеваемости детей туберкулезом. Практически ликвидирована смертность детей от туберкулеза.
3. Структура заболеваемости в целом благоприятная: случаи остротекущего туберкулеза (диссеминированный туберкулез, туберкулезный менингит) единичны, в структуре туберкулеза органов дыхания преобладают малые формы ТВГЛУ. Наметилась тенденция к уменьшению частоты внелёгочного туберкулеза. Но имеются случаи несвоевременного выявления туберкулеза: это осложнённое течение ТВГЛУ (до 23,3%) и фаза распада у 1/3 больных туберкулезом лёгких. Наиболее часто поражаемая туберкулезом возрастная группа - это школьники 7-14 лет (58,6%). Показатель риска инфицирования стабилизировался с 2003 г. на уровне около 1,5 %, что соответствует эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди взрослого населения.
4. Показатель заболеваемости туберкулезом детей в бациллярных очагах высокий, не имеет тенденции к снижению, что говорит о неудовлетворительной организации санитарной профилактики.

Практические рекомендации: с целью уменьшения заболеваемости туберкулезом детей в бациллярных очагах превентивное лечение проводить только контролируемое, длительное - не менее 6 месяцев в условиях стационара или санатория, с учётом чувствительности МБТ у

источника инфекции, с использованием резервных препаратов контактным по лекарственно-устойчивому туберкулезу.

Литература:

1. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2010. – 224 с.
2. Туберкулез в Российской Федерации 2010 г. Аналитический обзор показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – 280 с.
3. Фтизиатрия: национальное руководство/ под ред. М.И. Перельмана, - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
4. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2010 году. Монография. /М.В. Шилова – М.: 2012. – 224 с.

Тезисы

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОДРОСТКОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ

Вычугжанина Е.Ю., Валова Н.В.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра семейной медицины ИПО
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», детское
диспансерное отделение*

Проблема туберкулеза в Российской Федерации в настоящее время не утратила своей актуальности. Цель исследования – провести анализ заболеваемости туберкулезом подростков Кировской области за 2003 – 2013гг., изучить структуру клинических форм впервые заболевших за этот период. Изучена первичная документация (учетные формы 30у, 089у) у заболевших туберкулезом подростков. За 2003 – 2013гг. в Кировской области заболело туберкулезом 128 подростков, туберкулезом органов дыхания – 103 человека (80% заболевших), остальная часть – внелегочными формами туберкулеза. Девочек было 70 человек (54,7%), организованных – 92,9%.

Заболеваемость на 100 тысяч подросткового населения составляла 19,6 в 2003г. и 8,58 (минимальный показатель за 10 лет) в 2013г. Пик заболеваемости отмечался в 2009г (42,2 на 100 тысяч населения) и вероятно связан с началом внедрения диаскинтеста в практическое здравоохранение области. В целом, можно констатировать тенденцию к

снижению заболеваемости среди подростков, однако отмечаются «волны» подъема заболеваемости в 2005, 2009 и 2012 гг. Необходимо отметить, что за указанный период смертности от туберкулеза среди подростков не было.

В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания среди впервые заболевших традиционно преобладает инфильтративный туберкулез легких (63,1%), туберкулезный плеврит составил 14,6%, очаговый туберкулез – 10,7%; туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 8,7%. Бактериовыделение установлено у 32%, полость распада определялась у 26% заболевших, осложненное течение отмечалось в 12 (11,7%) случаях, в трех случаях наблюдалось прогрессирующее течение туберкулеза. Туберкулез органов дыхания чаще выявлялся профилактически (77,6%), из них при флюорографическом исследовании – у 65% заболевших.

Структура внелегочных форм туберкулеза у подростков представлена туберкулезом почек (48%), туберкулезом глаз (28%) и туберкулезом периферических лимфатических узлов (16%), встречались редкие локализации – туберкулез печени (4%) гистологически подтвержденный. Бактериовыделение установлено у 20% пациентов с внелегочными формами, в основном это больные с туберкулезом мочеполовой системы. Большая часть случаев (60%) туберкулеза внелегочной локализации выявлена при обращении.

Таким образом, за последние 10 лет можно отметить тенденцию к снижению заболеваемости туберкулезом у подростков в Кировской области. В структуре клинических форм впервые заболевших преобладает вторичный легочный туберкулез, чаще инфильтративный, у каждого третьего с бактериовыделением, выявленный профилактически, среди внелегочных форм – туберкулез почек, с бактериовыделением.

Статья

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коковихина И.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Туберкулез в настоящее время является актуальной медико-социальной проблемой, так как представляет глобальную угрозу здоровью

людей во всем мире и заслуживает особого внимания. В настоящее время, как в Российской Федерации, так и в Кировской области преимущественно регистрируются случаи туберкулеза органов дыхания. В то же время показатели выявления внелегочного туберкулеза (ВЛТ) характеризуют не только общую эпидемиологическую ситуацию, но и отражают качественный уровень организации диагностики и диспансерного наблюдения больных туберкулезом [1, 2, 3, 4].

Цель работы. Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по внелегочному туберкулезу в Кировской области за 1996 – 2013 годы.

Задачи работы:

1. Изучить показатели заболеваемости ВЛТ в Кировской области за 1996 – 2013 годы.
2. Дать характеристику структуры клинических форм ВЛТ в Кировской области за 13 лет.
3. Проанализировать и сравнить соответствующие показатели с данными по Российской Федерации.

Материалы и методы. Для изучения и проведения сравнительного анализа были использованы статистические отчеты показателей по туберкулезу в Кировской области и Российской Федерации за период с 1996 года по 2013 год.

Результаты. Оценка данных показала, что в Кировской области заболеваемость ВЛТ за анализируемый период остается на низком уровне, с тенденцией к дальнейшему снижению. Так, в 1996 году заболеваемость ВЛТ в Кировской области составила 3,6 на 100 тыс. населения, а в 2013 году уже 1,7 на 100 тыс. населения, снижение на 52,8%. За 17 лет отмечалось незначительные колебания показателя заболеваемости от 1,7 на 100 тыс. населения в 2013 году до 5,4 на 100 тыс. населения в 2000 году. В России показатель заболеваемости ВЛТ также имеет тенденцию к стабильному снижению на 26,5% с 3,4 на 100 тыс. населения в 1996 году до 2,5 на 100 тыс. населения в 2010 году (рис. 1).

В Кировской области на протяжении 15 лет (1997-2011 гг.) первое место занимал туберкулез мочеполовых органов (32-75%), второе место занимали туберкулез костей и суставов (8,3-24,2%) и туберкулез периферических лимфатических узлов (8,3-47,5%), реже встречался туберкулез глаз и единичными были случаи туберкулеза центральной нервной системы. За последние 2012 и 2013 годы структура ВЛТ в Кировской области изменилась: преобладает выявление туберкулеза костей и суставов и составляет 41,4% и 40,0% соответственно. Увеличение

доли туберкулеза костей и суставов в Кировской области может быть связано с улучшением качества диагностики (рис. 2).

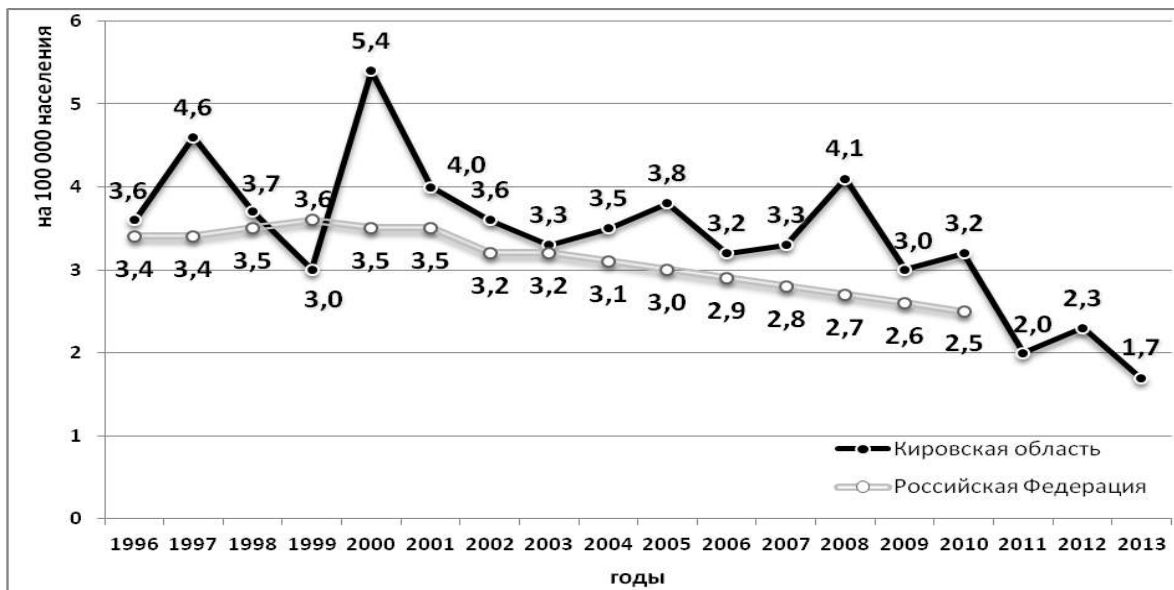


Рис. 1. Заболеваемость внелегочным туберкулезом в Кировской области и Российской Федерации за 1996-2013 годы, на 100 тыс. населения

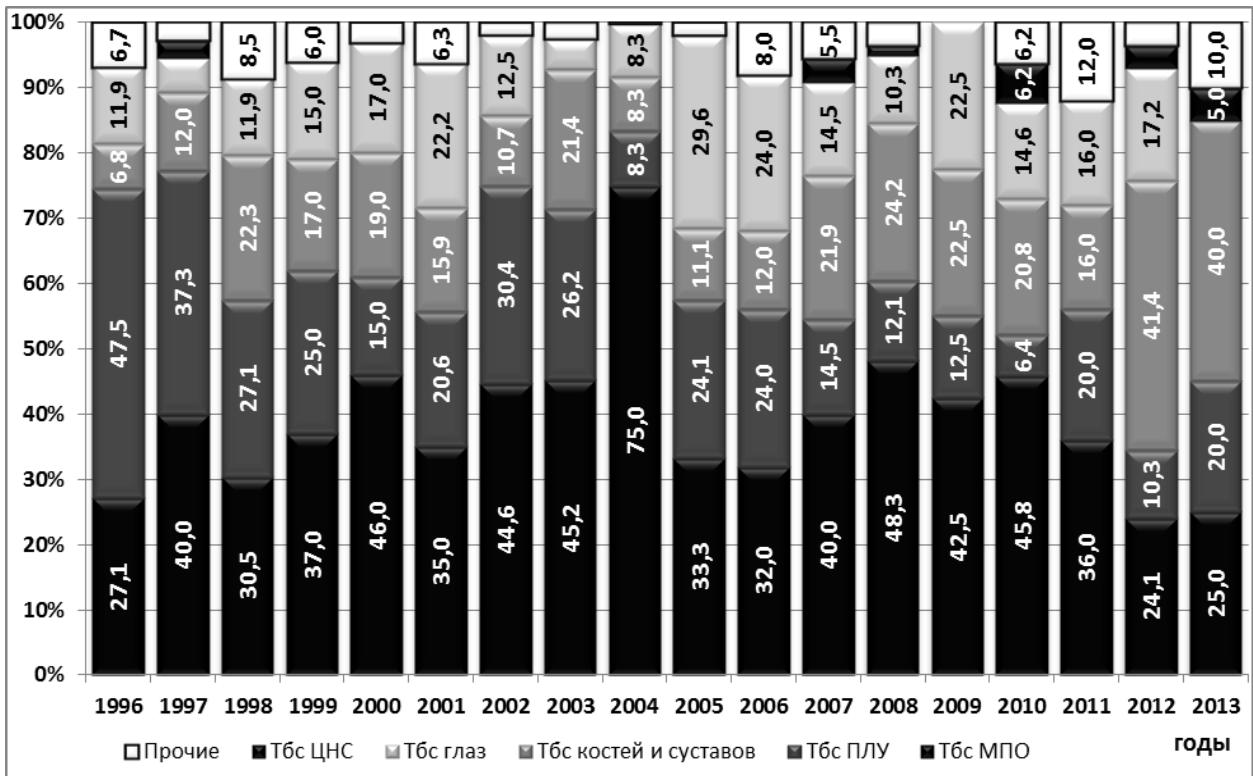


Рис. 2. Структура клинических форм внелегочного туберкулеза в Кировской области за 1996-2013 годы, %

Структура ВЛТ в Кировской области включает следующие клинические формы: туберкулез мочеполовых органов, туберкулез костей и суставов, туберкулез периферических лимфатических узлов, туберкулез глаз, туберкулез центральной нервной системы и прочие. В России в структуре ВЛТ не выделяется туберкулез глаз в связи с низкой частотой встречаемости.

По данным Российской Федерации структура ВЛТ туберкулеза изменилась аналогичным образом в сравнении с Кировской областью. Так в 2002-2004 годах первое место занимал туберкулез мочеполовой системы (38,6-40,6%), реже встречались туберкулез костей и суставов (23,2-24,3%), туберкулез периферических лимфатических узлов (16,3-17,1%), а в 2009-2010 года преобладает туберкулез костей и суставов (33,6% и 33,1%), туберкулез мочеполовой системы (30,8% и 32,5%).

Таким образом, показатель заболеваемости ВЛТ, регистрируемый в Кировской области и Российской Федерации сравнительно невелик. Заболеваемость внелегочными формами туберкулеза в Кировской области мало оказывает влияния на показатели общей заболеваемости туберкулезом. Однако, уменьшение показателей заболеваемости ВЛТ не может быть объяснено благоприятной эпидемиологической обстановкой, напротив, оно может быть обусловлено недостаточным выявлением данных больных, недоучетом случаев заболевания внелегочными формами туберкулеза, а так же ростом частоты генерализованного туберкулеза, при наличии которого учитывается ведущая патология, чаще всего представленная туберкулезом легких. Поэтому не только у врачей-фтизиатров, но и врачей любой специальности должна быть повышенная настороженность в отношении своевременного выявления внелегочного туберкулеза.

Литература:

1. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2010. – 224 с.
2. Туберкулез в Российской Федерации 2010 г. Аналитический обзор показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – 280 с.
3. Фтизиатрия: национальное руководство/ под ред. М.И. Перельмана, - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

4. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2010 году. Монография./ М.В. Шилова – М.: 2012. – 224 с.

Статья

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ УИС КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Жалин К.А.

ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Российская Федерация является одной из ведущих стран по количеству заключенных. Необходимо отметить, что ряд мер принимаемых Российским законодательством направленных на смягчение уголовного наказания привело к значительному снижению количества осужденных. Так, по итогам 2000 года количество осужденных в Российских тюрьмах составило 1060,0 на 100000 населения. На начало 2014 года в местах лишения свободы содержалось 674,1 на 100000 населения. Несмотря на достигнутые успехи, Россия продолжает входить в число 22 стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом. Отмечается рост распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

В течение последних лет в системе Минюста РФ отмечено сокращение заболеваемости туберкулезом подследственных и заключенных. Координация действий пенитенциарной медицины и гражданского здравоохранения, помощь международных организаций позволили в течение последних лет улучшить основные показатели по туберкулезу. За последние 7 лет заболеваемость в учреждениях уголовно-исполнительной системы снизилась в 4 раза. За последние 10 лет количество таких больных уменьшилось почти в 3,5 раза – с 98 до 28 тысяч. В 2013 году в учреждениях УИС было выявлено 9356 случаев первичного туберкулеза, из них 3523 случая (38%) выявлено при поступлении в следственные изоляторы.

Анализ показателей заболеваемости, смертности, бациллярности среди осужденных Кировской области в период 2000-2013г.г. имеет положительную тенденцию. Показатель первичной заболеваемости туберкулезом снизился в 2,3 раза. При регистрации впервые выявленных

больных в начале 2000-х, ежегодно фиксировалось более 200 случаев заболеваний туберкулезом (2000г. – 230 случаев). За период 2011-2013г.г. ежегодно выявляется 100-115 случаев заболевания (2014г. – 114 случаев), из них 40,1% при поступлении в следственные изоляторы.

При общем снижении уровня заболеваемости туберкулезом удельный вес первичных больных с наличием бактериовыделения растет. Так, из 230 туб. больных выявленных в 2000г. – 51 зарегистрирован с наличием МБТ+ (22,2%), тогда как из 114 больных выявленных в 2013г. – 46 имели бактериовыделение (40,4%). Однако, учитывая, что учреждениям приобретено новое диагностическое оборудование, фельдшера-лаборанты, в установленные сроки, проходят обучение, при наличии 2-х кратного рентгенологического обследования осужденных и диагностического обследования при сопутствующих заболеваниях методом микроскопии мазка мокроты, можно предположить о росте качественных показателей диагностики туберкулеза. Доказательством тому является увеличение количества больных с впервые диагностированным заболеванием методом микроскопии мазка мокроты с единичных случаев до 12 в 2013 году.

В структуре смертности туберкулез, как причина, составлял 15,5% от всех случаев. Ежегодно регистрировалось от 4 до 8 летальных случаев от туберкулеза (в 2000г. – 7 случаев). За последние годы смертность в учреждениях УИС Кировской области не регистрировалась (в 2012г. – 1 случай).

Наряду с заболеваемостью туберкулезом постоянного населения страны 20-25% всех заболевших составляют лица БОМЖ, иностранцы, иммигранты и вынужденные переселенцы. А количество данной категории от всех больных может достигать 35%. Наиболее часто регистрируются больные из стран СНГ: Азербайджан, Таджикистан, Армения.

В структуре клинических форм впервые выявленного в пенитенциарных учреждениях туберкулеза преобладают инфильтративные формы (71,3%), реже встречались очаговые (26,6%), прочие формы (2,1%). Из 114 лиц с первичным туберкулезом фазу распада имел 21 человек (18,4%). Количество ВИЧ-инфицированных заболевших активным туберкулезом – 20 человек от всех заболевших или 17,5%.

Возрастная характеристика впервые выявленных больных туберкулезом свидетельствует о заболевании туберкулезом наиболее активной и работоспособной части населения в возрасте 25-44 лет и составляет 72,3% от всех заболевших в 2013 году. В этом же возрастном

периоде регистрируется наибольшее количество форм первичного туберкулеза легких с наличием бактериовыделения - 70,2%.

Таким образом, характеристика среднестатистического осужденного первичного больного туберкулезом заболевшего в исправительном учреждении Кировской области: осужденный мужчина 25-34 лет, имеющий среднее образование, содержащийся в местах лишения свободы до заболевания в течение 1-2 лет; состоит на диспансерном учете с диагнозом: инфильтративный туберкулез легких без наличия бактериовыделения с внутриучрежденческим случаем заражения и имевший частичную трудовую занятость.

Несмотря на положительную тенденцию основных статистических показателей основными причинами сложной ситуации по туберкулезу среди российских заключенных являются: недостаточное питание с преобладанием в рационе углеводов и жиров, неадекватные условия содержания связанные со скученностью, гиподинамией, гиповентиляцией, отсутствием возможностей рационального трудоустройства, повышенным уровнем стресса.

По-прежнему серьезной проблемой остается организация продолжения лечения больных после освобождения из мест лишения свободы, особенно тех лиц, которым начато лечение резервными противотуберкулезными препаратами в пенитенциарных учреждениях, и которые являются наиболее опасными в эпидемиологическом отношении. Как показывает практика, встают на учет и продолжают лечение после освобождения из мест лишения свободы не более 65% бывших осужденных.

Тезисы

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГРАЖДАНСКОМ И ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2013 ГОДЫ

Боровицкий В.С., Рябов В.В., Шемяков О.В.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: сравнение основных показателей работы по туберкулезу в гражданском и пенитенциарном здравоохранении Кировской области.

Методы: сравнительное изучение данных годовых отчётов за 2011-2013 годы.

Результаты: основные показатели работы туберкулезной больницы представлены в виде таблицы (на 100000 населения).

Таблица 1

	Год	Заболеваемость (первичная)	Рецидивы	Распространённость	Инвалидность	Смертность
Российская Федерация	2011	73,0	11,1	167,9	47,7	14,2
	2012	68,1	10,6	157,7	43,4	12,5
	2013	-	-	-	-	-
Приволжский федеральный округ	2011	65,5	10,8	152,7	39,3	12,7
	2012	62,7	10,0	144,6	35,6	10,9
	2013	-	-	-	-	-
Кировская область	2011	54,7	8,0	139,1	31,9	6,0
	2012	61,3	8,5	131,2	21,4	5,8
	2013	54,4	8,7	134,9	21,9	6,2
УФСИН Кировской области (ТБ ФКУЗ МСЧ-43)	2011	659,1	35,2	2920,8	886,7	29,8 (4 случая)
	2012	781,0	60,4	2476,1	802,4	0
	2013	807,7	58,4	2245,9	610,1	7,1 (1 случай)
ФСИН России	2011	1574,5	-	4558,6	684,2	97,8
	2012	1421,3	-	4330,0	687,3	73,5
	2013	-	-	-	-	-

Выводы: первичная заболеваемость туберкулезом и уровень рецидивов в ТБ ФКУЗ МСЧ-43 за 3 года постепенно увеличивается и выше российских и региональных в 2-3 раза, однако, ниже общероссийских показателей по учреждениям ФСИН. Это обусловлено прежде всего высоким уровнем выявления и диагностики заболевания, а также увеличением числа ВИЧ инфицированных в пенитенциарных учреждениях Кировской области и как следствие присоединение туберкулеза. Показатель распространённости по туберкулёзу в местах лишения свободы высокий за счёт хронических больных, порой неизлечимых, которые годами состоят под наблюдением и снимаются с учёта при освобождении или смерти. Уровень инвалидности гораздо выше, чем в гражданских учреждениях здравоохранения. Но это обусловлено - первое: значительной концентрацией пациентов с хроническим деструктивным туберкулезом в специализированном отделении больницы для туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью МБТ, во вторых:

уменьшением общего числа больных туберкулезом – как следствие снижения общего числа осуждённых. Низкая смертность – результат высокого качества лечения высококвалифицированным персоналом.

Стоит заметить, что на фоне снижения общего количества больных туберкулезом, увеличивается доля больных с сочетанием туберкулез+ВИЧ, с бактериовыделением в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью МБТ. Это увеличивает продолжительность и стоимость лечения одного больного, требует применения современных, дорогостоящих препаратов, внедрения новых методов лечения (методик с применением эндобронхиальных клапанов, озонотерапия), более активного применения радикальных, оперативных методов лечения.

Статья

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ

Мелехин К.Ю., Трекин И.А.

Республиканский противотуберкулезный диспансер, г. Сыктывкар

Туберкулёз – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза, при котором поражаются различные органы и ткани. В XXI веке туберкулёз остаётся одной из самых распространённых инфекций в мире. Ежегодно в мире заболевает туберкулёзом 8 - 9 млн. и умирает 3 млн. человек [1, 3].

К концу 80-х годов уровень заболеваемости туберкулезом достиг минимума. С начала 90-х годов наблюдается тенденция роста заболеваемости туберкулёзом как в целом по России, так и по Республике Коми. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Коми остается напряженной [2]. Высокий уровень заболеваемости обуславливает чрезвычайную актуальность этой проблемы.

Цель работы: проанализировать основные эпидемические показатели по туберкулезу в Республике Коми.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать динамику заболеваемости туберкулезом постоянного населения, а так же детей и подростков в Республике Коми.
2. Провести анализ структуры впервые выявленных больных по профессиональной принадлежности и социальному составу, структуры

клинических форм туберкулеза органов дыхания и внелегочного туберкулеза, а так же удельного веса фазы распада и бактериовыделения у пациентов данной группы.

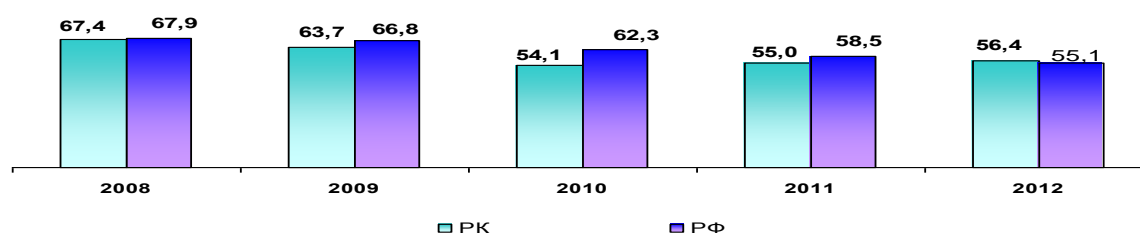
3. Изучить и проанализировать динамику распространенности, смертности от туберкулеза, причины рецидивов и летальных исходов при туберкулезе.
4. Оценить уровень организации раннего и своевременного выявления туберкулеза в Республике Коми.
5. Провести анализ эффективности лечения больных туберкулезом в Республике Коми.

Материалы и методы исследования: изучены статистические данные в динамике за 5 лет по Российской Федерации, Приволжскому федеральному округу и Республике Коми.

Результаты исследования: По итогам работы в период с 2010 –2012 годы в Республике Коми показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения (ф. 33) вырос с 54,1 на 100 тыс. постоянного населения республики в 2010 году до 56,4 на 100 тыс. населения в 2012 году или на 4,3 %. В абсолютных числах в 2010 году активным туберкулезом заболело 515 человек, в 2011 – 495, в 2012 году – 502 человека (диаграмма 1).

Диаграмма 1

Динамика заболеваемости туберкулезом постоянного населения Республики Коми на 100 тыс. населения (ф. 33)



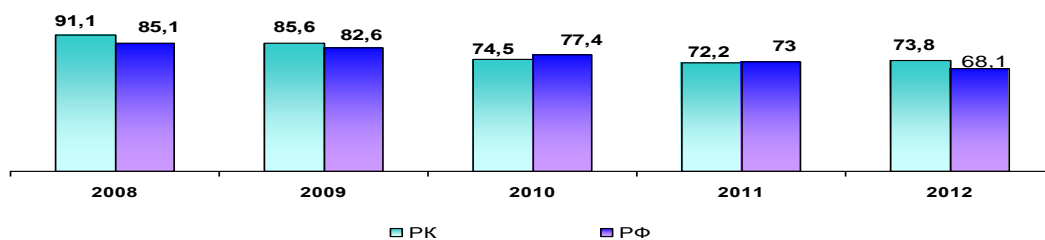
Рост показателя заболеваемости туберкулезом в республике обусловлен значительным улучшением организации работы по раннему выявлению туберкулеза, повышением качества диагностики туберкулеза за счет внедрения новых технологий. Это привело к выявлению туберкулеза у лиц, ранее осмотром не охваченных. В период с 2008 года показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения снизился на 16,3%.

В ф.8 включаются все впервые выявленные больные туберкулезом независимо от ведомственного подчинения, в том числе больные ГУФСИН

России по Республике Коми, лица БОМЖ, лица, у которых диагноз установлен посмертно и др. Отмечается снижение территориального показателя заболеваемости с 74,5 на 100 тыс. населения в 2010 году до 73,8 на 100 тыс. населения в 2012 году или на 1,9%. С 2008 года снижение составило 19,0% (диаграмма 2).

Диаграмма 2

*Динамика показателя заболеваемости туберкулезом
в Республике Коми (ф.№8)*



Пенитенциарный сектор вносит существенный вклад в общее количество новых случаев туберкулеза, в формирование показателей заболеваемости по республике (диаграмма 3).

По итогам 2012 года доля УФСИН РФ по Республике Коми в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом по республике составила 21,3% (диаграмма 4).

Диаграмма 3

Количество новых случаев туберкулеза в гражданском и пенитенциарном секторах (абс. число)

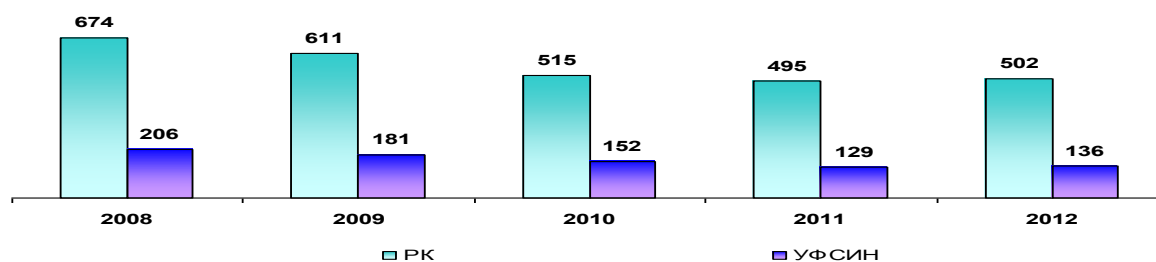
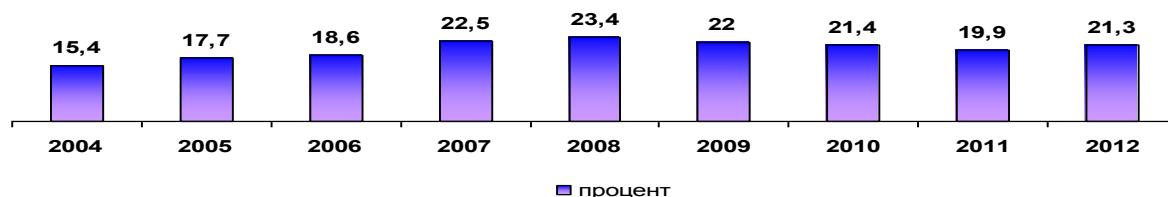


Диаграмма 4

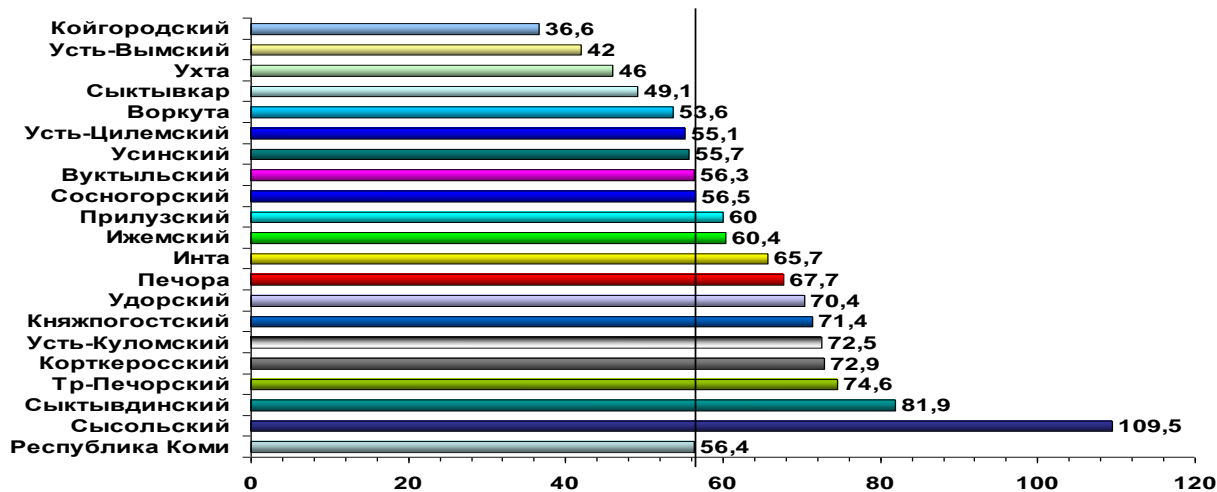
Доля пенитенциарного сектора в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом (%)



Выше среднереспубликанского показателя заболеваемость туберкулезом в Сысольском, Сыктывдинском, Тр.- Печорском, Корткеросском районах (диаграмма 5).

Диаграмма 5

Заболеваемость туберкулезом постоянного населения Республики Коми, 2012 год (на 100 тыс. населения)



Среди заболевших туберкулезом в 2012 году 335 больных (66,7%) – лица мужского пола. Максимальный уровень заболеваемости зарегистрирован у лиц трудоспособного возраста (18-59 лет) – 433 человека, показатель заболеваемости трудоспособного населения составил 74,6 на 100 тыс. трудоспособного населения. Показатель заболеваемости туберкулезом мужчин в трудоспособном возрасте в 2012 году составил 113,1 на 100 тыс. трудоспособного мужского населения, показатель заболеваемости женщин в трудоспособном возрасте составил 62,1 на 100 тыс. трудоспособного женского населения. Таким образом, заболеваемость мужчин в трудоспособном возрасте почти в 2 раза превышает заболеваемость женщин (диаграмма 6).

Заболеваемость туберкулезом среди жителей села превышает заболеваемость городских жителей в 1,6 раза, что обусловлено более низким уровнем жизни населения. Как следует из диаграммы 7, за последние три года отмечается рост заболеваемости туберкулезом среди городских жителей на фоне стабильно высокой заболеваемости туберкулезом сельского населения.

В Республике Коми показатель заболеваемости туберкулезом детей за последние три года снизился с 14,1 на 100 тыс. детского населения в 2010 году до 11,2 в 2012 году, снижение составило 20,6%. Тенденция к

снижению показателя по Республике Коми более выраженная, чем по России (диаграмма 8). Снижение показателя обусловлено высоким уровнем организации работы по раннему выявлению и профилактике туберкулеза.

Диаграмма 6

Распределение лиц, заболевших активным туберкулезом по полу и возрасту, 2011-2012 год (%)

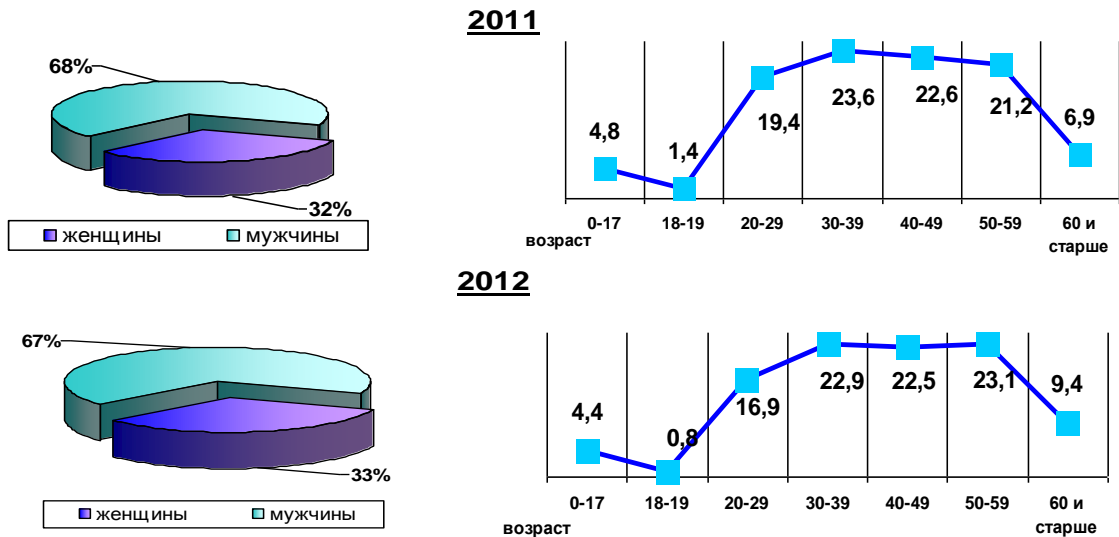


Диаграмма 7

Динамика заболеваемости жителей города и села на 100 тыс. городского и 100 тыс. сельского населения

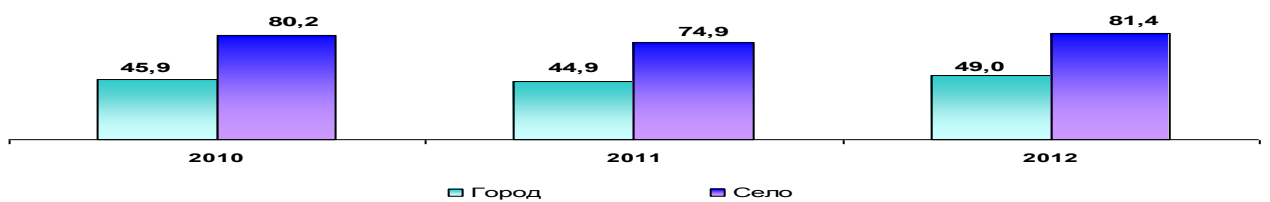
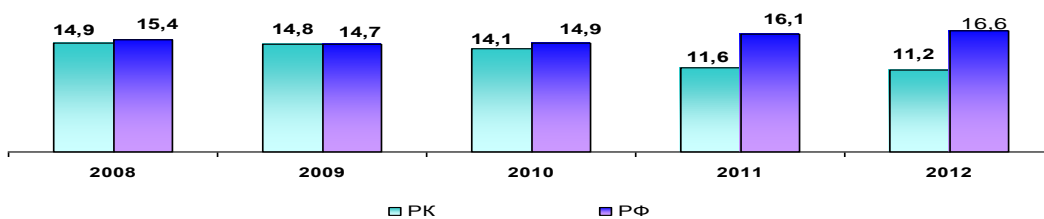


Диаграмма 8

Заболеваемость туберкулезом детей (на 100 тыс. детского населения)



Туберкулез у детей в большинстве случаев выявляется профилактически (методом туберкулинодиагностики), в 2012 году профилактически выявлено 94,1% случаев. В структуре заболеваемости преобладают малые формы первичного туберкулеза, которые составляют от 60,9% до 80% и в большинстве случаев это туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Внелегочные формы туберкулеза составляют 1-2 случая в год от общего числа заболевших и представлены преимущественно туберкулезом почек, туберкулезом периферических лимфатических узлов и костно-суставным туберкулезом. В 2012 году случаев выявления внелегочного туберкулеза у детей не зафиксировано.

Заболеваемость туберкулезом подростков в 2012 году снизилась на 2,8% по отношению к 2010 году и составила 17,6 на 100 тыс. подросткового населения (табл. 1). Показатель профилактического выявления туберкулеза у подростков в 2010 году – 66,7%, в 2011 году – 83,3%, в 2012 году – 100,0%.

Таблица 1

Годы	2010	2011	2012
Абс. Число	6	6	5
Показатель заболеваемости	18,1	20,5	17,6

Социальными группами риска по заболеванию туберкулезом в Республике Коми по-прежнему являются неработающие трудоспособного возраста, инвалиды и безработные. В динамике за три года отмечается рост заболевания туберкулезом среди инвалидов (до 9,6%) и пенсионеров (до 14,7%)-табл.2.

Таблица 2

Анализ структуры впервые выявленных больных по профессиональной принадлежности и социальному составу

Профессиональная принадлежность	2010 год		2011 год		2012 год	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1. Рабочие	97	18,8	120	24,2	112	22,3
2. Служащие	42	8,2	33	6,75	27	5,4
3. Работники сельского хозяйства	0	0	0	0	0	0
4. Работники частного или коммерческого предприятия	0	0	0	0	0	0
5. Учащиеся школы	13	2,5	14	2,8	11	2,2
6. Учащиеся сред. уч. заведений	8	1,6	6	1,2	4	0,8
7. Учащиеся высших уч. заведений	5	1,0	1	0,2	3	0,6
8. Дошкольники организованные	10	1,9	7	1,4	7	1,4

9. Дошкольники неорганизованные	2	0,4	1	0,2	1	0,2
10. Пенсионеры	65	12,6	60	12,1	74	14,7
11. Инвалиды	43	8,3	42	8,5	48	9,6
12. Неработающие трудоспособного возраста	205	39,8	201	40,6	203	40,4
13. Безработные	25	4,9	10	2,0	12	2,4
Всего:	515	100,0	495	100,0	502	100,0

Как следует из таблицы 3, в клинической структуре новых случаев туберкулеза лидирующие позиции стабильно занимают инфильтративный, диссеминированный туберкулез, в сумме на них приходится 75,4 % новых случаев в 2012 году. В абсолютных числах в 2012 году без бактериовыделения и распада было выявлено на 35 человек больше, чем в 2011 году, что свидетельствует о существенном повышении роли активного профилактического направления в выявлении туберкулеза. Структура клинических форм туберкулеза, выявленных в 2012 году, более благоприятна: выявлен только один случай фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, в 2011 году – 3 случая, в 2010,2009 гг. – по 5 случаев ФКТ. Фиброзно-кавернозный туберкулез является результатом долговременного, как правило, хронического течения туберкулезного процесса, поэтому выявление свежих случаев данной формы туберкулеза свидетельствует о недостаточной работе общей лечебной сети по раннему выявлению туберкулеза.

Таблица 3

**Клинические формы туберкулеза органов дыхания вновь выявленных
больных в процентном отношении**

Клинические формы	2010	2011	2012
Инфильтративный туберкулез	41,2	52,0	49,1
Диссеминированный туберкулез	31,7	23,8	26,3
Очаговый туберкулез	13,0	11,3	10,2
Казеозная пневмония	2,7	3,2	2,7
Милиарный туберкулез	0,4	0,2	0,0
Туберкулома	3,3	3,8	6,7
Кавернозный туберкулез	0,0	0,0	0,4
Фиброзно-кавернозный туберкулез	1,0	0,6	0,2
Цирротический туберкулез	0,0	0,0	0,0
Первичный туб. комплекс	0,2	1,3	0,0
Тубплеврит	2,1	1,1	0,4
Туб. внутригрудных л/узлов	3,5	2,3	4,0

Туберкулез бронхов	0,8	0,4	0,0
Всего:	100%	100%	100%

Показатель заболеваемости населения внелегочным туберкулезом имеет стойкую тенденцию к снижению. В период с 2008 года показатель снизился на 40,9% и в 2012 году составил 2,6 на 100 тыс. населения. В абсолютных цифрах в 2012 году взято на учет 23 человека, в 2011 – 24 человека, в 2010 – 32 (диаграмма 9).

Среди форм внелегочного туберкулеза в 2012 году как и в прежние годы, преобладали мочеполовой туберкулез (47,8%), туберкулез костей и суставов (30,4%) и туберкулез глаз (13%) – табл. 4.

Диаграмма 9

Заболеваемость туберкулезом внелегочной локализации (на 100 тыс. населения)

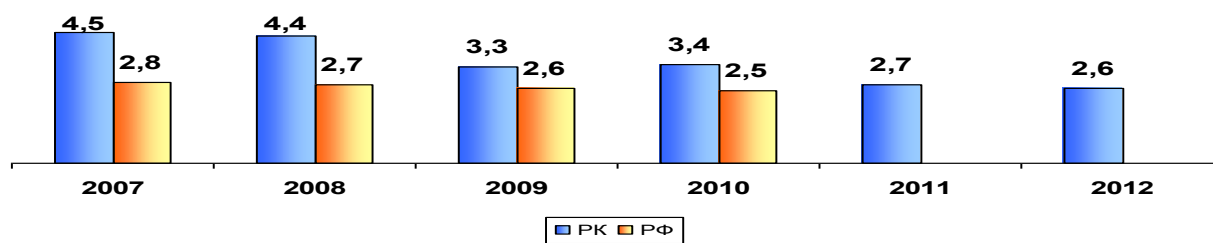


Таблица 4

Анализ клинических форм внелегочного туберкулеза

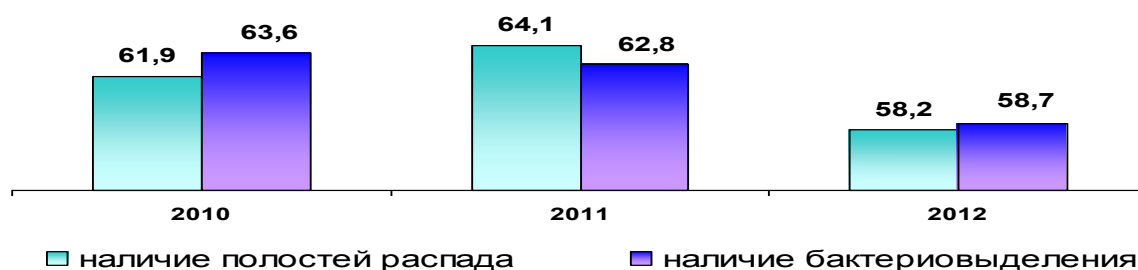
	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	абс. Число	%	абс. число	%	абс. Число	%
Мочеполовой туберкулез	13	40,6	12	50,0	11	47,8
Туберкулез костей и суставов	10	31,2	9	37,5	7	30,4
Туберкулез глаз	2	6,2	1	4,2	3	13,0
Туберкулез периферических л/узлов	4	12,5	2	8,3	2	8,7
Туберкулез ЦНС и мозговых оболочек	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Туберкулез кожи	1	3,1	0	0,0	0	0,0
Прочие	2	6,2	0	0,0	0	0,0
Всего	32	100,0	24	100,0	23	100,0

Удельный вес процессов с распадом среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания за три года снизился с 61,9% в 2010 году до 58,2% в 2012 году. На фоне снижения удельного веса

процессов с распадом легочной ткани снизился удельный вес бактериовыделителей: с 63,6% в 2010 году до 58,7% в 2012 году. Снижение удельного веса процессов с распадом и бактериовыделением среди впервые выявленных больных свидетельствует о тенденции выявления туберкулеза на ранних стадиях заболевания. В абсолютных цифрах в 2012 году процесс с распадом легочной ткани выявлен у 279 больных туберкулезом, а бактериовыделение подтверждено у 283 человек. Данный факт свидетельствует о высоком уровне диагностики возбудителя туберкулеза в биологическом материале (диаграмма 10).

Диаграмма 10

Удельный вес процессов с распадом и бактериовыделением среди впервые выявленных больных (%)



Показатель распространенности туберкулеза в Республике Коми за последние три года снизился на 8,1%: со 146,1 на 100 тыс. населения в 2010 году до 134,2 на 100 тыс. населения в 2012 году и находится стабильно на уровне ниже среднероссийских значений. В период с 2008 года снижение показателя распространенности туберкулеза в республике составило 18,0%, что свидетельствует об эффективной работе фтизиатрической службы с контингентами больных туберкулезом (диаграмма 11).

Диаграмма 11

Динамика показателя распространенности туберкулеза в Республике Коми (на 100 тыс. населения)

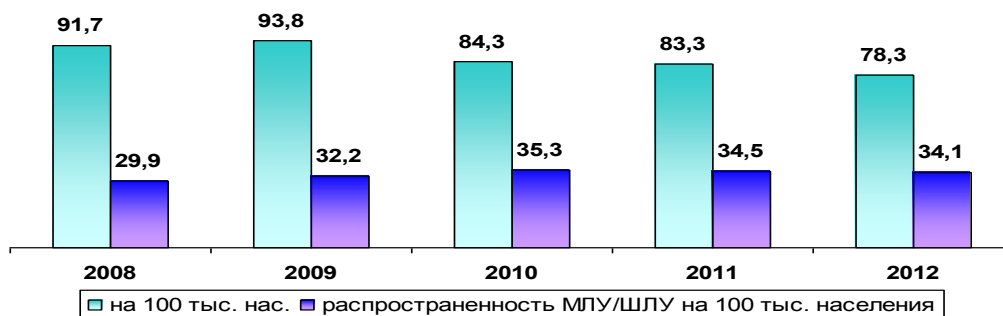


Наиболее эпидемически опасной является высокая распространенность бациллярных форм туберкулеза. В динамике за 3 года отмечается снижение показателя на 7,1% с 84,3 на 100 000 населения в 2010 году до 78,3 на 100 тыс. населения в 2012 году. Всего в Республике Коми на конец 2012 года согласно данных формы №33 состоит на учете 697 бактериовыделителей, из них 303 человека выделяют штаммы МБТ с множественной лекарственной устойчивостью. На фоне устойчивого снижения показателя распространенности бациллярного туберкулеза, отмечается рост распространенности туберкулеза с МЛУ МБТ с 29,9 на 100 тыс. населения в 2008 году до 34,1 на 100 тыс. населения в 2012 году, лишь в последние три года наметилась тенденция снижения показателя (диаграмма 12).

Существенно выше среднереспубликанского показателя распространность бациллярного туберкулеза в Сыктывдинском, Корткеросском, Тр-Печорском, Вуктыльском районах (диаграмма 13).

Диаграмма 12

*Распространенность бациллярных форм туберкулеза в Республике Коми
(на 100 тыс. населения)*



Положительным моментом является снижение числа рецидивов туберкулеза в республике: 2010 г. – 79 больных, 2011 г. – 68 больных, 2012 г. – 62 человека (диаграмма 14).

В 2012 году на 6,0% вырос показатель смертности от активного туберкулеза постоянного населения республики и составил 14,0 на 100 тыс. населения. Рост показателя в значительной степени связан со снижением численности населения республики. В абсолютных числах в 2011 году умерло 119 человек, в 2012 – 125, т.е. на 6 человек больше. Показатель территориальной смертности от туберкулеза (по форме С-52 Росстата) снизился на 1,4% с 14,6 на 100 тыс. населения до 14,4 (диаграмма 15).

Диаграмма 13

Распространенность бациллярного туберкулеза в муниципальных образованиях Республики Коми (на 100 тыс. населения)

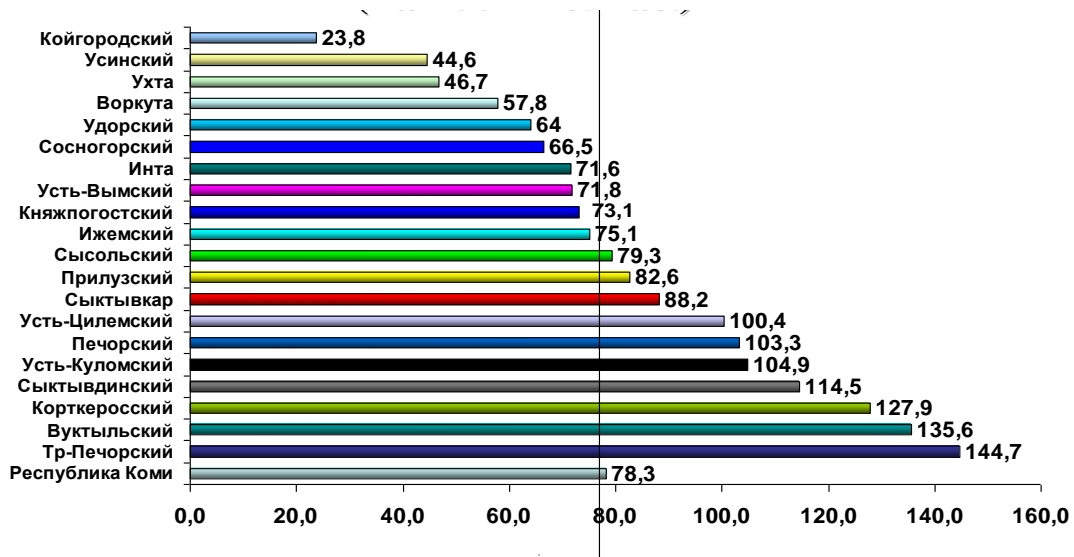


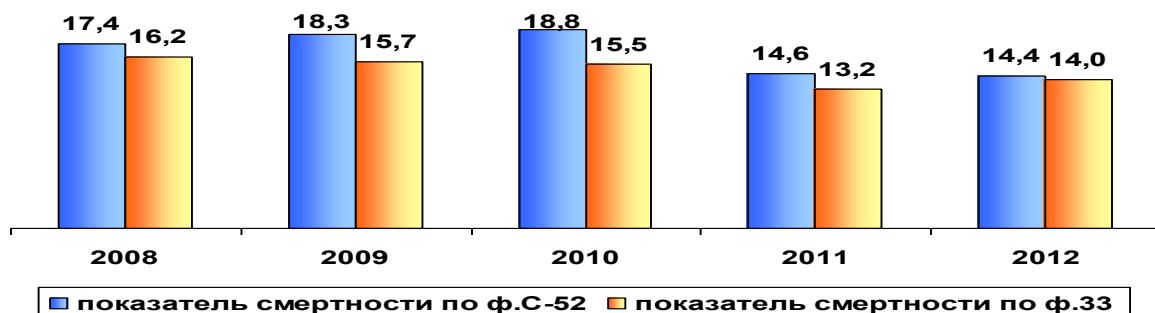
Диаграмма 14

Рецидивы туберкулеза в Республике Коми (на 100 тыс. населения)



Диаграмма 15

Показатель смертности от туберкулеза среди постоянного населения и по данным Росстата – ф. С-52 (на 100 тыс. населения)

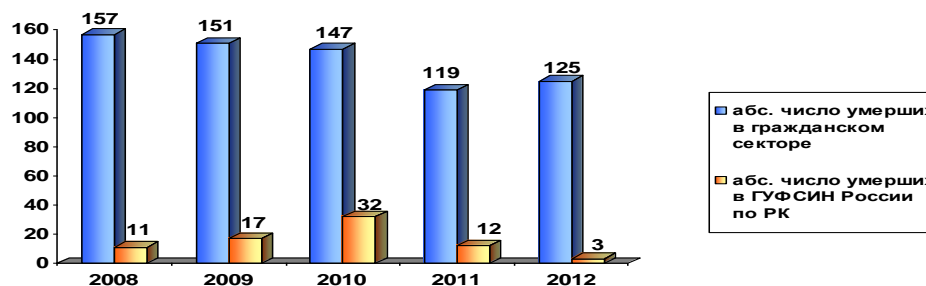


Рост смертности в системе ГУФСИН России по РК в период 2007-2010гг. обусловлен значительным поступлением спецконтингента из-за

пределов республики (особенно больных с сочетанной патологией ТВС+ВИЧ). В дальнейшем наблюдается резкое снижение умерших от туберкулеза в системе УФСИН за счет УДО по состоянию здоровья, что привело к увеличению числа умерших в гражданском секторе (диаграмма 16).

Диаграмма 16

*Абсолютное число умерших в гражданском и пенитенциарном секторах
2008-2012 гг.*



Ситуация с ростом смертности среди постоянного населения обусловлена ростом числа лиц, условно досрочно освобожденных из мест лишения свободы по состоянию здоровья и умерших «на свободе» (в гражданском секторе). В 2012 году в противотуберкулезном стационаре умерло 8 таких больных туберкулезом.

Наиболее высокий показатель смертности от туберкулеза зафиксирован в Княжпогостском, Сосногорском районах (диаграмма 17).

В результате неэффективной работы общей лечебной сети по выявлению туберкулеза в 2012 году в 19 случаях смерти от туберкулеза диагноз был установлен посмертно, в том числе 6 больных умерли в стационарах общей лечебной сети: 2 случая – городская больница Эжвинского района, по 1 случаю в Сыктывкарской городской больнице, Ухтинской ГБ, Печорской ЦРБ, Сосногорской ЦРБ. Более чем в половине случаев посмертной диагностики туберкулеза больные не проходили флюорографическое обследование более 5-ти лет. Высокий показатель посмертной диагностики в Княжпогостском районе – 4 случая, в г. Инте – 2 случая (диаграмма 18).

В 2012 году умершие до года наблюдения составили 24,0% от общего количества умерших от туберкулеза (30 человек), в 2011 году – 27,7% (33 человека), в 2010 году – 23,1% (34 человека). Умершие до года наблюдения выявляются в запущенных, некурабельных стадиях заболевания. Значительное число умерших от туберкулеза до 1 месяца наблюдения (20

человек) в 2012 году также указывает на серьезные дефекты в работе общей лечебной сети по выявлению туберкулеза. 42,9% - не проходили флюорографическое обследование более 5-ти лет. Подавляющее число умерших до года относятся к социальным группам риска, необходима прицельная работа с этой категорией больных со стороны специалистов общей лечебной сети. 18 человек были лицами БОМЖ (14.4%), что в 8,5 раз больше, чем в 2011г. Посмертная диагностика туберкулеза, смерть до 1 месяца и до года наблюдения - резерв снижения смертности от активного туберкулеза (диаграмма 19).

Диаграмма 17

Показатель смертности от туберкулеза и его последствий в разрезе территорий РК, 2012 год (на 100 тыс. населения)

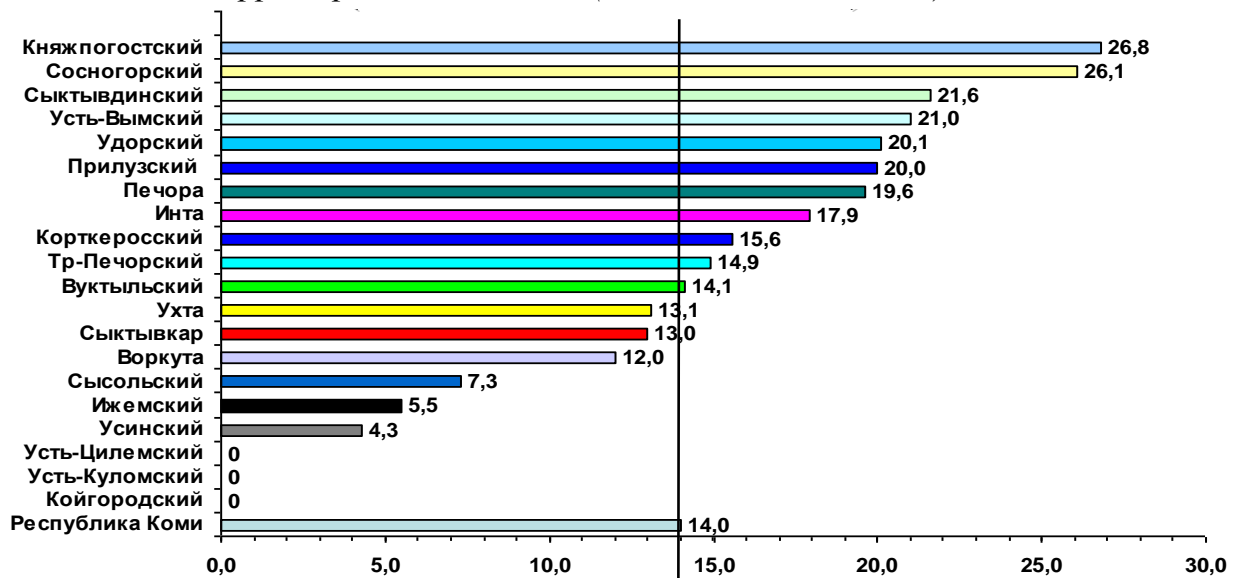


Диаграмма 18

Посмертная диагностика туберкулеза

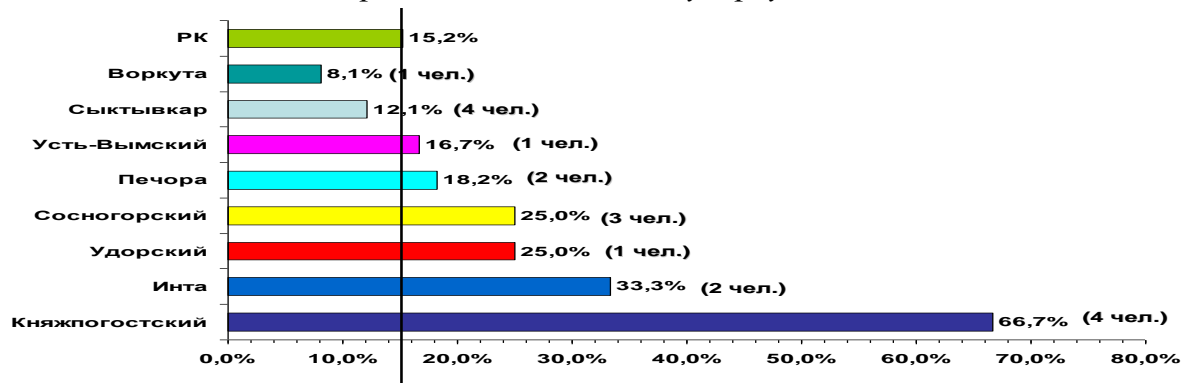
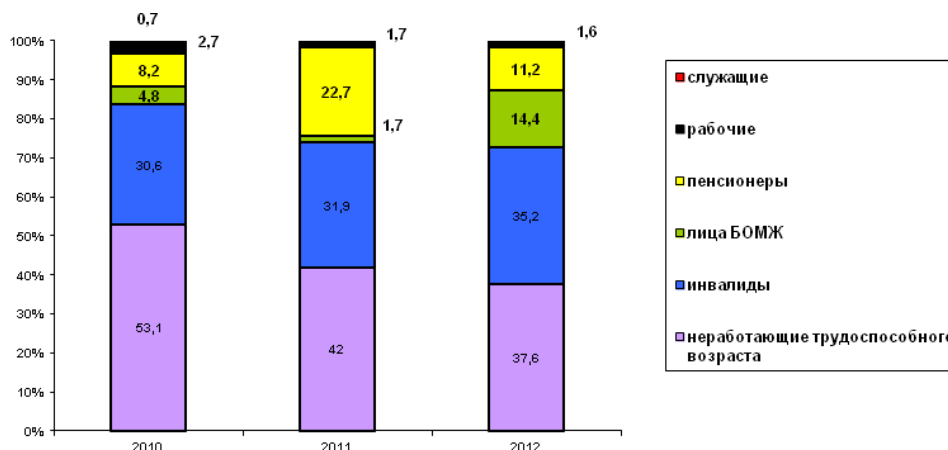


Диаграмма 19

Социальный статус умерших от туберкулеза и его последствий в 2010-2012гг. (%)



В 2012 году, по-прежнему среди причин смерти от активного туберкулеза преобладает диссеминированный, фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония. В половине случаев (49,6%) установлена множественная лекарственная устойчивость МБТ, являющаяся одной из причин неэффективности лечения, в 2011 году – 46,2% (диаграмма 20).

Диаграмма 20

Процентное соотношение клинических форм туберкулеза, явившихся причиной смерти

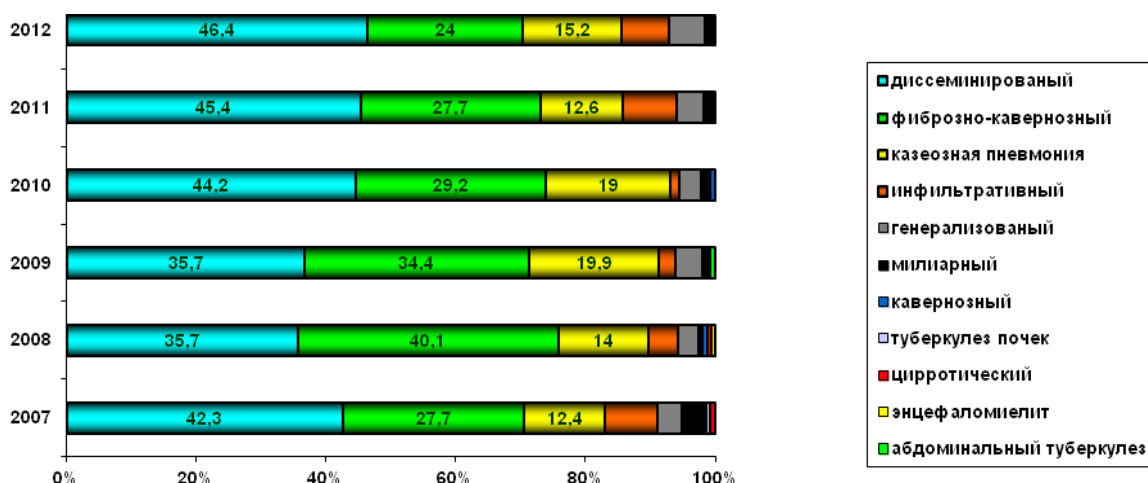
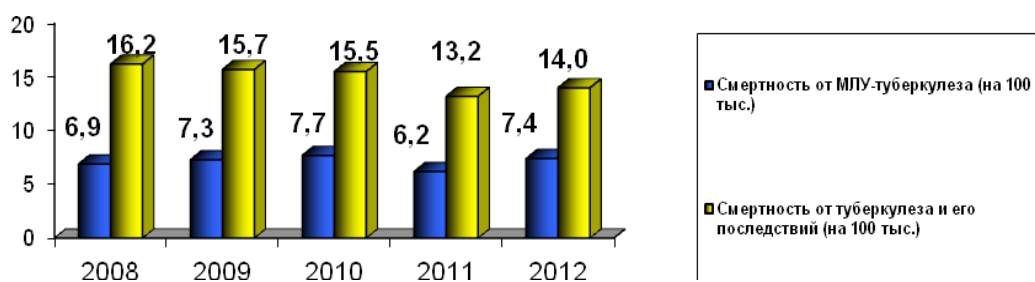


Диаграмма 21

Смертность от МЛУ-туберкулеза за период 2008-2012 гг. (на 100 тыс. населения)



Среди умерших 64,3% - это лица трудоспособного возраста, не работающие, ведущие асоциальный образ жизни, не обращающиеся за медицинской помощью, 42,9% - не проходившие флюорографическое исследование более 5-ти лет. 50 человек умерших от активного туберкулеза и его последствий страдали хроническим алкоголизмом (40,0%). 36 человек ранее находились в местах лишения свободы (28,8%), в т.ч. 8 человек УДО по состоянию здоровья (6,4% от общего числа умерших). 57 человек среди умерших имели сопутствующую патологию (45,6%), 3 человека с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция (2,4%).

Методами раннего выявления туберкулеза среди населения являются профилактические флюорографические осмотры (с 15 лет), простая микроскопия биологического материала на кислотоустойчивые микобактерии, среди детского населения – массовая туберкулинодиагностика. В последние годы значительно улучшилось обеспечение республики рентгено-флюорографической техникой: в рамках реализации Программы модернизации в 2012 году в учреждения здравоохранения республики поступило 76 единиц рентгенооборудования, в т.ч. 8 стационарных флюорографов и четыре передвижных флюорографических установки. По итогам 2012 года показатель охвата населения профилактическим флюорографическим осмотром по данным временной оперативной отчетности вырос до 71,1%. Вырос показатель охвата населения республики профилактическим рентгено-флюорографическим осмотром и составил 77,1%, 2011 год – 74,2%.

Существенный резерв заболеваемости находится в неосмотренных методом флюорографии 2 года и более. По данным временной оперативной отчетности на конец 2012 года по Республике Коми не проходили флюорографическое обследование 2 и более года 48 732 человека (в 2011 году – 47 655 человек). Лица, не обследовавшиеся 2 и

более года, являются группой высокого риска по развитию туберкулеза, в том числе запущенных форм. Наибольший процент лиц, не прошедших флюорографическое обследование более двух лет в Сыктывдинском, Ижемском, Княжпогостском, Усть-Цилемском, Усть-Вымском, Сосногорском районах (диаграмма 23).

Диаграмма 22

Охват населения Республики Коми профилактическим рентгено-флюорографическим осмотром в 2012 году, (%)

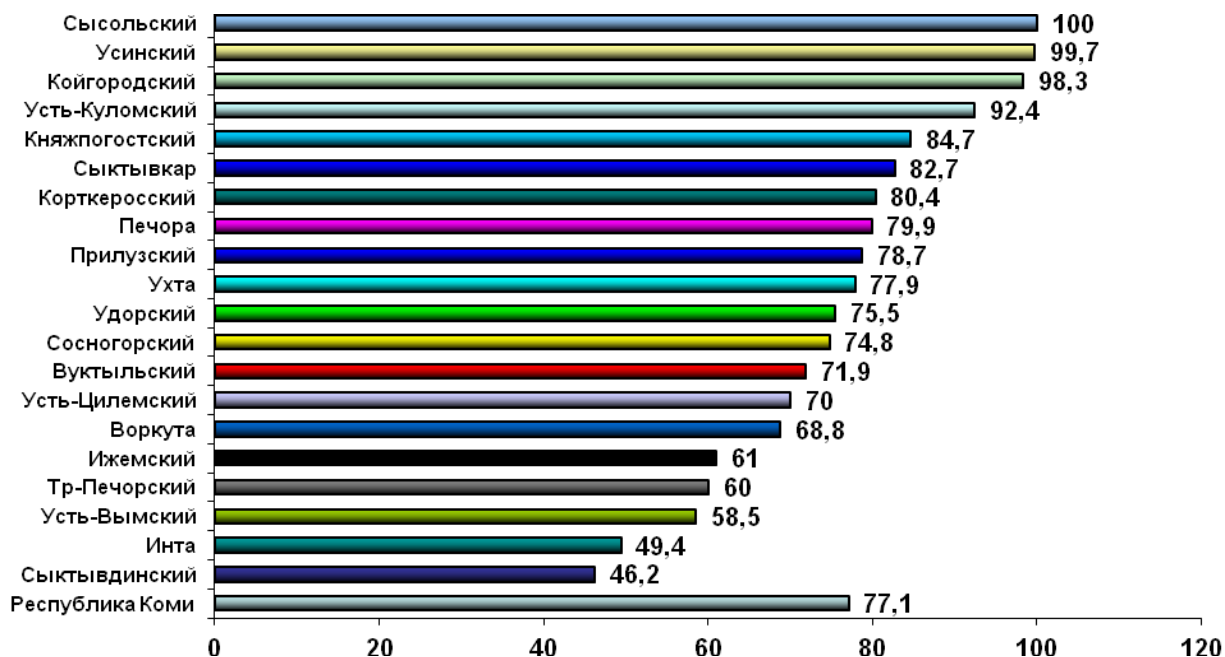
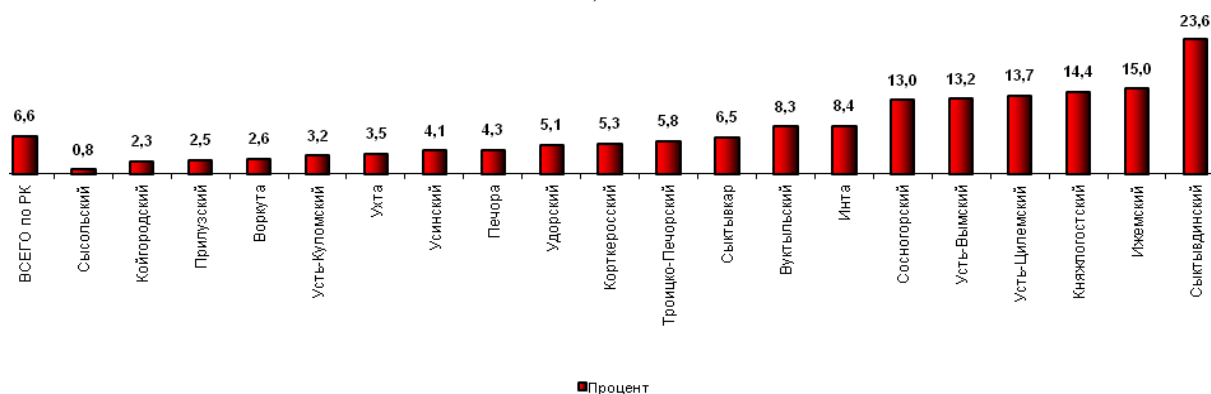


Диаграмма 23

Количество лиц, не проходивших флюорообследование 2 года и более, (Республика Коми 2012 год)



Важным методом выявления туберкулеза у лиц из групп риска по заболеванию туберкулезом является трехкратное исследование биологического материала на кислотоустойчивые микобактерии методом

Циля-Нильсена. Данная методика малозатратна, позволяет быстро выявлять наиболее эпидемически опасные категории пациентов и своевременно их изолировать. В целом по Республике Коми процент выявления положительных мазков методом простой микроскопии в учреждениях общей лечебной сети сохранился на достаточно высоком уровне и составил 0,73% от количества исследований.

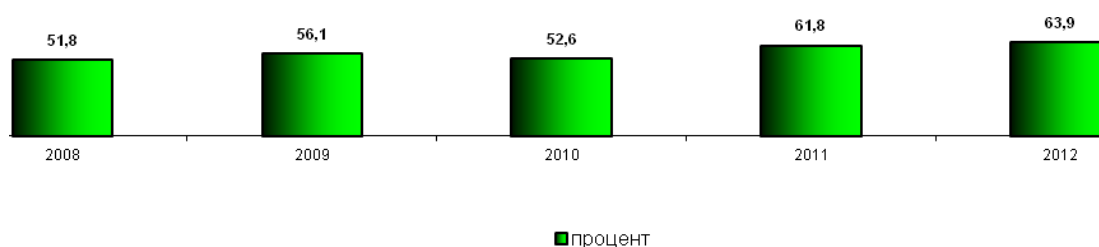
В баклабораториях ГБУЗ РК "РПТД", и Печорского противотуберкулезного диспансера внедрена система ВАСТЕС, которая позволила на 60 дней сократить идентификацию возбудителя и определение лекарственной устойчивости, что чрезвычайно важно для диагностики и адекватного лечения больных МЛУ-туберкулезом и дало значительный клинический и экономический эффект. В ближайшее время, после получения центрифуги, данная методика будет внедрена в ГБУЗ РК «Воркутинский противотуберкулезный диспансер». Установка компьютерного томографа в ГБУЗ РК «РПТД» и развертывание ПЦР-лаборатории позволили существенно улучшить качество диагностики.

Массовая туберкулинодиагностика детей в учреждениях общей лечебной сети – основной метод раннего выявления туберкулеза в возрасте до 14 лет. Ежегодный показатель охвата туберкулинодиагностикой детей в республике достигает 99-100%, по итогам 2012 года – 97,8%. В последнее время резко возросла стоимость туберкулина от 570 рублей до 4600 рублей за 30 мл, что требует значительного дополнительного финансирования, ориентировочно потребуется 17 128 500 рублей.

Комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза, обусловил рост показателя профилактического выявления туберкулеза до 63,9% (диаграмма 24).

Диаграмма 24

Показатель охвата населения профилактическими осмотрами



Основной формой, по которой производится оценка эффективности лечения больных туберкулезом, является годовая отчетная форма №33. Показатели оцениваются для впервые выявленных больных зарегистрированных в предыдущем году, т.е. по итогам 2012 года оценивается эффективность лечения пациентов, зарегистрированных в 2011 году. Комплекс мероприятий по организации лечебно-диагностического процесса способствовал повышению эффективности лечения больных туберкулезом. По ф.33 в 2012 году показатель абациллирования вырос по сравнению с 2011 годом и составил 78,5% (в 2011 году – 72,6%). Процент закрытия полостей распада в 2012 году увеличился в сравнении с 2011 годом и составил 62,9% (диаграммы 25,26).

Диаграмма 25

Абациллирование впервые выявленных больных туберкулезом (%)

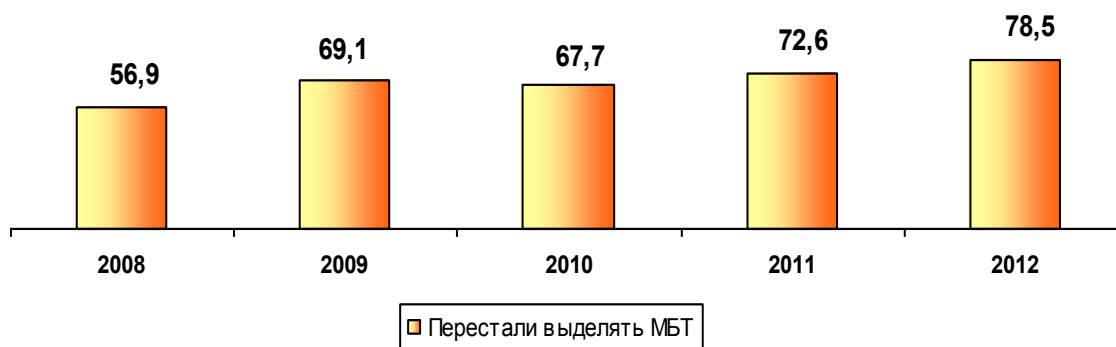
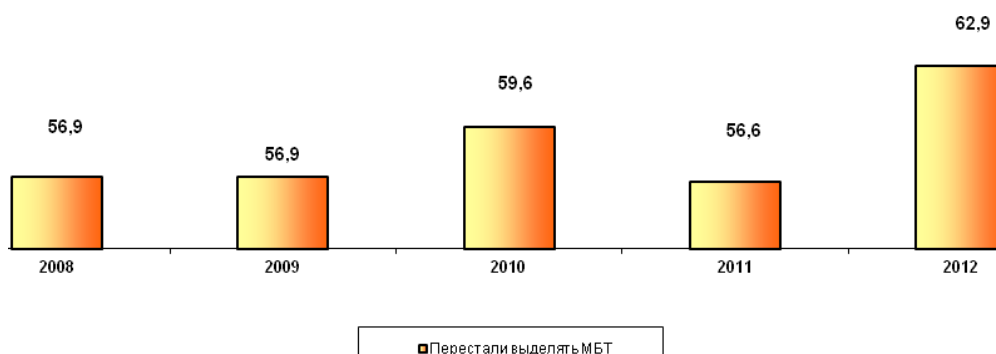


Диаграмма 27

Закрытие полости распада среди впервые выявленных больных туберкулезом (%)



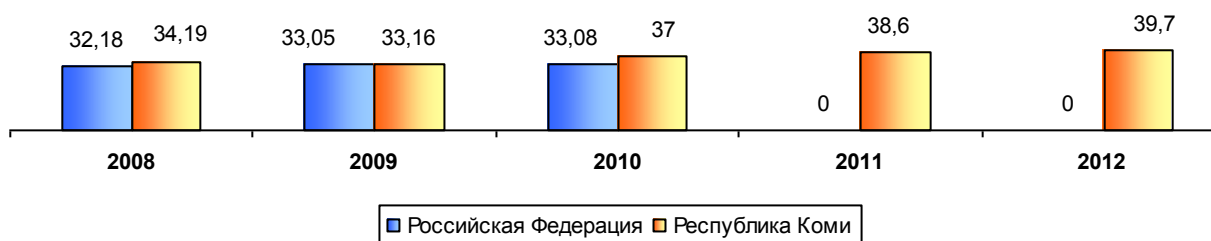
Невысокий уровень эффективности лечения прошлых лет был обусловлен дефицитом препаратов второго ряда в 2007-2009 годах. С 2010 года ситуация улучшилась и на протяжении 2011 – 2012 гг. проблема с обеспечением препаратами второго ряда была практически решена. Активная работа фтизиатров по привлечению к лечению больных

туберкулезом бактериовыделителей, уклоняющихся от обследования и лечения, способствовала повышению эффективности лечения.

Показатель клинического излечения больных туберкулезом в Республике Коми за последние пять лет вырос с 34,2% в 2008 г. до 39,7% в 2012 году (диаграмма 28).

Диаграмма №28

Показатель клинического излечения больных туберкулезом (%)



Проведенный анализ позволяет сделать следующие **выводы:**

1. Рост заболеваемости туберкулезом в 2012 году на 2,5% (7 человек) обусловлен увеличением охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами, в том числе в группе лиц не прошедших флюорографическое обследование 2 года и более, а также существенным улучшением качества диагностики за счет внедрения новых высокотехнологичных методик (компьютерная томография, молекулярно-генетическая диагностика возбудителя туберкулеза, расширение бактериологических исследований на жидких средах на аппарате ВАСТЕС).
2. Рост смертности от туберкулеза среди постоянного населения на 6 % (6 человек) обусловлен серьезными недостатками общей лечебной сети в работе по раннему выявлению туберкулеза, особенно с социальными группами риска по заболеванию туберкулезом, недостатками диагностики туберкулеза у больных в стационарах общей лечебной сети, резким повышением среди умерших от туберкулеза лиц БОМЖ - 14,4%. Необходимо отметить, что рост смертности постоянного населения связан с изменением в законодательстве и освобождением умирающих от туберкулеза больных из системы ФСИН в противотуберкулезные учреждения гражданского сектора.
3. В результате комплекса проводимых противотуберкулезных мероприятий удалось достичь снижения показателя заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков, улучшения клинической структуры выявленных форм заболевания, снижения числа рецидивов,

снижения распространения туберкулеза, в том числе бациллярного.

4. За счет проведения комплекса лечебно-диагностических мероприятий удалось существенно повысить эффективность лечения больных туберкулезом, достичь высокого показателя клинического излечения от туберкулеза.

Литература:

1. Богородская Е.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. - М.: Нью-Терра. -2011.- 216с.
2. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2012 году. - 2013.
3. Туберкулез в России в 2010 году. Монография / М.В. Шилова, М., 2012- 224с.

Раздел 3

Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза

Тезисы

ДИАСКИНТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

Поздеева Н.В., Воробьева М.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Для совершенствования диагностики туберкулезной инфекции в практику фтизиатрической службы внедрен инновационный биотехнологический препарат – аллерген туберкулезный рекомбинантный (АТР) или «Диаскинтест». Эффективность применения препарата у детей доказана многочисленными исследованиями, однако, результаты чувствительности к АТР у взрослых не изучены.

Цель: определить эффективность внутрикожной пробы с препаратом «Диаскинтест» у взрослых больных активным туберкулезом.

Задачи:

1. Оценить чувствительность и специфичность метода у взрослых.
2. Изучить и сравнить характер чувствительности к АРТ и средний размер инфильтрата у больных туберкулезом в зависимости от возраста.
3. Изучить и сравнить результаты кожной пробы с «Диаскинтестом» у больных с различными клиническими формами туберкулеза.
4. Выявить влияние сопутствующей патологии на чувствительность к АТР у больных туберкулезом.

Материалы и методы: проведен статистический анализ медицинской документации у 581 больного, находившегося на обследовании и лечении в Кировском областном противотуберкулезном диспансере. 1-ю группу составили пациенты с установленным диагнозом активного туберкулеза - 329 человек, во вторую группу вошли 69 больных, с гистологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования, отдельно в 3-ю группу были выделены лица (183 человека) с нетуберкулезными заболеваниями, с преимущественным поражением органов дыхания

(ХОБЛ, пневмония, грибковые поражения легких, саркоидоз и др.). Всем больным в рамках обследования проведена постановка внутрикожной пробы с АРТ согласно приказа Минздравсоцразвития России № 885 от 29 октября 2009 г.

Результаты: Положительные пробы на АТР регистрировались у 63 % больных 1-й группы и примерно у четверти больных 2-й и 3-й групп – 23% и 24% соответственно. Тогда, как отрицательные реакции на АРТ в 2 раза чаще наблюдались у лиц с нетуберкулезными заболеваниями: в одинаковом числе наблюдений у больных 2-й и 3-й группы -74%, по сравнению с больными активным туберкулезом – 35%. В структуре положительных проб гиперергическая чувствительность к АРТ наблюдалась у 70,4 % лиц 1-й группы, у 53,2% больных 3-й группы и 37,5 % обследованных 2-й группы. Средний размер инфильтрата у больных туберкулезом составил 16,9 мм, в группах сравнения соответственно: 13,5 мм и 12,8 мм. При анализе результатов «Диаскинтеста» в разных возрастных группах, выявлена наибольшая чувствительность метода у лиц молодого возраста – 70,6%, с тенденцией к угасанию в течение жизни, только у половины лиц старше 74 лет регистрировались положительные пробы. Однако, выраженные и гиперергические реакции чаще наблюдались у больных зрелого и пожилого возраста, в 85,9% и 87,8% случаев. Средний размер инфильтрата так же был больше у лиц данной возрастной категории, 17,8 мм и 18,0 мм соответственно. При оценке полученных результатов в зависимости от клинических форм заболевания оказалось, что наибольший положительный результат пробы с АТР отмечался при туберкулезе внелегочной локализации (71,4%) и экссудативном плеврите (69,2%). У больных с другими клиническими формами чувствительность к АРТ колебалась в пределах от 56,3% до 64,5%. Гиперергические реакции в большем числе наблюдений определялась при инфильтративном туберкулезе (82%) и туберкуломах (73,0%), тогда как, при туберкулезе внелегочной локализации удельный вес гиперергических реакций был самым низким и составил 40%. Средний размер инфильтрата больше был у больных с туберкулезом бронхов и внутригрудных лимфатических узлов, соответственно 21,7 мм и 21,3 мм. Меньшее значение среднего размера инфильтрата выявлено у больных с диссеминированным туберкулезом – 12,4 мм. В процессе исследования у больных туберкулезом с наличием сопутствующей патологии и без нее значительных различий в чувствительности метода не выявлено. У больных отмечались положительные реакции на препарат в 62,4% и 58,2%,

средний размер инфильтрата составил 17,2 и 16,9 мм соответственно. Однако, удельный вес выраженных и гиперергических реакций был больше на 5,9% у лиц с наличием сопутствующих заболеваний.

Выводы:

1. Число положительных реакций на «Диаскинтест» у взрослых больных туберкулезом составило 63%, отрицательные пробы наблюдались у 74 % больных злокачественными новообразованиями и лиц с поражением дыхательной системы другой этиологии, что позволяет судить об относительной чувствительности и специфичности метода.

2. Наибольшая чувствительность метода выявлена у лиц молодого возраста, с годами количество положительных реакций уменьшается.

3. Чувствительность к «Диаскинтесту» выше у больных туберкулезом внелегочной локализации (71,4%) и экссудативным плевритом (69,2%).

4. Существенных различий чувствительности метода у больных с наличием сопутствующей патологии и без нее не выявлено. Однако, число гиперергических и выраженных реакций больше у больных с сопутствующими заболеваниями.

Статья

**ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ**

Куклина С.А., Серкина Е.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра химии

Введение. Наряду с профилактикой данного заболевания, значительная роль принадлежит его эффективной и своевременной диагностики.

Из существующих методов диагностики туберкулёза можно указать на микробиологические методы, инструментальные (флюорография, рентгенография), выходящие за пределы компетенции настоящей статьи, и иммунологические методы (ИФА, ПЦР и др.).

Основными методами выявления возбудителя туберкулёза на сегодняшний день, к сожалению, остаются традиционные микробиологические методы - микроскопия мазка и культуральные исследования (посев), которые характеризуются высокой специфичностью. Чувствительность метода посева равна 80-90%, метода микроскопии ниже – не более 50% от всех больных туберкулёзом. Однако, чтобы обнаружить,

микобактерии при проведении микроскопии методом Циля – Нильсена, в 1 мл мокроты должно содержаться от 5000 и более микробных клеток, при условии выделения их во внешнюю среду. Этот метод не позволяет определить видовую принадлежность идентифицировать возбудителя туберкулёза. Культуральный метод позволяет выявить микобактерии туберкулеза при наличии в 1 мл исследуемого материала нескольких десятков жизнеспособных особей, к недостаткам метода можно отнести его высокую стоимость, сложность обработки диагностического материала, а также медленный рост микобактерий туберкулёза, обуславливающий необходимость длительного ожидания результатов исследования (от 14 дней до 12 недель) [1].

Инструментальные методы – рентгенодиагностика и флюорография не дают однозначных результатов при отсутствии выраженных морфологических изменений в органах, а диагностика внелегочных форм туберкулёза не всегда возможна.

ИФА – иммуноферментный анализ – для определения противотуберкулёзных антител не имеет самостоятельного диагностического значения, что обусловлено недостаточной чувствительностью и специфичностью метода, для которого характерны экспрессность, дороговизна приборов и комплексных наборов реактивов [5].

ПЦР - полимеразная цепная реакция – характеризуется высокой специфичностью –99,8% и чувствительность – более 85% в испытаниях, однако при применении в клинике эти цифры оказались ниже. Это объясняется высокими требованиями к условиям проведения анализа, исключая перекрёстный перенос фрагментов молекул ДНК (РНК); сложностями, связанными с экстракцией ДНК (РНК) из инфекционного материала, кроме того стоимость аппаратуры и тест – наборов делает этот метод дорогостоящим.

Основными методами выявления туберкулезной инфекции у детей и подростков – ежегодная туберкулинодиагностика (р. Манту), у взрослого населения – флюорография. Гиперчувствительность к туберкулину может возникать при контакте с непатогенными микобактериями окружающей среды, что снижает информативность этой методики.

Необходимым условием успеха профилактики является внедрение в медицинскую практику методов, которые обладали бы требуемой специфичностью и чувствительностью, достоверностью результатов,

простотой применения и низкой стоимостью, одновременно обеспечить экспрессность исследования искомого компонента.

В настоящее время разработано ряд иммунохимических диагностических препаратов на основе коллоидных растворов неорганических соединений. Данные препараты, именуемые гидрозолями, позволяют осуществить проведение иммунодиагностики, в т. ч. туберкулёза, в течение 2-10 минут без каких-либо специальных приборов.

Целью настоящей работы явилось изучение возможности применения коллоидных растворов для реакции гидрозольной агглютинации в диагностике туберкулёзной инфекции.

Материалы и методы. Образцы крови были предоставлены клинко-диагностическими лабораториями областного клинического противотуберкулезного диспансера г. Кирова и ОР-218 МВД РФ г. Кирово-Чепецка.

Брали сыворотки от 16 пациентов с установленным диагнозом - туберкулёз, подтверждённый клинко-лабораторными методами. 90% изучаемых сывороток были от бациллярных больных с активной формой легочного туберкулёзного процесса, 10% - от пациентов с внелегочной формой туберкулёза (туберкулёз среднего уха, мочевого пузыря, лимфадениты). В качестве контрольных были исследованы 48 образцов сыворотки крови здоровых доноров. Возраст пациентов (мужчины) был от 25 до 55 лет.

Для проведения исследования были взяты биолиганды - по 100 мкл сывороток; коллоидный раствор берлинской лазури (гексацианферрат железа), приготовленный по оригинальной авторской технологии [2,3]; фосфатный буфер; генно-инженерный антиген (HT№1-CFP 10, CF10, HSP 70, HSP 65).

Для выявления специфических антител к *M. Tuberculosis*, мы использовали метод гидрозольной агглютинации. Гидрозоль на выявление специфических антител к *M. Tuberculosis* синтезировали по ранее опубликованной методике [2,3].

Постановку реакции осуществляли в U-образных лунках иммунологического планшета.

Было проведено исследование панели сывороток от 20 реальных больных с клинически подтверждённым диагнозом туберкулёза. Для исследования у 10 из них была взята капиллярная кровь. В качестве отрицательного контроля были использованы пул сывороток и капиллярная кровь здоровых доноров.

На момент нашей постановки гидрозольной агглютинации, пациенты были обследованы на предмет бактериовыделения микробиологическими методами (микроскопия мазка и культуральный методы), при этом 10 из 20 оказались абациллярны (МБТ-). Данные взятия биоматериала, возраст, давность заболевания, диагноз, локализация очага, бактериовыделители или абациллярность (МБТ+,-), результаты проведенного исследования представлены в таблице №1.

Статистическую обработку для сравнения двух качественных признаков выполнили с помощью критерия Мак – Нимара [4] (таблица №2).

Результаты и обсуждения. Оценка результатов реакции агглютинации на основе гидрозоля с адсорбированном на коллоидном растворе берлинской лазури генно-инженерных антигенов и сывороток (биолигандов) от лиц, инфицированных и здоровых доноров осуществлялась на фильтровальной бумаге. При положительной реакции образовывался плотный, компактный комплекс с четкой границей, диаметром 2-4 мм; при отрицательной реакции происходило распределение частиц реагирующих веществ без четкой границы в виде пятна синего цвета.

Из экспериментальной группы у 20 пациентов получили аналогичные результаты, в сыворотках в разведении 1:1000 и капиллярной крови в разведении 1:100 наблюдали положительный результат в реакции гидрозольной агглютинации (таблица № 1).

Таблица №1

Данные проведенного исследования панелей сывороток методом гидрозольной агглютинации и микробиологическими методами на базе КДЛ г. Кирово-Чепецке ОР-218 МВД РФ

№п/п, биоматериал взятый для исследования	Год рождения больного	Дата установленного диагноза	Клинические формы. Результат микробиологических методов	Результат гидрозольной реакции
1.Больной №1 Взята сыворотка. Взята капил. кровь.	1966 г.	30.10.08 г.	Очаговый туберкулёз (ТБ) в/д лев.лёгкого в фазе инф-ии МБТ(-)	Положительный
2.Больной №2 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1980 г.	23.10.08 г.	Инф. ТБ в/д прав. лёгкого МБТ(-)	Положительный
3.Больной №3 Взята сыворотка	1958 г.	16.10.08 г.	Очаговый ТБ в/д лев. лёгкого в фазе	Положительный

Часть I. Актуальные вопросы современной фтизиатрии и пульмонологии
 Раздел 3. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза

Взята капил. кровь			инф-ииМБТ(-)	
4.Больной №4 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1952 г.	14.10.08 г.	Инф. ТБ в/д прав. лёгкого МБТ(-)	Положительный
5. Больной №5 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1943 г.	08.10.08 г.	Инф.ТБ в/д прав. лёгкого МБТ(-)	Положительный
6. Больной №6 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1962 г.	30.09.08 г.	Инф. ТБ в/д прав. лёгкого МБТ(-)	Положительный
7. Больной №7 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1987 г.	19.09.08 г.	Инф. ТБ в/д прав. лёгкого МБТ(-)	Положительный
8. Больной №8 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1987 г.	15.07.08 г.	Очаговый ТБ в/д справа в ф. инф-ии. Инф. ТБ слева в ф. инф-ии. МБТ(-)	Положительный
9. Больной №9 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1951 г.	27.05.08 г.	Инф. ТБ в/д лев. лёгкого МБТ(-)	Положительный
10. Больной №10 Взята сыворотка Взята капил. кровь	1976 г.	28.08.08 г.	Инф. ТБ в/д лев. лёгкого МБТ(-)	Положительный
11.Больной №11 Взята сыворотка	1975 г.	Выявлен 04.07года	Инф.ТБ в/д правого лёгкого в фазе распада (МБТ+)	Положительный
12. Больной №12 Взята сыворотка	1971 г.	выяв. 09.06 г.	Инф. ТБ в/д прав. лёгкого в ф. распада и отсева в в/д лев.лёгкого МБТ(+)	Положительный
13. Больной №13 Взята сыворотка	1960 г.	выяв. 02.08 г.	Инф. ТБ в/д левого лёгкого в фазе распада МБТ(+)	Положительный
14. Больной №14 Взята сыворотка	1984 г.	выяв. 12.06 г.	Инф. ТБ S6 прав. лёгкого МБТ(+)	Положительный
15. Больной №15 Взята сыворотка	1986 г.	выяв. 12.06 г.	Инф. ТБ в/д лев. лёгк. в ф. распад МБТ(+)	Положительный
16. Больной №16 Взята сыворотка	1982 г.	выяв. 03.06 г.	Инф. ТБ в/д прав. лёгкого в фазе распада МБТ(+)	Положительный
17. Больной №17 Взята сыворотка	1985 г.	выяв. 04.08г.	Инф. ТБ в/д лёгк. в ф. распада МБТ(+)	Положительный
18. Больной №18	1982 г.	выяв.	Инф. ТБ в/д лёгк в	Положительный

Взята сыворотка		2005г.	фазе распада МБТ(+)	ный
19. Больной №19 Взята сыворотка	1977 г.	выяв. 03.06 г.	Инф. ТБ в/д правого лёгкого в ф. распада и отсева в в/д лев. лёгкого. МБТ(+)	Положительный
20. Больной №20 Взята сыворотка	1976 г.	выяв. 2002 г.	Инф. ТБ в/д обоих лёгких МБТ(+)	Положительный

Из таблицы видно, что 10 пациентов из 20 по микробиологическим методам дали отрицательный результат (МБТ -), а с коллоидным раствором все 20 прошли положительно, то есть появляется возможность малоинвазивным методом определять антитела к *M. Tuberculosis*, даже когда больной не выделяет во внешнюю среду, любой локализации (туберкулёз костной системы, почек и т. д.).

Статистическую обработку для сравнения двух качественных признаков – «есть» или «нет», определённых у одних и тех же больных выполнили с помощью критерия Мак – Нимара [4] (таблица №2).

Таблица №2

Таблица сопряженности

	Есть	нет
есть	A=10	B=0
нет	C=10	D=0

Для проверки гипотезы определяется экспериментальное значение $\chi^2_{\text{экс}}$.

Критическое значение $\chi^2_{\text{кр}}$ определяется по таблице, исходя из числа степеней свободы $f=1$ и уровня значимости α по таблице:

$$\alpha=0,05 \chi^2_{\text{кр}}=3,8$$

$$\alpha=0,01 \chi^2_{\text{кр}}=6,6$$

$$\alpha=0,001 \chi^2_{\text{кр}}=10,8$$

Где $\chi^2_{\text{кр}}$ - критическое.

Экспериментальные значения критерия больше критического с вероятностью ошибки менее 0,01 (<1%).

Таким образом, мы можем с вероятностью более 99% (мощность критерия >0,09) утверждать, что предложенный метод даёт очень большую вероятность совпадения диагноза при помощи изучаемого метода и традиционных методов диагностики туберкулёза различной локализации.

Выводы:

1. Гидрозольный препарат позволяет выявить специфические антитела к *M. Tuberculosis* в сыворотке крови, это даст возможность проводить скрининговое обследование по выявлению данной патологии.

2. Коллоидный гидрозольный препарат может быть использован в качестве диагностического препарата в применении к цельной, в том числе капиллярной крови.

3. Простота и доступность методики позволит врачу предварительно поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику и в дальнейшем направить обследовать биоматериал в специализированные лаборатории.

Литература:

1. Ерохин В.В. Микробиологические методы диагностики туберкулёза/ В.В. Ерохин В.И. Голышевская, Э.В.Севастьянова //М.- Тверь – ООО Издательство «Триада»,2008, С. 22-23, 24-25, 32-33.
2. Куклина С.А. Способ диагностики инфекционных заболеваний/ С.А. Куклина, А.А. Мальщук, А.Г. Мешандин// - Инф. лист ЦНТИ, 2006, № 24-025-06.
3. Орлова О.Ю. Синтез гидрозольных препаратов на основе нерастворимых соединений d – элементов: дис. канд. техн. наук: защищена 19.02.05:утв. 12.32.05 /Орлова Ольга Юрьевна - К., 2005.- С.120.
4. Планц Стентон Медико-биологическая статистика/ Планц Стентон// М.: Практика.-1998.-С.314-418.
5. Степанян И. Э. Диагностика туберкулёза органов дыхания в клинике внутренних болезней / И.Э. Степанян. – Режим доступа: [http:// www.med-spravochnik.ru](http://www.med-spravochnik.ru)

Статья

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Гудаев А.А.

*КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»,
клинико-диагностическая лаборатория*

Цель: Ознакомить аудиторию с новыми, прогрессивными методами лабораторной диагностики туберкулеза.

Задачи:

1. Дать характеристику существующим методам лабораторной диагностики туберкулеза.
2. Оценить возможности применения новых методов в практическом применении.
3. Намечить перспективы развития лабораторной службы.

Лабораторная диагностика туберкулеза продолжает свое развитие. Несмотря на то, что давно внедрённые методы исследования такие, как микроскопия по Цилю –Нильсену и культуральный метод не утрачивают своей актуальности и остаются основными лабораторными методами диагностики туберкулеза, вместе с ними продолжается развитие новых, современных методов лабораторных исследований. К этим методам мы вправе отнести иммунологические и молекулярно-биологические. Их формирование обусловлено открытием новых подходов к изучению возбудителя туберкулеза, его свойств, а также реактивности организма на его внедрение.

Если рассматривать все имеющиеся в настоящее время методы лабораторной диагностики туберкулеза, то их условно можно разделить на две группы прямые и косвенные.

К прямым методам относятся исследования, при которых обнаруживается непосредственно сам возбудитель туберкулеза *M.tuberculosis* или специфические фрагменты ее генома.

1. Простая микроскопия с окраской по Цилю-Нильсену. Это доступный, простой и дешевый метод. Чувствительность его составляет от 10000 КОЭ/мл в исследуемом материале.
2. Люминесцентная микроскопия. Для проведения исследования требуется наличие люминесцентного микроскопа, специальная подготовка пробы и наличие затемненного помещения. Чувствительность от 1000 КОЭ/мл.
3. Культуральный метод – метод посева диагностического материала на питательные среды – является основным методом выделения микобактерий туберкулеза. Кроме того, очень важным преимуществом метода культурального исследования является то, что он позволяет выделить культуру возбудителя туберкулеза, которая может быть подробно исследована с определением ее видовой принадлежности, спектра лекарственной устойчивости, вирулентности и других свойств. Чувствительность от 100 КОЭ/мл. Медленный рост микобактерии туберкулеза приводит к длительному ожиданию результатов исследования (от 14 дней до 12 недель).

4. Молекулярно-биологический метод. В процессе исследования проводят детекцию уникальных фрагментов ДНК в геноме микобактерии туберкулеза.

Косвенные методы выявляют последствия воздействия этиологического агента на организм больного.

1. Иммунологический метод. У пациентов проводится исследование сыворотки крови на наличие в ней специфических антител к антигенам *M.tuberculosis*.

2. Цитогистологический метод. В патологическом материале после окрашивания при помощи микроскопа выявляют клеточные маркеры в виде клеток Пирогова-Лангханца и эпителиоидных клеток.

Основные, используемые в практике методы диагностики туберкулеза имеют некоторые недостатки. Низкая чувствительность в простой микроскопии по Цилю-Нильсену и длительный рост культуры микобактерии туберкулеза на питательных средах. Все эти недостатки позволяют устранить новые внедряемые в практику методы исследования возбудителя туберкулеза. В первую очередь это одна из разновидностей молекулярно-биологических методов – полимеразно-цепная реакция (ПЦР).

В начале своего развития ПЦР была достаточно сложна, трудоемка, и требовала хорошего технического оснащения. В настоящее время большинство процессов автоматизировано, и участие человеческого фактора сведено до минимума.

Примером такого современного подхода к лабораторной диагностике туберкулеза может служить ПЦР система GeneXpert Dx System (Cepheid, Саннивейл, Калифорния). Она представляет собой интегрированное диагностическое устройство, которое осуществляет обработку проб и их анализ посредством ПЦР в реальном времени в один этап без участия оператора. Система состоит из двух основных компонентов: 1) пластикового картриджа Xpert MTB/RIF, в котором содержатся жидкие буферы для ПЦР и обработки пробы и лиофилизованные реагенты для проведения ПЦР; 2) прибора GeneXpert, который контролирует перемещение жидкости в картридже и проведение ПЦР в реальном времени.

Данная система ПЦР позволяет проводить экспресс диагностику *M.tuberculosis* «у постели больного». Время проведения реакции занимает менее двух часов, что позволяет значительно сократить время установления диагноза туберкулеза и своевременно начать адекватное

лечение. Предел обнаружения для клинических образцов мокроты для системы GeneXpert MTB/RIF составил 131 КОЕ/мл, в 35% случаев метод позволял детектировать такие малые количества как 10 КОЕ/мл мокроты, что указывает на высокую чувствительность данной системы, аналогичную результатам, получаемым при проведении культуральным методом диагностики туберкулеза.

Увеличение в мире числа случаев лекарственной устойчивости *M.tuberculosis* вызывает тревогу и диктует потребность в разработке методов быстрого обнаружения *M.tuberculosis* и определения лекарственной устойчивости. Невозможность быстрого и эффективного распознавания лекарственной устойчивости особенно с мультирезистентностью (MDR) и широкой лекарственной устойчивостью (XDR) приводит к повышению смертности, появлению вспышек внутрибольничных инфекций и устойчивости к резервным противотуберкулезным препаратам.

В системе GeneXpert MTB/RIF есть возможность определения лекарственной устойчивости к рифампицину одновременно с обнаружением *M.tuberculosis*. В основе определения устойчивости лежат мутации в гене *rpoB*, длиной 81 н.п., отвечающем за устойчивость к рифампицину, которые встречаются у 95-98% всех штаммов, устойчивых к рифампицину (и всегда отсутствуют у рифампицин-чувствительных штаммов). Так как большинство рифампицин – устойчивых изолятов также не чувствительны и к изониазиду, то устойчивость к рифампицину может являться маркером мультирезистентности (MDR).

Другим современным методом лабораторной диагностики туберкулеза может служить иммунологический метод. В основе метода лежит обнаружение специфических антител в сыворотке больного, вырабатываемых в ответ на внедрение в организм возбудителя туберкулеза. Несмотря на то, что некоторые авторы предлагают использовать его, как скрининговый метод диагностики туберкулеза, в силу его низкой чувствительности и специфичности он не может быть таким же эффективным, как например при ВИЧ- инфекции. Число ложноположительных результатов, получаемых при использовании отечественных и зарубежных систем составляет от 5-10%. При этом число положительных результатов у больных туберкулезом регистрируется в пределах 45-70%.

Однако в случаях, когда проведение бактериологических, рентгенологических и гистологических исследований не дает желаемого

результата, то применение иммунологических методов может быть информативно для постановки правильного диагноза.

Следует отметить, что в патологических очагах в органах и тканях местный иммунный ответ наиболее выражен, поэтому целесообразным является поиск антимикобактериальных антител (иногда с применением провокационных туберкулиновых проб) в биологических жидкостях или экстрактах тканей из анатомических зон поражения или максимально приближенных к ним участков.

Материалом для проведения исследования может служить синовиальная жидкость, экстракт ткани периферических лимфоузлов, перинеальная жидкость Дугласова пространства, цереброспинальная жидкость, жидкость бронхоальвеолярного лаважа, промывные воды бронхов, экссудаты или трансудаты.

Выводы:

1. Внедрение в практику современных методов исследования таких, как ПЦР диагностика позволяет не только ответить на вопрос о наличии возбудителя в исследуемом материале, оценить его на лекарственную устойчивость к основным противотуберкулезным препаратам, но и значительно сократить сроки проводимого исследования.

2. Иммунологические методы также могут оказать помощь в постановке диагноза туберкулеза в сложных, требующих не стандартного подхода случаях.

Тезисы

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ С НАЛИЧИЕМ ОТЯГОЩАЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: исследовать особенности функции внешнего дыхания у больных деструктивным инфильтративным туберкулезом лёгких с отягощающими факторами.

Дизайн исследования: одноцентровое исследование впервые выявленных больных с деструктивным инфильтративным туберкулезом лёгких.

Материалы и методы: Исследовано 37 больных с впервые выявленным деструктивным инфильтративным туберкулезом лёгких, поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России с 2005 по 2012 годы. Всем больным проводили спирографию, пневмотахографию. В качестве функциональных показателей использовали жизненную ёмкость лёгких (ЖЕЛ), форсированную жизненную ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$), соотношение объёма форсированного выдоха за 1-ю секунду и жизненной ёмкости лёгких ($ОФВ_1/ЖЕЛ\%$), пиковую объёмную скорость форсированного выдоха (ПОС), максимальные скорости форсированного выдоха при выдохе 25, 50 и 75% ЖЕЛ ($МОС_{25\%}$, $МОС_{50\%}$, $МОС_{75\%}$). Исследования выполнялись на аппарате «ВАЛЕНТА». Пациенты в возрасте от 18 до 55 лет (в среднем: $32,3 \pm 1,8$ лет) – мужчины (100%). Отмечали контакт с больным туберкулезом до болезни 27,0% пациентов. Начало туберкулеза было постепенное у 89,2%, поэтому у большинства больных заболевание было выявлено при плановой флюорографии в местах лишения свободы. Ранее не состояли в браке 91,9%, 94,6% были курильщиками, причём 91,4% со стажем более 10 лет (от 10 до 41 лет). Злоупотребляли алкоголем до ареста 21,6%, все пациенты в той или иной мере злоупотребляли крепким чаем («чифиризм»). Употребляли опиаты парентерально 18,9%, в том числе 10,8% на регулярной основе. Первую судимость имели 43,2%. Средний срок пребывания в местах лишения свободы $5,3 \pm 0,6$ лет (от 4 месяцев до 13 лет), 91,9% пациентов имели сопутствующую соматическую патологию (кроме туберкулеза), при этом туберкулезным процессом было поражено от одного до двух сегментов лёгкого у 54,1% больных, от одной до двух долей лёгких у 45,9%. С полостями деструкции в лёгких до 2-х см у 75,7%, 2-4 см у 10,8%, более 4-х см у 13,5% пациентов. У 29,7% больных течение туберкулеза было осложненное. У всех больных было обнаружено выделение МБТ. Жаловались на одышку при физической нагрузке 21,6% пациентов.

Результаты: нарушения функции лёгких выявлены у 81,1% больных. У 56,8% больных обнаружены изменения лёгочных объёмов и ёмкостей, причём у 16,2% одновременно были понижены два показателя, у 75,7% нарушения бронхиальной проходимости. Изменения лёгочных

объёмов и ёмкостей у 37,8% проявлялось снижением ЖЕЛ и ФЖЕЛ. Выраженность изменений лёгочных объёмов и ёмкостей у 43,2% была небольшой, у 21,6% – значительной, у одного пациента – резко выраженной. ЖЕЛ и ФЖЕЛ снижались преимущественно до 79 – 60% должной величины. Снижение данных показателей до 59 – 40% должной величины и менее – у 18,9% и у 10,8% больных соответственно. Наиболее частыми признаками нарушения бронхиальной проходимости были снижение $ОФВ_1$, ПОС, $МОС_{25\%}$, реже выявляли уменьшение $МОС_{50\%}$ и соотношения $ОФВ_1/ЖЕЛ$, ещё реже снижение $МОС_{75\%}$. У 32,4% больных снижение $МОС_{25\%}$ сочеталось со снижением соотношения $ОФВ_1/ЖЕЛ$ и только у 27,0% больных снижение $МОС_{25\%}$ и $МОС_{50\%}$ отмечалось при нормальных значениях соотношения $ОФВ_1/ЖЕЛ$. Выраженность нарушений бронхиальной проходимости у 37,8% больных была небольшой, у 21,6% – значительной, у 16,2% – резкой. Соотношение $ОФВ_1/ЖЕЛ$ и $ОФВ_1$ снижалось в основном до 79 – 60% должной величины, показатели ПОС, $МОС_{25\%}$, $МОС_{50\%}$, $МОС_{75\%}$ – до 59 – 40% должной величины.

Заключение: нарушения функции лёгких развиваются у большинства больных деструктивным инфильтративным туберкулезом лёгких с наличием отягощающих факторов, находящихся в туберкулезной больнице ФСИН. Изменения лёгочных объёмов и ёмкостей проявляются снижением ЖЕЛ и ФЖЕЛ, нарушения бронхиальной проходимости – снижением ПОС, $МОС_{25\%}$, $МОС_{50\%}$, $МОС_{75\%}$, соотношения $ОФВ_1/ЖЕЛ$ и $ОФВ_1$. Выраженность наблюдаемых функциональных сдвигов, как правило, небольшая. Значительные нарушения отмечаются примерно у одного из пяти пациентов, резко выраженные – примерно в каждом седьмом случае.

Статья

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Ильина Е.Л., Фесюк Е.Г.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

По Российской Федерации в настоящее время в структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания на долю

диссеминированных форм приходится около 20% всех впервые выявленных случаев. По данным Кировской области доля данной клинической формы увеличилась с 2005 года с 7,2 до 16,7% к 2013 году, более чем в 2 раза. Увеличение доли распространенных форм свидетельствует об эпидемиологическом неблагополучии в регионе и несвоевременности выявления туберкулеза [1,2,3].

Важно отметить, что эффективность лечения больных данной группы соответственно ниже по сравнению с ограниченными, своевременно выявленными процессами. Поэтому своевременная диагностика диссеминированного туберкулеза легких, выделение особенностей их клинического течения, лечения являются актуальной проблемой не только фтизиатрии, но и общей медицинской сети.

Цели исследования: Изучить клинико-рентгенологические особенности и эффективность лечения больных с диссеминированным туберкулёзом лёгких.

Задачи исследования:

1. Дать медико-социальную характеристику больных диссеминированным туберкулёзом легких.
2. Рассмотреть клинические особенности течения данной формы туберкулеза у обследованных лиц.
3. Оценить данные физикальных, лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования у больных с данной патологией.
4. Выявить частоту, характер осложнений и сопутствующих заболеваний у обследованных лиц.
5. Изучить структуру клинических форм диссеминированного туберкулёза лёгких в зависимости от выраженности течения патологического процесса.
6. Изучить основные группы лекарственных средств и методов лечения диссеминированного туберкулёза лёгких и выделить особенности лечения больных с данной клинической формой.
7. Проанализировать эффективность лечения больных диссеминированным туберкулёзом лёгких, закончивших курс лечения.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе 1-го легочного отделения Кировского областного клинического противотуберкулезного диспансера. При выполнении работы целенаправленно было проанализировано 30 историй болезни с впервые выявленным диссеминированным туберкулёзом легких. Отбор историй производился методом случайной выборки.

В исследовании применялись клинические, лабораторные, инструментальные, специальные методы, общепринятые при поступлении в стационар. У всех больных исследовалась мокрота методом посева и люминесцентной микроскопии. При выделении культуры микобактерий туберкулеза определялась чувствительность к противотуберкулезным препаратам.

Лечение проводилось в условиях стационара в соответствии со стандартами лечения больных туберкулёзом.

Результаты лечения: Диссеминированный туберкулез чаще выявлялся у мужчин (90%), чем у женщин (10%), преимущественно в возрасте 21-45 лет (46,8%) и 46-55 лет (40%), одинаково часто у жителей города и села (50 и 50 %). Большая часть из обследованных (76,7%) были безработными, в том числе 6,8% относились к группе БОМЖ. Пенсионеры составили 13,3%, 10 % больных работали, 53,3% имели группу инвалидности, 63,3% плохие условия быта, 70% страдали бытовым алкоголизмом. Контакт с больным туберкулезом установлен у 47% обследованных.

83% больных выявлялись при обращении к терапевту по поводу жалоб туберкулезного характера. ФГ-обследование у 80% было проведено в течение года до выявления. У 67% пациентов было острое начало заболевания.

В клинической картине преобладали симптомы общей интоксикации (93,3%), такие как слабость (64,3%), постепенная потеря массы тела до 10 кг (53,6%), снижение аппетита и повышение температуры тела более 38°C (35,7%), локальные симптомы выявлялись у 82% в виде продуктивного кашля (81,5%), одышки I – II степени (62,9%). Физикальное обследование легких позволило выявить притупление перкуторного легочного звука и жесткое дыхание у 43,0 % больных.

В структуре клинических форм диссеминированного туберкулеза легких по течению преобладала подострая форма (89,6%), реже выявлялась острая – 10,4%. Процесс имел двусторонний характер у всех больных. 20,7% больных поступили в стационар с диссеминированным туберкулезом легких в фазу инфильтрации, 73,3% в фазу распада, в 50% случаев выявлялись средние размеры полостей, 96,6% больных являлись бактериовыделителями, у 3,4% - МБТ в мокроте не выявлялись.

При бактериологическом исследовании установлено обильное бактериовыделение у 82,8% больных, в том числе методом посева в 100% случаев, люминесцентной микроскопии – в 89,6%. У 1/3 больных выявлялась первичная лекарственная устойчивость, чаще к одному и двум

противотуберкулезным препаратам (72,8%), в большинстве случаев к стрептомицину и сочетанию стрептомицин + изониазид. Множественная лекарственная устойчивость установлена у 27% больных.

Осложнения при диссеминированном туберкулезе встречались у 73,3% обследованных, из них 90,9% составили неспецифические осложнения, в 70% случаев в виде дыхательной недостаточности I – II степени. Специфические осложнения регистрировались у 86,4% больных, из них туберкулез бронха (47,4%), гортани (16,7%). Сопутствующие заболевания имели 90% обследованных, среди них заболевания нервной системы отмечены у 32,1%, органа слуха и органа зрения по 21,4%.

Гематологические изменения были в виде гипохромной анемии (гемоглобин 117 ± 5 г/л), лейкоцитоза (лейкоциты $9,9 \pm 0,9 \times 10^9$ /л), сдвига лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы $7,5 \pm 1\%$), ускорения СОЭ (32 ± 3 мм/ч), диспротеинемии за счет α_2 ($13,81 \pm 0,56\%$) и γ ($24,27 \pm 0,85\%$) глобулиновых фракций.

У 90,4% больных в лечении был использован 1-й режим химиотерапии, 4,8% - 2б режим, 4,8% - режим 4. Для этиотропной терапии применялись препараты 1-го ряда: изониазид, рифампицин, этамбутол у 95%, пиперазид - 85,7%, стрептомицин - 5%; препараты резерва: канамицин у 71,4%, цефатоксим - 38%, протионамид - 38%. Из средств патогенетической терапии использовались: тиосульфат натрия - 52,4%, преднизолон - 71,4%, триовит - 33,4%, рибоксин - 28,6%. Симптоматическое лечение больные получали в виде приёма следующих препаратов: пентоксифиллин - 47,6%, бромгексин - 33,4%, анальгин - 28,6%. Основными методами лечения направленного на поражённый орган были: тканевой электрофорез 74,1%, ингаляции 90,5%, пневмоперитонеум 74,1%. Детоксикационную терапию получали 81% больных, по поводу сопутствующих заболеваний - 85%. Частота побочных эффектов от приёма препаратов составила 42,8%, среди них токсические составили 22,2%, токсико-аллергические - 33,3%, аллергические - 44,5%.

Полный курс лечения прошли 72,4%. Выписаны за нарушение режима 27,6%. Средняя продолжительность лечения составила 220 дней. 31,3% больных получали лечение в условиях стационара 6-8 месяцев, 20,7% - 8-10 месяцев, 17,2% - 10-12 месяцев. В процессе лечения абациллировано 66,6% больных: в период до 2 месяцев - 9,5%, 2-4 мес - 23,8%, 4-6 мес - 14,3%, 6-8 мес - 19,0%. Закрытие полостей распада достигнуто у 61,9%, случаев летального исхода не наблюдалось.

Выводы: Диссеминированный туберкулез легких в 86,8 % случаев выявляется у лиц молодого и зрелого возраста, безработных, злоупотребляющих алкоголем. Имеет подострое начало заболевания, выявляется по обращаемости. В 81,5% случаев определяется бронхолегочный синдром, в 93,3% - синдром общей интоксикации. Превалирует подострая форма течения заболевания (89,6%). Обильное бактериовыделение установлено у 82,8% больных, поэтому данные больные опасны в плане заражения для окружающих лиц. Процесс характеризуется двусторонним поражением, в две трети случаев с распадом легочной ткани. В 70% случаев выявляется дыхательная недостаточность I – II степени, в 47,4% - туберкулез бронха.

Наиболее часто в ходе лечения больных диссеминированным туберкулезом выбирался 1-й режим химиотерапии. Больные получали этиотропную, симптоматическую, патогенетическую терапию и лечение направленное на поражённый орган. У 42,8% больных возникли побочные действия на препараты. Большая часть больных (31,3%) проходили курс лечения в течении 6 – 8 месяцев. У больных закончивших курс лечения в 66,6% случаев наблюдается абациллирование, 61,9% - закрытие полостей распада. Основными причинами неэффективности лечения у данной группы обследованных больных являются: злоупотребление алкоголем, наличие побочных эффектов и лекарственной устойчивости на противотуберкулёзные препараты. Полученные данные следует учитывать при диагностике лечения туберкулеза органов дыхания.

Литература:

1. О противотуберкулезном обслуживании населения Кировской области в 2013, информационное письмо, Киров. 2014.
2. Подгаева В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на Урале в 2012 году (статистические материалы) /Под ред. д.м.н. Скорнякова С.Н. - Екатеринбург, 2013, 412 с.
3. Туберкулез в России в 2010 году. Монография / М.В. Шилова, М, 2012-224с.

Статья

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЁЗА

Барамзина С.В., Бондаренко А.Л., Мясникова Т.В., Гусельникова Я.С.
*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра инфекционных болезней,
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

Введение. Проблема парентеральных вирусных гепатитов В, С, D в последнее десятилетие приобретает всё большее значение в России и мире [1]. Высокая частота формирования хронических форм, длительное бессимптомное течение, манифестация заболевания на поздних стадиях (цирроз печени), четкая ассоциация с развитием гепатоцеллюлярной карциномы выводят парентеральные вирусные гепатиты из положения медицинской проблемы в социальную.

Хронические вирусные гепатиты В и С (ХГВ и С) являются также актуальной проблемой у пациентов групп повышенного риска [1,2]. К ним относятся так называемые «социальные болезни» - туберкулез, психические расстройства, ВИЧ-инфекция, заболевания передающиеся половым путём. Больные из перечисленных групп часто ведут асоциальный образ жизни, употребляют внутривенные наркотики, у них наблюдается промискуитетное поведение. Все эти факторы значительно повышают риск инфицирования парентеральными вирусными гепатитами. В последние годы и хронические вирусные гепатиты нередко относят к «болезням социума», а в зависимости от уровня заболеваемости судят о благополучии общества в целом [2].

В Кировской области эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряжённой и неблагоприятной, заболеваемость держится на высоком уровне и имеет тенденцию к росту [3]. Показатель заболеваемости туберкулёзом в 2012 году составил 51,9/ 100.000 тыс. нас., что выше, чем в предыдущие годы (в 2011 г.- 46,9/ 100.000 тыс. нас., 2010 г. – 49,9/ 100.000 тыс. нас.). Туберкулез органов дыхания, среди впервые выявленных форм в 2012 году, встречался в 95,6% случаев. Высока также встречаемость больных с лёгочными бациллярными формами туберкулеза 52,9% (в 2011 г. – 58,2, в 2010 г. – 55,2%), которые представляют наибольшую эпидемиологическую значимость. В Кировской области также регистрируется постоянный и стабильный рост хронических форм

гепатита В и С среди взрослого населения. Коморбидность туберкулеза и вирусных гепатитов В и С негативно сказывается на течении обеих инфекций.

В связи с вышеперечисленным, актуальным является изучение частоты встречаемости и удельного веса хронических гепатитов В и С у пациентов с туберкулёзом различной локализации.

Цель исследования: выявить эпидемические особенности хронического гепатита В и С в общей популяции и у пациентов с различными клиническими формами туберкулёза за период 2008-2010 г.г., находившихся на лечении в областном клиническом противотуберкулезном диспансере (ОКПТД) г. Кирова.

Материалы и методы: для изучения частоты встречаемости ХГВ и С у больных с туберкулёзом было обследовано 6959 пациентов госпитализированных и наблюдавшихся в поликлинике ОКПТД за 3 года (главный врач Новиков В.Г, зам. главного врача по лечебной работе Мясникова Т.В.). Всем пациентам было проведено скрининговое исследование маркёров вирусных гепатитов С и В методом обнаружения анти-НСV, анти-НСV IgM, G, анти- НCVcore, NS_{3,4,5}, - методом твёрдофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов для иммуноферментного выделения иммуноглобулинов классов G и M к вирусу гепатита С, а также антител к индивидуальным белкам вируса гепатита С (core, NS3, NS4 NS5) и HBSAg; ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск) в лицензированной лаборатории областного центра по профилактике и борьбе со СПИД в Кировской области (главный врач к.м.н. Широнова Н.Л., зав. лабораторией Зянчурина Г.М.).

Из всех обследованных, у 537 (7,72%) пациентов с различными формами туберкулёзного процесса имелись маркёры вирусных гепатитов В, С или В+С. В этой группе было проведено углублённое обследование: диагноз ХГВ или С был основан на клинико-anamnestических данных, повышении активности АЛТ в течение 6 и более месяцев, результатах ФГДС, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение. В Кировской области эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу остается напряжённой и неблагоприятной, заболеваемость держится на высоком уровне и имеет тенденцию к росту. Показатель заболеваемости туберкулёзом в 2012 году составил 51,9/ 100.000 тыс. нас., что выше, чем в предыдущие годы (в 2011 г. - 46,9/ 100.000 тыс. нас., 2010 г. - 49,9/ 100.000 тыс. нас.). Туберкулез органов дыхания, среди впервые выявленных форм в 2012 году, встречался в 95,6% случаев.

Высока также встречаемость больных с лёгочными бациллярными формами туберкулеза 52,9% (в 2011 г. – 58,2, в 2010 г. – 55,2%), которые представляют наибольшую эпидемиологическую значимость[3].

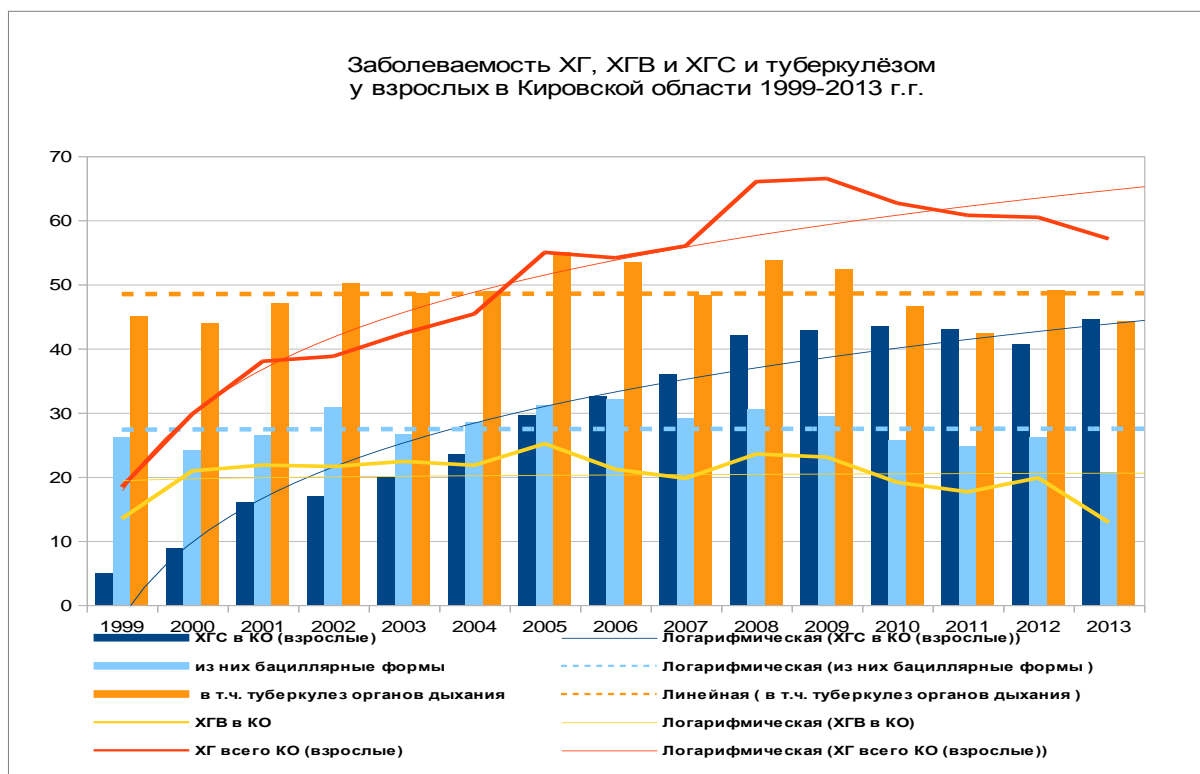
В Кировской области также регистрируется постоянный и стабильный рост хронических форм гепатита В и С среди взрослого населения. Официальная регистрация хронических вирусных гепатитов (ХВГ) началась с 1998 года в России, и с 1999 г. в области [4]. Необходимо отметить, что особенностью развития эпидемического процесса при парентеральных вирусных гепатитах в России и регионе является стремительный рост числа впервые выявленных ХВГ. Кировская область относится к регионам со средним уровнем инцидентности по ХВГ. Несмотря на это, за последние 5 лет наблюдалась устойчивая тенденция к росту числа взрослых с впервые выявленными ХГВ и С с 56,0 в 2007 г. до 60,5/ 100.000 тыс. нас. в 2012 г. При сравнении с общероссийскими показателями, в Кировской области зарегистрирован более высокий уровень впервые выявленных случаев ХГВ (в РФ 12,6 в 2007 г. и 19,8/ 100.000 тыс. нас. в 2012 г.) (рис.1).

С 1999 г. наблюдается постоянный и стабильный рост числа больных ХГС в Кировской области (рис. 1) [3]. В 2008-2010 г.г. заболеваемость по ХГС среди взрослых в КО даже несколько превысила российские показатели 42,05-43,46/ 100.000 тыс. нас. против 39,1-42,3/ 100.000 тыс. нас. В целом в 2010 г. в регионе зафиксирована самая высокая инцидентность по ХГС за весь период наблюдения — 43,46/ 100.000 тыс. нас. В 2013 году тенденции к значительному снижению показателя заболеваемости ХГС нет (40,63⁰/ 100.000 тыс. нас). Таким образом, рост заболеваемости ХГС в КО с начала регистрации до 2012 года у взрослых составил 8,2 раз, а в РФ -3,4 раза.

В настоящее время ХГС преобладает среди всех хронических вирусных поражений печени. Так, на территории региона с 1999-2012 г.г. неуклонно повышалась доля ХГС в структуре всех ХВГ с 26,8% в 1999 г., 46,8% в 2003 г. и 67,2% случаев - в 2012 году.

Несмотря на успехи всеобщей вакцинации новорожденных, введение дополнительной вакцинации взрослых в 2007-2010 г.г.; существенное снижение заболеваемости ОГВ и носителей HBSAg во всех возрастных группах, тенденции к значительному снижению числа больных ХГВ среди взрослых, к сожалению, не наблюдается и заболеваемость практически не меняется на протяжении последних 5-7 лет. Так, в 2006 г. показатель заболеваемости ХГВ у взрослых в КО составил -21,2/ 100.000 тыс. нас., а в 2012 г. - 19,8/ 100.000 тыс. нас. (рис.1).

Рисунок 1



Исходя из вышеизложенного, актуальным является изучение частоты регистрации ХВГ в группе пациентов с туберкулезом в Кировской области, которые составляют группу риска по парентеральным вирусным гепатитам в связи с асоциальным образом жизни большей части больных туберкулёзом, пребывании в местах лишения свободы.

Встречаемость маркёров вирусных гепатитов В, С и микст-инфекции в общей группе пациентов с различными формами туберкулёза за 3 года составила 7,72% и несколько менялась в разные годы наблюдений: в 2008 - 8,43%, 2009 — 5,58%, 2010 г. - 9,48 % (табл.1).

Необходимо отметить, что при обследовании на маркёры вирусных гепатитов 13222 доноров крови (условно здоровых лиц) из 6 районов КО в эти же годы, мы получили следующие результаты: маркёры HBV-инфекции были выявлены у 67 человек (0,51% случаев), HCV- у 33 (0,25%). В целом суммарно маркёры вирусных гепатитов В и С у здоровых доноров регистрировались в 0,76% случаев.

Таким образом, в группе больных туберкулёзом в КО встречаемость маркёров вирусных гепатитов В и С в 2008-2010 г.г. была выше в 10,2 раза по сравнению со здоровыми! Больные туберкулёзом составляют серьёзную группу риска коморбидности с хроническими вирусными гепатитами В и С [2].

Таблица 1

Частота выявления маркёров вирусных гепатитов В и С у больных с туберкулёзом (по данным ОКПТД)

Число обследованных больных :	2008 год, n=2396 (34,43%)						2009 год, n=2507 (36,02%)						2010 год, n=2056 (29,55%)					
	HBsAg+		АнтиHCV+		HbsAg/АнтиHCV+		HBsAg+		АнтиHCV+		HbsAg/АнтиHCV+		HBsAg+		АнтиHCV+		HbsAg/АнтиHCV+	
	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p
Больные ХВГ всего:	50	2,09±0,29	141	5,88±0,48	11	0,46±0,14	42	1,68±0,26	86	3,43±0,36	12	0,48±0,14	56	2,72±0,36	117	5,69±0,51	22	1,07±0,23
Поликлиника	3	0,13±0,07	1	0,04±0,04	1	0,04±0,04	5	0,2±0,09	3	0,12±0,07	-	-	5	0,24±0,11	1	0,05±0,05	-	-
Стационар	47	1,96±0,28	140	5,84±0,48	10	0,42±0,13	37	1,48±0,24	83	3,31±0,36	12	0,48±0,14	51	2,48±0,34	116	5,64±0,51	22	1,07±0,23

Как и в общей популяции пациентов с ХВГ, у больных туберкулёзом в структуре преобладал ХГС за все годы наблюдения, с тенденцией к снижению в 2010 году.

Больные с ХГВ выявлялись в 2-2,8 раза реже, по сравнению с ХГС, но уровень встречаемости ХГВ оставался достаточно стабильным.

Обращает на себя внимание значительное увеличение (2,1 раза) по сравнению с 2008 годом удельного веса микст-гепатита В+С в общей структуре заболеваемости.

Выявление больных ХВГ и туберкулёзом происходило в большинстве случаев в условиях стационара 97,5%-94,3%-96,9%. В поликлинике за 3 года наблюдения выявлялись единичные случаи ХВГ.

Таблица 2

Удельный вес хронических вирусных гепатитов В и С у больных с туберкулёзом (по данным ОКПТД)

Число обследованных больных:	2008 год, n=202 (37,62%)						2009 год, N=140 (26,07%)						2010 год, N=195 (36,31%)					
	HBsAg+		АнтиHCV+		HbsAg/АнтиHCV+		HBsAg+		АнтиHCV+		HbsAg/АнтиHCV+		HBsAg+		АнтиHCV+		HbsAg/АнтиHCV+	
	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p	n	p%±m _p
Больные ХВГ всего:	50	24,75±3,04	141	69,80±3,23	11	5,45±2,20	42	30,0±3,87	86	61,43±4,11	12	8,57±2,37	56	28,72±3,24	117	60,00±3,51	22	11,28±2,27
Поликлиника	3	1,48±0,69	1	0,49±0,7	1	0,49±0,7	5	3,57±1,84	3	2,14±1,22	-	-	5	2,56±1,13	1	0,51±0,51	-	-
Стационар	47	23,27±2,97	140	69,31±3,25	10	4,96±2,11	37	26,43±3,73	83	59,29±4,15	12	8,57±2,37	51	26,16±3,15	116	59,49±3,52	22	11,28±2,27

Выводы:

1. В результате исследования выявлена тенденция к стабильному росту инцидентности по ХГС, незначительное снижения уровня заболеваемости ХГВ и стабильно высокий уровень регистрации больных туберкулёзом лёгких, в том числе бациллярных лёгочных форм.
2. ХГС является превалирующей нозологией в структуре ХВГ в КО (67,2%).
3. Встречаемость маркёров вирусных гепатитов В, С и микст-инфекции в общей группе пациентов с различными формами туберкулёза за 3 года составила 7,72%, что в 10,2 раза выше по сравнению с донорами крови.
4. ХГС также преобладал в структуре заболеваемости у больных с туберкулёзом как и в общей популяции; ХГВ встречался в 2-2,8 раза реже, по сравнению с ХГС.
5. Установлена тенденция к росту числа больных туберкулёзом с микст-гепатитом В+С.

Литература:

1. ВОЗ. Гепатит С. Информационный бюллетень ВОЗ, № 164, Женева: ВОЗ; 2013.
2. Назаров В.Ю. Вирусные гепатиты и туберкулез как сочетанные инфекции. От прошлого к настоящему и будущему./ Назаров В.Ю., Нечаев В.В., Иванов А.К. и др./Журнал инфектологии. - 2013. -Т. 5. - №2. - С.90-95.
3. Роспотребнадзор по Кировской области и РФ. <http://www.43.rospotrebnadzor.ru> и <http://rospotrebnadzor.ru>
4. Шахгильдян И.В., Ершова О.Н., Михайлов М.И. и др. Современная эпидемиологическая характеристика гепатита С в России и пути совершенствования профилактики этой инфекции. Тез. Докл. IX Научно-практ. конф. «Инфекционные болезни и антимикробные средства»; Москва, 2011: 11-13.

Статья

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЕГКИХ

Семенихин А.В., Багаев В.И., Злоказова М.В.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра психиатрии

Кировская областная клиническая психиатрическая больница

им. В.М. Бехтерева

Согласно данным различных исследований, на протяжении многих лет отмечается высокий уровень заболеваемости туберкулезом у психических больных, а также высокая смертность от этой патологии, в 5-12 раз превышающая смертность от данного заболевания у психически здорового населения (Амлаев К.Р., Баронова О.Д., 2011; Лагун И.Я., 2008). Чаще всего туберкулез наблюдается у пациентов с шизофренией - в 48-60% случаев (Шаманова Н.В., 2012).

Цель исследования: изучить клинические особенности и социальную адаптацию пациентов с шизофренией, осложненной туберкулезом легких.

Материал и методы исследования: было проведено исследование 81 истории болезни пациентов с различной психической патологией и легочными формами туберкулеза, находившихся на лечении в туберкулезном отделении КОКПБ в 2005-2011 годы. Среди них выявлено 33 (40,7%) пациента с различными формами и типами течения шизофрении.

Результаты и их обсуждение: среди обследованных пациентов преобладала возрастная группа от 45 до 60 лет – 75,7%, от 35 до 44 лет - 24,3%. Все пациенты имели группу инвалидности по психическому заболеванию: 66,7% - II группу, 33,3% – III.

Чаще всего встречалась параноидная форма шизофрении – в 91,7% случаев (непрерывно-прогредиентное течение – 83,3%, эпизодическое течение – 16,7%), другие формы шизофрении (пропфшизофрения) – 8,3%.

Среди пациентов с шизофренией страдали инфильтративным туберкулёзом 33,3%, кавернозным – 8,3%, диссеминированным – 8,3%, туберкулезом бронхов – 8,3%, туберкуломы различных локализаций – 16,7%, клиническое излечение различных форм легочного туберкулеза с остаточными изменениями – 25,1%. Активными бактериовыделителями (МБТ +) являлись 42,4% пациентов.

Во всех случаях наличие психического заболевания предшествовало развитию туберкулёзного процесса. Средняя длительность шизофрении на

момент присоединения туберкулеза составила $8,0 \pm 1,7$ лет. В клинике шизофрении преобладала негативная симптоматика: эмоциональное обеднение – 91,7% пациентов, нарушения ассоциативного процесса мышления - 75,7%, пассивность, нарастание отчужденности, замкнутости – 66,7%. Неспособность к самообслуживанию регистрировалась у 33,3% пациентов. У данных больных прослеживалось нарастание дефекта во всех сферах личности, что способствовало ухудшению социально-бытовой адаптации пациентов, снижению качества жизни и создавало предпосылки как для заболевания туберкулёзом, так и для его неблагоприятного течения.

Из продуктивной симптоматики слуховые и зрительные галлюцинации отмечались – в 72,6% случаев, аффективные нарушения и изменения поведения - 51,5%, бредовые идеи - 57,5%, переоценка собственных возможностей - 8,3%. У всех больных наблюдался выраженный астенический синдром.

Факторами, предрасполагающими и усугубляющими течение туберкулёзного процесса на фоне шизофрении, являлись: курение – 83,3% случаев; неблагоприятный трудовой анамнез (частые смены работы, низкоквалифицированный труд, безработица) – 83,3%; злоупотребление спиртными напитками – 75,7%; неблагоприятные семейные отношения (частые конфликты, разводы и т.п.) – 75,7%; ведение асоциального образа жизни – 66,7%; проживание в сельской местности – 66,7%; нахождение в исправительных учреждениях – 57,6%; низкий уровень образования – 51,5%.

Клиническое течение шизофрении на фоне обострения туберкулёзного процесса проходило со «сглаживанием» симптоматики психических расстройств, что, вероятно, было связано с назначением нейролептиков и улучшением бытовых условий и режима питания в стационаре.

Интересно, что при наличии улучшения в течение туберкулёзного процесса (положительная рентгенологическая динамика) в значительном количестве случаев - 58,3% - продуктивная симптоматика усиливалась (у 68,4% пациентов - галлюцинаторно-бредовая симптоматика, 89,5% - снижение эмоционально-волевых качеств), что, вероятно, связано с длительным приемом больших доз противотуберкулёзных препаратов и низкими дозами назначаемых нейролептиков в связи с большой опасностью нарастания токсического действия при совместном их применении. После достижения положительной динамики в течение

туберкулеза дозы нейролептиков увеличивали с целью купирования психотического состояния.

В 100% случаев у больных, находившихся на лечении в туберкулёзном отделении в КОКПБ им. В.М. Бехтерева, наблюдалась положительная динамика туберкулёзного процесса и ремиссия психического расстройства.

Выводы: в большинстве случаев шизофренический процесс развивался задолго до диагностики туберкулёза. Преобладала параноидная форма шизофрении с непрерывно-прогредиентным течением и выраженным эмоционально-волевым дефектом. В структуре туберкулёзного процесса чаще всего встречалась инфильтративная форма. Сочетание данной патологии больше характерно для лиц, проживающих в неблагоприятных социально-бытовых условиях, имеющих вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), чаще ведущих асоциальный образ жизни. При достижении положительной динамики туберкулёзного процесса часто происходит обострение (утяжеление) психических расстройств, что требует коррекции психофармакотерапии. Для лечения данной сочетанной патологии необходима длительная индивидуальная программа реабилитации пациентов с учётом особенностей переносимости медикаментозной терапии и ее влияния на течение обоих заболеваний.

Литература:

1. Амлаев К. Р., Баронова О. Д./ Туберкулез легких у психических больных: эпидемиологические и клинические аспекты. «Профилактическая медицина, 2». – 2011. – с. 45-48.
2. Лагун И.Я./ Причинность шизофрении. Конспект-анализ проблемы. ОАО «ПК «Ориус». – 2008. – с. 148-151.
3. Массино С.В./ Туберкулез легких у психических больных.- Руководство по туберкулезу.- М.,Медгиз.,1959.- Т.11., ч.2. - С.146-157.
4. Нечаева О.Б./ Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2012 году. – 2013.
5. Ситникова О.Н., Кутепова М.Ф., Комаров Е.А./ Особенности клинических форм и типов течения шизофрении, коморбидной туберкулезу легких. // Прикладные информационные аспекты медицины № 11. (Сетевое электронное издание).– 2008. (<http://www.vsma.ac.ru/publ/priam/011-1/site/index34.html>)

6. Скорняков С.Н., Красноборова С.Ю., Еремеева Н.И., Камаева Н.Г./ О состоянии противотуберкулезной помощи населению Кировской области и организационно-методических мероприятиях по ее совершенствованию. – 2013.
7. Шаманова Н.В./ Особенности туберкулёза лёгких у больных с многолетним типом течения шизофрении. Автореферат. – 2012. - 22 с.

Статья

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Фесюк Е.Г., Ренжина О.В., Мясникова Т.В., Тюфякова С.С.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации продолжает ухудшаться. Показатели ее заболеваемости, распространенности в стране в 2008 году составили 38,3 и 295,3 случаев, а в 2012 году соответственно 48,8 и 433,8 на 100 тысяч населения. ВИЧ-инфекция рассматривается как важный фактор, предрасполагающий заражению, реинфекции, а также реактивации латентного туберкулеза. В связи с этим, особое внимание должно уделяться выявлению ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом и туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Цель: Изучить состояние эпидемической ситуации по ВИЧ-сочетанному туберкулезу в Кировской области.

Задачи:

1. Изучить показатели заболеваемости, распространенности и смертности больных туберкулезом, страдающих ВИЧ-инфекцией в Кировской области за 2008- 2012 годы и сравнить их с аналогичными показателями по Российской Федерации и Приволжскому федеральному Округу.

2. Изучить новые случаи туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией в Кировской области за 2001-2013 годы, дать их медико-социальную характеристику, проанализировать структуру клинических форм туберкулеза, исходы в зависимости от стадии течения ВИЧ-инфекции и распространенности туберкулезного процесса.

Материалы и методы: За анализируемый период изучены сводные годовые статистические отчеты Кировского областного клинического

противотуберкулезного диспансера, данные отчетной формы Федерального статистического наблюдения № 61 «Состояние контингента больных ВИЧ-инфекцией», статистические материалы по туберкулезу в РФ и ПФО. Полученные данные статистически обработаны, проанализированы и обобщены.

Результаты: Показатели заболеваемости туберкулезом у страдающих ВИЧ по Кировской области увеличились за анализируемый период с 0,1 случая до 0,5 случаев, по ПФО с 4 до 6,8 случаев, РФ с 4,4 до 5,9 на 100 тысяч населения. Пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в Кировской области составили 0,2-1,2% от всех впервые выявленных больных туберкулезом и от 6,2 до 12,6% по ПФО и от 4,4 до 5,9% по РФ.

Показатель распространенности по ВИЧ-ассоциированному туберкулезу в Кировской области колебался от 0,9 (2008г) до 1,2 на 100 тысяч населения (2011год), по ПФО соответственно от 11,3 до 17,2, по РФ от 9,5 до 14,3 на 100 тысяч населения. Удельный вес пациентов данной категории от всех больных туберкулезом, состоящих на учете имел тенденцию к нарастанию: в Кировской области увеличился с 0,4 до 0,8%, в ПФО- с 6,1 до 10,7, в РФ –с 5,5 до 9%.

Случаи смерти от туберкулеза у больных страдающих ВИЧ-инфекцией за анализируемый период имели место с 2010 года. Показатель смертности от туберкулеза у данных больных по Кировской области колебался от 0,07 до 0,1 случая на 100 тысяч населения, по ПФО-0,6-0,8 случаев, в РФ-0,8 случаев.

За 2001-2013 годы в Кировской области выявлено 60 новых случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, из них 58 человек с туберкулезом органов дыхания (96%), 2 человека с изолированными внелегочными локализациями - туберкулезом позвоночника и туберкулезом периферических лимфатических узлов (4%).

С 2001 по 2013 год число новых случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза увеличилось в 12 раз (в 2001 году- 1 случай, в 2013 году было зарегистрировано максимальное количество случаев за анализируемый период - 12). Мужчин было 41 чел. (68%), женщин-19 чел (32%). ВИЧ-ассоциированный туберкулез выявлен в 8 лет у 1 чел. (1,7%), от 18-24 лет у 1 чел.(1,7%), 25-34 года – 33 чел. (55%), 35-44 года – 15 чел. (25%), 45- 54 лет -9 чел. (15%), более 55 лет 1 чел. (1,6%).

Безработными были большинство обследуемых - 41 чел. (68,3%), инвалиды - 5 чел. (8,3%), учащиеся 1 чел. (1,8%), служащие 2 чел. (3,3%), предприниматели - 2 чел. (3,3%), рабочие - 9 чел. (15%). Жители области

составили 39 чел. (65%), г. Кирова - 18 чел (30%), лица бомж - 3 чел. (5%). Наибольшее количество случаев было зарегистрировано в Вятско-Полянском и Слободском районах (6 чел.-15,4% и 5 чел.-12,7% соответственно. По путям инфицирования ВИЧ обследованные распределились следующим образом: внутривенные наркоманы - 32 чел. (51,6%), половой путь - 27 чел. (45%), внутриутробный - 1 чел. (1,7%), парентеральный – 1 чел. (1,7%).

При выявлении туберкулеза 32 человека (53,3%) состояли на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ-инфекции более 1 года, из них туберкулез развился на ранних стадиях ВИЧ у 8 чел (25%), в сроки от 2-9 лет от момента постановки на учет по поводу ВИЧ-инфекции и на поздних стадиях- у 24 чел. (75%), в сроки от 2-11 лет от момента постановки на учет по поводу ВИЧ-инфекции.

Одновременное (в течение 1 года), выявление ВИЧ – ассоциированного туберкулеза зарегистрировано у 28 чел. (46,6%), При этом первично диагностирована ВИЧ-инфекция у 13 чел. (46,4%), в том числе на ранних стадиях ВИЧ - 3 чел (10,7%), на поздних стадиях - 25 чел. (89,3%), а туберкулез у 15 чел. (53,6%).

При ВИЧ –ассоциированном туберкулезе 44 пациента (89,8%) имели сопутствующие заболевания. Наиболее часто выявлялся хронический вирусный гепатит В и С (29 чел. - 48%), 7 чел. (12,4%) страдали хроническим алкоголизмом, 2 чел. (4%) имели инфекции передаваемые половым путем. Среди прочих сопутствующих заболеваний были по 1 случаю хронического бронхита, бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического пиелонефрита, токсического гепатита, органического поражения головного мозга.

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулез как сопутствующее заболевание установлено у 11 человек (18,3%), в том числе на III стадии ВИЧ - 7 чел. (63,6%), IV стадии – 4 чел (36,4%). Туберкулез выявлялся при профилактическом флюорографическом осмотре у 6 чел. (54,5%) и по обращаемости у 5 человек (45,5%).

При этом в структуре клинических форм превалировал инфильтративный туберкулез легких - 4 чел. (36,3%), туберкулема выявлена у 2 больных (18,2%), по 1 случаю (по 9%) –очагового туберкулеза легких, туберкулезного плеврита, туберкулеза внутригрудных лимфатических лимфоузлов, казеозной пневмонии и генерализованного туберкулеза.

Деструктивные формы установлены только у 2 чел. (18,2%), наличие бактериовыделения у половины больных - 6 (54,5%), из них лиц с множественной лекарственной устойчивостью 1 чел. (16,7%), запущенных форм (казеозная пневмония) – 1 чел. (9%).

Среди больных с выявленным туберкулезом на ранних стадиях ВИЧ неблагоприятные исходы отмечены у 3 пациентов (27,3%), из них 2 человека (18,2%) умерли (1 - от прогрессирования туберкулеза и 1 случай смерти от причин, не связанных с туберкулезом и ВИЧ. Еще 1 чел. с деструктивным туберкулезом, бактериовыделением с множественной лекарственной устойчивостью был переведен во II группу диспансерного учета вследствие хронизации туберкулезного процесса. 2 больных выбыли из региона, исход процесса у них не известен. 6 человек (54,5%) имели благоприятные исходы туберкулезного процесса и были переведены в III группу диспансерного учета.

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулез, как вторичное заболевание, установлен у 49 человек (81,7%), в том числе на IVБ стадии ВИЧ у 42 чел. (85,7%), IVВ стадии у 7 чел (14,3%). Туберкулез выявлялся при профилактическом флюорографическом осмотре у 16 чел. (32,7%) и по обращаемости у 33 человек (67,3%).

В структуре клинических форм превалировал так же, как на ранних стадиях ВИЧ, инфильтративный туберкулез легких - 23 чел. (46,9%), диссеминированный туберкулез легких - 8 чел. (16,3%), очаговый туберкулез - 3 чел. (6,1%), казеозная пневмония – 2 человека (4,1%), по 1 случаю – туберкулезный плеврит, туберкулез внутригрудных лимфатических лимфоузлов, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, туберкулез позвоночника и периферических лимфатических узлов (по 2 %).

Деструктивные формы установлены у 19 чел. (38,8%), наличие бактериовыделения у двух трети больных – 37 чел. (75,5%), из них лиц с множественной лекарственной устойчивостью 7 чел. (18,9%). Запущенные формы определялись у 8 чел. (16,3%), генерализованные так же у 8 больных (16,3%).

Среди всех новых случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза генерализованные формы туберкулезного процесса были выявлены у 9 больных (15%). На IVA стадии они установлены у 1 больного (11,1%), на IVБ – у 2 (22,2%), IVВ – у 6 (66,7%). При этом наиболее часто поражались легкие - 8 чел. (88,9%), у 3 человек (33,3%) установлено поражение внутригрудных лимфатических узлов, периферических,

мезентериальных лимфоузлов, печени, селезенки, у 2 больных (22%) - центральной нервной системы и почек, у 1 больного (11,1%) - туберкулез кишечника и уха. Полости распада определялись у 2 больных (22,2%), бактериовыделение у 7 пациентов (77,8%), в том числе с множественной лекарственной устойчивостью у 1 чел. (14,3%). Среди лиц с генерализованным туберкулезом умерло 6 чел. (66,6%), в том числе 1 чел (16,7%) от прогрессирующего туберкулеза и 5 чел. (83,3%) от прогрессирования ВИЧ, выбыло в другие регионы - 2 чел (22,2%) и только 1 чел. (11,1%) был переведен в III группу диспансерного учета.

Запущенные формы туберкулеза у больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом установлены у 9 чел (15%). На ранних стадиях ВИЧ они выявлены у 1 чел. (11,1%), на поздних – у 8 чел. (88,9%). Наиболее частой формой был прогрессирующий диссеминированный туберкулез с распадами и бактериовыделением - 5 (55,7%), казеозная пневмония отмечена в 2 случаях (22,2%), фиброзно-кавернозный туберкулез - у 1 больного (11,1%). Бактериовыделение зарегистрировано у 8 пациентов (88,8%), из них с множественной лекарственной устойчивостью - 3 чел. (37,5%). 4 пациента (44,5%) имели неблагоприятный летальный исход заболевания, 2 чел. (22,2%) – благоприятный исход с переводом в III группу диспансерного учета, 3 больных (33,3%) продолжили лечение.

Таким образом, как видно из данных проведенного исследования, уровень заболеваемости, распространенности, смертности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Кировской области ниже, чем в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе, но темп роста заболеваемости выше.

У больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в Кировской области преобладают легочные формы заболевания (96%). С 2001 по 2013 год число новых случаев сочетанных форм увеличилось в 12 раз (в 2001 году- 1 случай, в 2013 – 12 случаев). ВИЧ-ассоциированный туберкулез выявляется преимущественно у мужчин (68%), в возрасте 25-34 года (55%), безработных (68,3%), жителей области (65%). Среди обследованных преобладали внутривенные наркоманы (51,6%). ВИЧ –ассоциированный туберкулез у половины больных (46,6%) выявлялся одномоментно, в течение 1 года, 53,3% больных состояли на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ-инфекции более 1 года, в 89,3% и 75% случаях соответственно был установлен на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. 89,8% пациентов имели сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто выявлялся хронический вирусный гепатит В и С (48%).

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулез как сопутствующее заболевание установлен у 18,3%, в 54,5% выявлен при профилактическом флюорографическом осмотре. В структуре клинических форм превалировал инфильтративный туберкулез легких (36,3%). Фаза распада определялась у 18,2%, бактериовыделение у двух трети больных (54,5%). Благоприятные исходы туберкулезного процесса имели половина больных данной группы (54,5%).

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулез как вторичное заболевание установлен у 81,7% больных, заболевание выявлялось по обращаемости у 68%. В структуре клинических форм превалировал так же, как на ранних стадиях ВИЧ, инфильтративный туберкулез легких (46,9%). Фаза распада и бактериовыделение встречались чаще, чем на ранней стадии - соответственно 38,8% и 75,5%.

Генерализованные формы туберкулеза выявлялись у 15% больных. Наиболее часто поражались легкие (88,9%). Полости распада определялись редко (22,2%), бактериовыделение у двух трети больных (77,8%), умерло 66,6%, 83,3% -от прогрессирования ВИЧ.

Запущенные формы туберкулеза установлены у 15%, в 88,9% случаев на поздних стадиях ВИЧ. Наиболее частой формой был прогрессирующий диссеминированный туберкулез с бактериовыделением у 88,8% больных, с множественной лекарственной устойчивостью у трети больных (37,5%). 44,5% больных с запущенными формами имели неблагоприятные исходы заболевания.

Полученные данные следует учитывать врачам фтизиатрам, инфекционистам, врачам общей лечебной сети при диагностике ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Литература:

1. Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией /Под общей ред. О.П. Фроловой. – Бюллетень № 11. - М. Тверь:ООО «Изд-во «Триада», 2011.-96с.
2. Социально-значимые заболевания населения России в 2011 году (статистические материалы). - Москва,2012.
3. Подгаева В.А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на Урале в 2012 году (статистические материалы)/ Под ред. Д.м.н. С.Н. Скорнякова. Екатеринбург, 2013, 412с.

Тезисы

**ОСОБЕННОСТИ ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ
СОЧЕТАНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ
НАКАЗАНИЙ**

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: выявление особенностей грибковой инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом лёгких в лечебно-исправительном учреждении федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН).

Материалы и методы: объект исследования - ВИЧ-положительные пациенты с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом лёгких с наличием грибкового поражения (подтверждённого клинически или лабораторно), поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России с 2001 по 2011 годы. Все 94 пациента в возрасте от 19 до 46 лет (в среднем: $29,8 \pm 0,6$ лет) – мужчины (100%). У всех больных имелась 4Б – 5 стадия ВИЧ-инфекции с количеством CD4-лимфоцитов в периферической крови $0,375 \pm 0,035 \cdot 10^9$ мл, 19,1% получали противовирусную терапию. В качестве сопутствующего заболевания имели хронический вирусный гепатит «В» 9,6% пациентов, «С» - 47,9%, «В и С» - 22,3%, «ВиD» - 1,1% и у 19,1% исследование не проводилось. Все были курильщиками – 100%, причём 97,9% со стажем более 7 лет (от 7 до 34 лет). Злоупотребляли алкоголем до ареста 9,6%, все пациенты в той или иной степени злоупотребляли крепким чаем. Ранее употребляли опиаты парентерально 94,7%, в том числе 92,6% (87/94) на регулярной основе. Первую судимость имели 30,9%, со средним сроком пребывания в местах лишения свободы $5,1 \pm 0,5$ лет (от 4 месяцев до 21 года). У 69,1% больных методом посева мокроты было обнаружено выделение микобактерий туберкулеза (МБТ).

Результаты: частота поражения: онихомикоз – 81,9%, грибковое поражение кожи у 17,0% (паховая эпидермофития – 8,5%, микоз кожи стоп или кистей - 8,5%), микоз слизистых (в основном клинически кандидозной этиологии) – у 25,5%, себорейный дерматит у 15,9%, кандидоз кишечника у 6,4% пациентов, анальный микоз у 2,1% и генерализованный микоз в

8,5% случаев. Грибки рода *Candida* в моче были обнаружены у 9,6% больных.

Заключение: грибковая инфекция у ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом лёгких в туберкулезной больнице различна по клиническим проявлениям и может значительно утяжелять проявление основного заболевания.

Тезисы

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВИЧ-СТАТУС ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель исследования: выявление особенностей клинических проявлений у впервые выявленных больных туберкулезом лёгких в зависимости от ВИЧ-статуса в туберкулезной больнице ФСИН в условиях современной эпидемиологической ситуации.

Дизайн исследования: проспективное одноцентровое сплошное исследование больных с инфильтративным туберкулезом лёгких с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом в туберкулезной больнице ФСИН.

Для оценки достоверности различий между процентными долями двух выборок нами вычислялся критерий хи-квадрат (χ^2) для таблиц сопряженности 2x2 (с поправкой Йэйтса на непрерывность) для числа степеней свободы $df=1$.

Материалы и методы. Объектом изучения явились две группы больных с впервые выявленным деструктивным инфильтративным туберкулезом лёгких, наблюдаемые с момента поступления на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России: 1-ая группа с 2005 по 2012, 2-ая с 2001 по 2011 годы; 206 человек – ВИЧ-отрицательные пациенты и 110 человек – ВИЧ-положительные соответственно. Всего 316 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет (1-я группа) и от 19 до 46 лет (2-я группа). У всех пациентов методом посева мокроты на питательные среды были обнаружены МБТ.

Результаты: у 20,4% больных 1-й группы при поступлении в стационар выявлялась лихорадка, что реже, чем во 2-й группе (39,1%) ($\chi^2=11,8231$ $p=0,0013$), повышенная потливость у 30,1% в 1-й группе и

реже – 17,3% во 2-й ($\chi^2=5,5328$ $p=0,0192$). В 1-й группе слизисто-гнойная мокрота определялась реже, чем во 2-й (6,3% и 13,6%) ($\chi^2=3,9018$ $p=0,0483$), сухие хрипы (1,5% и 9,1%) ($\chi^2=8,7492$ $p=0,0040$), снижение аппетита (2,4% и 13,6%) ($\chi^2=13,3661$ $p=0,0009$), боли в правом подреберье (2,9% и 14,5%) ($\chi^2=13,2396$ $p=0,0010$) с достоверным различием между группами, а отсутствие жалоб было характерно для пациентов 1-й группы (26,7%) в отличие от 2-й (9,1%) ($\chi^2=12,5518$ $p=0,0011$).

Выводы: у больных в туберкулезной больнице ФСИН с положительным ВИЧ-статусом и впервые выявленным туберкулезом чаще определяется лихорадка, реже повышенная потливость, чаще при кашле выделяется слизисто-гнойная мокрота и слышны сухие хрипы. Чаще выявляется снижение аппетита, боли в правом подреберье, реже отсутствие жалоб, по остальным клиническим проявлениям в сравнении с пациентами без ВИЧ-инфекции различие не достоверно.

Раздел 4

Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза

Статья

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коковихина И.А., Эсаулова Н.А.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»*

В последние годы отмечается снижение заболеваемости туберкулезом, как в Кировской области, так и в Российской Федерации, но динамика эффективности курса химиотерапии изменяется незначительно. Одной из причин неэффективности лечения больных туберкулезом является лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) [1]. Больные, страдающие лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУТ), наносят обществу большой ущерб, так как происходит распространение вирулентных лекарственно-устойчивых штаммов МБТ [4]. Заболевание, вызванное лекарственно-устойчивыми МБТ, быстро прогрессирует, трудно поддается лечению, требует больше финансовых затрат из-за применения противотуберкулезных препаратов (ПТП) резервного ряда, и нередко приводит к летальному исходу [1, 4]. Поэтому ЛУТ является актуальной проблемой современной фтизиатрии.

Особое значение имеет первичная лекарственная устойчивость (ПЛУ) МБТ, которая определяется до трех недель от начала химиотерапии ПТП. Первичная лекарственная устойчивость имеет большое клиническое и эпидемиологическое значение [3]. Лекарственная устойчивость делится на монорезистентную (к одному ПТП), полирезистентную (к двум и более ПТП, без сочетания изониазида и рифампицина) и множественную лекарственную устойчивость (устойчивость к изониазиду и рифампицину, независимо от наличия или устойчивости с другим ПТП) [1, 2, 4]. Термин множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) МБТ введен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1998 году, а с 1999 года сведения о МЛУ МБТ включены в официальную статистическую отчетность по туберкулезу [4]. В настоящее время МЛУ возбудителя

туберкулеза стала эпидемиологически опасным явлением [3]. В 2006 году эксперты ВОЗ выделили еще один вид лекарственной устойчивости – обширная лекарственная устойчивость, обозначаемая XDR (устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам и инъекционному ПТП) [2, 3].

Целью работы является анализ динамики ПЛУ МБТ в Кировской области, оценка частоты выявления МЛУ и определение устойчивости к отдельным ПТП первого ряда.

Задачи исследования:

1. Провести анализ данных базовой бактериологической лаборатории по лекарственной устойчивости МБТ в период с 2001 по 2013 годы.
2. Определить долю ПЛУ МБТ, монорезистентности, полирезистентности и МЛУ МБТ и сравнить данные по Кировской области с показателями в Российской Федерации.
3. Дать характеристику лекарственной устойчивости к отдельным ПТП основного ряда.

Материалы и методы. Изучена частота и структура лекарственной устойчивости МБТ в Кировской области за 2001 – 2013 годы по данным базовой бактериологической лаборатории Кировского областного противотуберкулезного диспансера. Частота и структура ПЛУ рассчитывалась у впервые выявленных больных туберкулезом, выделяющих МБТ. Определение лекарственной устойчивости МБТ проводилось стандартным методом абсолютных концентраций на твердой питательной среде Левенштейна-Йенсена. В структуре ПЛУ оценивались монорезистентность, полирезистентность, МЛУ МБТ, XDR и лекарственная устойчивость к основным ПТП. Частота монорезистентности, полирезистентности, МЛУ и лекарственная устойчивость к основным ПТП рассчитывались относительно количества больных с установленной ПЛУ МБТ.

Как показали результаты исследования, в динамике имеется нарастание частоты ПЛУ МБТ с 35,2% в 2001 году до 40,2% в 2013 году (рис. 1). В тоже время заболеваемость туберкулезом в Кировской области за 2001 – 2013 годы снижается на 13,7% и соответствует 63,0 на 100 тыс. населения в 2001 году и 54,4 на 100 тыс. населения в 2013 году. Указанные данные подтверждают увеличение числа больных ЛУТ, особенно с наличием ПЛУ МБТ. Частота ПЛУ в Кировской области и в Российской Федерации находятся примерно на одном уровне.

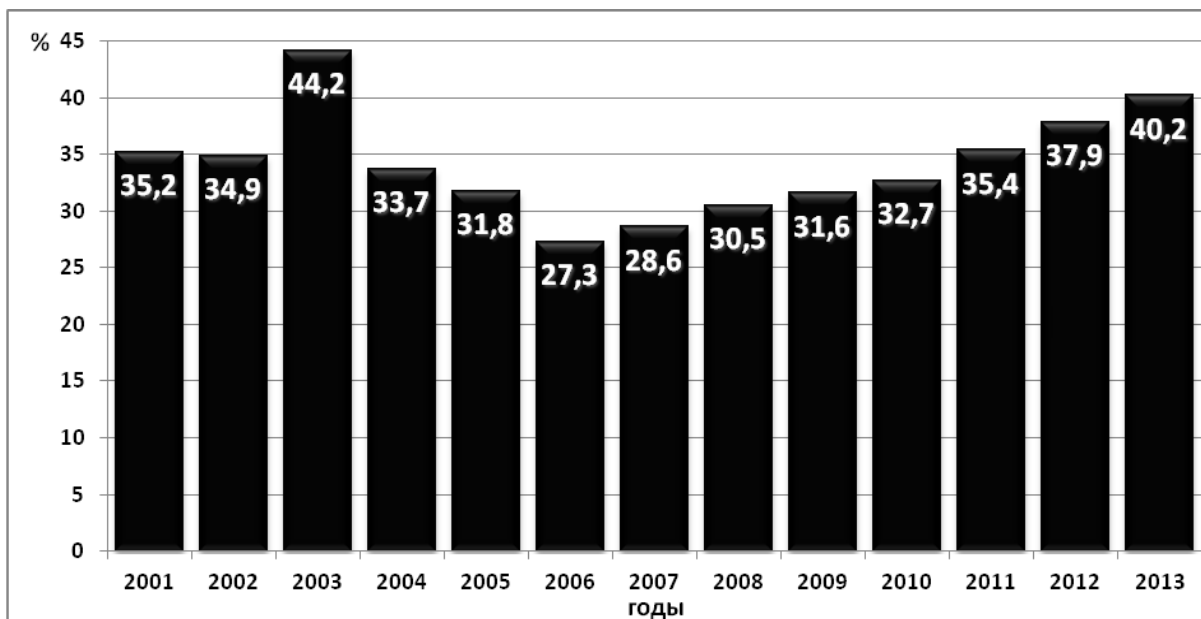


Рис. 1. Динамика первичной лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных туберкулезом в Кировской области за 2001-2013 годы, %

Структура ПЛУ МБТ в Кировской области характеризуется уменьшением монорезистентности, сохранением уровня МЛУ и значительным увеличением полирезистентности (рис. 2).

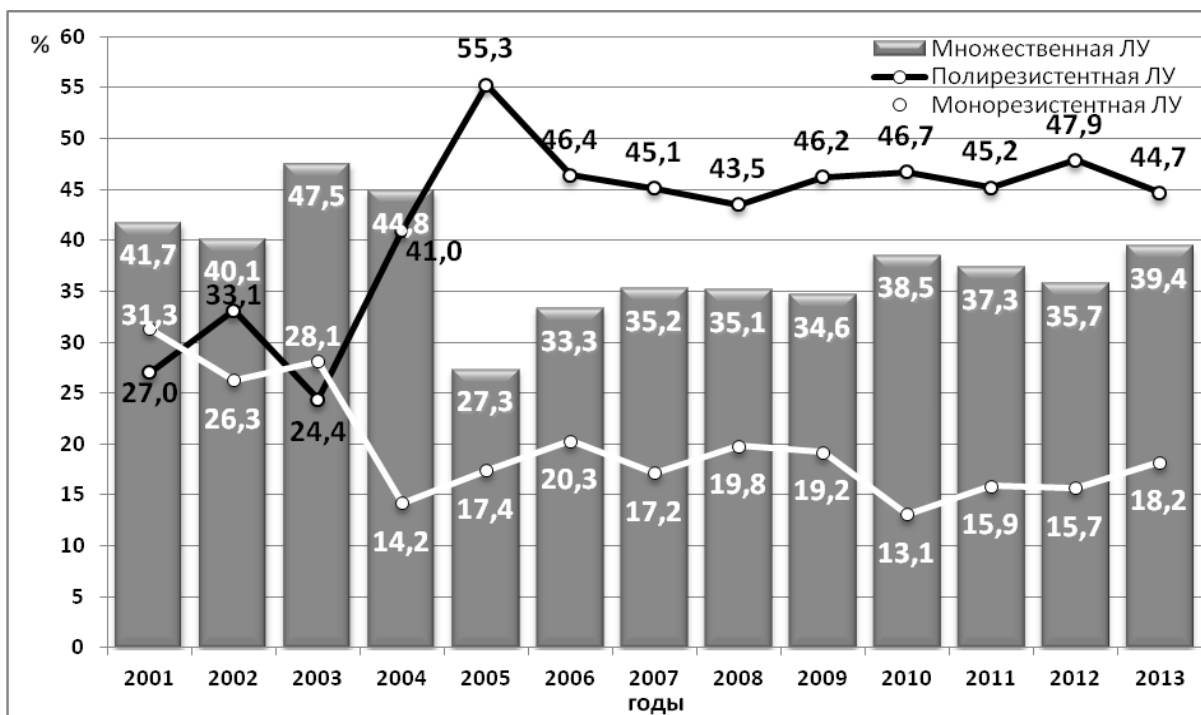


Рис. 2. Структура первичной лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных туберкулезом в Кировской области за 2001-2013 годы, %

Частота монорезистентности из числа больных с ПЛУ МБТ уменьшилась в 1,7 раза с 31,3% в 2001 году до 18,2% в 2013 году. Частота полирезистентного туберкулеза возросла в 1,7 раза с 27,0% в 2001 году до 44,7% в 2013 году. Множественная лекарственная устойчивость МБТ относительно общего числа больных с ПЛУ сохраняется на одном уровне (41,7% 2001 году и 39,4% в 2013 году). При анализе частоты МЛУ МБТ к общему числу бактериовыделителей отмечается незначительно меньший уровень показателя в Кировской области по сравнению с частотой МЛУ в Российской Федерации. Показатель МЛУ МБТ в Кировской области и Российской Федерации характеризуется нарастанием, которое отмечается с 2006 года (рис. 3).

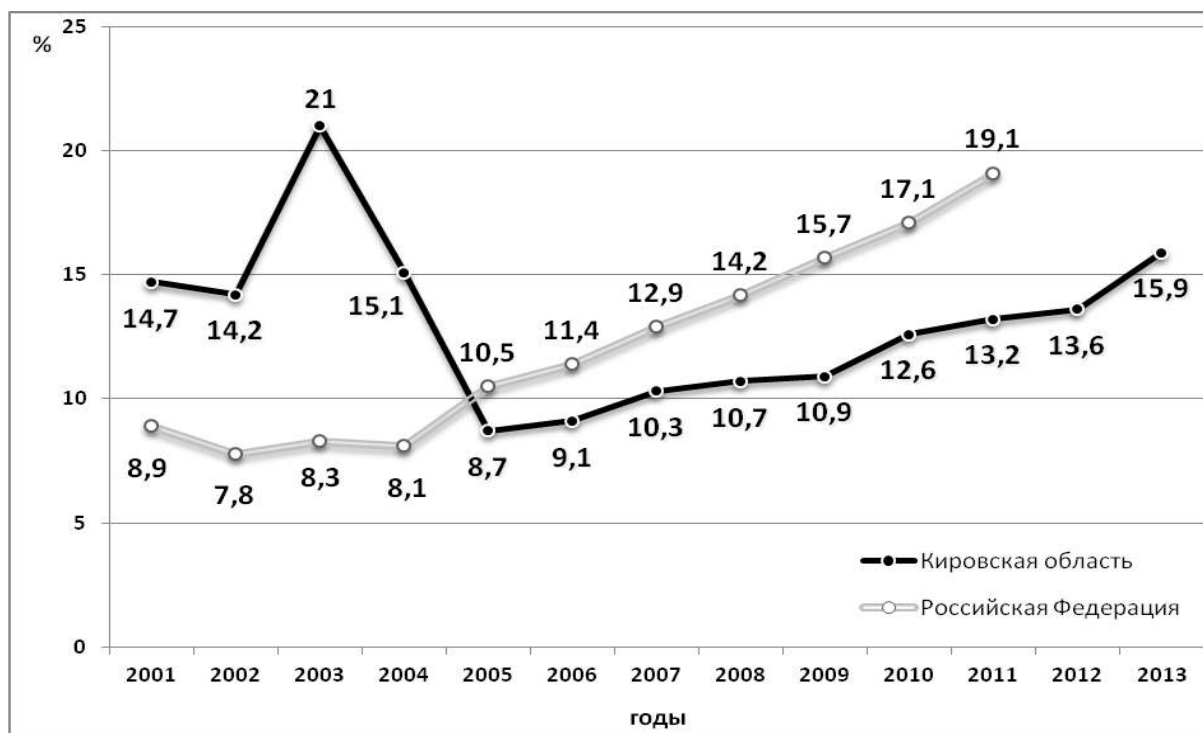


Рис. 3. Динамика множественной лекарственной устойчивости МБТ у впервые выявленных больных туберкулезом в Кировской области и Российской Федерации за 2001-2013 годы, %

С 2007 года в статистические отчеты введен показатель обширной лекарственной устойчивости – XDR. В Кировской области уровень обширной лекарственной устойчивости характеризуется единичными случаями: в 2007 – 3 чел. (2,5%), в 2008 году – 2 чел. (1,5%), в 2010 и 2011 годах – по 2 чел. соответственно (1,6%), в 2012 и 2013 годах – по 1 случаю (0,7% и 0,8% соответственно).

Первичная лекарственная устойчивость МБТ к отдельным ПТП первого ряда в Кировской области характеризуется значительной резистентностью к стрептомицину (в пределах 90-100%), высокой устойчивостью к изониазиду (66,1 – 88,1%), в меньшей степени устойчивостью к рифампицину (25,0 – 60,0%) и снижающейся устойчивостью к этамбутолу (с 47,0% в 2001 году до 5,3% в 2013 году). Уровень ПЛУ к изониазиду, рифампицину и стрептомицину на протяжении 13 лет значительно не изменяется (рис.4).

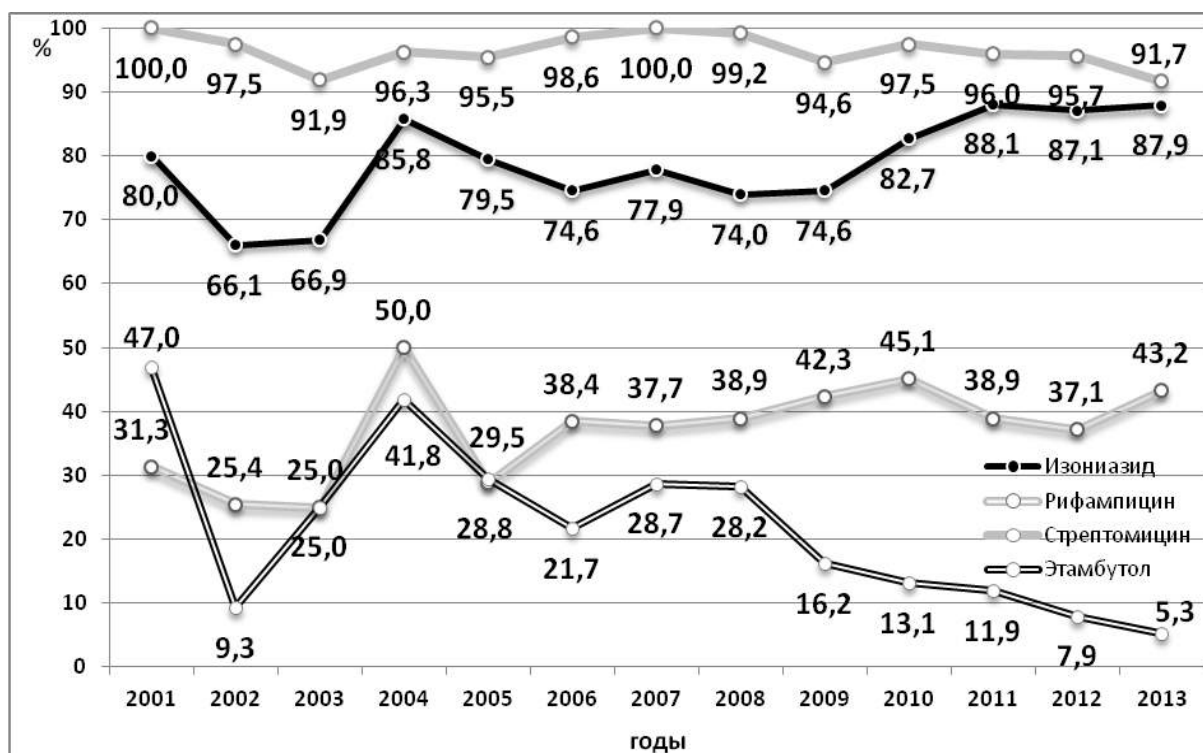


Рис. 4. Спектр первичной лекарственной устойчивости МБТ к отдельным противотуберкулезным препаратам первого ряда в Кировской области за 2001-2013 годы, %

Таким образом, не смотря на снижение заболеваемости туберкулезом, нарастает частота и усугубляется структура ПЛУ МБТ, за счет увеличения полирезистентных штаммов МБТ, сохранением высокого уровня МЛУ МБТ и значительной резистентности к стрептомицину, изониазиду и рифампицину. Определение ПЛУ МБТ является необходимым и важным в правильной объективной оценке эпидемиологической ситуации по туберкулезу не только в Кировской области, но и в Российской Федерации. Знание частоты и структуры ПЛУ МБТ, особенно МЛУ МБТ, в современных условиях необходимо для врачей-фтизиатров при назначении

контролируемой химиотерапии туберкулеза. Снижение частоты развития лекарственной устойчивости МБТ возможно путем совершенствования мероприятий по назначению лечения больным туберкулезом, предотвращения случаев досрочного прекращения лечения, изоляции бактериовыделителей в стационарах до абациллирования.

Литература:

1. Зиновьев И.П. Туберкулез легких с первичной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза: учебное пособие для клинических ординаторов, интернов и врачей циклов проф. переподготовки/Сост.: И.П. Зиновьев, И.А. Коковихина, А.С. Устюжанинова. – Киров, 2010. - 87 с.
2. Мишин В.Ю. Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя: учебное пособие./ В.Ю. Мишин – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.
3. Фтизиатрия: национальное руководство/ под ред. М.И. Перельмана, - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
4. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2010 году. Монография./ М.В. Шилова – М.: 2012. – 224 с.

Статья

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА

Милеева Л.М., Пересторонина Н.В.

ФСИН России по Кировской области МСЧ – 43, Мч - 14

Туберкулез легких в пенитенциарной системе является по-прежнему одной из острых медицинских проблем. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу на сегодняшний день остается стабильно напряженной. Ежегодно в следственном изоляторе (СИЗО) среди вновь поступивших подследственных и осужденных туберкулез выявляется впервые, диагностируются рецидивы заболевания, и поступают больные с активным процессом, ранее взятые на учет в противотуберкулезных учреждениях гражданского здравоохранения и состоящие в I и II группах диспансерного учета (контингент). Проблемой для пенитенциарных учреждений является распространение лекарственно-устойчивого туберкулеза, наиболее неблагоприятного и трудноизлечимого. По данным литературы 30 %

больных от числа зарегистрированных лиц с туберкулезом в пенитенциарных учреждениях имели лекарственную устойчивость (ЛУ), среди них 17 % больных имели множественную лекарственную устойчивость (МЛУ), более 4 % - широкую лекарственную устойчивость (ШЛУ).

Цель настоящей работы изучить особенности лекарственно-устойчивого туберкулеза среди подследственных и осужденных в условиях следственного изолятора №2 города Кирова за период 2005-2012 года.

Задачи:

1. Изучить характеристику лекарственно-устойчивого туберкулеза среди впервые выявленных больных и контингента.
2. Дать характеристику бактериовыделения в данных группах больных.
3. Оценить частоту и характер встречаемости лекарственной устойчивости.

Материал и методы: Проанализированы данные обследования 356 больных туберкулезом органов дыхания, находившихся в СИЗО-2 г. Кирова в период с 2005 по 2012 гг.

Все больные разделены на 2 группы: впервые выявленные в СИЗО-2 (121) и больные, ранее диагностированные и наблюдавшиеся по I и II ГДУ в противотуберкулезных учреждениях гражданского здравоохранения – 235 (контингент).

Исследование мокроты проводилось на базе лаборатории медицинской части СИЗО (микроскопия по методу Циль-Нильсена), централизованной лаборатории областного противотуберкулезного диспансера и ФКУ ЛИУ - 12 УФСИН России по Кировской области (люминесцентная микроскопия, бактериологические посеы, определение лекарственной устойчивости). Лекарственная устойчивость определялась методом абсолютных концентраций.

Результаты: Число бактериовыделителей в 1-й группе составляло 47(38,8%), во 2-й 57(24,3%). Чаще туберкулез органов дыхания выявлялся у мужчин, соответственно 59,6 % и 78,9 %. Наивысший показатель заболеваемости приходился среди впервые выявленных больных на возрастную группу 21-40 лет (72,3%), контингента 31-40 лет (40,4%). В обеих группах больных чаще диагностировался инфильтративный туберкулез легких. Распад в легких в 1-й группе установлен у 23(48,9%), во 2-й у 33(57,9%).

Методом микроскопии по Циль-Нильсену кислотоустойчивые бактерии (КУБ) в 1-й группе найдены у 9(19,2%), во 2-й группе у 11(19,3%), при люминесцентной микроскопии соответственно у 31(66%) и 28(49,1%). Методом посева бактериовыделение подтверждено в 1-й группе у 43(91,5%), во 2-й у 52(91,2%). Всеми методами исследования мокроты МБТ обнаружены лишь у 7 (14,9%) больных 1-й группы и у 9(20%) 2-й группы. Подтверждение бактериовыделения наблюдалось одновременно методами люминесцентной микроскопии и посевом у 21 (44,7%) в 1-й группе и у 11(24,4%) во 2-й группе. Количественная оценка интенсивности роста у впервые выявленных больных была представлена «скудным» бактериовыделением у 19 (44,2%), «умеренным» у 8 (18,6%), «обильным» у 16(37,2%). Данный показатель у больных из контингента составил соответственно 28,8 %, 23,1% и 48,1%.

ЛУ в 1-й группе больных выявлена у 20(42,6%) и расценена как первичная. Во 2-й группе вторичная ЛУ установлена у 41(78,8%) и являлась вторичной. ЛУ в 1-й группе чаще всего выявлялась к АБП основной группы: изониазиду (И) - 75%, стрептомицину (S) - 100%, рифампицину (R) - 45%. В единичных случаях ЛУ имела к канамицину (15%), этионамиду, офлоксацину (соответственно по 5%). ЛУ среди впервые выявленных больных к одному АБП установлена у 5 (25%), к двум – у 5 (25%), к трем – у 8 (40%), к четырем – у 3(15%) и к пяти – у 1 (5%). Во 2-й группе больных ЛУ к четырем АБП установлена у 13 (31,7%), к пяти – у 6 (14,6%), к шести – у 5 (12,1%), к семи – у 4 (9,8%).

МЛУ выявлена у 40% больных, ШЛУ – у 5%. Во 2-й группе больных ЛУ определялась не только к изониазиду (97,6 %), стрептомицину (92,7%), рифампицину (80,5%), этамбутолу (65,8%), но и резервным противотуберкулезным препаратам: канамицину (23,3%), этионамиду (19,5%), офлоксацину (14,6%), капреомицину (9,8%). МЛУ диагностирована у 48,8%, ШЛУ у 31,7% больных.

Выводы:

1. Лекарственно устойчивый туберкулез органов дыхания в условиях СИЗО-2 установлен у 42,6 % впервые выявленных больных и у 78,8 % из контингента. Чаще болели мужчины, преобладала возрастная группа 21-40 лет. Из клинических форм превалировал инфильтративный туберкулез легких. У половины больных имелся распад в легких.
2. Бактериовыделение чаще определялось люминесцентной микроскопией (66% в 1-ой и 49,1% во 2-ой группах), а так же посевом мокроты (соответственно 91,5% и 91,2%), одновременно двумя

указанными методами у 44,7% и 24,4%, всеми методами исследования у 14,9% и 20% больных. У впервые выявленных больных чаще наблюдалось «скудное» бактериовыделение (44,2%), у больных из контингента «обильное» (48,1%).

3. ЛУ установлена у 42,6 % впервые выявленных больных и 78,8% из контингента. МЛУ соответственно составила 40% и 48,8%, ШЛУ-5% и 31,7%.

Приведенные данные свидетельствуют о значительной распространенности лекарственно-устойчивых штаммов МБТ у поступающего в СИЗО спецконтингента, что может негативно сказываться на эффективности лечения больных, представляет угрозу распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза среди подследственных, сотрудников, работников и требует строгого соблюдения всех противоэпидемиологических мероприятий.

Тезисы

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИЧ-СТАТУСА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: уточнение структуры лекарственной устойчивости МБТ у впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом лёгких в зависимости от ВИЧ-статуса в туберкулезной больнице ФСИН.

Дизайн исследования: проспективное одноцентровое сплошное исследование больных с инфильтративным туберкулезом лёгких (ИТЛ) с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом в туберкулезной больнице ФСИН.

Материалы и методы: объектом изучения явились две группы больных с впервые выявленным деструктивным ИТЛ, поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России: 1-ая группа с 2005 по 2012, 2-ая с 2001 по 2011 годы; 206 человек – ВИЧ-отрицательные пациенты и 74 человек – ВИЧ-положительные соответственно. У всех пациентов методом посева мокроты на

питательные среды были обнаружены микобактерии туберкулеза. Длительность течения ВИЧ-инфекции у пациентов 2-й группы составляла от 1 до 15 лет с момента выявления (в среднем: $5,8 \pm 0,4$ лет). Получали противовирусную терапию во 2-й группе – 27,0% пациентов.

Результаты: у 42,2% больных 1-й группы по результатам посева мокроты выявлена лекарственно - чувствительная популяция МБТ, во 2-й у 44,6%, лекарственно - устойчивая (ЛУ) популяция МБТ у 57,8% и у 55,4%, монорезистентность МБТ у 10,7% и у 2,7%, полирезистентность (ПР) МБТ у 16,5% и у 23,0%, множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) и широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) МБТ у 30,6% и у 29,7% соответственно. Полирезистентность МБТ к основным противотуберкулезным препаратам (ПТП) в 1-й группе выявлена у 8,7% пациентов, во 2-й у 16,2%, ПР МБТ к основным и резервным ПТП у 7,8% и у 6,8%, МЛУ МБТ к основным ПТП у 14,6% и у 6,8%, МЛУ МБТ к основным и резервным ПТП у 15,0% и у 21,6%, ШЛУ МБТ у 1,0% и у 1,4% соответственно. Наиболее частые сочетания ЛУ МБТ к ПТП в 1- группе: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин у 10,2% и изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин, этионамид у 4,9%, во 2-й группе: изониазид, стрептомицин у 10,8% и изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин, этионамид у 8,1%.

Выводы: у больных, находящихся на лечении в туберкулезной больнице ФСИН России с впервые выявленным деструктивным туберкулезом с отрицательным и с положительным ВИЧ-статусом I стандартный режим химиотерапии будет эффективен примерно у половины заболевших. У остальных, учитывая лекарственную устойчивость, будет мало или не эффективен, что приведет к индукции лекарственной устойчивости к большему числу препаратов и формированию хронических деструктивных форм туберкулеза с последующим уменьшением качества и продолжительности жизни пациентов. Поэтому лечение данных групп пациентов, при неизвестной лекарственной устойчивости необходимо начинать со ПБ режима химиотерапии с одновременным использованием искусственного пневмоперитонеума или пневмоторакса, в качестве методов, повышающих эффективность лечения.

Тезисы

**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ РЕЦИДИВАХ
ТУБЕРКУЛЁЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В
ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ**

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: уточнение структуры лекарственной устойчивости микобактерий (МБТ) при рецидивах туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных в лечебном учреждении ФСИН.

Методы: проспективное одноцентровое сплошное исследование всех ВИЧ-инфицированных пациентов мужского пола с туберкулезом в учреждении с 2002 по 2012 годы.

Результаты: рецидив туберкулеза выявлен у 26 больных. Длительность ВИЧ-инфекции (4Б-5 стадии) составляла от 1 до 12 лет с момента обнаружения. У 73,0% был установлен инфильтративный, у 11,5% - диссеминированный, у 7,6% - очаговый, у 7,6% - фиброзно-кавернозный туберкулез лёгких. Получали противовирусную терапию – 34,6%. У 26,9% методом посева МБТ не были обнаружены, у 15,4% была обнаружена лекарственно устойчивая популяция МБТ, у 15,4% - полирезистентность МБТ, у 42,3% - множественная лекарственная устойчивость МБТ, у 34,6% определялась устойчивость к основным и резервным противотуберкулезным препаратам.

Заключение: использование для лечения рецидива туберкулёза у ВИЧ-инфицированных пациентов в лечебном учреждении ФСИН при неизвестной лекарственной устойчивости МБТ на начальном этапе лечения препаратов первого ряда (1-й стандартный режим) будет мало эффективно, в связи с изначальной резистентностью к ним МБТ. В данной ситуации наиболее эффективен будет 2Б режим химиотерапии.

Тезисы

**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У
ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ**

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: уточнение особенностей структуры лекарственной устойчивости МБТ у впервые выявленных больных туберкулезом с сочетанием ВИЧ-инфекции в туберкулезной больнице ФСИН.

Дизайн исследования: проспективное одноцентровое сплошное исследование больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза в туберкулезной больнице ФСИН.

Материалы и методы: объект исследования – все ВИЧ-инфицированные пациенты (4Б, 4В и 5 стадии) с впервые выявленным туберкулезом, поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России с 2001 по 2011 годы. Все 109 пациентов в возрасте от 19 до 47 лет (в среднем: $29,6 \pm 0,5$ лет) – мужчины (100%), с различными формами туберкулеза: инфильтративный – 67,9%, очаговый – 12,8%, диссеминированный – 11,9%, другие формы встречались значительно реже. Длительность течения ВИЧ-инфекции у пациентов составляла от 1 до 15 лет с момента выявления (в среднем: $5,6 \pm 0,3$ лет). В качестве сопутствующего заболевания 89,9% имели хронический вирусный гепатит (В, С, В и С, В и Д, В и С и Д), у остальных 10,1% пациентов исследование не проводилось. Все больные, кроме одного, были курильщиками со стажем 10 лет и более (94,5%), все злоупотребляли крепким чаем («чифиризм»), 10,1% ранее страдали запоями, 94,5% – парентеральные наркоманы, 5,5% – отрицали употребление наркотиков, 25,7% имели первую судимость, остальные вторую и более. Получали противовирусную терапию – 32,1%.

Результаты: у 36,7% на момент госпитализации в стационар, при микроскопии мокроты МБТ не были обнаружены, у 43,1% бактериовыделение – скудное (1+), у 5,5% – умеренное (2+), у 14,7% – обильное (3+). В посевах мокроты у 55,0% – скудное бактериовыделение (1+), у 23,9% – умеренное (2+), у 21,1% – обильное (3+). У 40,4% по результатам посева мокроты выявлена лекарственно чувствительная

популяция МБТ туберкулеза, у 4,6% - монорезистентность МБТ, у 14,7% - полирезистентность (ПР) к основным противотуберкулезным препаратам (ПТП), у 3,7% – ПР к основным и резервным ПТП, у 8,3% - множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ к основным ПТП, у 28,4% - МЛУ к основным и резервным ПТП, причём в последней группе у 3 пациентов (2,8%) была широкая лекарственная устойчивость МБТ. К изониазиду лекарственная устойчивость определялась у 53,2%, к рифампицину у 40,4%, к этамбутолу у 44,0%, к стрептомицину у 54,1%, к канамицину у 19,3%, к капреомицину – 6,4%, к этионамиду у 22,9%, к циклосерину у 2,8%, к ПАСК у 5,5%, к фторхинолонам у 3,7%. Наиболее частые сочетания: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин, этионамид – 18,5%, изониазид, стрептомицин – 15,4%, изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин – 9,2%. Лекарственная устойчивость (ЛУ) к одному ПТП определялась в 7,7%, к двум у 20,0%, к трем у 9,2%, к четырем у 15,4%, к пяти у 23,1%, к шести у 13,8%, к семи у 7,7%, к восьми у 3,1%, то есть к трем и более у 72,3% больных.

Заключение: у ВИЧ-инфицированных больных в туберкулезной больнице ФСИН с впервые выявленным туберкулезом лечение ПТП первого ряда (I стандартный режим химиотерапии) до получения первых результатов ЛУ МБТ в посевах мокроты будет эффективно у менее чем половины заболевших (40,4%). У остальных, учитывая ЛУ МБТ и её разнообразие, будет мало или не эффективен, что приведет, скорее всего, к индукции ЛУ МБТ к большему числу препаратов и формированию хронических деструктивных форм туберкулеза с последующим уменьшением продолжительности жизни пациентов в связи с прогрессированием ВИЧ-инфекции.

Тезисы

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ У БОЛЬНЫХ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Боровицкий В.С., Шемяков О.В.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Целью настоящего исследования стала оценка особенностей динамики лекарственной устойчивости у больных туберкулезом в пенитенциарной системе Кировской области за 5-летний период.

Дизайн исследования: одноцентровое сплошное исследование всех больных с туберкулезом легких с 2007 по 2011 годы.

Материалы и методы: объектом изучения стали результаты бактериологического исследования на наличие МБТ (методом посева) в мокроте всех пациентов с туберкулезом (впервые выявленные, рецидивы и ранее леченные), поступивших на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России с 2007 по 2011 годы.

Таблица 1

Особенности структуры первичной ЛУ у больных туберкулёзом

Структура ЛУ	Первичная ЛУ у впервые выявленных больных туберкулезом									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего больных	33	100%	48	100%	44	100%	75	100%	54	100%
ЛЧ МБТ	10	30,3%	13	27,1%	19	43,2%	37	49,3%	23	42,6%
ЛУ МБТ	23	69,7%	35	72,9%	25	56,8%	38	50,7%	31	57,4%
МЛУ МБТ	4	12,1%	11	22,9%	13	29,5%	22	29,3%	20	37,0%
ШЛУ МБТ	2	6,1%	4	8,3%	5	11,4%	1	1,3%	-	-

Здесь и далее: МБТ – микобактерии туберкулеза, ЛУ – лекарственно устойчивые, ЛЧ – лекарственно чувствительные, MDR (МЛУ) – множественная лекарственная устойчивость, XDR (ШЛУ) – широкая лекарственная устойчивость.

Как следует из таблицы 1, ЛУ культура МБТ за 5 лет наблюдения в ЛИУ среди впервые выявленных больных туберкулезом определяется ежегодно более чем половины исследованных. Наблюдается ежегодный рост пациентов с МЛУ МБТ с 12,1 до 37% среди ЛУ МБТ. Напротив, динамика больных с ШЛУ нестабильна: наибольший рост в 2009 году с резким спадом в 2011 году (отсутствуют).

Таблица 2

Особенности структуры вторичной ЛУ у больных с рецидивами туберкулеза

Структура ЛУ	Вторичная ЛУ у больных с рецидивом туберкулеза									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего больных	8	100%	12	100%	11	100%	27	100%	23	100%
ЛЧ МБТ	1	12,5%	-	-	5	45,5%	4	14,8%	3	13,0%

ЛУ МБТ	7	87,5%	12	100%	6	54,5%	23	85,2%	20	87,0%
МЛУ МБТ	4	50,0%	5	41,7%	6	54,5%	20	74,1%	16	69,6%
ШЛУ МБТ	1	12,5%	5	41,7%	1	9,1%	3	11,1%	1	4,3%

Как следует из таблицы 2, с 2007 года в больнице наблюдается рост числа больных с рецидивом туберкулеза, с одновременным ростом ЛУ МБТ, обнаруживаемых у исследованных лиц. Причём МЛУ МБТ в структуре занимает, в последние годы до $\frac{2}{3}$ со снижением доли ШЛУ МБТ, что связано с адекватностью применения противотуберкулезных препаратов.

Таблица 3

Особенности структуры вторичной ЛУ у больных туберкулёзом (кроме рецидивов)

Структура ЛУ	Вторичная ЛУ устойчивость у больных туберкулёзом									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего больных	85	100%	193	100%	159	100%	188	100%	190	100%
ЛЧ МБТ	4	4,7%	12	6,2%	18	11,3%	39	20,7%	6	3,2%
ЛУ МБТ	81	95,3%	181	93,8%	141	88,7%	149	79,3%	184	96,8%
МЛУ МБТ	35	41,2%	60	31,1%	69	43,4%	103	54,8%	146	76,8%
ШЛУ МБТ	33	38,8%	73	37,8%	52	32,7%	11	5,9%	20	10,5%

Как следует из таблицы 3, больные с вторичной ЛУ составляют наибольшую часть среди данной группы, среди которых с 2007 года наблюдается постепенный рост числа больных с МЛУ МБТ с наибольшей долей в 2011 году – 76,8%.

Выводы:

1. В пенитенциарной туберкулезной больнице Кировской области наблюдается стабильно высокий уровень первичной ЛУ МБТ (до 57,4% в 2011 году), с одновременным ростом МЛУ МБТ (до 37,0% в 2011 году). Данный факт доказывает низкую эффективность дальнейшего применения основных противотуберкулезных препаратов по I режиму химиотерапии у впервые выявленных пациентов. Лечение данной группы больных должно в обязательном порядке начинаться со II режима химиотерапии с последующим продолжением или переводом на лечение по чувствительности МБТ или IV режим химиотерапии после получения результатов посева мокроты.
2. Отмечается рост рецидивов туберкулеза с высоким уровнем ЛУ МБТ за 5 лет наблюдения, достигающего 87,0% в 2011 году. В данной группе

замечен также рост (за последние 4 года) МЛУ МБТ до 69,6% в 2011 году, с одновременным снижением обнаружения ШЛУ МБТ.

3. Высокий уровень вторичной ЛУ МБТ (до 96,8% в 2011 году) с крайне высоким числом больных с МЛУ МБТ (до 76,8% в 2011 году) доказывает наличие «ядра» пациентов с хроническими деструктивными формами туберкулеза, которым необходимо проводить наряду с консервативным противотуберкулезным лечением в обязательном порядке оперативные вмешательства и/или использовать искусственный пневмоперитонеум и/или пневмоторакс.

Пациентов с хроническими деструктивными формами туберкулеза, которым не показано хирургическое вмешательство (наблюдаемые во ПБ группе диспансерного наблюдения) необходимо содержать изолированно с проведением симптоматической терапии без использования противотуберкулезных препаратов с целью не допустить эпидемии ШЛУ МБТ в ЛИУ среди больных туберкулезом.

Тезисы

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПОПУЛЯЦИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель исследования: уточнение особенностей структуры региональной лекарственной устойчивости популяции микобактерий туберкулеза в туберкулезной больнице ФСИН.

Дизайн исследования: одноцентровое сплошное исследование картограмм региональной бактериологической лаборатории с результатами лекарственной устойчивости у больных в лечебном учреждении ФСИН.

Материалы и методы. Объектом изучения явились картограммы региональной бактериологической лаборатории с результатами посева мокроты (метод абсолютных концентраций и Грисса) на лекарственную устойчивость (ЛУ) МБТ у больных туберкулезом лёгких, находящихся на обследовании и лечении в туберкулезной больнице ФКУЗ МСЧ №43

ФСИН России в 2012 году. Всего 216 пациентов. У всех пациентов методом посева мокроты на питательные среды были обнаружены МБТ. При наличии нескольких и/или различных результатов ЛУ МБТ нами выбирался более поздний по времени постановки.

Результаты: у 15,3% больных по результатам посева мокроты выявлена лекарственно чувствительная популяция МБТ, ЛУ популяция МБТ у 84,7%, монорезистентность МБТ у 1,9%, полирезистентность (ПР) МБТ у 9,3%, множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) + широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) МБТ у 73,6%. ПР МБТ к основным противотуберкулезным препаратам (ПТП) выявлена у 1,9% пациентов, ПР МБТ к основным и резервным ПТП + ПР только к резервным у 7,4%, МЛУ МБТ к основным ПТП у 6,9%, МЛУ МБТ к основным и резервным ПТП у 50,9%, ШЛУ МБТ у 15,7%. В пенитенциарной системе Кировской области ЛУ к основным ПТП по отдельным ПТП встречается в популяции МБТ очень часто. Более чем в 70% случаев: изониазид - 82,9%, рифампицин - 74,5%, этамбутол - 76,9%, стрептомицин - 72,2%. Среди резервных ПТП отмечается высокий уровень ЛУ МБТ к этионамиду (протионамиду) – 68,1%, канамицину - 36,1%, фторхинолоны - 24,1%. Наиболее часто встречается в популяции МБТ, по структуре ПР МБТ, ПР МБТ к основным и резервным ПТП. Появились единичные случаи ПР МБТ только к резервным ПТП. Наиболее часто встречается в популяции МБТ, по структуре МЛУ МБТ, МЛУ МБТ к основным и резервным ПТП в 50,9% случаев. Наиболее часто встречается в популяции МБТ ЛУ в виде сочетания к пяти (22,2%) и к шести (18,5%) ПТП.

Выводы: региональная структура ЛУ МБТ в туберкулезной больнице ФСИН Кировской области такова, что режимы химиотерапии с использованием основных ПТП будут малоэффективны у большинства заболевших и могут привести к индукции ЛУ МБТ к большему числу препаратов с формированием хронических деструктивных форм туберкулеза с последующим уменьшением качества и продолжительности жизни пациентов. Поэтому для лечения данной группы пациентов, необходимо использовать режим химиотерапии, включающий, в первую очередь, резервные ПТП с одновременным использованием искусственного пневмоперитонеума или пневмоторакса, в качестве методов, повышающих эффективность лечения.

Раздел 5

Внелегочный туберкулез

Статья

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Лекомцева Е.Б., Никулин В.А., Конопаткин М.А., Мясникова Т.В.
КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

Цель: проанализировать особенности течения туберкулеза центральной нервной системы на современном этапе.

Задачи:

1. Проанализировать особенности патогенеза, классификации, течения и лечения туберкулеза центральной нервной системы на современном этапе.
2. Проанализировать возможности современных методов обследования пациентов с данной формой туберкулеза.
3. Оценить возможности хирургических методов лечения туберкулеза центральной нервной системы на современном этапе.

Материалы и методы: Использованы статистические данные отделения костно-суставного туберкулеза КОКПТД, литературные данные, данные полученные в рамках проведения «школы туберкулеза», секции «Менингиты» в 2010 г.

Туберкулезный менингит остается одним из наиболее трудно диагностируемых заболеваний. Своевременное выявление его наблюдается лишь у 25-30% больных, поэтому и смертность от туберкулезного менингита остается высокой (более 40%).

Актуальность проблемы обусловлена и тем, что в большинстве случаев туберкулезным менингитом заболевают лица трудоспособного возраста. Так, лица заболевшие туберкулезным менингитом в возрасте от 18 до 50 лет составляют 79% от заболевших в целом.

Если ранее по литературным данным говорилось о том, что большинство пациентов заболевших туберкулезом ЦНС – это больные с генерализованными и полиорганными формами туберкулеза, то в настоящее время 49% - это лица с изолированным туберкулезным менингоэнцефалитом.

В большинстве случаев сочетания туберкулезный менингит протекает с активным туберкулезом легких (88,9%), активным генерализованным (поражение более трех систем органов при одновременном выявлении) туберкулезом (90%).

Пути проникновения микобактерий туберкулеза в головной мозг:

- гематогенный;
- из туберкула - первичный очаг в редких случаях может локализоваться и в ткани головного мозга (очаг Ричча);
- контактный – наиболее часто распространение тубинфекции бывает из костных процессов (туберкулезный спондилит).

В патогенезе основным является поражение сосудов. Вокруг пораженного сосуда образуются васкулиты, ишемические очаги. На месте эндо- и панваскулитов в последующем развивается казеозный некроз. Это обстоятельство имеет важное значение при назначении терапии.

За последние годы изменилась и классификация туберкулезного менингита, если ранее велась речь о типично остром, атипичном остром и хроническом менингите, то в настоящее время классифицируют туберкулез ЦНС следующим образом:

1. базилярная форма;
2. менингоэнцефалит;
3. цереброспинальная;
4. смешанная (туберкуломы + менингоэнцефалит);
5. туберкуломы.

Таблица 1

Структура заболеваемости туберкулеза ЦНС по РФ в сравнении с Кировской областью за период 2009-2013 г. (в %)

Форма	РФ	КО
Базилярная	9	0
Менингоэнцефалит	80	100
Цереброспинальная	6	0
Туберкуломы	1	0
Смешанная	4	0

Таким образом, в течение последних 5 лет в Кировской области диагностируется только туберкулезный менингоэнцефалит различной степени тяжести.

Учитывая, что в настоящее время у большинства терапевтов препаратами выбора лечения лихорадящих больных являются фторхинолоны, а инфекционные и неврологические стационары оснащены большим количеством аминогликозидов (в частности широко используется амикацин), клиническая картина менингита сглаживается, протекает не типично и большинство больных около 70% поступают в специализированные отделения в течение 1-2 месяца болезни.

Учитывая уже все выше сказанное, можно подвести следующий итог: в настоящее время картина туберкулезного менингита крайне индивидуальна и зависит от состояния сосудов головного мозга пациента, индивидуальной чувствительности больного к туберкулезной инфекции, состояния иммунитета, а так же от полученной антибактериальной терапии и сроков обращения за медицинской помощью. Однако у большинства больных имеется определенный симптомокомплекс, основываясь на который при сборе анамнеза, можно заподозрить туберкулезный менингит: повышение температуры тела до фебрильных цифр (91%), головные боли плохо купирующиеся анальгетиками (98%), поражение ЧМН (53%), начало с эпилептического приступа 5%.

В анализе спинно-мозговой жидкости наблюдается умеренный плеоцитоз, на фоне снижения сахара и повышения белка. Рекомендуется проводить ИФА, ПЦР на туберкулез (МБТ не должны проходить гемато-энцефалитический барьер и в ликворе не должно определяться АТ к МБТ). Паутинка определяется только у 19% больных.

Выделение МБТ в ликворе наблюдается у 15% пациентов, МБТ определяются преимущественно методом микроскопии (76%).

Учитывая позднее выявление пациентов и соответственно несвоевременно начатое лечение у большинства больных развиваются осложнения, которые усугубляют течение и без того сложной болезни. Наиболее частыми являются такие осложнения как гидроцефалия, атрофия зрительных нервов, кисты головного мозга, парезы.

Чтобы избежать осложнений, а так же вылечить туберкулезный менингит с минимальными осложнениями необходимо своевременно начать терапию. Своевременным началом лечения считается (в настоящее время) – терапия, начатая в первые 2 недели заболевания.

Терапия туберкулезного менингита складывается из одновременного назначения специфической антибактериальной терапии, патогенетической терапии, симптоматического лечения.

Назначаются одновременно: антибактериальные препараты, глюкокортикоиды, дегидратация, вазоактивные препараты, ноотропы, антиоксиданты.

Из противотуберкулезных препаратов препаратами выбора на первом этапе лечения являются: изониазид, фторхинолоны и рифампицин, т.к. эти препараты обладают высокой проницаемостью через гематоэнцефалический барьер и имеют неоспоримое преимущество в способе введения, т.к. могут вводиться парентерально.

Этионамид, пиразинамид, циклосерин имеющие высокую проницаемость назначаются на следующем этапе лечения после того как восстанавливается сознание и функции глотания.

В ряде случаев даже вовремя начатая терапия не приводит к положительной клинической динамике. Порой наблюдается снижение плеоцитоза на фоне прогрессирования неврологической симптоматики, что свидетельствует о симптоме разобщения на фоне прогрессирования гидроцефалии. С этого момента неблагоприятный прогноз для жизни пациента становится очевидным. Для решения этой проблемы в крупных центрах используют оперативное лечение: наложение вентрикулоперитонеоанастомоза.

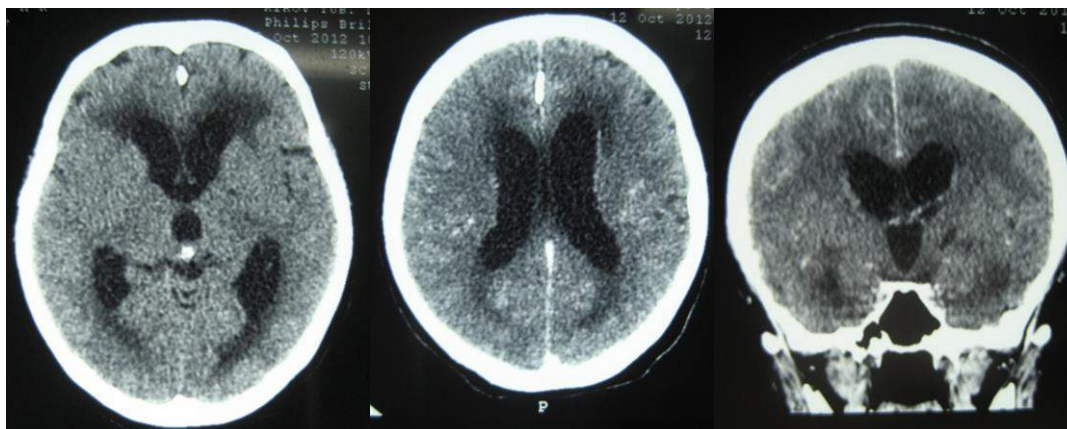


Рисунок 1. Пациентка 56 лет, диагноз: генерализованный туберкулез: диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, туберкулезный менингоэнцефалит IA МБТ- (МБТ+ в ликворе с МЛУ). КТ картина головного мозга: окклюзионная тривентрикулярная гидроцефалия на фоне туберкулезного менингоэнцефалита.

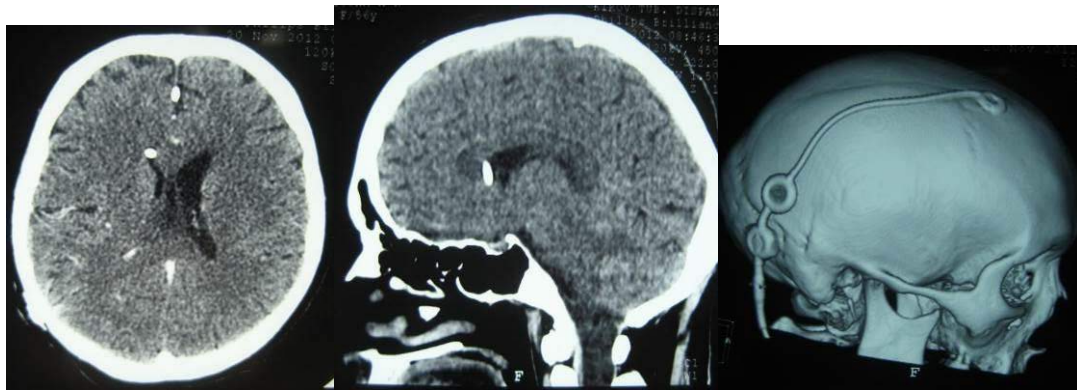


Рисунок 2. КТ картина этой же пациентки после вентрикулоперитонеального шунтирования.

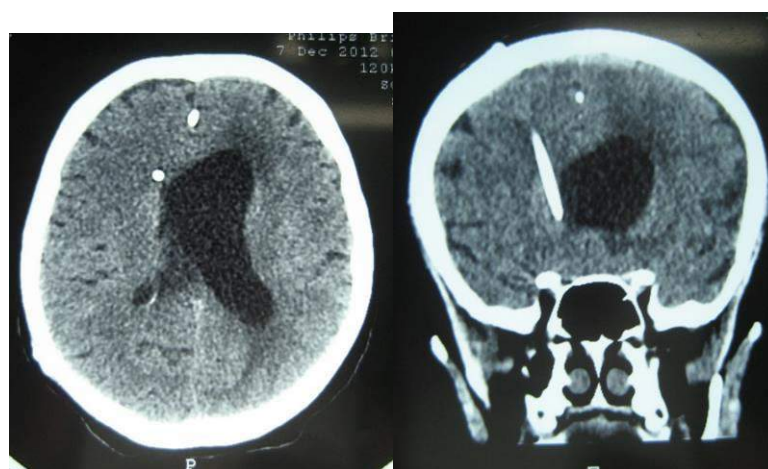


Рисунок 3. Эта же пациентка, на фоне основного курса ХТ - ассиметричная левосторонняя гидроцефалия.

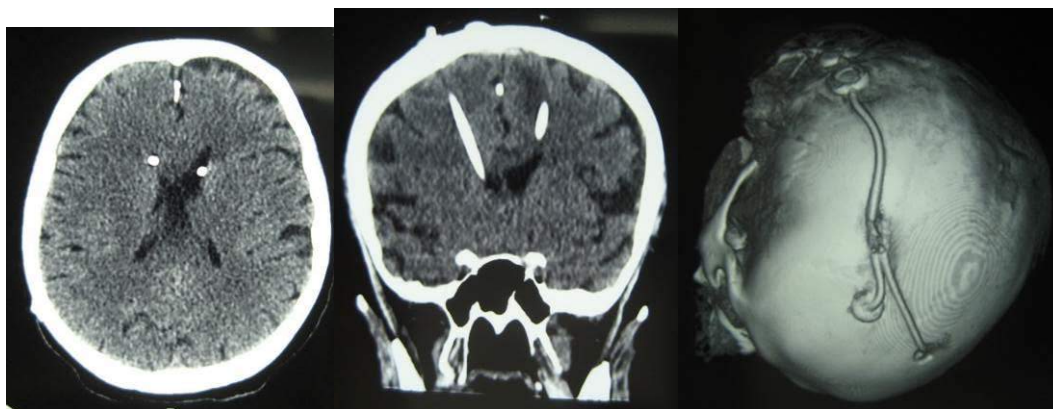


Рисунок 4. Эта же пациентка, после вентрикулоперитонеального шунтирования слева, коннектирования через Y-образный переходник с катетером из правого бокового желудочка

Вывод: Туберкулезный менингит продолжает существовать как нозологическая форма, при этом наблюдается утяжеление клинической картины, более часто встречаются атипичные формы, длительное

хроническое течение. Остается высокой смертность, не смотря на появление современных схем химиотерапии и более точных методов диагностики. В настоящее время значительно увеличивается число пациентов, у которых течение менингоэнцефалита осложняется окклюзионной гидроцефалией, более широко стали использоваться хирургические методы лечения осложнений туберкулеза ЦНС. В Кировской области операции по наложению вентрикулоперитонеальных шунтов проводятся на базе нейрохирургического отделения Кировской областной клинической больницы. Эффективность данного метода высокая, риск летальных исходов снижается в среднем на 50%.

Литература:

1. Беллинدير Э.Н. Значение внелегочных локализаций туберкулеза для современной фтизиатрии / Э.Н. Беллинدير // Проблемы туберкулеза. 2001. - №6. - С. 47 - 48.
2. Васильев А.В., Гарбуз А.Е., Тиходеев С.А. Активное выявление больных внелегочным туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети / А.В. Васильев, А.Е. Гарбуз, С.А. Тиходеев // Методические рекомендации. С.Петербург, 1995. - 25 с.
3. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез / А.В. Васильев // Руководство для врачей. С.-Петербург, 2000. - С 7-8.
4. Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез: проблемы и пути их решения / А.Е. Гарбуз, Ю.Н. Левашев, В.С. Баринов: Режим доступа <http://medi.ru/doc/ecmz0257.htm>.
5. Крайненко Е.В. Эпидемиология внелегочного туберкулеза в Российской Федерации / Е.В. Крайненко, Т.П. Мочалова // Материалы 7 Российского съезда фтизиатров. - М., 2003.-С. 127-136.
6. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез / Ю.Н. Левашев, А.Е. Гарбуз // Пробл.туберкулеза. 2001. - №4. - С. 4-6.
7. Мочалова Т.П. Внелегочный туберкулез: направления и перспективы научных исследований / Т.П. Мочалова, Ю.Б. Богин // Туберкулез и экология. 1995. - №4.-С. 8-10.
8. Особенности раннего выявления внелегочного туберкулеза / Петрищев А.В., Бураков И.В., Жигайлов А.В., Назаров О.Н., Естеева Н.Д. Режим доступа <http://escularus.far.ru/vipusk/05/art/003.htm>.
9. Туберкулез в России (Информационное письмо) / Министерство здравоохранения РФ. - М., 1994.-4с.

10. Хоменко А.Г. Современная химиотерапия туберкулеза / А.Г. Хоменко // Клиническая фармакология и терапия. — 1998. — №4. — С. 16-20.
11. Шилова М.В. Туберкулез в России в конце 20 века/М.В. Шилова // Проблемы туберкулеза. - 2001.-№5.-С.8-13.
12. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2001 году / М.В. Шилова. - М., 2002.-67с.
13. Шилова М.В. Эпидемиология туберкулеза в России / М.В. Шилова, И.М. Сон // Туберкулез и экология. - 1995. - ЖЗ.-С.8-10. г;
14. Ягафарова Р.К. Новые методологические подходы к изучению эпидемиологической ситуации по внелегочному туберкулезу в Российской Федерации / Р.К. Ягафарова // Проблемы туберкулеза. 1994.- №3. - С. 8-10.

Статья

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Пестриков А.И.

КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

В современной фтизиатрии значительно улучшились диагностика и лечение туберкулеза. Поэтому стали чаще встречаться различные осложнения и сочетания с другими болезнями, которые могут являться основной причиной страданий или смерти пациента.

Туберкулезная инфекция считается заболеванием всего организма. Очевидно, при данном заболевании почки не могут оставаться интактными. Туберкулез сопровождается расстройством обмена веществ, распадом тканей и токсемией, и следовательно почки как основной орган выделения из организма токсических продуктов обмена веществ вынуждены реагировать на вновь создавшиеся условия функционирования.

Систематическому изучению патоморфологических изменений почек при легочном и костно-суставном туберкулезе посвящены многие работы отечественных и зарубежных авторов, которые описывают неспецифические изменения почек при туберкулезе. Среди наиболее частых отмечены серозный гломерулит, фиброз клубочков, лимфоидные инфильтраты в интерстиции, склероз сосудов, дистрофия эпителия канальцев и рубцовые изменения.

В.Н. Виноградов в первой отечественной монографии, посвященной изменениям почек при туберкулезе (1925) указал, что туберкулез всегда вызывает те или иные изменения в почках. Патогистологически следует иметь в виду специфические туберкулезные (не менее чем в 50%) и неспецифические процессы; среди последних – склероз сосудов и инфаркты на почве туберкулезных васкулитов, амилоидное перерождение мелких и мельчайших сосудов и собственной мембраны сосудов.

Е. Картвелишвили (1947) отмечал, что хотя, поражения почек при туберкулезе легких клинически устанавливаются часто, они обычно слабо выражены. В то же время при патологоанатомическом исследовании специфические и неспецифические изменения обнаруживаются всегда. Среди нефритов преобладали очаговый гломерулит и вторичный, симптоматический, так называемый инфекционный нефрит с сохраненной функцией почек.

Н.М. Оцеп (1950, 1951), изучив морфологические особенности почек 60 умерших от легочного туберкулеза, показала, что неспецифические изменения почек при излечении туберкулеза затихают или бесследно исчезают, тогда как при прогрессировании сопровождают его.

М.С. Казарновская (1953) при морфологическом исследовании почек 52 умерших от легочного туберкулеза находила инфильтративно-дегенеративные изменения, соответствовавшие клинически определяемой незначительной альбуминурии. У больных диссеминированным туберкулезом преобладали хронические гломерулиты, а при фиброзно-кавернозной форме – амилоидный или амилоидно-липоидный нефроз.

Leichtweiss (1913), исследовав мочу 100 больных туберкулезом легких, у 42% наблюдал гематурию, а у 32% - длительную, преимущественно незначительную альбуминурию.

Исходя, из выше изложенного врач-фтизиатр при ведении больного должен определить этиологический и патогенетический характер нефропатии.

Методы исследования. Начинают обследование с общеклинических анализов – общего анализа мочи. При подозрении на скрытую лейкоцитурию – анализ мочи по Нечипоренко. Функциональные исследования: анализы мочи по Зимницкому, Амбурже, Фольгарда, Аддис-Каковского; комплексные исследования – пробы Реберга и др. Дополнительные исследования: УЗИ, радиоизотопная ренография, рентгенологические исследования, КТ, МРТ почек, пункционная биопсия почек. Большое количество существующих функциональных проб

понятно, так как одна проба не может характеризовать различные функции почек, находящиеся под влиянием многочисленных органов и систем, в том числе нервной. Поэтому для исследования работы почек необходимо использовать несколько различных методов исследований.

Краткая характеристика основных неспецифических заболеваний почек представлена ниже.

Амилоидный нефроз

В этиологическом и патогенетическом отношении амилоидный нефроз у большинства больных – «вторая болезнь», - осложнение длительно текущего фиброзно-кавернозного, цирротического, гематогенно-диссеминированного и хронически текущего первичного туберкулеза с поражением лимфатических узлов. В классификационном отношении амилоидный нефроз – это частое неспецифическое, диффузное, дистрофическое поражение почек, протекающее отдельными стадиями, этиологически, безусловно, связанное с туберкулезом. Считается, что хроническое течение туберкулеза, провоцируя насыщение крови и тканей грубодисперсными белками, преимущественно глобулинами, приводит также к истощению и недостаточности коры надпочечников, играющей существенную роль в возникновении амилоидоза. Так же исходя из представлений об амилоидозе как веществе, являющемся преципитатом кислых мукополисахаридов и патологически измененного гамма-глобулина, выяснено, что в начале развития амилоидоза и гиалиноза во внутренних органах появляется гиперплазия плазматических клеток и их пиронинофилия. Дополнительным считается, что в развитии амилоидоза у больных туберкулезом немаловажное значение имеют токсины гноеродной флоры, нарушение обменно-окислительных процессов и гипоксемия, которая сопровождает такие исходы туберкулеза, как эмфизема и пневмосклероз. Но всегда надо учитывать, что образование амилоида может быть следствием врожденного и генетически обусловленного или приобретенного нарушения метаболизма клеток ретикуло-эндотелиальной системы.

С точки зрения классификации амилоидоза необходимо иметь в виду, что амилоидный нефроз представляет собой почечную локализацию вторичного типического амилоидоза. Так, кроме вторичного амилоидоза, существует первичный, в котором различают генерализованный, семейный и амилоидоз органов дыхания, а так же старческий и опухолевидный местный амилоидоз.

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит по сравнению с амилоидозом встречается реже, чем амилоидоз, хотя по данным современных авторов это достаточно спорный факт. Протекает по типу неспецифического или параспецифического, чаще диффузное, воспалительно-клубочковое, острое или хроническое поражение почек при туберкулезе, этиологически редко им обусловленное. Этиологию гломерулонефрита у каждого больного установить трудно, так как клинически обычно преобладает нефрит при мало выраженном туберкулезе. При этом надо учитывать непосредственное влияние МБТ или их токсинов и возможность неспецифической инфекции, особенно при хроническом тонзиллите. Несомненная роль принадлежит реактивности организма подобно тому, как при ревматоидном артрите, сугубо аллергическом заболевании, у одних больных возникает нефрит, у других – амилоидный нефроз.

«Застойная почка»

Renuncoticum, или кардио-ренальная недостаточность, или сердечная почка – понятия, объединяющие клинко-анатомический симптомокомплекс изменений почек, обусловленных нарушением кровообращения на почве сердечной недостаточности. Она представляет нередкое неспецифическое, диффузное, сопутствующее туберкулезу хроническое, вторичное вовлечение почек в уже имеющийся в организме патологический процесс (первично преимущественно со стороны сердца и сосудов), осложненный сердечно-сосудистой недостаточностью. Нарушение кровоснабжения связывают с замедлением общего кровотока и вазомоторными сосудосуживающими влияниями на артериолы. Наряду с этим отмечается снижение клубочковой фильтрации, определяемое креатининовой пробой, что может проявляться почечной недостаточностью различной (обычно незначительной) степени. Кроме того, при сердечном застое возникают сложные нервно-рефлекторные и эндокринные влияния с прямым воздействием на проницаемость стенки проксимальных канальцев и обязательную реабсорбцию в дистальных их отрезках.

Пиелонефрит

Пиелонефрит – неспецифическое, обычно очаговое, воспалительно-интерстициальное, острое или хроническое заболевание почек (чаще всего возбудителями являются кишечная палочка, энтерококк, стафилококк и т.д.) или осложнение других урологических заболеваний, например таких как МКБ, рак, ДГПЖ.

В основе хронического пиелонефрита лежит хроническое воспаление межуточной ткани, обуславливающее сморщивание почек; интерстициальный воспалительный процесс приводит к гибели окружающей паренхимы и её замещению рубцовой тканью. В отличие от гломерулонефрита – аллергического заболевания с диффузным поражением всех клубочков и паренхимы почек – при хроническом пиелонефрите вследствие неравномерного распространения бактерий патологический процесс характеризуется чередованием пораженных участков с интактными. Поэтому возможно лишь одностороннее поражение почки при сохранении второй. Естественно, что при уротуберкулезе с поражением различных отделов мочевыводящих путей можно ожидать соответствующие изменения пиелонефритического характера. Неспецифический пиелонефрит сопутствует туберкулезу почек у значительного числа больных.

Клинический случай (как осложнение сопутствующей патологии и побочного действия не противотуберкулезных и противотуберкулезных препаратов).

Пациентка Л., 77 лет, пенсионер по возрасту. Рост 152см, вес 37кг.

Анамнез заболевания: Дата выявления (ЦВКК 31.01.12). Состояла на ДУ по туберкулезу с 2006г., исходная форма: инфильтративный туберкулез в верхней доле правого легкого, 1А МБТ(+), устойчивых к стрептомицину, этамбутолу. Основной курс лечения с 19.05.06 по 26.07.06 во 2д.о. КОКПТД. Далее многократное амбулаторное лечение. Последнее стационарное лечение в КТД с 18.04.11 по 18.05.11г. Лечение эффективное. Решение на ВК КПТД 23.07.08: Клиническое излечение туберкулеза легких с исходом в БОИ в виде пневмофиброза, 3 гр ДУ. Обострений тубпроцесса не было. От 09.11.11 в КПТД с тубучета снята. После снятия с учета в посевах мокроты 2-хкратно выделена МБТ(+) 2+,2+ устойчивая к рифампицину, стрептомицину, капреомицину от 30.08.11. Направлена в КОКПТД, госпитализирована во 2д.о. для дообследования и лечения. Во время лечения во 2д.о., учитывая сопутствующую патологию: ИБС. Хроническую форму фибрилляции предсердий, тахисистолию, ГБ 2 ст, ХСН 2А – получала симптоматическую, кардиотропную, сосудистую терапию, в т.ч. варфарин, на фоне приема которого развилось почечное кровотечение, о котором своевременно лечащему врачу не сообщила, оно было выявлено при контрольном обследовании. Была назначена гемостатическая терапия. При

КТ-обследовании – резкое снижение функции левой почки, почечное кровотечение преимущественно слева (при цистоскопии), препятствие отхождения мочи из правой почки из-за сгустков крови. Состояние прогрессивно ухудшалось, развилась клиника острой почечной недостаточности с анурией, переведена в ОАР 05.02.12; 08.02.12 – лечение без эффекта, для продолжения лечения вновь переведена в ОКСТ КОКПТД 08.02.12. Состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, в анализах крови нарастала анемия, в анализе кала – кровь, БХК нарастание креатинина и мочевины. Присоединились профузные носовые кровотечения, развился ДВС синдром, 14.02.12 появился самостоятельный диурез, на фоне которого резкое нарастание слабости, нарастание сердечно-сосудистой недостаточности, отека легких. Несмотря на проводимое лечение 15.02.2012 в 18.00 констатирована смерть.

Данные рентгенообследования: рентгенография легких + ТГ 15.12.11: Торакогенная эмфизема. В легких тяжистый пневмофиброз. В верхних долях обоих легких и нижней доле правого легкого сгущенный легочный рисунок, очагов инфильтрации достоверно не определяется. Корни легких фиброзы, имеют пограничный размер, в проекции ВГЛУ бронхопульмональной группы – петрификаты. Диафрагма, реберно-диафрагмальные синусы – норма. Заключение: Остаточные изменения перенесенного туберкулеза ВГЛУ и легких.

УЗИ 17.01.12: Конкременты в полости желчного пузыря (ЖКБ). Дилатация внутрипеченочных желчных протоков (холестаз). Понижение эхогенности в головке поджелудочной железы (реактивного характера вероятно). Диффузные изменения паренхимы обеих почек. Неполное удвоение ЧЛС справа.

УЗИ от 24.01.12: Мелко-дисперсная взвесь и малое кол-во осадка в полости м/пузыря.

КТ почек 01.02.12: Нарушение концентрационной и выделительной функции левой почки, с умеренным гидрокаликозом, пиелдоэктазией с наличием вероятно крови в ЧЛС; внутрилоханочный объем (сгусток?) правой почки. ЖКБ.

УЗИ 06.02.12: Крупный конкремент в полости «застойного» ж/пузыря. Гидронефротическая трансформация почек (более справа). Эхогенная взвесь в полости м/пузыря.

Лабораторные данные:

RW от 15.12.11 - отр. Антител к ВИЧ, HBSAg, HCV не обнаружены.

ОАК Эр Нв Ле Эо П/я С/я Лф Мо СОЭ

15.12.11	4,83	137	5,2	1	54	37	8	7
06.02.12	3,59	99	8,4					
14.02.12	2,79	78	63,6	12	85	3		7

ОАМ от 15.12.11: уд.вес. 1016, белок н/о, Ле 1-3 п/зр.

От 02.02.12: Эр/густо п/зр.

БХК от 08.02.12: бил.общ. 12,3, АЛТ 15, АСТ 60, ТП 1.6, мочевины 30,9, креатинин 591, глюкоза 4,4.

От 14.02.12: бил. общ 8,8, АЛТ 24. АСТ 33. ТП 1.6, мочевины 14,4, креатинин 1100.

Исследование мочи люм. микроскопией от 26,27.12.11. 11,23,24,25.01.12 КУБ не обнаружены, посева в последующем отрицательные. Исследование мокроты 15,16,19.12.11, 10,11,13.01.12 КУБ(-), посева в последующем отрицательные.

ЭКГ от 09.02.12: Фибрилляция предсердий с Ч.Ж.С до 200 в мин. В динамике от 15.12.11 – снижение вольтажа в стандартных отведениях, нарушение реполяризации во всех отделах.

Диаскинтест от 16.12.11: р.12мм

Бронхоскопия 27.12.11: двусторонний атрофический, пылевой? деформирующий бронхит.

ФГДС 30.12.11 и 13.02.12: Атрофический гастрит.

Объем проводимой специфической терапии: подбор препаратов - протионамид, пизин, феназид, хайлефлоркс, гатиспан, изониазид были отменены из-за сопутствующей патологии.

Патогенетическое лечение: эсливер, витамины группы В, тиосульфат натрия, энап, дигоксин, метопролол, варфарин 2,5мг, затем доза была увеличена до 3,75мг, верапамил, метопролол, феназепам, мезим-форте, курантил, кавинтон, амионокапроновая кислота, дицинон, ЛИВ-52, урсосан, папаверин, церукал, но-шпа, свежзамороженная плазма, баралгин, глюконат кальция, витамин С, эуфиллин, лазикс, пентоксифиллин, глицин, дигоксин, реополиглюкин, ремаксол.

В отделении осмотрена терапевтом, дерматологом, остеологом, ЛОР-врачом, эндокринологом, окулистом, гинекологом.

Диагноз посмертный: Основной: Фибрилляция предсердий, перманентная форма, ХСН 2А. Гипертоническая болезнь, риск 4, ГЛЖ.

Осложнения: Гематурия, вызванная приемом варфарина, гемотампонада лоханок обеих почек. Острая почечная недостаточность. ДВС синдром. Отек легких. Рецидивные носовые кровотечения. Вторичная анемия. Полиорганная недостаточность. Язвенный колит. Гиповолемия.

Сопутствующие: Туберкулез ВГЛУ с поражением в/доли правого легкого, МБТ (+), рецидив. Вторичная ЛУ к стрептомицину, рифампицину, капреомицину.

Зачастую бывает не так сложно поставить диагноз туберкулеза, как правильно подобрать адекватную специфическую терапию, учитывая конституциональные особенности организма (рост, вес, возраст), сопутствующую патологию (выявленную и скрытую) и соответственно получаемое лечение, наличие осложнений по сопутствующей патологии, а так же переносимость противотуберкулезных препаратов, учитывая их наиболее вероятно возможные побочные действия, при этом важно осознание самим пациентом в необходимости проводимой терапии.

Выводы:

1. Туберкулез как системное заболевание вызывает поражение почек параспецифического характера.
2. Туберкулез почек может быть, как самостоятельное заболевание.
3. Течение заболевания, ухудшается сопутствующей, не урологической патологией.
4. Побочные действия противотуберкулезных препаратов могут вызывать токсические или аллергические поражения почек.
5. Следует учитывать побочные действия не противотуберкулезных препаратов, принимаемых пациентом по поводу сопутствующей патологии.

Литература:

1. Беллиндир Э.Н. Значение внелегочных локализаций туберкулеза для современной фтизиатрии / Э.Н. Беллиндир // Проблемы туберкулеза. 2001. - №6. - С. 47 - 48.
2. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез / А.В. Васильев // Руководство для врачей. С.-Петербург, 2000. - С 7-8.
3. Грунд В.Д. Ошибки в диагностике и лечении туберкулеза органов мочеполовой системы / Грунд В.Д. «Медицина». - М., 1975. - 159 с.
4. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез / Ю.Н. Левашев, А.Е. Гарбуз // Проблемы туберкулеза. 2001. - №4. - С. 4-6.
5. Мочалова Т.П. Внелегочный туберкулез: направления и перспективы научных исследований / Т.П. Мочалова, Ю.Б. Богин // Туберкулез и экология. 1995. - №4.-С. 8-10.
6. Руководство по клинической урологии под редакцией Пытеля А.Я. — М., 1970. - 648 с.

7. Хоменко А.Г. Современная химиотерапия туберкулеза / А.Г. Хоменко // Клиническая фармакология и терапия. — 1998. — №4. — С. 16-20.
8. Ковалив Б.М. Поражение почек при туберкулезе / «Медицина» Москва 1970 – 403 с.

Раздел 6

Лечение туберкулеза

Статья

ТЕХНОЛОГИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Пеленёва И.М., Цгоева Е.А.

*ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия
им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, кафедра фтизиопульмонологии*

В России в целом, в Пермском крае в частности сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, хотя наметилась тенденция к снижению уровня заболеваемости туберкулезом. В 2013 году он составил 67,0 случаев на 100 тыс. населения (с учетом ведомств – 80,2 на 100 тыс.). Вследствие отрицательного патоморфоза туберкулеза в последнее десятилетие отмечается низкая эффективность лечения больных распространенными формами туберкулеза легких. Показатель клинического излечения составляет не более 65%, при МЛУ МБТ – не более 53%. Наблюдается высокий уровень смертности от туберкулеза не только из-за поздней диагностики заболевания, но и из-за быстро прогрессирующего его течения и лекарственной устойчивости возбудителя.

Среди путей повышения эффективности химиотерапии больных туберкулезом особое место занимают методы целевой доставки противотуберкулезных препаратов к пораженным органам. А именно лимфологические методы терапии. Лимфатическая система при туберкулезе легких, благодаря лимфотропности возбудителя, является основной мишенью, местом хранения, источником распространения и одним из основных путей транспорта микобактерий туберкулеза в организме. В первичном периоде патогенеза туберкулеза специфическое поражение лимфатических узлов является самой частой формой локального туберкулеза. Принято считать, что при вторичных формах туберкулёза у взрослых основной мишенью является легочная ткань, а лимфатические узлы, как правило, не вовлекаются в специфический воспалительный процесс. Однако по данным ряда авторов при длительном течении инфильтративного туберкулёза лёгких в прикорневых лимфатических узлах формируются специфические гранулемы [7]. В

соответствии с представлениями о лимфатическом регионе лёгких [3] несосудистые пути микроциркуляции прикорневой клетчатки участвуют в лимфатическом дренаже, а региональные лимфатические узлы выполняют барьерную и детоксицирующую функции при развитии лимфотропной туберкулёзной инфекции. Впервые возможность использования лимфатической системы и лимфы для лечения больных туберкулёзом лёгких открыл Штефко В.Г (1937) [34]. Он выяснил, что при туберкулёзе ретроградный лимфоток характерен. Наличие мощной сети анастомозов и коллатералей, возможность ретроградного тока лимфы, создают условия с одной стороны для лимфогенной диссеминации МБТ не только в пределах грудной клетки, но и за её пределами, а с другой, возможность медикаментозно воздействовать через ЛС различных областей на ЛС лёгкого. Обнаруженные факты легли в основу разработки методов лимфотропной терапии при лечении туберкулёза.

Задолго до применения антибактериальных препаратов (АБП) в лечении больных туберкулёзом В.Г. Штефко один из первых увидел и начал изучать процессы заживления в лёгких и в 1937 г представил целое научное направление – лимфотерапию. Было установлено, что при парентеральном введении лимфа собак стимулирует лимфогистиоцитарный аппарат, оказывает в эксперименте бактериостатическое действие на МБТ, снижая их вирулентность, влияет на проницаемость сосудов и усиливает дренажную функцию ЛС. Введение лимфы применялось с 1937 по 1956 годы.

Новое дыхание в развитии лимфатической терапии наступило в конце 70-х - начале 80-х годов, когда были экспериментально разработаны и предложены в практику методы прямого эндолимфатического введения лекарств. Они заключались в предварительной визуализации лимфатических сосудов стопы или голени витальными красителями, их катетеризации, многократном введении препаратов в низкой концентрации. Экспериментальным исследованием на собаках было показано, что эндолимфатическое введение антибиотиков позволяет создать в центральной лимфе, регионарных и даже отдалённых лимфатических узлах (ЛУ) максимальную концентрацию препаратов, многократно превышающую пиковые концентрации лекарств в отношении большинства возбудителей. Это имеет значение для клинической эффективности препаратов при заболеваниях, вызванных штаммами возбудителей, устойчивых к антибиотикам. Помимо этого исследователи

отмечают пролонгированное поступление препаратов из лимфы в кровь, что объясняют задержкой их в ЛУ находящихся на пути тока лимфы.

Недостатками метода являются необходимость овладения врачом микрохирургическими навыками, невозможность длительного использования открытого лимфатического сосуда, возможность осложнений, как во время проведения процедур (разрыв лимфатического сосуда), так и в последующем (блокада лимфатического сосуда или катетера тромбом, инфицирование) [5].

Следующим шагом явились исследования Ю.М. Левина (1982), который разработал нехирургический путь введения лекарственных препаратов в ЛС. А именно лимфотропную или непрямую эндолимфатическую терапию. При этом осуществляется подкожное или интракорпоральное введение лекарственных препаратов с соблюдением условий лимфотропности (проводник, скорость введения, место введения, исключение раздражения интерстиция в месте введения). Метод исключает недостатки, характерные для прямого эндолимфатического введения при сохранении всех его достоинств [22, 23].

В последние годы развитие лимфотропной терапии при туберкулёзе лёгких и других заболеваниях основывается также на теории лимфатического региона академика Ю.И. Бородина (2005) [3].

ЭЛТ – это способ введения в организм лекарственных препаратов (антибиотиков, химиопрепаратов, цитостатиков, иммуномодуляторов, противовоспалительных средств, анальгетиков и др.) посредством лимфатического русла.

Выделяют прямое и непрямое эндолимфатическое введение препаратов. Прямая эндолимфатическая терапия (ПЭЛТ) подразумевает введение веществ непосредственно в лимфатическое русло (рис.1). Непрямая эндолимфатическая или лимфотропная терапия (ЛТТ) предусматривает интерстициальное введение лекарственных средств на уровне прелимфатиков, или тканевых щелей, с применением факторов, усиливающих поступление растворов преимущественно в лимфатическую капиллярную сеть.

При туберкулёзе разработаны методики общей [21, 4, 10, 31], региональной [9, 10, 19, 24, 25, 33, 28, 29], чрезкожной и интраоперационной [16] лимфотропной терапии.

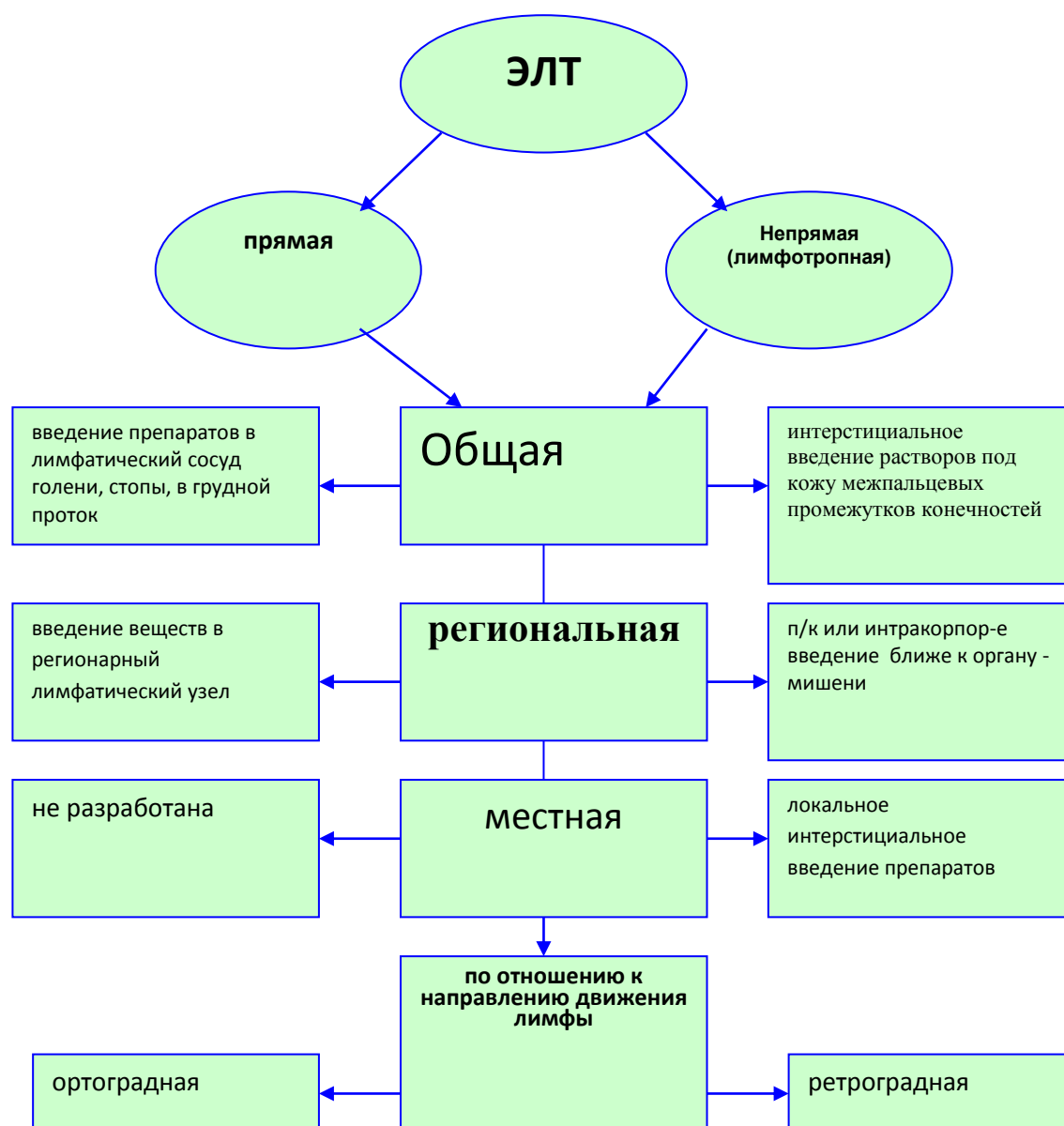


Рисунок 1. Классификация ЭЛТ (Гаряева Н.А., Пеленёва И.М., 2003, 2005).

Таблица
 Некоторые результаты применения эндолимфатической терапии при туберкулёзе по данным литературы

Год	Автор (город)	Метод, препараты	Группы	Результаты		
				Рубцева ние	МБТ-	Другие
2003	Г.В. Плетнев (Новосибирск)	РЛТТ (перибронх.), Н и реополиглокин	Прогрессирующие формы туб.	62%	26%	Положительная клинико-рент. динамика у всех больных.
2004	А.М. Пантелеев (С-Петербург)	РЛТТ (загруд), Н и полиглокин	Туб. ВГЛУ, ИТ, ДТ у ВИЧ-инф-х	55,6%	88,8%	Уменьшение гепатотоксичности, снижение темпов увеличения АЛТ.

Год	Автор (город)	Метод, препараты	Группы	Результаты		
				Рубцева ние	МБТ-	Другие
2002 2005	В.Н. Пряхина, (Новосибирск)	РЛТТ (межреб, подмыш, субстерн), Н, НИЛИ	Прогрессирующий ИТ, ФКТ, КП	27,8% (3-4 мес.)	50% (1,5-2 мес.)	Симптомы интоксикации исчезли у 92% (через 1,5-2 мес.)
2009	А.В. Захаров (Москва)	РЛТТ (загруд), Н, S, К, Ам, капреомидин, таваник в сочетании с РР	Деструктивный туб-з с ЛУ МБТ у половины больных	84% ЛТТ+РР 64% только ЛТТ	94% ЛТТ+Р 83%, только ЛТТ	Высокая эффективность при остропрогрессирующем течении и при ранее неэффективном лечении. Уменьшение частоты побочных реакций.
2009	Ю.В. Кириллов (С-Петербург)	Н 20-25 мг/кг, фторхинолоны, макролиды, цефалоспорины, β-лактамы с ретростернальной катетеризацией (10-20 дней)	Прогрессирующий туберкулёз лёгких с МЛУ МБТ в 100%	Подготовка к операции	60% в течение 8 недель	Уменьшение перифокальной инфильтрации, уменьшение размеров полостей. Уменьшение побочных реакций ХТ. Уменьшение частоты послеоперационных осложнений. Улучшение психологического статуса.
2009	А.В. Лысов (Москва)	Н, ронколейкин (катетаризация за грудное и аксиллярное клетчаточное пространство)	Прогрессирующий туберкулёз лёгких			Уменьшение перифокальной инфильтрации, уменьшение размеров полостей. Иммуномоделирующий эффект. Уменьшение частоты побочных реакций.
2011	А.В. Казаков (Омск)	РЛТТ (загрудное и аксиллярное клетчаточное пространство). Аминогликозиды (S, K, Ам), Сар, Н, капостат, ронколейкин	Распространённые формы туберкулёза лёгких (КП, ИТ с распадом)	67,3% (к 6 мес.) 33,3% (традиционное лечение)	77,2% (к 6 мес.) 66,7% (традиционное лечение)	Адресная доставка. Уменьшение перифокальной инфильтрации, уменьшение размеров полостей. Иммуномоделирующий эффект. Уменьшение частоты побочных реакций

Год	Автор (город)	Метод, препараты	Группы	Результаты		
				Рубцева ние	МБТ-	Другие
2011	Т.А. Ворончихин (Ижевск)	РЛТТ (загрудинное пространство) , Н + СМВ- терапия	инфильтра тивный туберкулёз	96% (к 4 мес.) 70% (традици онное лечение)	100% (к 6 мес.) ЛТТ	Ускорение сроков негативации мокроты, ускорение ликвидации деструктивных полостей

Примечание: РЛТТ – региональная лимфотропная терапия, ЛТТ – общая лимфотропная терапия, ПЭЛТ – прямая эндолимфатическая терапия, ИТ – инфильтративный туберкулёз лёгких, ДТ – диссеминированный туберкулёз лёгких, КП – казеозная пневмония, ФКТ – фиброзно-кавернозный туберкулёз, Ам – амикацин, Н – изониазид, S – стрептомицин, К – канамицин, Сар - капреомицин, R – рифампицин, PP – пневмоперитонеум

При региональной лимфотропной терапии исследователями обычно использовалась лишь одна зона, чаще яремная вырезка (верхний загрудинный доступ) [6, 19, 26, 12], иногда подмышечная впадина [14, 25, 29]. Однако, эксперименты И.М. Пеленёвой (2005) показали, что из аксиллярной подкожной клетчатки лекарственные раствор поступает в лёгкие и прикорневые лимфатические узлы только через сутки [27]. А.В. Казаков (2011) на основании лимфосцинтиграфического исследования между подмышечной и ретростеральной зонами также выделил ретростеральную [14]. И.М. Пеленёвой (2005) экспериментально обосновано использование окологрудинной точки. Таким образом, изученными доступами для региональной лимфотропной терапии являются: претрахеальная клетчатка, ретростерральная клетчатка (за мечевидным отростком), окологрудинная зона, подмышечная впадина [27].

При ЛТТ в качестве «проводников» в лимфатическое русло, средств усиления лимфообразования и лимфотока, а также лимфопротекции чаще всего используются 0,25-0,5% раствор новокаина [1], гепарин, лидаза, химотрипсин [10, 24, 31], применяются физические факторы, такие как массаж, тепло, лазерное излучение [17, 23], гальванизация [2, 36], ультразвук, который помимо механического продвижения жидкости в тканях по типу микромассажа, способствует кластерному преобразованию вводимых препаратов, СМВ – терапия на зону введения [6], ЭМИ КВЧ [32].

Введение противотуберкулёзных препаратов в смеси с полиглюкином ретростерралью проводилось в работах Е.Н. Королевой (2002), А.М. Пантелеева (2004) [19, 26].

Из последних работ, посвященных лимфотропной химиотерапии при

туберкулёзе лёгких, обращают на себя внимание исследования А.В. Захарова (2009), который успешно применил лимфотропную химиотерапию в сочетании с пневмоперитонеумом у больных деструктивными лекарственно резистентными формами туберкулёза. Показано, что даже малообъемный пневмоперитонеум способствует повышению регионарной перфузии лёгких и потенцирует ретростернальную лимфотропную терапию, в т.ч. фторхинолонами [13, 15]. Ю.В. Кириллов (2009) для повышения эффективности хирургического лечения прогрессирующего лекарственно-устойчивого туберкулёза лёгких использовал адьювантную лимфотропную терапию [16]. Применение адьювантной лимфотропной терапии в сочетании с традиционными методами противотуберкулёзного лечения позволило повысить эффективность хирургического лечения за счет снижения количества специфических осложнений в послеоперационном периоде в 2 раза, сокращения продолжительности послеоперационного периода, а также усилить интенсивность химиотерапии с учетом данных устойчивости возбудителя, не вызывая побочных реакций, улучшить психо-эмоциональный статус пациентов.

Лимфотропно можно вводить не только противотуберкулёзные препараты, но и патогенетические средства: иммуномодуляторы (ронколейкин - Акатова А.А., 2003; Шурыгин А.А., 2009; Лысов А.В. с соавт., 2009; Казаков А.В., 2011; циклоферон, лизоцим, полиоксидоний – Колобов С.В. с соавт., 2001), препараты с множественной фармакодинамикой (актовегин - Колобов С.В. с соавт., 2001; мексидол - Мухутдинова Ф.И. с соавт., 2008), амброксол и др.. А.В. Казаков (2011) разработал способ комбинированной химиотерапии, основанной на адресной ретростернальной доставке противотуберкулёзных препаратов и ронколейкина к пораженному лёгкому в составе лимфотропной смеси. Автор доказал, что использование лимфотропной противотуберкулёзной терапии, в сочетании с ронколейкином, у больных с распространенными формами туберкулёза лёгких повышает эффективность лечения к 6 месяцу лечения по сравнению со стандартной противотуберкулёзной терапией на 18,5% по показателю абациллирования и на 43,2 % - по заживлению полостей деструкции.

Применение общей и, особенно, региональной ЛТТ повышает эффективность лечения у разных групп больных туберкулёзом, ускоряя закрытие полостей и абациллирование, приводя к значительной положительной клинико-рентгенологической и лабораторной динамике.

Большинство исследователей отмечают хорошую переносимость лимфотропного лечения, возможность его проведения при нежелательных реакциях на противотуберкулёзные препараты, снижение иммуносупрессивного эффекта химиотерапии.

Необходимо отметить, что сведений об осложнениях метода лимфотропного введения ПТП не публиковалось.

И.М. Пеленёвой с соавт. (2005) экспериментально разработана методика лимфотропной терапии при туберкулёзе лёгких с учетом активного функционирования интерстиция зон лимфотропного введения [27]. Это позволило не только повысить эффективность лечения больных с распространенными формами туберкулёза, но и снизить число нежелательных реакций, достичь сурфактантпротективного эффекта.

Необходимо отметить, что в зарубежной литературе мы не встретили упоминаний о применении лимфотропной терапии при заболеваниях лёгких, за исключением работ учёных из бывших советских республик [10, 11, 30].

Таким образом, за долгие годы использования лимфотропного метода лечения больных туберкулёзом различных локализаций доказана его патогенетическая обоснованность и клиническая эффективность, более выраженная по сравнению с традиционными методами лечения. Большинство исследований подтверждают улучшение рассасывания воспалительных изменений, ускорение рубцевания и абациллирования у больных с различными формами туберкулёза лёгких.

Литература:

1. Андреевская М.В. Насосная функция лимфангиона под влиянием антибиотиков, их растворителей и лимфостимулирующих веществ: автореф. дис. ... канд. мед. наук, С. – П., 1995.- 16 с.
2. Башкирова Ю.В., Колпакова Л.А., Маньковский В.Н. Гальванизация как метод лимфотропной терапии // Проблемы экспериментальной, клинической, профилактической лимфологии: тез. докл. междунар. симп. - Новосибирск, 2000. - С. 34-35.
3. Бородин Ю.И. Концепция лимфатического региона / Ю.И. Бородин // Тез. докл. II съезда лимфологов России.- СПб., 2005.- С. 34-35.
4. Бричкова А.Ю. К применению лимфотропной терапии при лечении туберкулёза лёгких у детей и подростков с первичными формами туберкулёза органов дыхания: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.26 - М., 1995. – 24 с.

5. Буянов В.М., Данилов К.Ю., Радзиховский А.П. Лекарственное насыщение лимфатической системы // Киев: Наукова думка, 1991. - 136 с.
6. Ворончихин Т.А., Тюлькина Е.А., Берестова С.Ю., Кузнецов Т.В. Лимфотропная терапия туберкулёза лёгких // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулёзом: матер. Всерос. науч.-практ. конф. - СПб. - 2011. - С. 156-157.
7. Гаврилов П.В. Возможности МСКТ в оценке изменений во внутригрудных лимфатических узлах при туберкулёзе органов дыхания / П.В. Гаврилов, В.Е. Савелло // Материалы научно-практической конференции «Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению».- С-Петербург, 2011.- С. 82-83.
8. Гордеева Е.К., Смагин А.А., Любарский М.С. Лимфотропная терапия в комплексном лечении деструктивных форм туберкулёза у детей старшего возраста и подростков // Химиотерапия туберкулёза: сб. тез.- М., 2000. - С. 62.
9. Губкина М.Ф. Химиотерапия туберкулёза лёгких у подростков с применением регионального лимфотропного метода лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.26 - М., 1996. – 24 с.
10. Джугостран В.Я., Злепка В.Д., Антипа В.А. Методы лечебной лимфологии при воспалительных заболеваниях лёгких // Мат. 1-ой Российской конф. с международным участием «Проблемы клинической лимфологии и эндозкологии»: М. - Сочи, 1997.- С. 100.
11. Джумабаев С.У., Махмуджанов М.А., Маматов В.Ю. Лимфотропная претрахеальная антибиотикотерапия – эффективный способ профилактики и лечения бронхолегочных осложнений // Мат. межд. симп. - Новосибирск, 1995. - С. 100-102.
12. Захаров А.В. Ретростеральная лимфотропная химиотерапия больных деструктивным туберкулёзом лёгких с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14.00 26 - М., 2009.- 25 с.
13. Захаров А.В. Ретростеральная лимфотропная химиотерапия больных деструктивным туберкулёзом лёгких с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14.00 26 - М., 2009.- 25 с.
14. Казаков А.В. Лимфотропная противотуберкулезная терапия в сочетании с ронколейкином в комплексном лечении больных распространенными

- формами туберкулёза легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14.01.16 - Новосибирск, 2011.- 22 с.
- 15.Кибрик Б.С., Захаров А.В. Эффективность ретростеральной лимфотропной химиотерапии в лечении впервые выявленного деструктивного туберкулёза лёгких // Пробл. туберкулёза. – 2009. - № 4. - С. 23-27.
- 16.Кириллов Ю.В., Елькин А.В., Кобак М.Э., Басек Т.С. Адьювантная лимфотропная терапия в хирургическом лечении прогрессирующего туберкулёза лёгких // Пробл. туберкулёза. – 2009. - № 10. - С. 41-45.
- 17.Кобулашвили М.Г. Эффективность химиотерапии туберкулёза лёгких у подростков с применением сочетанной магнитолазерной и лимфотропной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14,0026 - М., 2000.- 22 с.
- 18.Колобов С.В., Ярема И.В., Зайратьянц О.В. Основы регионарной иммунотерапии (иммуномодулирующая терапия заболеваний органов дыхания и пищеварения) - М.: ГОУВУНМЦ МЗРФ, 2001. - 184 с.
- 19.Королева Е.Н. Регионарная лимфотропная терапия в комплексном лечении впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: шифр спец. 14.00.26 - СПб., 2002. - 21 с.
- 20.Кочоров С.Д., Соколов С.И., Владимиров К.Б., Иванов А.К. Лимфатропная терапия больных туберкулёзом лёгких в хирургическом стационаре тюремной больницы // Материалы юбилейной сессии: 80-летие Центрального НИИ туберкулёза РАМН. - М., 2001. - С. 119-120.
- 21.Лебедева Л.В., Олянишин В.Н., Кадникова О.Н. Лимфотропная терапия в комплексном лечении туберкулёза лёгких у детей и подростков // Пробл. туберкулёза. - 1989. - № 5. - С. 26-28.
- 22.Левин Ю.М. Эндолимфатическая и лимфотропная терапия - Т.: Медицина, 1987. - 111 с.
- 23.Левин Ю.М., В.П. Казначеев, В.Я. Джугостран От общеклинической лимфологии к эндоэкологической медицине // Тез. докл. II съезда лимфологов России. - СПб., 2005. - С. 180-182.
- 24.Лысов А.В.Эффективность лимфотропной интермиттирующей химиоиммунотерапии в комплексном лечении больных прогрессирующим туберкулёзом лёгких // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2009. - №7. - С. 28-33.
- 25.Никонов С.Д., Огиренко А.П., Мостовая Г.В. [и др.] Эффективность локорегиональной и лимфотропной интермиттирующей химиоиммунотерапии туберкулёза лёгких // Пробл. туберкулёза. – 2002.

- № 4. - С. 9-12.
- 26.Пантелеев А.М., Иванов А.К., Виноградова Е.Н. Применение регионарной лимфотропной терапии в лечении туберкулёза лёгких у ВИЧ-инфицированных лиц // Пробл. туберкулёза. - 2004. - № 6. - С. 26-27.
- 27.Пеленёва И.М. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации технологий лимфологического профиля в лечении больных туберкулёзом лёгких: автореф. дис. ... докт. мед. наук: шифр спец. 14.00.26, 14.00.02 - Новосибирск, 2005. - 38 с.
- 28.Плетнев Г.В., Краснов Д.В. Перибронхиальная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных с прогрессирующим туберкулёзом лёгких // Пробл. туберкулёза. – 2003. - № 12. - С. 3-5.
- 29.Пряхина В.Н., Зырянова Т.В., Кононенко В.Г., Дунтау А.П. [и др.] Лимфотропная региональная терапия (ЛРТ) в сочетании с низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) у больных туберкулёзом лёгких// 13 нац. конгр. по болезням органов дыхания. - СПб, 2003. - № 105.
- 30.Савула М.М., Кравченко Н.С. Некоторые возможности оптимизации комплексного лечения больных туберкулёзом лёгких // Пробл. туберкулёза. – 2001. - № 8. - С. 26-28.
- 31.Убайдуллаев А.М., Белоцерковец В.Г. Повышение эффективности лечения больных туберкулёзом лёгких при применении регионарной лимфотропной терапии // Пробл. туберкулёза. - 1999. - № 6. - С 14-16.
- 32.Цгоева Е.А. Комплексная непрямая эндолимфатическая терапия больных ограниченными формами туберкулёза лёгких в пенитенциарной системе:Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук: шифр специальности 14.01.16 - Новосибирск, 2012.- 24 с.
- 33.Черкасов В.А., Степанов С.А., Барламов О.П. [и др.] Лимфотропное внутрилегочное введение 10% изониазида как метод оптимизации лечения больных с неблагоприятно протекающим туберкулёзом лёгких в фазе распада // Фундаментальная и клиническая лимфология – практическому здравоохранению: мат. науч.-практич. конф., посвященной 50-летию развития лимфологии в г. Перми. - Пермь, 2001. - С. 145-148.
- 34.Штефко В.Г. Патологическая анатомия лимфогенных фаз туберкулёзного процесса лёгких // Пробл. туберкулёза.- 1935. - № 9. - С. 20-40.
- 35.Яхнин С.В. Внутритканевой электрофорез в сочетании с лимфотропной

терапией в лечении больных пневмониями легкого и среднетяжелого течения // Совр. пробл. фтизиатрии и пульмонологии: сб. науч. тр.- Гродно, 1999. - Ч. 2.- С. 193-194.

Статья

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ильина Е.Л.

КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

Цель исследования. Проанализировать эффективность пневмоперитонеума в комплексном лечении больных с впервые выявленным туберкулезом легких.

Задачи исследования:

1. Изучить сроки купирования интоксикационного синдрома при комплексном лечении туберкулеза с применением пневмоперитонеума у вновь выявленных больных туберкулезом за 2013 год.
2. Изучить сроки прекращения бактериовыделения при комплексном лечении с применением пневмоперитонеума у вновь выявленных больных туберкулезом за 2013 год.
3. Изучить сроки заживления деструкций при комплексном лечении с применением пневмоперитонеума у вновь выявленных больных туберкулезом за 2013 год.
4. Изучить зависимость сроков заживления деструкций от их размеров при комплексном лечении с применением пневмоперитонеума у вновь выявленных больных туберкулезом за 2013 год.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач было обследовано 137 больных с впервые выявленным туберкулезом легких. По клиническим формам туберкулеза легких больные распределялись следующим образом: инфильтративный туберкулез – 86 чел. (63%), диссеминированный – 34 чел (25%), казеозная пневмония – 1 чел. (0,7%), генерализованный туберкулез – 13 чел. (9,5%), кавернозный – 1чел. (0,7%), туберкуломы – 1чел. (0,7%), туберкулез ВГЛУ -1чел. (0,7%). По возрасту пациенты распределялись следующим образом: 20- 29 лет - 20 чел. (14,5%), 30- 39 лет - 25 чел. (18,2%), 40- 49 лет - 40 чел. (29%), 50- 59лет - 39 чел. (28%), старше 60 лет - 13 чел. (9,5%). Из вновь выявленных

больных устойчивую культуру МБТ имели – 51 человек (37%), к одному препарату - 5 чел. (9,8%), к двум препаратам - 16 чел. (31,3%), к трем и более - 2 чел. (3,9%), МЛУ - 28 чел. (55%). Распад определялся у 110 чел. (80,3%), отсутствовал у 27 чел. (19,7%), выявлялось бактериовыделение у 118 чел. (86%), без бактериовыделения процесс был у 19 чел. (14%).

Туберкулезный процесс в легких в подавляющем большинстве случаев был распространенным, захватывая 3 и более долей (89 чел. из 135 – 66%), поражал 1-2 доли легкого у 46 чел. (34% больных). Двусторонние процессы наблюдались у 94 человек (70%).

Деструктивные изменения в виде формирующихся и уже сформированных каверн обнаруживались у 110 человек, при этом у 82 % больных выявлялись деструкции в диаметре 2-4 см, более 4 см - у 18 % обследованных.

Химиотерапия проводилась по стандартным режимам химиотерапии с учетом чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам, согласно приказу № 109 от 21.03.2003 МЗ РФ. Лечение состояло из интенсивной фазы, проводившейся в условиях стационара. Длительность интенсивной фазы химиотерапии определялась сроками прекращения бактериовыделения и закрытием полостей распада.

В соответствии с задачами исследования, применялся один из методов коллапсотерапии – пневмоперитонеум (ПП) с помощью пневмотораксного аппарата АПП 400-01 по методике Винник Л.А. 1999г. ПП накладывали 95 больным, из них с инфильтративным туберкулезом с нижне- и среднедолевой локализацией каверн было 60 человек – 63%, диссеминированным туберкулезом легких в фазе распада – 30 человек (31,5%), пациентов с МЛУ с плохой переносимостью АБП – 5 человек (5,2%). По возрасту пациенты распределялись следующим образом: 20 - 29 лет – 7 человек (7,3%); 30-39 лет – 24 чел. (25%); 40-49 лет – 39 чел. (41%); 50-59 лет – 20 чел. (21%); старше 60 лет – 5 чел. (5,2%).

Противопоказаниями к наложению ПП считали воспалительные заболевания органов брюшной полости, спаечный процесс в брюшной полости, паховые грыжи и грыжи белой линии живота, цирротический туберкулез, дыхательная недостаточность III степени, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, эпилепсия, кахексия и др.

Продолжительность пневмоперитонеума составляла 6-8 мес., прекращение ПП (ропуск) проводилось постепенно путем уменьшения объема вводимого воздуха и увеличения интервалов между инсуфляциями.

Во всех случаях ПП начинали применять в интенсивной фазе после комплексного обследования. Изучение эффективности ПП проводили отдельно у впервые выявленных больных, у которых наряду с химиотерапией применяли ПП и у впервые выявленных больных, которые только получали терапевтическое лечение. Группы были сопоставимы по клиническим формам, распространенности специфического процесса, характеру и размерам полостей распада, спектру лекарственной устойчивости МБТ. Эффективность комплексного лечения в наблюдаемых группах оценивалась по динамике клинических проявлений, прекращению бактериовыделения, по частоте закрытия полостей распада в легких.

Результаты. Сравнительный анализ выраженности синдрома интоксикации показал более высокую эффективность комплексного лечения у больных первой группы по сравнению со второй. Так, через 1 месяц лечения у больных 1-й группы интоксикационный синдром был купирован в 28% (25 чел. из 89) случаев, а через 3 месяца в 70% (45 чел. из 64), а у пациентов 2-группы через 1 месяц интоксикация была купирована только в 5% случаев (2 чел. из 40), а через 3 месяца в 65,7% (25 из 38 чел.).

При оценке сроков прекращения бактериовыделения по результатам посева мокроты было выявлено, что уже через 3 месяца лечения удалось добиться прекращения бактериовыделения у 63% пациентов первой группы (60 из 95) и лишь у 55% второй (22 из 40 чел.), а к 6-му месяцу эти показатели составили 80% (28 из 35 чел) и 66% (12 из 18 чел), а к окончанию 8-го месяца – 86% (6 из 7 чел) и 83% случаев (5 из 6).

Особое внимание было уделено изучению сроков закрытия деструктивных изменений в лёгких. Выявлено, что через 8 месяцев лечения с использованием пневмоперитонеума закрытие полостей распада у больных 1-ой группы достигло 90% (85 из 94 чел), в то время как у больных 2-ой группы этот показатель составил 70% (28 чел. из 40). При этом установлено, что через 8 месяцев лечения сформированные каверны не определялись рентгенологически у 90 % больных первой группы и 70 % второй.

Сроки заживления деструкции в лёгких зависели от их размера. В наблюдаемых группах существенная разница отмечена при размерах каверн 2-4 см и более 4 см в диаметре. Так в 1-ой группе через 3 месяца лечения деструкции не определялись у 35% больных, через 6 месяцев у 56%, у спустя 8 месяцев у 90%. В противоположность этому, во 2-ой группе темпы и частота заживления были значительно ниже - в 28%, 45%, 70% случаев в эти же сроки соответственно.

Выводы. Включение ПП в комплексное лечение вновь выявленных больных туберкулёзом значительно повышает его эффективность, обеспечивая купирование интоксикационного синдрома в более ранние сроки. Комплексное лечение с применением пневмоперитонеума у впервые выявленных больных туберкулёзом позволило добиться прекращения бактериовыделения в более ранние сроки, чем без применения ПП. Назначение пневмоперитонеума на начальном этапе лечения у впервые выявленных больных способствует раннему заживлению деструктивных изменений в лёгких в отличие только от терапевтического лечения.

Кроме того, сроки заживления каверн диаметром 2-4 см с применением ПП в комплексном лечении вновь выявленных больных более короткие, чем сроки заживления каверн 4 и более см в диаметре.

Литература:

1. Богдасарян Т.Р., Васильева И.А., Сигаев А.Т., Чуканов В.И. Искусственный пневмоперитонеум в комплексном лечении больных туберкулёзом лёгких, выделяющих лекарственно - устойчивые микобактерии туберкулёза// Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. -2006- №8 стр. 23-26.
2. Чуканов В.И., Мишин В.Ю., Сигаев А.Т., Васильева И.А., Осадчая О.А., Перфильев А.В., Наумова А.Н., Багдасарян Т.Р. Эффективность искусственного пневмоторакса в лечении больных туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий// Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. -2004- №8, стр. 22-24.
3. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А., Осадчая О.А., Перфильев А.В., Комиссарова О.Г., Дейкина О.Н., Наумова А.Н., Полосухин С.Н., Садовский А.И. Искусственный пневмоторакс в лечении больных деструктивным туберкулёзом лёгких, с устойчивостью микобактерий туберкулёза к сочетанию основных и резервных препаратов// X Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник тезисов – М. – 2005. – с.208.
4. Чуканов В.И., Багдасарян Т.Р. Эффективность применения искусственного пневмоперитонеума в лечении больных деструктивным туберкулёзом лёгких, выделяющих лекарственно устойчивые микобактерий туберкулёза// Материалы 6 съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана, Ташкент – 2005 – с. 134-136.
5. Багдасарян Т.Р., Чуканов В.И., Васильева И.А. Пневмоперитонеум в лечении больных лекарственно - устойчивым туберкулёзом лёгких с

множественной лекарственной устойчивостью возбудителя// Сборник трудов Республиканской научно-практической конференции «Организация борьбы с туберкулёзом в Беларуси в условиях повышенного роста лекарственной резистентности МБТ», Беларусь, Брест -2006 – с. 27.

6. Валиев Р.Ш. Коллапсотерапия в лечении больных туберкулезом легких //Пособие для врачей. Казань. Медицина. 2002.
7. Скорняков С.Н., Кильдюшева Е.И., Мотус И.Я., Егоров Е.А., Савельев А.В., Залетаева Г.Е., Рудакова Н.А. Искусственный пневмоторакс на этапах лечения деструктивного туберкулёза лёгких// Пособие для врачей, Уральский НИИ фтизиопульмонологии. – Екатеринбург – 2005.

Тезисы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОЛЛАГЕНОВОЙ ГУБКИ ПРИ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОМ ПНЕВМОЛИЗЕ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Зыков Г.А., Мохирев А.И.

КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

Актуальность. Не смотря на успехи современной фтизиатрии и торакальной хирургии в излечении больных туберкулезом органов дыхания, существует контингент пациентов с распространенными формами деструктивного туберкулеза легких и бактериовыделением, имеющих противопоказания к радикальным резекционным методам хирургического лечения и недостаточный эффект от консервативной терапии. В комплексном лечении данной категории больных нами применена методика экстраплеврального пневмолиза (ЭПП) с тампонадой экстраплеврального пространства гемостатической коллагеновой губкой (ГКГ).

Материалы и методы. Показанием к операции служили инфильтративный, диссеминированный туберкулез в фазе распада и кавернозный туберкулез с преимущественной локализацией в верхних долях (С1+2 и С3 слева) и верхушечном сегменте (С6) нижней доли при отсутствии явной положительной клинико-рентгенологической динамики процесса после 3 – 6 месяцев интенсивной специфической полихимиотерапии. После предоперационной подготовки под тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ выполняли малую боковую торакотомию

во 2 или 3 межреберье в подмышечной области. Производили ЭПП пораженных сегментов легкого необходимого объема под визуальным и эндоскопическим контролем. Образованную полость тампонируют стандартными пластинами ГКГ размерами 90x90 мм производства завода «Белкозин» в количестве 15-35 штук до оптимального уровня компрессии легочной ткани. В толщу ГКГ устанавливали тонкий дренаж (микроирригатор), через который в послеоперационном периоде проводили удаление избытка экссудата, продуктов биodeградации коллагена и вводили антибактериальные препараты. Рану грудной стенки ушивали наглухо. Рентгенологически контролировали степень компрессии легкого и процесс закрытия полостей распада, при необходимости увеличивая или уменьшая объем вводимого через дренаж раствора и удаляемого экссудата. По прекращению экссудации дренаж удаляли. При большом объеме ЭПП, опасности реэxpансии легкого и рецидива каверны, риске нагноения ГКГ возникали показания к отсроченной задне-верхней торакопластике по стандартной методике с удалением ГКГ. При небольших деструкциях и гладком течении послеоперационного периода с заживлением каверны дополнительное оперативное вмешательство не требовалось. По показаниям ЭПП дополняли установкой клапанного блокатора в бронх пораженных сегментов, наружным дренированием полости распада, либо одновременно выполняли резекционную операцию и ЭПП над пораженным участком контрлатерального легкого.

В диспансере с 2009 по 2013 гг. выполнено 16 ЭПП у 14 пациентов с деструктивным туберкулезом легких и бактериовыделением. Двум пациентам выполнен двусторонний ЭПП (одномоментный у одного и с интервалом в 1 месяц - у другого). У двоих - резекционная операция дополнена одномоментно ЭПП с противоположной стороны: у 1 больного после верхней лобэктомии справа по поводу множественных туберкулом выполнен ЭПП над инфильтратом с распадом в верхней доле левого легкого через отдельный доступ. У 1 – после левосторонней пневмонэктомии по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза через доступ в переднем средостении выполнен ЭПП над каверной в С3 правого легкого. У 5 больных ЭПП сочетался с постановкой клапанного бронхообтуратора, у 1 больного - с дренированием каверны.

Результаты. Полный клинический эффект (заживление полости деструкции и абациллирование) достигнут у 6 (42,8%) больных, в том числе при одномоментной резекции легкого и ЭПП. Трём пациентам выполнена отсроченная торакопластика. Частичный эффект в виде

закрытия верхнедолевых каверн с сохранением каверны в С6 отмечен у 1 пациента. Трое продолжают лечение с положительной динамикой (уменьшение деструкции, прекращение бактериовыделения). У 1 пациента диагностировано нагноение ГКГ, добиться заживления каверны не удалось. Неуклонное прогрессирование туберкулеза отмечено у трех пациентов.

Заключение. ЭПП применяется у больных с сомнительной перспективой консервативной терапии, когда предполагаемые объемы радикальной резекции легких несовместимы с компенсаторными возможностями дыхательной и сердечно-сосудистой систем. ГКГ, используемая при ЭПП, обладает необходимыми свойствами: биосовместимостью, достаточная эластичность и плотность, способность к постепенному самопроизвольному рассасыванию, гемостатический потенциал, стимуляция репаративных процессов.

Статья

НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КОГКУЗ КОКПТД

Свинцов А.Е.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Цель работы: улучшение диагностической работы в учреждении.

Задачи работы:

1. Провести анализ используемого в диспансере алгоритма диагностических действий при различной патологии, а именно: при экссудативных плевритах, легочных диссеминациях, медиастинальных аденопатиях.
2. Оценить достоинства и показать недостатки существующего в учреждении порядка оказания диагностической помощи на основании опыта хирургических вмешательств, выполненных в 2012 году у пациентов с указанной патологией. Вскрыть при необходимости резервы улучшения диагностики, в том числе за счет оптимизации применения хирургических и эндоскопических методов обследования больных.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 97 пациентов, оперированных в КОГКУЗ КОКПТД с диагностической целью

в 2012 году. Все больные были разбиты на 3 группы. Первую группу составили 52 пациента с экссудативным плевритом, вторую – 20 человек с патологией внутригрудных лимфатических узлов, в третью вошли 25 больных с диффузными поражениями легких неясного генеза.

В первой группе было 37 мужчин и 15 женщин. Их возраст варьировал от 21 года до 82 лет и в среднем составил 51 год. С момента поступления в учреждение до операции они находились в стационаре от 7 до 50 дней, в среднем – 20 дней. Различные жалобы и их сочетание при обращении в КОКПТД предъявляли 48 пациентов, чаще всего их беспокоили: повышение температуры тела (24), одышка (28), боли в грудной клетке на стороне поражения плевры (28), кашель (24), слабость (14). Сопутствующие заболевания были выявлены при обследовании у 36 человек. Наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (13) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (7).

Семейный контакт с больным туберкулезом отметили 5 пациентов, из них 3 контактировали с бактериовыделителями. Еще в 2 наблюдениях плеврит выявлен у лиц, излеченных от туберкулеза.

Пробу Манту с 2 ТЕ до операции не проводили в 26 наблюдениях, результат ее был отрицательным в 10 случаях, а у 16 больных результат пробы был положительным, но ни разу не наблюдали гиперергической реакции на туберкулин. Диаскинтест был применен у 38 пациентов (у части из них одновременно с пробой Манту), ответная реакция на введение препарата была отрицательной (отсутствие гиперемии и инфильтрации) в 23 наблюдениях. Умеренно выраженная реакция зафиксирована в одном наблюдении (папула 5-9мм), выраженная (папула 10-14мм) – в 4, гиперергическая (папула 15мм и более) – в 9.

Фибробронхоскопия осуществлена 51 пациенту. Один больной от обследования отказался. Катаральный бронхит выявлен в 9 случаях. Трансбронхиальная катетербиопсия легкого и прямая биопсия ткани из стенок бронхов под местной анестезией проводились редко (по одному наблюдению) и оказались неинформативными.

До поступления в противотуберкулезное учреждение плевральные пункции выполняли 17 пациентам, преимущественно в центральных районных больницах по месту жительства, дренирование плевральной полости было проведено еще в 3 случаях. Эвакуированную жидкость, как правило, не исследовали. В КОКПТД плевральные пункции до операции были осуществлены в 43 случаях, в 3 из них плевральной жидкости не получено. В 2 наблюдениях извлеченную жидкость не исследовали. В 2

случаях получен трансудат. Еще у 4 больных удалось извлечь лишь 3-5 мл жидкости, которая была изучена только на наличие микобактерий туберкулеза методом посева. Во всех остальных случаях плевральный выпот исследовался на атипичные клетки, микобактерии туберкулеза, микрофлору, некоторые биохимические показатели, содержание белка и клеточный состав. Экссудат имел лимфоцитарный характер в 25 наблюдениях, был эозинофильным – в одном, нейтрофильным – в 6.

Больным были выполнены различные диагностические операции, которые в ряде случаев были дополнены лечебными мероприятиями. Только две из них проведены под местной анестезией. В остальных случаях использовался наркоз.

Торакоскопия проведена в 5 случаях, в одном из них потребовалась конверсия в миниторакотомию. Вмешательства в 2 наблюдениях были одномоментными двусторонними, еще в 2 – осуществлялись под местной анестезией.

Видеоторакоскопия проведена 8 раз, в 2 из них потребовалась конверсия в миниторакотомию. Выполнена щипцовая биопсия париетальной плевры (3), плевры и легочной ткани (5).

Миниторакотомия с длиной межреберного доступа до 8-10 см и использованием ранорасширителя осуществлена 26 раз, в одном из них потребовалась конверсия доступа в стандартную торакотомию, еще в одном была выполнена одномоментная двусторонняя миниторакотомия. Щипцовая биопсия легочной ткани проведена в 22 случаях, резекция части легкого – в 5, в том числе с применением аппаратного шва – в 3. Санация плевральной полости потребовалась трижды.

Миниторакотомия длиной 2,5-3 см без применения ранорасширителя с ревизией плевральной полости и легкого через медиастиноскоп проведена в 8 наблюдениях, щипцовая биопсия была дополнена санацией плевральной полости в 3 из них.

Стандартная межреберная торакотомия применена в 5 случаях, в 3 из них была осуществлена запланированная до операции санация плевральной полости и декорткация легкого.

На основании комплексного обследования с учетом полученных во время хирургического вмешательства данных у 38 больных диагноз туберкулеза был отвергнут. В 36 случаях установлен диагноз неспецифического плеврита без четкой идентификации природы воспаления и в 2 наблюдениях выявлен карциноматоз плевры. У 14 пациентов подтверждена туберкулезная этиология плеврита.

Обращает на себя внимание тот факт, что при туберкулезном плеврите в 8 случаях из 12, когда Диаскинтест применялся, результат его был отрицательным или сомнительным. При этом, у 5 из 8 этих больных результат пробы Манту в 4 случаях был положительным, когда реакция была средней интенсивности (2) и выраженной (2), и только в одном – отрицательным. В тоже время, наличие у больных туберкулезным плевритом выраженной (1) и гиперергической (3) реакции на введение Диаскинтеста не уберегло их от диагностической операции. Аналогичным образом положительные результаты пробы Манту у 4-х больных туберкулезом «потерялись» рядом с результатами со слабо (4), средней интенсивности (6) и выраженной (2) реакцией на введение туберкулина у пациентов с неспецифическим характером воспаления в плевральной полости и никоим образом не повлияли на алгоритм диагностических действий.

Не остановило врачей от применения хирургического вмешательства и наличие у двух женщин 60 и 82 лет отрицательной и слабовыраженной реакции на Диаскинтест при двустороннем гидротораксе с транссудатом в плевральных полостях, что было подтверждено исследованием полученной при плевральной пункции жидкости. Обеим пациенткам осуществлена торакоскопия с биопсией неизменной плевры под наркозом для подтверждения неспецифического характера плеврального выпота, причем в одном случае выполнена одномоментная двусторонняя операция.

В 3 случаях из 14 у больных туберкулезом до операции в легочной ткани специфические изменения рентгенологически определялись и верно трактовались, в 2 наблюдениях в послеоперационном периоде диагноз был еще раз подтвержден через месяц после хирургического вмешательства при получении микобактерий туберкулеза в анализе мокроты.

О роли знаний и опыта фтизиатров свидетельствует тот факт, что всем больным туберкулезным плевритом была назначена специфическая антибактериальная терапия с момента поступления в КОКПТД, и только 50% из больных с нетуберкулезными заболеваниями получали ее от 7 до 75 дней, в среднем – 22 дня. Последние данные коррелируют со сведениями о средних сроках предоперационной подготовки в первой группе больных.

Не всегда действия хирургов поддаются логическому обоснованию. Так, например, непонятна необходимость проведения торакоскопии под местной анестезией женщине 60 лет с диагностированным полисерозитом

и тяжелой сопутствующей патологией через 2 суток после лапароскопии с биопсией измененной брюшины, не дожидаясь результатов этого исследования. Биопсия при торакоскопии лишь подтвердила данные рентгенологического исследования и лапароскопии о метастатической природе полисерозита.

У больных с туберкулезной этиологией плеврита не получили жидкости при плевральной пункции в одном наблюдении, исследовали ее только на наличие микобактерий туберкулеза еще в 2 случаях, в экссудате сахар был в пределах нормы у 4 пациентов, сахар был низким – менее 3,3 ммоль/л – еще у 7 человек. У 6 из 29 пациентов с нетуберкулезной патологией плевральный выпот не получен, не изучался, исследовался только на микобактерии туберкулеза (соответственно по 2 наблюдения). Лишь в 2 случаях сахар в плевральной жидкости был снижен в группе из 23 больных с неспецифическим плевритом. Таким образом, изучение уровня плевральной глюкозы могло оказаться по нашим данным и литературным сведениям полезным для скрининг-диагностики туберкулезных поражений плевры.

Осложнение – специфическая эмпиема плевральной полости с бронхиальным свищем и бактериовыделением после миниторакотомии с биопсией значительного объема легочной ткани развилось в одном наблюдении. Потребовались повторное хирургическое вмешательство и длительное дренирование полости хронической эмпиемы для ее санации.

Ни в одном случае до операции не было выполнено стандартное в торакальной хирургии исследование для выяснения этиологии плеврита – пункционная биопсия плевры. Исследование не требует дорогого оборудования и инструмента, доступно, информативно, безопасно, может быть выполнено в первые дни обследования больного одновременно с плевральной пункцией для эвакуации и лабораторного изучения плеврального выпота. Результативность этого метода биопсии по данным различных авторов колеблется от 47 до 85%. Так, например, Н.А. Маскелл и Р. Дж. А. Бутланд в «Рекомендациях Британского Торакального общества (BTS) по обследованию взрослых больных с односторонним плевральным выпотом» в 2006 г. привели результаты биопсий плевры, полученные от 2893 исследователей и выполненные между 1958 и 1985 гг. (опубликованы в 14 статьях), и показали частоту выявления туберкулеза 75%, карциномы – 57%. Эти авторы утверждают, что при туберкулезных плевритах, когда одновременно исследуют мазок на кислотоустойчивые палочки, выполняют посев плевральной жидкости, проводят

гистологическое исследование и посев биоптатов, успех диагностики достигает 80-90%. Считают [А.К. Богуш и соавт., 1977], что при неясной этиологии плеврита пункционная биопсия плевры должна быть выполнена именно во время первой пункции плевральной полости. Использование этого метода диагностики предъявляет высокие требования не столько к выполняющему исследование хирургу, сколько к врачу, проводящему цитологическое и гистологическое исследование небольших кусочков биопсийного материала. При тотальных плевральных выпотах в случае неудачи плевральной пункции успешно используют другой относительно щадящий, визуальный метод биопсии – торакоскопию. Плевроскопия позволяет под контролем зрения выполнить биопсию патологически измененных участков париетальной плевры и легкого. Результативность торакоскопических биопсий составляет по сводным литературным данным [И.Я. Мотус, 1998] 80-99,2%. В КОКПТД имеется оборудование и инструмент для выполнения торакоскопии и видеоторакоскопии с изъятием тканей для исследования, но эти операции проводятся незаслуженно редко, в том числе у больных с экссудативным плевритом. Сведений о главенствующей роли торакотомии для уточнения этиологии тотальных плевральных выпотов мы в доступной современной медицинской литературе не нашли. Открытая биопсия плевры обоснованно проводится у больных с осумкованными плевритами, особенно гнойными, как диагностическое и лечебное мероприятие после неэффективной плевральной пункции [А.К. Богуш и соавт., 1977].

Во вторую группу из 20 больных с медиастинальной аденопатией вошли 13 женщин и 7 мужчин в возрасте от 28 до 64 лет. Средний возраст составил 47 лет. С момента поступления в КОКПТД до операции они провели в учреждении от 8 до 36 дней, в среднем – 16 дней. Различные жалобы предъявляли 12 человек, наиболее часто пациентов беспокоил сухой кашель. В одном случае у больного имелся типичный синдром Лефгрена.

Сопутствующая патология выявлена у 11 пациентов, наиболее часто – в пяти наблюдениях, встречалась гипертоническая болезнь 2-3 стадии.

Во всех 20 случаях реакция на Диаскинтест была отрицательной. Проба Манту не проводилась в 6 случаях. В 14 наблюдениях она осуществлялась одновременно с введением больному Диаскинтеста, и в 7 случаях реакция оказалась отрицательной, в одном – сомнительной, в 6 – слабоположительной.

Подозрение на саркоидоз было высказано рентгенологами до операции по данным компьютерной томографии – у 7 больных, по данным томографии – у 2.

УЗИ показало наличие диффузных изменений в паренхиме печени и поджелудочной железы у 12 пациентов из 16 прошедших это исследование.

Бронхоскопия проведена 16 больным, у 8 из них патология не выявлена. Явления бронхита наблюдались в 5 случаях, косвенные признаки саркоидоза – в 2. Браш-биопсия слизистой оболочки бронха (4) и пункционная трансбронхиальная биопсия лимфатического узла корня легкого (1) не помогли в установке диагноза.

Пациентам были осуществлены 8 миниторакотомий, в том числе 4 – из бокового доступа, 4 – из доступа по передней поверхности грудной клетки. В 5 случаях биопсия легкого проведена путем резекции части легкого, при этом в одном наблюдении при помощи аппарата УС-30, а в остальных – на зажимах. В 3 случаях выполнена щипцовая биопсия ткани легкого. Биопсия лимфоузлов средостения и корня легкого осуществлена 6 раз, при этом медиастиноскоп для осмотра плевральной полости и легкого использован в одном наблюдении.

Трансцервикальная медиастиноскопия с биопсией лимфатических узлов средостения успешно проведена 10 больным.

Выполнены 2 стандартные переднебоковые торакотомии с резекцией части легкого при помощи аппаратного шва и биопсией лимфоузлов корня легкого.

Диагноз саркоидоза установлен в 19 случаях, в одном наблюдении диагностирован неспецифический лимфаденит. В послеоперационном периоде наблюдали осложнение на стороне торакотомии – парез диафрагмы с подъемом ее до уровня 3 ребра. В 4 случаях больные саркоидозом получали в противотуберкулезном стационаре преднизолон без каких-либо на то оснований.

В современных руководствах по диагностике и лечению саркоидоза [А.А. Визель и соавт., 2010] сообщают, что морфологический материал для дифференциальной диагностики саркоидного, туберкулезного, ракового и иных поражений лимфатических узлов средостения ныне получают путем применения технически простого, дешевого и малоинвазивного метода – тонкоигольной чрезпищеводной аспирационной биопсии лимфатических узлов средостения. Ультразвуковая визуализация лимфоузлов проводится через пищевод с помощью эндоскопической техники. Специфичность

метода колеблется в диапазоне 92-100%, чувствительность – 97-100%, точность – 95-98%. Столь высокие показатели немислимы без срочного цитологического исследования биопсийного материала. Внедрение современных эндоскопических методов диагностики, не уступающих по эффективности любым хирургическим вмешательствам при патологии внутригрудных лимфатических узлов, послужит интересам пациентов и неизбежно сведет к минимуму разнообразные операции по поводу указанной патологии.

В третью из 25 больных с легочными диссеминациями, вошли 13 женщин и 12 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет. Средний возраст составил 46 лет. От момента поступления в КОКПТД до операции они обследовались и лечились в учреждении от 14 до 112 дней. В среднем – 37 дней. Жалобы предъявляли 22 пациента. Чаще всего их беспокоил сухой кашель (11), слабость (8), субфебрильная температура (4). В одном случае определялся синдром Лефгрена. Сопутствующие заболевания выявлены у 12 пациентов, чаще всего – гипертоническая болезнь (6).

КТ органов грудной полости до операции позволила заподозрить верный диагноз в 5 случаях, в том числе: ХОБЛ (1), саркоидоз легких и ВГЛУ (3), фиброзирующий альвеолит (1). В одном наблюдении морфологический диагноз альвеолита подтвержден данными КТ в послеоперационном периоде.

Реакция на Диаскинтест была отрицательной в 20 наблюдениях, слабоположительной – в 4, в одном – гиперергической. Пробу Манту не проводили 9 пациентам, она была отрицательной в 10 наблюдениях, реакция на введение туберкулина была умеренно выраженной (1) и выраженной в 6 случаях.

Бронхоскопия не проведена одному больному по техническим причинам. При фибробронхоскопии до операции патологических изменений в бронхиальном дереве не найдено в 15 наблюдениях, косвенные признаки саркоидоза определялись в 3, хронический бронхит – в 6. Выполнена биопсия в 9 случаях: биопсия слизистой бронха (4), трансбронхиальная биопсия легочной ткани (4) и пункция лимфатического узла (1) без применения экспресс-цитологического метода исследования полученного материала. Во всех случаях биопсия была неинформативной и не помогла в установлении верного диагноза.

УЗИ органов брюшной полости проведено 6 пациентам. Диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы найдены в 4 наблюдениях.

Миниторакотомия осуществлена в 20 случаях. Боковой доступ справа использован 10 раз, при этом резекция легочной ткани в 3-х наблюдениях проведена с использованием аппаратного шва, в остальных случаях рана легкого ушита вручную. Биопсия лимфатических узлов корня легкого осуществлена в 6 наблюдениях, в 4 из них – щипцовая. Доступ справа по передней поверхности грудной клетки применен у 10 пациентов. Аппаратный шов при резекции легкого использован в 3 наблюдениях, рана легкого ушита на зажимах – в 7. Биопсия лимфатических узлов корня легкого и средостения выполнена у 8 пациентов. В одном случае проведение видеоторакоскопии оказалось затруднено, больному выполнена боковая торакотомия с резекцией части легкого при помощи аппаратного шва. Две миниторакотомии по передней поверхности грудной клетки при помощи медиастиноскопа осуществлены через доступ длиной менее 3 см. Проведена щипцовая биопсия ткани легкого и лимфоузла средостения. Две диагностические резекции легкого проведены через стандартную переднебоковую торакотомию.

В третьей группе больных были установлены следующие диагнозы: хроническая обструктивная болезнь легких (1), двусторонняя внебольничная очаговая пневмония (1), саркоидоз легких (15), легочный капиллярит (1), альвеолит (2), канцероматоз (2), диссеминированный туберкулез (2). Еще в одном случае диссеминированный процесс, трактованный по данным комплексного обследования как саркоидоз, оказался туберкулезной этиологии и на фоне гормональной терапии приобрел генерализованный характер. Больная длительно лечилась в стационаре с туберкулезным менингоэнцефалитом, у нее в ликворе определяли микобактерии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Положительная реакция на введение Диаскинтеста у 2 пациентов с легочной диссеминацией туберкулезной этиологии, причем в одном случае – гиперергическая, при выраженной положительной реакции на пробу Манту у этих лиц, не повлияли на решение врачей подвергнуть больных хирургическому вмешательству с диагностической целью.

Рентгенологическая диагностика диссеминированных легочных процессов особенно трудна, так как при этом виде поражений имеется масса заболеваний, которые обладают сходной или одинаковой рентгенологической картиной. Для ранней верификации патологического процесса и полноценной терапии необходимо применение эндоскопических методов биопсии в сжатые сроки после поступления

больного в стационар. Обследование и подготовка пациентов к открытой биопсии легочной ткани велись в анализируемый период в среднем в течение 5 недель, что привело к серьезным ошибкам в лечении. 4 больных саркоидозом и один с альвеолитом получали полноценную противотуберкулезную терапию от 16 дней до 3 месяцев, а пациент с легочной диссеминацией туберкулезной этиологии лечился как больной саркоидозом и принимал глюкокортикостероиды.

Трансбронхиальная биопсия легкого, прямая биопсия ткани из стенок бронхов, транстрахеальные и трансбронхиальные пункции увеличенных лимфатических узлов корня легкого и средостения у больных с диссеминированными легочными процессами обладают высокой информативностью при простоте выполнения и малом числе осложнений. Результативность их колеблется в широких пределах от 20 до 92% [Л.К. Богущ и соавт., 1977, И.Я. Мотус, 1998] и существенно зависит не только от метода исследования, клинической формы заболевания, но и от квалификации, опыта хирурга и морфолога. Роль цитолога в исследовании просто трудно переоценить, он немедленно контролирует эффективность биопсии. Если полученный материал информативен и его достаточно для комплексного изучения, исследование прекращают. В том случае, когда по биоптату идентифицировать заболевание не удалось, то биопсию повторяют вновь и вновь до получения положительного результата. В КОКПТД цитолог во время бронхобиопсий не задействован. Отсюда – низкое число биопсий во время бронхоскопии при более чем скромном их результате.

У всех 25 больных третьей группы плевральная полость была свободной, в 24 случаях определялись очаговые и инфильтративные изменения на поверхности легочной ткани, доступные для щипцовой биопсии под контролем зрения. В таком случае правомочность изначального выбора хирурга в пользу торакотомии для биопсии легочной ткани также вызывает сомнение. Для мини – и торакотомии по литературным данным остается свободной ниша с диффузными поражениями легких, при которых патологические образования располагаются интрапаренхиматозно, не визуализируются со стороны плевральной полости и нуждаются для их определения в пальпации. Таким образом, указанный способ биопсии должен стать редкостью, применяться только после нерезультативного предшествующего обследования, либо использоваться при конверсии в торакотомию из менее инвазивных доступов.

Выводы:

1. КОГКУЗ КОКПТД фактически является мощным диагностическим центром пульмонологического профиля города Кирова и области.
2. В настоящее время в условиях фтизиатрического стационара осуществляются диагностика и лечение пациентов с туберкулезной инфекцией и неспецифическими заболеваниями без надежного разобщения потоков этих больных на некоторых этапах их пребывания в противотуберкулезном учреждении.
3. Выявлена относительно низкая диагностическая ценность использования пробы Манту и Диаскинтеста при комплексном обследовании больных с экссудативным плевритом, легочными диссеминациями, медиастинальными аденопатиями в условиях КОКПТД.
4. Для снижения риска, стоимости, времени обследования пациентов, упрощения методик специализированной помощи с существенным увеличением их информативности, вновь необходимо внедрение срочного цитологического исследования биопсийного материала во время проведения значительной части диагностических эндоскопических и хирургических исследований.
5. Возрождение срочного цитологического исследования, приобретение соответствующего медицинского оборудования и инструментария позволит внедрить в практику учреждения современные высокотехнологичные и давно известные малоинвазивные методы диагностики (чрезпищеводную пункционную биопсию лимфатических узлов средостения под контролем УЗИ при медиастинальной аденопатии, пункционную биопсию плевры при плевритах). Проведение цитологического исследования по экспресс-методу существенно увеличит долю и повысит информативность уже давно, но явно недостаточно часто применяемых в диспансере диагностических бронхоскопических методов исследования (катетербиопсии легочной ткани при легочных диссеминациях и пункционной биопсии лимфатических узлов корня легкого и средостения, щипцовой биопсии стенки бронха) и плевроскопии с щипцовой биопсией тканей при легочных диссеминациях и плевритах.
6. Значительное преобладание в КОКПТД диагностических миниторакотомий и стандартных торакотомий над менее инвазивными способами верификации патологического процесса в пропорции 2 к 1 нарушает принцип «от простого к сложному», полностью не

соответствует современным представлениям о роли и возможностях эндоскопических и хирургических методов диагностики в пульмонологии.

Литература:

1. Богуш Л.К., Жарахович И.А. Биопсия в пульмонологии. – М.: Медицина, 1977. – с.240
2. Мотус И.Я. О биопсии в пульмонологии // Пульмонология. – 1998. – №4. – с.73 – 78.
3. Саркоидоз: учебно-методическое пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования / под ред. А.Г. Чучалина, научные редакторы: А.А. Визель, Н.Б. Амиров. – Казань: 2010 – с.58

Тезисы

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: изучение эффективности стандартного I режима химиотерапии при лечении впервые выявленного деструктивного инфильтративного туберкулеза лёгких с бактериовыделением у больных с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом в лечебном учреждении ФСИН.

Дизайн исследования: проспективное одноцентровое сплошное исследование впервые выявленных больных с деструктивным инфильтративным туберкулезом легких (ДИТЛ) с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом.

Для оценки достоверности различий между процентными долями двух выборок вычислялся критерий хи-квадрат (χ^2) для таблиц сопряженности 2x2 (без поправки Йэйтса на непрерывность) для числа степеней свободы $df=1$. При невозможности использовать критерий хи-квадрат (χ^2) по присущим данной методике ограничениям для оценки

достоверности различий между процентными долями двух выборок использовался критерий ϕ - угловое преобразование Фишера.

Материалы и методы: объектом изучения явились две группы больных с впервые выявленным ДИТЛ, поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России: 1-ая группа с 2005 по 2012, 2-ая с 2001 по 2011 годы. 1-ая группа (144 человека) – ВИЧ-отрицательные пациенты, 2-я группа (24 человека) – ВИЧ-положительные. В обеих группах было назначено лечение по I режиму химиотерапии до получения результатов чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) при исследовании мокроты методом посева. Всего 168 пациентов в возрасте с 18 до 62 лет: $33,65 \pm 0,80$ и $28,83 \pm 0,95$ лет для 1-й и 2-й группы соответственно. У всех пациентов методом посева мокроты на питательные среды были обнаружены микобактерии туберкулеза. I режим химиотерапии определен приказом МЗ РФ №109 от 21 марта 2003 года и национальным руководством по фтизиатрии от 2007 года. В исследование (2-я группа) были включены больные с 4Б - 5 стадией ВИЧ-инфекции. Противовирусную терапию получали пять пациентов.

Результаты: прекращение бактериовыделения через 3 месяца лечения у больных 1-й группы составило – 47,2%. Из них у 22,9% – лекарственно чувствительные МБТ, 4,9% - монорезистентность (МР) МБТ, у 6,3% - полирезистентность (ПР) к основным противотуберкулезным препаратам (ПТП), у 5,6% ПР к основным и резервным ПТП, у 4,9% - множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) к основным ПТП, у 2,8% МЛУ к основным и резервным ПТП. В тоже время этот показатель у больных 2-й группы – 50,0% с отсутствием различия между группами $\chi^2=0,064$ $P>0,05$. Из них у 20,8% – ЛЧ МБТ, 4,2% МР МБТ, у 16,7% ПР к основным ПТП, 8,3% МЛУ к основным и резервным ПТП. При этом лечение больных 1-й группы, лечившихся по I режиму химиотерапии, осложнилось феноменом индукции (усиления) лекарственной устойчивости МБТ в 14,6% случаев. Во 2-й группе в 4,2% случаев (различие между группами достоверное: $\phi=1,689$, что соответствует статистической значимости при $P=0,04$).

Закрытие каверн в легких через 3 месяца химиотерапии у больных 1-й группы было установлено у 9,7%, через пять месяцев лечения у 46,5%, у 9,7% каверны не закрылись. Во 2-й группе через 3 месяца у 4,2% (различие между группами недостоверное: $\phi=1,011$, что соответствует статистической незначимости при $P=0,1$), от четырех до девяти месяцев лечения у 20,8%, у 25,0% каверны не закрылись с достоверным различием между группами $\chi^2=4,578$ $P<0,05$.

Медикаментозные осложнения на ПТП при лечении по стандартному I режиму химиотерапии у больных 1-й группы, установлены в 95,1% случаев, во 2-й в 87,5% случаев (различие между группами недостоверное: $\varphi=1,261$, что соответствует статистической незначимости при $P=0,1$). Стоит отметить наличие в качестве сопутствующего заболевания одного из хронических вирусных гепатитов «В», «С», или «В и С» в 1-й группе у 13,2%, во 2-й группе у 95,8%. Что естественным образом затрудняло дифференцирование синдрома цитолиза по причине активности вирусного гепатита или в результате побочного действия ПТП.

Выводы: прекращение бактериовыделения через 3 месяца лечения по стандартному I режиму химиотерапии не зависит от ВИЧ-статуса и составляет примерно половину (47,2% и 50,0%) случаев. Лечение по стандартному I режиму химиотерапии у пациентов с ВИЧ-отрицательным статусом достоверно чаще осложнялось феноменом усиления лекарственной устойчивости МБТ к большему числу препаратов (14,6% и 4,2% соответственно). Сроки закрытия каверн в легких через 3 месяца химиотерапии по стандартному I режиму у больных практически не зависят от ВИЧ-статуса (9,7% и 4,2%). Медикаментозные осложнения у больных встречаются довольно часто и не зависят от ВИЧ-статуса (95,1% и 87,5% соответственно).

Тезисы

ОСОБЕННОСТИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПБ И СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЙ

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель: уточнение сравнительной эффективности ПБ и стандартного I режима химиотерапии при лечении впервые выявленного деструктивного инфильтративного туберкулеза лёгких с бактериовыделением в туберкулезной больнице ФСИН.

Дизайн исследования: проспективное одноцентровое сплошное исследование впервые выявленных больных с деструктивным инфильтративным туберкулезом легких. Для оценки достоверности

различий между процентными долями двух выборок нами вычислялся критерий хи-квадрат (χ^2) для таблиц сопряженности 2x2 (без поправки Иэйтса на непрерывность) для числа степеней свободы $df=1$.

Материалы и методы: объектом изучения явились две группы ВИЧ-отрицательных больных с впервые выявленным деструктивным инфильтративным туберкулезом лёгких, поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России с 2005 по 2012 годы. В 1-й группе (144 человека) было назначено лечение по I режиму химиотерапии, во 2-й группе (53 человека) по IIБ режиму химиотерапии до получения результатов чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) при исследовании мокроты методом посева. Всего 197 пациентов в возрасте с 18 до 62 лет: $33,65 \pm 0,80$ и $31,21 \pm 1,35$ лет для 1-й и 2-й группы соответственно. У всех пациентов методом посева мокроты на питательные среды были обнаружены микобактерии туберкулеза. IIБ и I режим химиотерапии определены приказом МЗ РФ №109 от 21 марта 2003 года и национальным руководством по фтизиатрии от 2007 года. Из исследования были исключены пациенты, отказывающиеся от регулярного приема ПТП по различным причинам.

Результаты: прекращение бактериовыделения через 3 месяца лечения во 2-й группе, где применялся IIБ режим химиотерапии, было установлено у 67,9%. В тоже время этот показатель у больных 1-й группы, где использовался I режим, составлял – 47,2% с достоверным различием между группами $\chi^2=6,662$ $P<0,01$. При этом лечение больных 1-й группы, лечившихся по I режиму химиотерапии, осложнилось феноменом индукции (усиления) лекарственной устойчивости МБТ, впервые описанным В. Ю. Мишиным в 1999 году, в 14,6% случаев. Во 2-й группе у 7,5% с недостоверным различием между группами $\chi^2=1,731$ $P>0,05$. Закрытие каверн в легких через 3 месяца химиотерапии у больных 1-й группы было установлено у 9,7%, через пять месяцев лечения у 46,5%, у 9,7% каверны не закрылись. Во 2-й группе через 3 месяца у 32,1% с достоверным различием между группами $\chi^2=14,599$ $P<0,005$, через пять месяцев у 83,0% с достоверным различием между группами $\chi^2=20,973$ $P<0,005$ и у 3,8% каверны сохранялись. Медикаментозные осложнения на ПТП у больных 1-й группы, лечившихся по I режиму химиотерапии, установлены в 95,1% случаев, во 2-й у 92,5% больных.

Выводы: результаты исследования подтверждают, что IIБ режим химиотерапии лечения впервые выявленного деструктивного инфильтративного туберкулеза легких у больных с ВИЧ-отрицательным

статусом в туберкулезной больнице ФСИН позволяет через 3 месяца добиться прекращения бактериовыделения в 67,9% случаев и закрытия каверн в легких в 32,1%. При использовании I режима эти показатели ниже и составляют, соответственно 47,2% и 9,7%.

Тезисы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПБ И СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЕ ФСИН

Боровицкий В.С.

Туберкулёзная больница ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России, Кирово-Чепецк

Цель исследования: уточнение эффективности ПБ и стандартного I режима химиотерапии при лечении туберкулеза лёгких с бактериовыделением у ВИЧ-инфицированных больных в туберкулезной больнице ФСИН.

Дизайн исследования: проспективное одноцентровое сплошное исследование ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом легких в туберкулезной больнице ФСИН.

Для оценки достоверности различий между процентными долями двух выборок использовался критерий χ^2 - угловое преобразование Фишера.

Материалы и методы: объектом изучения явились две группы ВИЧ-инфицированных больных, поступившие на лечение в туберкулезную больницу ФКУЗ МСЧ №43 ФСИН России с 2008 по 2011 годы. 1-я группа – 54 человека получали лечение по I режиму химиотерапии и 2-я группа – 20 человек получали лечение по ПБ режиму химиотерапии. У всех пациентов методом посева мокроты на питательные среды были обнаружены микобактерии туберкулеза. По формам туберкулеза пациенты распределились следующим образом. В 1-й группе: инфильтративный – 85,0%, диссеминированный – 10,0%, казеозная пневмония – 5,0%. Во 2-й группе: инфильтративный – 65,0%, диссеминированный – 17,0%, очаговый – 7,4%, внутригрудных лимфатических узлов – 3,7%, другие формы по 1 пациенту. В исследование были включены больные с 4Б - 5 стадией ВИЧ-инфекции. ПБ и I режим химиотерапии определены приказом МЗ РФ №109

от 21 марта 2003 года и национальным руководством по фтизиатрии от 2007 года.

Результаты: прекращение бактериовыделения через 3 месяца лечения во 2-й группе, где применялся ПБ режим химиотерапии было установлено у 65,0%. Не были абациллированы за время лечения в стационаре 35,0%, при этом из них трое умерло и четверо освобождены из мест лишения свободы по состоянию здоровья. В тоже время этот показатель у больных 1-й группы, где использовался I режим, составлял – 40,7% с достоверным различием между группами ($\chi^2=1,875$, при $P=0,03$). При этом лечение больных 1-й группы, лечившихся по I режиму химиотерапии, осложнилось феноменом индукции (усиления) лекарственной устойчивости МБТ в 7,4% случаев, во 2-й группе у 20,0%. Различие между группами недостоверное ($\chi^2= -1,43$, при $P=0,1$). Закрытие каверн в легких через 3 месяца химиотерапии у больных 1-й группы было установлено у 7,4%, от четырех до четырнадцати месяцев лечения у 24,1%, у 22,2% - каверны не закрылись. Во 2-й группе через 3 месяца у 30,0% (различие между группами не достоверное: $\chi^2= -2,32$, при $P=0,1$), через 4 месяца и более у 15,0% и у 25,0% каверны сохранялись (различие между группами не достоверное: $\chi^2= -0,24$, при $P=0,1$). Медикаментозные осложнения на ПТП у больных 1-й группы, лечившихся по I режиму химиотерапии, установлены в 90,7% случаев, во 2-й – у всех больных в группе.

Заключение: Результаты контролируемого клинического исследования подтверждают, что ПБ режим химиотерапии является эффективной схемой лечения впервые выявленного туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных в туберкулезной больнице ФСИН. Это позволяет через 3 месяца добиться прекращения бактериовыделения в 65,0% случаев и закрытия каверн в легких в 30,0%. При использовании I режима эти показатели ниже и составляют, соответственно 40,7% и 7,4%.

Тезисы

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АКШ, В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ**

Сабирова Э.Ю., Чичерина Е.Н.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра внутренних болезней

Цель: изучить клинико-функциональное состояние кардиореспираторной системы у пациентов после АКШ, в зависимости от давности перенесенной операции.

Задачи: провести оценку клинико-функционального состояния респираторной системы у пациентов после АКШ, в зависимости от давности перенесенной операции.

Материалы и методы. На кафедре внутренних болезней ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, на базе клиники Кировской ГМА обследовано 90 мужчин, жителей города Кирова и Кировской области, перенесших АКШ в 1995-2007 года. Средний возраст пациентов – $57,8 \pm 6,6$ года. Количество шунтов – $2,8 \pm 0,8$. Средний период после операции составил $7,0 \pm 4,0$ лет. До операции АКШ 62% (56/90) пациентов перенесли ИМ без Q. На момент исследования 1 ФК стенокардии имели 27% (24/90), 2 ФК – 23% (21/90), 3 ФК – 4% (4/90). Пациенты разделены на 3 группы: 1 группа – 28 человек, перенесших АКШ 3-5 лет назад, 2 группа – 40 человек, перенесших АКШ 5-10 лет назад, 3 группа – 22 человека перенесших АКШ 10-15 лет назад. Проводили оценку стажа курения, шкалы MRC, обзорной рентгенографии органов грудной клетки, ФВД.

Полученные результаты. Среди обследованных не курили 62% (56/90) пациентов в отдаленном периоде после АКШ: в 1 группе – 64 % (18/28) пациентов, во 2 группе – 68% (27/40) пациента, в 3 группе – 50% (11/22) пациентов ($p=0,382$). По анамнезу курильщика достоверных различий в группах не выявлено: стаж курения: в 1 группе - 33,0 [30,0; 41,0] лет, во 2 группе - 38,0 [35,0; 39,0] лет, в 3 группе - 36,5 [31,0; 38,0] ($p=0,333$); число выкуриваемых сигарет в сутки: в 1 группе - 12,5 [10,0; 20,0] штук, во 2 группе - 17,5 [13,0; 20,0] штук, в 3 группе - 20,0 [10,0; 20,0] штук (0,494); индекс курящего, в 1 группе - 26,0 [21,0; 30,0] пачка/лет, во 2 группе - 33,0 [24,0; 39,0] пачка/лет, в 3 группе - 31,0 [25,0; 37,0] пачка/лет ($p=0,201$). У всех курящих пациентов выявлен высокий индекс курильщика, что свидетельствует о высоком факторе риска развития ХОБЛ.

При количественной оценке одышки по шкале MRC у пациентов в отдаленном периоде после АКШ средний балл, в группах различной давности перенесенной операции составил: в 1 группе – $1,2 \pm 0,4$ балла, во 2 группе – $1,3 \pm 0,6$ балла и в 3 группе – $1,1 \pm 0,3$ балла ($p=0,384$).

Со стороны респираторной системы активно предъявляли жалобы в виде: периодического кашля с отхождением трудноотделяемой слизистой мокроты в небольшом количестве, преимущественно по утрам 24% (22/90) пациентов, перенесших АКШ, из них: в 1 группе 18% (5/28), во 2 группе 22,5% (9/40) пациентов и в 3 группе 36% (8/22) пациентов; одышки экспираторного характера при физической нагрузке, которую испытывали 6% (5/90) от числа всех обследованных после АКШ, из них: в 1 группе - 4% (1/28), во 2 группе – 5% (2/40) пациентов и в 3 группе - 9% (2/22).

Во время обследования диагноз, указывающий на патологию респираторной системы, по данным клиники, рентгенографии и ФВД, был установлен у 24% (22/90) пациентов перенесших АКШ: бронхиальная астма у 1 пациента, ХОБЛ различных стадий у 21 человека: I стадии у 85% (18/21), II стадии у 10% (2/21) и III стадии у 5% (1/21) пациентов после АКШ.

По данным рентгенографии органов грудной клетки у всех пациентов в отдаленном периоде после АКШ легочные поля удовлетворительной пневматизации без очаговых и инфильтративных изменений. Выявлены следующие изменения легочного рисунка у пациентов в отдаленном периоде после АКШ: легочный рисунок не изменен в 91% (82/90) случаев; усиление и деформация легочного рисунка, особенно в базальных отделах по тяжистому типу у 3% (3/90); обеднение легочного рисунка у 6% (5/90). В 100% случаев корни легких структурны. Куполы диафрагмы на обычном уровне у 94% (85/90) и уплощены у 6% (5/90) пациентов в отдаленном периоде после АКШ, у всех - синусы свободные. Во всех 100% случаев в проекции сердечной тени визуализировались металлошвы.

Средние показатели ФВД (в %) у пациентов, в группах находились в пределах нормативных значений: ЖЕЛ в 1 группе - 98,8 [94,1; 111,3], во 2 группе - 99,4 [90,9; 112,8] в 3 группе - 102,2 [90,6; 113,4] ($p=0,904$); ФЖЕЛ в 1 группе - 94,6 [82,0; 101,4], во 2 группе - 89,5 [81,2; 101,4], в 3 группе - 87,2 [74,7; 102,1] (0,507); ОФВ1 в 1 группе - 93,1 [82,0; 99,6], во 2 группе - 92,9 [82,8; 100,4], в 3 группе - 92,3 [83,8; 99,2] ($p=0,972$); ОФВ1/ЖЕЛ в 1 группе - 77,7 [75,3; 79,9], во 2 группе - 76,1 [70,9; 82,6], в 3 группе - 74,5 [68,6; 77,0] ($p=0,153$); МОС 25 в 1 группе - 77,6 [70,7; 89,8], во 2 группе - 74,7 [66,3; 86,1], в 3 группе - 70,2 [64,5; 79,9] ($p=0,124$); МОС 50 в 1 группе

- 71,7 [55,6; 79,7], во 2 группе - 64,0 [51,0; 73,0], в 3 группе - 61,3 [48,0; 85,3] ($p=0,363$); МОС 75 в 1 группе - 59,2 [53,4; 72,3], во 2 группе - 60,5 [53,8; 67,9], в 3 группе - 64,3 [50,3; 73,4] ($p=0,832$).

При проведении корреляционного анализа для уточнения взаимосвязи дисфункции сердечно - сосудистой и респираторной системы у пациентов в отдаленном периоде после АКШ установлена обратная взаимосвязь между ОФВ 1 и ФЖЕЛ с показателями ФК стенокардии ($r_s = - 0,426$ и $- 0,430$), стадией ХСН ($r_s = - 0,380$ и $- 0,412^*$), ФК ХСН ($r_s = - 0,383$ и $- 0,302$) с достижением высокого уровня статистической значимости $p < 0,0001$. Полученные данные свидетельствуют о том, что чем меньше значение ОФВ 1 и ФЖЕЛ у пациентов после АКШ, тем более выражен ФК стенокардии и выше стадия и ФК ХСН.

У пациентов в отдаленном периоде после АКШ, чем выше значение ФЖЕЛ и ОФВ 1, тем выше ФВ ЛЖ ($r_s = 0,267$ и $0,255$ $p < 0,05$).

Вывод: полученные данные при обследовании респираторной системы свидетельствуют об отсутствии значимого влияния на респираторную систему пациентов после АКШ курения и давности перенесенной операции. Таким образом, выявлена прямая взаимосвязь между параметрами характеризующими обструктивные нарушения вентиляционной способности легких и ФК стенокардии, стадией и ФК ХСН ($p < 0,0001$) и обратная взаимосвязь с ФВ ЛЖ.

Раздел 7

Профилактика туберкулеза

Тезисы

ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ

Вычугжанина Е.Ю., Миронина В.Б., Валова Н.В.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии,
кафедра семейной медицины ИПО*

*КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»,
детское диспансерное отделение*

С 1962г в России проводится массовая вакцинация против туберкулеза новорожденных детей. Вакцинация БЦЖ завоевала признание не только в России, но и во многих странах мира. Она является обязательной в 64 странах и официально рекомендована в 118 странах и территориях. В результате внедрения массовой вакцинации в России заболеваемость туберкулезом уменьшилась в 5 раз, в частности туберкулезным менингитом – в 4,8 раза, а смертность уменьшилась в 15,8 раза.

Для вакцинации используются два препарата – вакцина туберкулезная (БЦЖ) и вакцина туберкулезная для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М). Основное отличие вакцин – содержание микобактерий БЦЖ в прививочной дозе: в прививочной дозе вакцины БЦЖ-М число жизнеспособных клеток в 2 раза меньше, чем в прививочной дозе вакцины БЦЖ. Согласно приказу № 51н от 31.01.2011г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» в настоящее время вакцинация против туберкулеза производится новорожденным на 3-7 день жизни вакциной БЦЖ-М. Вакцинация БЦЖ производится в субъектах РФ с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом. В Кировской области начата массовая вакцинация вакциной БЦЖ-М с 2008г.

Противотуберкулезная вакцина – препарат из живых аттенуированных бактерий БЦЖ, поэтому избежать поствакцинальных осложнений не удастся. По классификации, предложенной

Международным Союзом по борьбе с туберкулезом (ВОЗ, 1984), осложнения, возникающие при вакцинации БЦЖ подразделяются на 4 категории:

1-я категория - локальные кожные поражения (подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты;

2-я категория - персистирующая и диссеминированная БЦЖ – инфекция (волчанка, оститы);

3-я категория - диссеминированная БЦЖ - инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом при врожденном иммунодефиците;

4-я категория - пост – БЦЖ - синдром, главным образом, аллергического характера (узловатая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи).

Цель исследования – оценить структуру и динамику поствакцинальных осложнений у детей Кировской области, вакцинированных вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М за период 2005-2013гг.

Материалы и методы: изучена первичная документация (учетная форма №112/у) 97 детей с осложнениями после введения противотуберкулезных вакцин. Мальчиков было 54 (55,6%), средний возраст обследованных составил 11,7 мес., городских жителей – 67%. Большинство детей (95,8%) не посещало детских дошкольных учреждений. Основная часть детей (79,4%) была вакцинирована в родильном доме на 3-7 день жизни вакциной БЦЖ или БЦЖ-М. В случае, если дети имели временные медицинские противопоказания, а также из-за временного отсутствия вакцины в родильном доме, остальные дети были вакцинированы в детской поликлинике в среднем на пятом месяце жизни.

Результаты. Чаще всего (67%) выявлялись осложнения 1 категории (локальные поражения и региональные лимфадениты), реже (32%) – 2 категории (персистирующая и диссеминированная БЦЖ-инфекция без летального исхода). Известно, что риск возникновения осложнений на вакцину БЦЖ-М в 2 раза меньше, чем на вакцину БЦЖ. После перехода в Кировской области на массовую вакцинацию вакциной БЦЖ-М согласно приказу № 673 и в последующем приказу № 51н частота поствакцинальных осложнений снизилась с 60 случаев на вакцину БЦЖ до 16 на вакцину БЦЖ-М. Также изменилась структура поствакцинальных осложнений – осложнения 2-й категории уменьшились с 21 случая до 4.

Таким образом, в динамике с 2008г., в связи с переходом в Кировской области на массовую вакцинацию вакциной БЦЖ-М, отмечается снижение

частоты и тяжести поствакцинальных осложнений. В структуре поствакцинальных осложнений преобладают региональные лимфадениты и локальные поражения.

Статья

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Даровских С.В.

КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

Проблема с ситуацией по туберкулёзу у человечества стоит очень давно. Особенно остро заболеваемость увеличивается во время войн и экономических кризисов, что приводит к голоданию населения, снижению иммунитета у большей части людей, и провоцирует всплеск различных инфекций, и в первую очередь туберкулёза. С началом антибактериальной эпохи заболеваемость туберкулёзом резко снизилась, но, как и все живые организмы, микобактерия туберкулёза приспособилась к окружающей среде. И в настоящее время мы имеем достаточный процент штаммов микобактерий туберкулёза с лекарственной устойчивостью, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью к 2-3м препаратам и более. Данные показатели плюс увеличение заболеваемости подростков и достаточно высокие показатели смертности от туберкулёза в РФ, говорят о напряжённой ситуации по туберкулёзу в России. Хотя за последние годы имеется тенденция к снижению показателей заболеваемости взрослого населения как в целом по России, так и по Кировской области в частности.

Показатели заболеваемости туберкулёзом на 100 тыс. взрослого населения

Регион/год	2011г	2012г	2013г
РФ	61,	57,6	-
КО	42,5	47,3	42,0
г. Киров	29,0	32,5	31,0

В борьбе с туберкулёзом рассматривается три мощных направления: профилактика туберкулёза, его раннее выявление и лечение. Каждое из них важно и все вместе они создают единое целое. На современном этапе, исходя из статистических данных, мероприятия по профилактике туберкулёза оказывают значительное влияние на тенденцию уменьшения его заболеваемости. В Кировской области, в частности в г. Кирове, достаточно хорошо развито активное проведение данных мероприятий.

Профилактические мероприятия делятся на санитарные, медицинские и социальные.

Санитарная профилактика

Санитарно-профилактические мероприятия проводятся согласно рекомендациям по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулёза и в соответствии с их категориями по приказу МЗ РФ №109 от 21.03.2003 года. Они включают специальную противоэпидемическую работу в очагах туберкулезной инфекции (на дому у больного или в учреждении, где выявлен или находится больной туберкулезом, в том числе в медицинском).

Мероприятия в очагах туберкулёзной инфекции

В первую очередь необходима госпитализация бациллярного больного для проведения полноценного курса лечения противотуберкулёзными препаратами до его стойкого абациллирования (прекращения выделения им микобактерий туберкулёза). Важность этого мероприятия, позволяющего оградить его близких людей от возможного заболевания, должен осознать каждый больной. Отказываются от стационарного лечения единичные пациенты, ведущие асоциальный образ жизни. В таких случаях на них оформляются документы для принудительного привлечения к лечению через суд.

Следующим шагом в очагах туберкулеза предусматривается проведение заключительной (после изоляции больного) дезинфекции. В настоящее время на бесплатной основе полная заключительная дезинфекция с камерной обработкой вещей больного в Кировской области не проводится. Поэтому для больных и их родственников в КОГКУЗ ОКПТД разработаны методические рекомендации по проведению противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулёзной инфекции (проведение влажной дезинфекции по типу заключительной и текущей дезинфекции). Врачами и медсёстрами взрослого диспансерного отделения регулярно проводятся беседы по данной теме, выдаются дезинфицирующие средства для обработки в очаге. Будучи в очаге туберкулеза, больной и его родственники должны помнить и соблюдать санитарные правила, в т.ч. о "дисциплине кашля" и регулярном проветривании помещения. Больной должен при кашле отворачиваться от находящихся вблизи людей, прикрывать рот тыльной стороной ладони, сплевывать мокроту в индивидуальную карманную плевательницу (стеклянную с плотно пригнанной крышкой). Необходимо иметь минимум две плевательницы (одной больной пользуется, другая с мокротой

дезинфицируется). При отсутствии плевательниц пользоваться только одноразовыми платками, с последующим их обеззараживанием в дезинфицирующем средстве перед утилизацией. У больного должны быть отдельная кровать, посуда, белье, туалетные принадлежности, предметы ухода и пр., которые также регулярно обеззараживаются.

Обследование всех контактных из очага инфекции и ближайшего окружения для выявления возможного нового случая туберкулёза и определения круга лиц, подлежащих проведению курса химиопрофилактического лечения. И в дальнейшем регулярное диспансерное обследование контактных лиц два раза в год.

Обследование места работы больного с определением ближайшего круга контактных лиц, с составлением акта и плана противоэпидемических мероприятий. Отстранение больных туберкулезом от определенных видов работ (пищевые производства, животноводческие хозяйства, учреждения коммунального хозяйства, детские учреждения, лечебно-профилактические учреждения, а также профессии, связанные с широким кругом общения). Не допускаются больные туберкулезом к прохождению службы в армии и на флоте.

Обследование жилищных условий больного с определением нуждаемости в улучшения жилищных условий. Данные пациенты в дальнейшем представляются на жилищную комиссию ОКПТД. Списки нуждающихся лиц направляются в администрацию района, соответствующую месту жительства больного.

Все мероприятия по санитарной профилактике направлены на предупреждение заболеваемости туберкулёзом у контактных лиц и профилактику обострений туберкулёзной инфекции у самого больного.

Медицинская профилактика

К ней относится иммунизация вакциной БЦЖ детей и подростков. Вакцинация БЦЖ не защищает организм ребенка от заболевания туберкулезом, но если ребенок вакцинирован БЦЖ, он не заболеет смертельной формой туберкулеза (милиарным туберкулезом, туберкулезным менингитом, казеозной пневмонией). То есть, вакцина БЦЖ спасает ребенка в дальнейшем от возможной смерти от туберкулеза. С учётом того, что первичную вакцинацию от туберкулёза осуществляют здоровым новорождённым детям на 3-7 день жизни, т.е. ещё в родильном доме, важно регулярное динамическое наблюдение за очагом туберкулёзной инфекции и работа с женскими консультациями. Своевременное выявление беременной женщины в очаге, как контактной,

так и непосредственной самой больной туберкулёзом, что способствует плановой специфической подготовке к родам самой беременной, если она больна туберкулёзом. А главное решение вопроса о плановой изоляции бациллярного больного от новорождённого ребёнка как минимум на 2 месяца, т.е. на период формирования иммунитета после вакцинации БЦЖ. В данном случае важна слаженная координируемая работа взрослого и детского отделений противотуберкулёзного диспансера, налаженная связь с гинекологами женской консультации и гинекологами и неонатологами роддома.

Также к медицинской профилактике относится проведение среди контактных лиц курсов химиопрофилактического лечения, а при необходимости и повторного курса лечения через 6 месяцев. Необходимость проведения данного лечения, особенно среди лиц, из групп риска по медицинским показаниям, объясняется высоким риском развития туберкулёза.

Профилактические флюорографические осмотры населения проводятся в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Кировской области № 301 от 13.05.2005г. Данный метод сочетает в себе, как профилактические мероприятия, так и в большей степени раннее выявление туберкулёза органов дыхания. В Кировской области здоровое не декретируемое население с 15-летнего возраста должно проходить флюорографическое обследование 1 раз в 2 года.

Социальная профилактика

Социальная профилактика - это то, к чему стремится большая часть населения: повышение уровня жизни человека, хорошее сбалансированное питание, наличие отдельной квартиры или дома, душевное спокойствие (минимизация стрессов, оптимизм), чередование хорошей работы и полноценного отпуска, личное счастье, дозированная физическая нагрузка. Особое значение имеет борьба с вредными привычками. Известно, что чем выше уровень жизни населения, тем меньше становится больных туберкулёзом.

Среди населения Кировской области и г. Кирова врачами и медсёстрами ОКПТД регулярно проводится пропаганда знаний по профилактике и раннему выявлению туберкулёза, правилам личной гигиены, по пропаганде здорового образа жизни и необходимости регулярного диспансерного обследования с целью раннего выявления различных заболеваний. Проводятся беседы, лекции, радиолекции, оформляются сан. альбомы и сан. бюллетени, пишутся статьи в газеты.

Особенно активно проводится работа в месячник предшествующий Всемирному дню борьбы с туберкулёзом (24 марта). Информированность населения о заболеваемости туберкулезом в настоящее время значительно улучшилась.

После таких лекций каждый человек для себя может составить план действий по предохранению от заболевания туберкулезом. По возможности не находиться вблизи кашляющего человека, соблюдать правила личной гигиены, сбалансировано питаться, полноценно трудиться и отдыхать, заниматься физкультурой, чаще бывать на свежем воздухе, по возможности избегать стрессовых ситуаций, не раздражаться по мелочам, жить в гармонии с собой и окружающим миром.

Литература:

1. Приказ МЗ РФ от 21.03.2003 года №109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации».
2. Приказ департамента здравоохранения Кировской области от 13.05.2005 года «Об усилении мер по своевременному выявлению туберкулёза среди населения области».

Раздел 8

Пульмонология.

Социально-психологические и деонтологические аспекты во фтизиатрии

Тезисы

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра внутренних болезней

Цель: Изучить распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтической клинике ГБОУ ВПО Кировской ГМА Минздрава России за 2010 год.

Материалы и методы: В ходе ретроспективного исследования заболеваемости ХОБЛ проанализированы 749 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2010 году.

Результаты: В ходе анализа выявлено, что 47 человек страдают ХОБЛ; из них 78,7% это мужчины и 21,3% - женщины; по тяжести течения заболевания обнаружено, что 75,5% пациентов имеют легкое течение заболевания, 19,1% имеют течение средней тяжести, и 6,4% - тяжелое; 80,9% находятся в стадии ремиссии, 19,1% в стадии обострения. Люди молодого возраста страдают заболеванием в 10,6% случаев, среднего - 55,4%, пожилого в 34% случаев (по ВОЗ). Средний возраст составил 55 лет. Был проведен анализ заболеваемости ХОБЛ по социальному статусу (по Пиарковскому): 61,7% имели низкий социальный статус, 21,3% - средний социальный статус и 17% - высокий социальный статус. Из 47 пациентов 6,4% проживают в республике Коми, 81,8% - в городе Кирове и 18,2% в районах Кировской области.

Вывод: Таким образом, при изучении распространенности ХОБЛ было выявлено, что мужчины болеют в 3,7 раза чаще, чем женщины, преобладает легкое течение заболевания. Стадия обострения встречается в 4,2 раза реже стадии ремиссии. Проведенный анализ указывает на то, что ХОБЛ является часто сопутствующей патологией, так же высокий процент

заболеваемости отмечается у пациентов с низким социальным статусом, жители города более подвержены развитию ХОБЛ. Это говорит о необходимости проведения врачами-клиницистами профилактических работ с данной категорией пациентов, для снижения эпизодов обострения заболевания.

Тезисы

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Падыганова А.В., Чичерина Е.Н., Порубова В.П.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра внутренних болезней

Цель. В настоящее время растет удельный вес заболеваний органов дыхания в структуре хронических болезней человека. Предполагается, что в течение последующих 10 лет хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) будет занимать 2-е место в качестве причин смерти в популяции. Также одной из глобальных проблем здравоохранения является бронхиальная астма (БА). В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн. больных БА и к 2025 году, вероятно, увеличится еще на 100 млн. Распространенность БА у беременных в среднем составляет 4%. В настоящее время известно, что женщины с большей вероятностью заболевают ХОБЛ в молодом и среднем возрасте. Возросла заболеваемость ХОБЛ и у беременных. Факторами риска для беременных являются: обострение хронического процесса в легких, нарастание обструктивного синдрома и тяжесть заболевания, что неблагоприятно сказывается на состоянии плода и новорожденного. Целью нашего исследования явилось изучение распространенности хронических обструктивных заболеваний легких у беременных в Кировской области, их влияние на течение гестационного процесса и перинатальные исходы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 19520 историй родов и индивидуальных карт беременных, за 5 лет (с 2005 по 2009гг.), из них общее число беременных с хроническими обструктивными заболеваниями легких составило 2% (n=386). Отобрано 44 историй родов пациенток, родоразрешенных в КОКПЦ в 2005 году с хроническими обструктивными заболеваниями, которые были поделены на две группы:

1-ая – пациентки с ХОБЛ 1-2 стадии (n=12, средний возраст $32\pm 3,2$ года), 2-ая – пациентки с БА, персистирующее течение легкой и средней степени тяжести (n=32, средний возраст $29\pm 4,1$ лет). Из них пациентки с ХОБЛ не получали базисной терапии и 37,5% (n=12) беременных с БА, получали терапию ингаляционными глюкокортикостероидами. Группа сравнения включала 30 беременных без заболеваний органов дыхания (средний возраст $31\pm 3,1$ год). Оценка состояния новорожденного и плода проводилась по общепринятым в акушерской практике стандартам: шкале Апгар (показатель асфиксии), параметрам развития ребенка (масса, рост). Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ BioStat 2009 и STATISTICA 6,0 (США).

Результаты. Проведена оценка распространенности хронических обструктивных заболеваний легких у беременных Кировской области по отдельным годам за период с 2005 по 2009гг. На протяжении пяти лет каждый год отмечается достоверный рост хронических обструктивных заболеваний среди беременных, начиная с 1,3% (44/3357) в 2005г. до 2,9% (121/4193) в 2009г. ($p < 0,001$ ($\chi^2 = 20,032$)).

Беременные сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту, величине индекса массы тела, уровням систолического и диастолического артериального давления. Анализ анамнестических данных у беременных с хроническими обструктивными заболеваниями позволил выявить более высокий процент курящих в группе с ХОБЛ – 66,7% ($p = 0,023$). Также у данной группы пациенток выявлены достоверно более высокие значения общего холестерина 5,14 (4,58;6) ммоль/л в сравнении с 4,77(4,3;5,46) ммоль/л у беременных, страдающих БА ($p < 0,05$).

Анализ течения гестационного процесса показал более частое развитие фетоплацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода у беременных с ХОБЛ, соответственно, 58,3% и 50% ($p < 0,05$) (по результатам ультразвукового исследования), по сравнению с беременными с БА и пациентками, не имеющими заболеваний органов дыхания. Не выявлено достоверных различий по частоте преждевременных родов, хотя у пациенток с хроническими обструктивными заболеваниями легких они встречались несколько чаще в 33,3% случаев ($p > 0,05$). Меньший вес и рост детей при рождении отмечался у беременных с ХОБЛ и составил 2890 (2750;3185)г; $49,2\pm 3,6$ см, против 3230 (2870;3451,5)г; $50\pm 4,24$ см и 3452 (3100;3700)г; $51,98\pm 2,27$ см у пациенток с БА и беременных группы сравнения ($p = 0,015$ и $p = 0,021$, соответственно). Эти результаты особенно важны, так как известно, что

показатели массы тела новорожденного являются одним из наиболее объективных критериев репродуктивного здоровья женщины, отражающим условия внутриутробного развития плода.

Выводы. С 2005 по 2009 год в Кировской области отмечается достоверный рост распространенности хронических обструктивных заболеваний легких среди беременных. Течение ХОБЛ у беременных характеризуется достоверно более частым развитием осложнений со стороны плода и новорожденного.

Статья

СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Ощепков Д.С.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии
Центр здоровья КОГБУЗ «Северная ГКБ»*

За последние 4 года благодаря реализации в Российской Федерации (РФ) мер по борьбе с социально-значимыми заболеваниями в России на 25,3% снизилась заболеваемость туберкулезом [4]. Но всем известно, что заболевание туберкулезом влияет на социальный статус больных, а эффективность проводимой терапии зависит от психологического состояния пациента [2]. Поэтому проблема социального отношения к туберкулезной инфекции, наряду с вопросами этики и деонтологии во фтизиатрии до сих пор актуальна [1,3].

Цель: провести анализ социальных проблем и вопросов этики при туберкулезе.

Задачи:

1. Дать медико-социальную характеристику больным туберкулезом.
2. Оценить уровень информированности больных туберкулезом и населения о туберкулезной инфекции.
3. Изучить взаимоотношения больных туберкулезом с медицинским персоналом и окружающими людьми.

Материалы и методы: для составления медико-социальной характеристики больных и последующего сравнительного анализа разработана анкета, включающая сведения об уровне образования, материальной обеспеченности, жилищных условиях, занятости, семейном положении, взаимоотношениях с окружающими до и после выявления

туберкулеза, отношениях с медицинским персоналом, уровне информирования о заболевании туберкулезом и его лечении. С помощью анонимного анкетирования был проведен социологический опрос 315 человек. Первую группу составили 236 больных туберкулезом, находившихся на обследовании и лечении в Кировском областном противотуберкулезном диспансере (КОКПТД), во вторую группу вошли 79 респондентов, проходивших осмотр в «Центре здоровья», не состоящих на диспансерном учете в КОКПТД.

Результаты: из числа опрошенных мужчин было – 51%, женщин – 49%. Число лиц в возрасте от 14-18 лет составило 5%, от 19-25 лет – 20%, от 26-35 лет – 22%, 36-45 лет – 15%, 46-55 лет – 19%, 55-60 лет – 8%, 60 лет и старше – 11%. В 1-й группе 40% больных имели среднее образование, 37% - среднее специальное, не законченное высшее и высшее образование было у 3% и 8% лиц соответственно. При этом только 3 % из числа участников опроса 1-й группы являлись учащимися, 15% - составили пенсионеры, 17% - находились на нерабочей группе инвалидности, 30% больных не работали на момент выявления у них заболевания, 35% были трудоустроены. Наибольший процент составили рабочие – 28%, декретированные контингенты – 32,1%. Тогда как, во 2-й группе большинство респондентов являлись учащимися вуза (40%) и 18% его закончили, имели среднее образование 22%, среднее специальное – 19% человек. В целом 57% опрошенных во 2-й группе являлись учащимися различных учебных учреждений, 30% работали, 22% были на пенсии и только 1% составили безработные.

Более высокий уровень заболевания туберкулезом выявлен у жителей областного центра (45%). Среди опрошенных лиц 44% больных туберкулезом имеют материальный доход меньше прожиточного минимума. Курящими в 1-й группе оказались 70%, во 2-й группе – 15%, употребляют алкоголь 82% больных и 62% респондентов общей лечебной сети. Впервые выявлено заболевание туберкулезом у 96% больных. На момент опроса находились в стационаре на лечении в течение 1-3 месяцев 36% больных. При этом 44% больных не знают, как они заразились туберкулезом, 37% больных утверждают, что были в контакте. Семейный контакт отмечен в 40% случаев, по месту работы – в 28%, квартирный – в 22%, у 5% больных имел место контакт в местах лишения свободы, другие виды контакта отметили 5% опрошенных. Имеют сопутствующие заболевания 17% больных туберкулезом, 13% из них состоят на учете у терапевта. Утверждают, что не имеют сопутствующих заболеваний 52%,

не могут сказать есть ли у них сопутствующие заболевания – 21%. Среди опрошенных лиц 2-й группы имеют сопутствующие заболевания 42%, из которых 13% состоят на учете у терапевта, 54% не имеют сопутствующей патологии, 4% не знают о наличии или отсутствии у них заболеваний. Информированными о таком заболевании, как туберкулез, себя считают 64% больных и 77% опрошенных во 2-й группе. Самыми популярными источниками получения информации о туберкулезе среди больных являются медицинские работники КОКПТД (59%), 34% населения осведомлены благодаря телевидению и радио. О том, что «туберкулез всегда заразное заболевание», знают 37% опрошенных, «не всегда заразное» – 52%, «не заразное» – 2%, затрудняются ответить – 10%. Воздушно-капельный и пылевой пути передачи туберкулеза назвали 82% всех респондентов. Чтобы избежать заболевания туберкулезом 63% опрошенных 1-й группы считают, что необходимо вести здоровый образ жизни (ЗОЖ), а 78% населения – избегать контакта с больными. Наибольшее число респондентов (82%) к основным методам выявления туберкулеза относят флюорографию и рентгенодиагностику. О том, что туберкулез на сегодняшний день «абсолютно излечим», думают 51% участников опроса, 67% больных считают, что они вылечатся. Для лечения туберкулеза необходима комплексная и длительная химиотерапия 4 и более противотуберкулезными препаратами. Так считают 33% опрошенных, 46% не знают, как долго нужно принимать противотуберкулезные препараты. Поэтому, большинство (77%) нуждаются в дополнительной информации о заболевании, в том числе о методах лечения (55%). Взаимоотношения больных туберкулезом с окружающими является важной проблемой в наше время. С необходимостью сообщать родным о своем диагнозе согласны 65% больных. Не скрывают, но и не афишируют информацию о своем заболевании 62% лиц 1-й группы. После того, как родные узнали о заболевании туберкулезом, к 36% опрошенным больным отношение не изменилось. Считают, что к больным туберкулезом нужно относиться как к обычным людям 37% респондентов 1-й группы и 43% – 2-й группы, но стараться не контактировать с больными указывают 40% и 38% обследованных соответственно. От взаимоотношения медицинского персонала с больными туберкулезом во многом зависит течение, прогноз и исход заболевания. Желают выбрать врача 49%, доверяют своему врачу 68%, предпочитают совещательную модель взаимоотношения 56%,

большинство больных (77%) удовлетворены отношением медицинского персонала.

Выводы: полученные результаты исследования могут быть использованы для повышения эффективности мер по профилактике и борьбе с туберкулезом, качества обеспечения медицинской помощи и формирования толерантного отношения общества к больным туберкулезом.

Литература:

1. Валиев Р.Ш., Бурнашов Р.У., Богатова Э.В. Информированность населения о туберкулезе // Казан. мед. журнал. – 2002. – Т.83, №3. – С. 223-225.
2. Влияние туберкулеза на социальный статус пациентов / Л.А. Шовкун, Н.Э. Романцева, А.В. Константинова и др. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: матер. всерос. науч.-пр. конф. – СПб., 2011. – С. 124-126.
3. Результаты социологического опроса больных туберкулезом / И. Юркевич, И. Шумилова, Д. Мухамадиев и др. // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации: матер. 1-го конгр. – СПб., 2012. – 69-71.
4. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2010 году. Монография./ М.В. Шилова – М.: 2012. – 224 с.

Статья

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И КАЧЕСТВ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Тими́на Т.И., Касимова С.Г., Новиков В.Г.

КОГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»

Субъективное благополучие личности представляет собой интегральное социально-психологическое образование, включающее оценку и отношение человека к своей жизни и самому себе, которая имеет характерные особенности для каждого возраста. Основными компонентами субъективного благополучия являются: социальное благополучие – удовлетворенность своим социальным статусом и состоянием общества, к которому принадлежит индивид,

удовлетворенность межличностными связями и статусом в микросоциуме; духовное благополучие – осознание и переживание смысла своей жизни, наличие веры в Бога или в себя, в судьбу (предопределенность или счастливую удачу на своем жизненном пути), успех своего дела; физическое (телесное) благополучие – физическое самочувствие, телесный комфорт, ощущение здоровья; материальное благополучие – удовлетворенность материальной стороной своего существования, надежностью финансового состояния, уровнем обеспеченности; психологическое благополучие (душевный комфорт) – это прежде всего ощущение внутреннего равновесия, сферы чувств и эмоций. Чувство удовлетворенности весьма значимо для внутреннего (субъективного) мира личности. Оно связано с реализацией физических, социальных и духовных потребностей человека [2].

Проблеме субъективного благополучия посвящены работы Г. Кентрилла, Дж. Бредберна, Э. Кемпбелла, К. Роджерса, среди отечественных психологов данную проблему исследуют А.В. Воронина, Н.А. Аминов, Т.И. Ронгинская, Н.Е. Водопьянова, Т.В. Форманюк, П.П. Фесенко и другие. Субъективное благополучие личности тесно связано с такими понятиями как физическое и психическое здоровье. Эти связи опосредуются такими факторами, как социально-экономическая и экологическая обстановка, болезни, образ жизни и вредные привычки [1]. Заболевания органов дыхания, особенно социально-значимые, оказывают значительное влияние на уровень качества жизни и субъективное благополучие человека.

Для комплексной оценки результативности лечебной и реабилитационной работы учреждений здравоохранения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела в обиход медицинской деятельности стандартизированный индекс (QOL-Index). Он отражает пять аспектов качества жизни: общая активность, самостоятельность пациента в повседневной жизни, состояние здоровья, наличие поддержки со стороны других людей, перспективы на восстановление полноценной жизнедеятельности.

Дыхание – это не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностью человека. Оно является функциональным свойством состояния собственного Я, это способ обмена и установления равновесия между индивидуумом и средой. Дыхание является также средством самовыражения, которое отражает эмоциональные процессы и раскрывает их лучше, чем другая вегетативно

управляемая функция: печаль уменьшает глубину дыхания, в то время как радость увеличивает ее; боязливые люди часто имеют поверхностное или неравномерное дыхание.

Нами были изучены качество жизни и субъективное благополучие у пациентов с различной легочной патологией. В этиологии легочных болезней важную роль играют наследственные факторы, окружающая среда, профессиональные вредности, экологический фон, стрессоустойчивость, психическое состояние и образ жизни пациента.

Цель исследования: изучить особенности взаимосвязи субъективного благополучия (СБ) и качеств жизни (КЖ) у больных с разными заболеваниями легких.

Материал и методы исследования: исследование было проведено на базе Кировского областного клинического противотуберкулезного диспансера (КОКПТД) в период с апреля 2009 по февраль 2011 года методом анкетирования. Опрошено 65 больных, находящихся на лечении в 1 и 2 диагностическом отделении, из них 37 человек с диагнозом туберкулеза легких, 11 больных с саркоидозом органов дыхания, 17 пациентов с диагнозом пневмония, хронический бронхит и бронхиальная астма. Для выявления выраженности СБ у пациентов с легочными заболеваниями нами проведено исследование СБ у сотрудников ОКПТД (контрольная группа – отсутствуют легочные заболевания).

Использовались опросник «Шкала субъективного благополучия» А. А. Рукавишникова [6] и методика «Индекс качества жизни», адаптация А.О. Прохорова [4]. Методика качества жизни (КЖ) разработана А.О. Прохоровым с целью, помочь людям в достижении баланса между стрессами и силой, а также выбором своей линии поведения. Каждый его пункт есть способ выявления жизненных стрессов. Оценка с помощью КЖ сил поможет управлять стрессами. КЖ включает 40 категорий оценки индивидуального восприятия окружающей среды по шкале от 1 до 9. Количественная и качественная обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерной программы статистической обработки данных SPSS, версия 12.0, применялись непараметрические критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса, а также коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Шкала субъективного благополучия оценивает эмоциональный компонент субъективного благополучия в диапазоне от оптимизма, бодрости и уверенности в себе до подавленности, раздражительности и ощущения одиночества.

Традиционно выделяют пять критериев оценки СБ личности:

- крайне низкие оценки свидетельствуют о полном эмоциональном благополучии, полном отсутствии психологических проблем;
- крайне высокие оценки свидетельствуют о значительно выраженном эмоциональном дискомфорте. У лиц с такими оценками возможно наличие комплекса неполноценности, они, скорее всего, не удовлетворены собой;
- низкие оценки говорят об умеренном эмоциональном комфорте у данного человека, нет серьезных эмоциональных проблем, он уверен в себе;
- высокие оценки характерны для людей, склонных к депрессии и тревогам, пессимистичных, замкнутых;
- средние оценки свидетельствуют об умеренном субъективном благополучии, у лиц с такой оценкой отсутствуют серьезные проблемы, но и о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя.

Результаты и их обсуждение: наше исследование выявило, что у пациентов с высокими показателями по шкале СБ выражен эмоциональный дискомфорт, возможно наличие комплекса неполноценности, они не удовлетворены собой и своим положением, лишены доверия к окружающим и надежды на будущее, испытывают трудности в контроле своих эмоций, неуравновешенны, негибки, постоянно беспокоятся по поводу своих мнимых или реальных неприятностей. Сотрудники и пациенты КОКПТД с низкими значениями по СБ не испытывают серьезных эмоциональных проблем, достаточно уверены в себе, активны, успешно взаимодействуют с окружающими, адекватно управляют своим поведением, отрицают наличие серьезных неразрешимых проблем, обладают позитивной самооценкой, оптимистичны, эффективно действуют в условиях стресса, не склонны к тревогам. Качественный анализ результатов эмпирического исследования СБ у пациентов КОКПТД с различными заболеваниями легких предоставлен в таблице 1.

Таблица 1

**Средние показатели выраженности субъективного благополучия
у пациентов и сотрудников КОКПТД**

Категории испытуемых	Шкала субъективного благополучия			
	Балл		Стен	
	X_{cp}	Σ	X_{cp}	σ
Больные саркоидозом легких	47,45	10,05	3,45	1,37
Больные туберкулезом	55,50	16,41	4,5	2,17

легких					
Больные ХОБЛ, пневмонии	50,00	13,68	3,67	1,78	
Сотрудники КОКПТД	54,69	12,99	4,43	1,75	

X_{cp} – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение

Стены 1–3 – высокий уровень субъективного благополучия; 4–7 – средний уровень субъективного благополучия; 8–10 – низкий уровень субъективного благополучия.

Наглядно выражена выраженность средних значений по методике субъективного благополучия представлена на рис. 1.

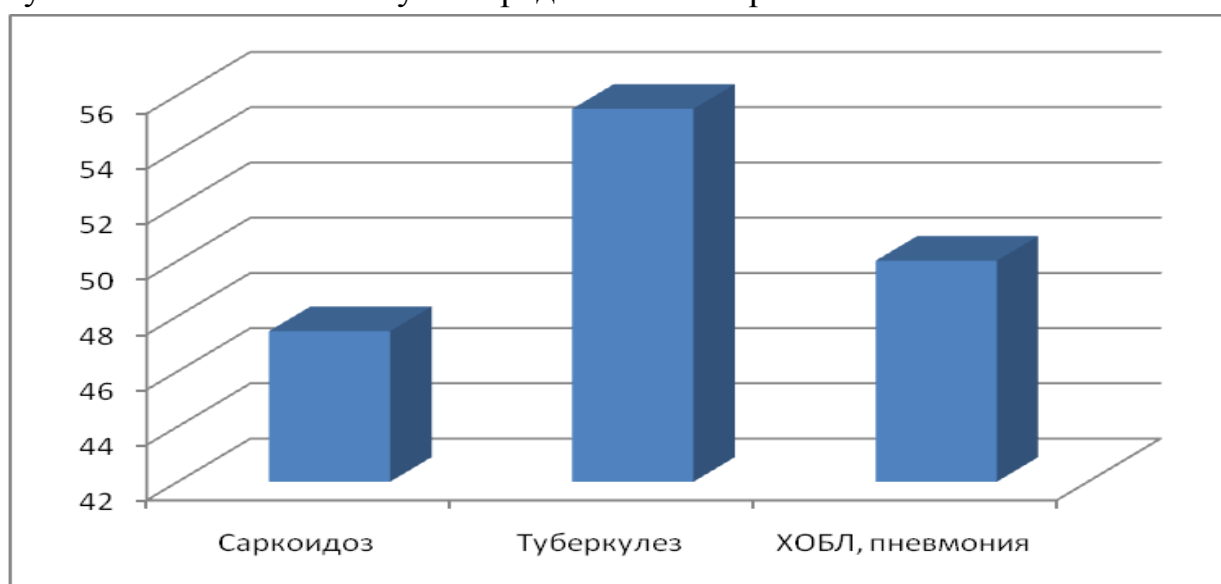


Рис. 1. Выраженность субъективного благополучия у пациентов КОКПТД

Анализируя результаты, представленные на рис.1, следует отметить, что у больных туберкулезом легких наиболее выражено субъективное неблагополучие.

Качественный анализ средних результатов эмпирического исследования выявил, что уровень СБ у больных и сотрудников КОКПТД находится на среднем уровне (4–7 стенов). Полное эмоциональное благополучие (1 стенов) выявлено только у 1 больного с саркоидозом легких и 2 сотрудников. Умеренный эмоциональный комфорт выявлен у 15 пациентов с туберкулезом, 5 человек с саркоидозом легких и 7 человек с диагнозом пневмонии и ХОБЛ. Из 54 сотрудников КОКПТД у 15 человек получены цифры умеренного субъективного благополучия. Среди исследуемых пациентов не выявлено высоких цифр, свидетельствующих об эмоциональном дискомфорте. Крайне высокая оценка (10 стенов)

выявлена только у 1 пациента среди группы туберкулеза легких. Высокие показатели (8–9 стенов) присущи небольшому количеству человек, а именно 3 пациентам с туберкулезом легких, 1 пациенту с пневмонией и 2 сотрудникам. Среди пациентов с диагнозом саркоидоза легких таких больных нет.

Опираясь на полученные данные можно сказать, что уровень СБ в среднем по каждой группе больных является удовлетворительным. Но в группе пациентов с диагнозом туберкулеза легких ($X_{ср} = 55,50$) и у сотрудников КОКПТД ($X_{ср} = 54,69$) уровень субъективного благополучия более низкий, чем у других групп нетуберкулезных больных.

Таблица 2

**Выраженность значений по дополнительным шкалам опросника
«Субъективное благополучие» у пациентов и сотрудников КОКПТД**

Шкалы субъективного благополучия	Саркоидоз		Туберкулез		Другие		Сотрудники	
	Ср.зн.	Ст. откл л.	Ср.зн	Ст. откл л.	Ср.зн	Ст. откл л.	Ср.зн.	Ст. откл
Напряженность и чувствительность	9,55	3,36	11,44	3,43	9,50	3,94	10,57	3,01
Признаки психиатрической симптоматики	13,27	4,84	15,22	5,96	13,83	4,15	14,54	4,76
Изменение настроения	5,00	1,73	5,97	2,86	4,42	2,07	5,61	2,27
Значимость соц. окружения	6,00	3,13	6,72	3,17	7,75	4,71	7,35	3,21
Самооценка здоровья	6,00	2,53	6,09	2,90	6,17	2,29	7,33	2,76
Удовлетворенность деятельностью	7,64	3,41	10,06	4,21	7,92	2,31	9,19	3,45
Сумма по методике ШСБ	47,45	10,05	55,50	16,41	50,00	13,68	54,69	12,99

При анализе выраженности значений СБ по дополнительным шкалам наиболее высокие показатели при сравнении различных групп пациентов выявлены в 4 подшкалах и по сумме баллов у пациентов с туберкулезом легких. Это напряженность и чувствительность, признаки, сопровождающие психиатрическую симптоматику, изменчивость

настроения, степень удовлетворенности повседневной деятельностью. Это свидетельствует о пациентах как о людях, которым может быть свойственна склонность к депрессии и тревоге, рассеянность, пессимистичность, замкнутость, они плохо переносят стрессовые ситуации, не отмечают удовлетворенность от своей повседневной деятельности.

В исследуемой группе сотрудников КОКПТД отмечены высокие показатели самооценки здоровья, отсутствие удовлетворения от своей деятельности, напряженность. Для группы больных с неспецифическими заболеваниями легких имеет значимость социальное окружение. Достоверных различий выраженности СБ среди различных групп больных с легочной патологией не выявлено.

При анализе исследования КЖ достаточно большое количество выборов со стороны пациентов с диагнозом саркоидоза легких получили следующие качества: отношение с детьми – 93% (вызывает радость); хобби (увлечения) – 81% (удовлетворительно); окружающая среда – 81% (комфортабельна); телефон – 93% (это не проблема); тенденции к оптимизму – 93% (все складывается хорошо); скрытность – 81% (я обычно говорю то, что думаю); самоконтроль – 93% (всегда держусь на уровне). Больные с саркоидозом органов дыхания отличаются также повышенным стремлением сделать все хорошо, обязательностью, выраженным чувством вины, низким самоконтролем и высокой зависимостью от других, недостаточным умением распределять рабочее время. В данной группе пациентов больше озабоченность и тревога за свое здоровье, чем у других групп.

Среди группы больных с туберкулезом легких большое количество выборов получили следующие КЖ: отношения с родителями-84% (вызывают радость); отношения на работе – 78% (обычно гармоничные); вес тела – 78% (нет проблем). Среди больных туберкулезом легких отмечена низкая индивидуальная приспособляемость, повышенная гневливость и склонность к стыду и чувству вины, неумение легко принимать решения. 41% пациентов отметили наличие жизненных кризисов за последние 6 мес. Все группы пациентов характеризует низкий показатель духовной и религиозной поддержки. 52% опрошенных отметили отсутствие успешного достижения целей и бесперспективность карьерного роста.

У пациентов с неспецифическими заболеваниями органов дыхания (пневмонии и ХОБЛ) большое количество выборов получили качества:

отношения с родителями – 83% (вызывают радость); отношения на работе – 91% (обычно гармоничные); отношения с друзьями, соседями и др. – 83% (хорошие, обычно чувствую их поддержку); телефон – 83% (это не проблема); вес тела – 83% (нет проблем); тонизирующие напитки – 91% (не употребляю); табак – 83% (никогда не курил или не курю более 3 лет); жизненные ценности и принципы – 83% (очень ясны, стабильны). У пациентов с группой неспецифических заболеваний легких 67% имеют высокий уровень СБ, что говорит об умеренном эмоциональном комфорте испытуемых: они не испытывают серьезных эмоциональных проблем, достаточно уверены в себе, активны, успешно взаимодействуют с окружающими, адекватно управляют своим поведением.

Таблица 3

Выраженность средних значений качеств жизни у пациентов и сотрудников

Качества жизни	Саркоидоз		Туберкулез		Другие		Сотрудники	
	Ср.зн	Ст.от	Ср.зн	Ст.от	Ср.зн	Ст.от	Ср.зн	Ст.от
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Карьера (работа)	6,82	2,23	6,03	1,67	6,83	2,08	5,81	2,26
Личные достижения	6,45	1,29	5,25	1,76	6,42	2,15	5,89	1,90
Здоровье	5,73	2,24	5,44	2,50	5,92	2,39	6,28	1,96
Индивидуальное общение	8,00	1,00	6,78	1,77	7,92	0,90	6,96	1,80
В одиночестве	3,36	2,66	4,34	2,03	3,00	1,81	4,11	2,55
Отношение с детьми	7,09	2,59	6,94	1,72	7,42	1,62	7,09	1,28
Отношение с родителями	8,18	0,87	7,56	1,95	7,42	2,50	7,24	2,05
Отношение на работе	7,45	1,29	7,25	1,08	7,67	1,07	6,80	1,58
Отношение с друзьями и др.	7,73	1,42	7,03	1,67	7,67	1,44	6,98	2,06
Религиозная поддержка	5,73	2,83	4,38	2,30	6,58	2,39	4,85	2,73
Хорошее настроение	6,36	1,69	5,44	1,83	6,25	2,45	5,94	2,31
Домашние животные	6,64	2,29	6,59	1,74	6,92	2,35	6,98	2,12
Хобби	6,18	2,18	6,19	2,19	6,83	2,55	6,20	2,72
Распределение времени	5,45	2,50	5,34	2,12	5,67	2,67	6,48	1,86
Окружающая среда	6,55	1,81	6,00	2,41	6,83	1,80	6,74	1,88
Телефон	7,00	1,84	6,78	2,39	7,92	1,16	6,72	2,71
Деловые поездки	6,82	1,47	5,72	2,19	7,25	1,76	6,09	2,33
Физическое состояние	7,45	1,44	6,28	2,28	7,00	2,17	6,43	2,33
Финансы	6,18	2,14	5,44	1,85	6,42	2,19	6,20	2,15
Жизненные кризисы	5,73	2,69	4,47	2,46	5,42	3,06	5,48	2,87
Релаксация и медитация	5,36	2,38	5,56	2,02	6,08	2,50	5,37	2,62

Карьера	5,91	2,59	4,69	2,24	5,25	2,49	4,20	2,28
Юмор	7,09	1,70	5,81	1,65	5,75	2,09	6,00	2,12
Межличностное общение	5,45	2,02	6,25	1,67	6,08	1,73	6,19	2,06
Физическая активность	5,55	1,51	6,13	1,43	5,75	1,42	5,78	2,03
Сон	6,36	2,01	7,09	2,15	6,50	2,47	6,35	2,64
Вес тела	6,55	3,47	7,09	2,35	5,75	3,28	5,85	2,92
Употребление алкоголя	8,64	1,21	7,88	1,79	8,17	1,99	8,24	1,90
Тонизирующие напитки	8,00	1,34	7,22	1,16	6,92	1,88	6,89	1,55
Табак	8,91	0,30	4,53	3,47	8,25	2,30	7,80	2,41
Самоконтроль	7,82	0,98	6,75	1,72	7,75	1,76	7,35	1,46
Принятие решения	7,36	1,50	5,78	2,01	6,00	2,56	5,19	2,14
Обязательность	3,00	2,53	4,34	2,40	3,75	2,77	4,39	2,89
Тенденции к оптимизму	7,64	1,21	6,06	1,83	7,08	1,31	6,72	1,71
Чувство вины и стыда	6,45	2,16	5,53	2,05	5,67	2,27	6,00	2,24
Скрытность	7,09	1,70	5,97	2,10	6,50	1,83	5,93	2,08
Приспособляемость	6,82	1,0	4,72	2,29	6,75	1,48	6,22	2,06
Гнев	6,4	1,86	5,78	2,04	6,67	1,72	5,80	1,98
Самоуважение	5,73	2,00	5,59	1,93	5,83	2,12	5,56	1,89
Жизненные ценности	7,27	1,79	6,03	2,13	7,75	1,42	6,22	2,17
Суммарный балл	264,5	26,7	238,1	31,97	261,6	36,62	242,8	48,04

Количественный и качественный анализ выраженности КЖ жизни у пациентов с различными диагнозами позволяет отметить следующие различия. Более значимые различия по таким качествам жизни как: личные достижения, индивидуальное общение, религиозная поддержка, употребление табака, самоконтроль, тенденция к оптимизму, приспособляемость, жизненные ценности.

Таблица 4

**Результаты корреляционного анализа взаимосвязи СБ и КЖ
у пациентов КОКПТД
(коэффициент ранговой корреляции Спирмена)**

Качества жизни	Саркоидоз		Туберкулез		Другие	
Карьера (работа)	–	–	–	–	–	–
Личные достижения	–	–	–	–	–	–
Здоровье	–	–	–	–	–	–
Индивидуальное общение	–	–	–	–	–	–
В одиночестве	-0,643	0,05	-0,374	0,05	–	–
Отношение с детьми	–	–	-0,391	0,05	-0,598	0,05

Отношение с родителями	–	–	–	–	–	–
Отношение на работе	–	–	–	–	–	–
Отношение с друзьями и др.	–	–	-0,449	0,01	–	–
Религиозная поддержка	–	–	-0,639	0,01	–	–
Хорошее настроение	–	–	–	–	–	–
Домашние животные	–	–	-0,361	0,05	–	–
Хобби	–	–	-0,409	0,05	–	–
Распределение времени	–	–	-0,358	0,05	–	–
Окружающая среда	–	–	-0,564	0,01	–	–
Телефон	–	–	–	–	–	–
Деловые поездки	–	–	-0,557	0,01	–	–
Физическое состояние	–	–	-0,361	0,05	–	–
Финансы	–	–	–	–	–	–
Жизненные кризисы	–	–	–	–	–	–
Релаксация и медитация	–	–	–	–	–	–
Карьера	–	–	-0,411	0,05	-0,780	0,01
Юмор	–	–	-0,409	0,05	–	–
Межличностное общение	–	–	–	–	–	–
Физическая активность	-0,619	0,05	–	–	–	–
Сон	-0,722	0,05	-0,527	0,01	–	–
Вес тела	–	–	–	–	–	–
Употребление алкоголя	–	–	–	–	–	–
Тонизирующие напитки	–	–	–	–	–	–
Табак	–	–	–	–	–	–
Самоконтроль	–	–	–	–	–	–
Принятие решения	–	–	–	–	-0,700	0,05
Обязательность	–	–	–	–	–	–
Тенденции к оптимизму	–	–	-0,359	0,05	–	–
Чувство вины и стыда	–	–	–	–	–	–
Скрытность	–	–	–	–	–	–
Приспособляемость	–	–	-0,563	0,01	–	–
Гнев	–	–	-0,511	0,01	–	–
Самоуважение	0,733	0,05	-0,512	0,01	–	–
Жизненные ценности	–	–	–	–	–	–

Суммарный балл	–	–	-0,666	0,01	–	–
----------------	---	---	--------	------	---	---

Среди пациентов с туберкулезом легких в результате корреляционного анализа выявлено, что СБ связано со следующими КЖ. Обратная связь: одиночество (времяпрепровождение в одиночестве) ($r=-0,374$; $p\leq 0,05$), отношения с детьми ($r=-0,391$; $p\leq 0,05$), отношения с друзьями ($r=-0,449$; $p\leq 0,01$), религиозная поддержка (религиозная и духовная поддержка ($r=-0,639$; $p\leq 0,01$), домашние животные ($r=-0,361$; $p\leq 0,05$), хобби (увлечения) ($r=-0,409$; $p\leq 0,05$), распределение времени ($r=-0,358$; $p\leq 0,05$), окружающая среда ($r=-0,564$; $p\leq 0,01$), деловые поездки (командировки) ($r=-0,557$; $p\leq 0,01$), физическое состояние (физическое состояние и среда) ($r=-0,361$; $p\leq 0,05$), карьера ($r=-0,411$; $p\leq 0,05$), юмор (игры) ($r=-0,409$; $p\leq 0,05$), сон ($r=-0,527$; $p\leq 0,01$), тенденция к оптимизму (пессимизму) ($r=-0,359$; $p\leq 0,05$), приспособляемость (гибкость индивидуальная (профессиональная) ($r=-0,563$; $p\leq 0,01$), гнев ($r=-0,511$; $p\leq 0,01$), самоуважение ($r=-0,512$; $p\leq 0,01$). Положительная связь субъективного благополучия у туберкулезных больных ни с какими качествами жизни не установлена.

Среди пациентов с неспецифическими заболеваниями легких в результате корреляционного анализа также установлена обратная связь СБ со следующими КЖ: принятие решения ($r=-0,700$; $p\leq 0,05$), карьера ($r=-0,780$; $p\leq 0,01$), отношения с детьми ($r=-0,598$; $p\leq 0,05$).

Вывод: больным с различными заболеваниями органов дыхания характерна разноуровневая выраженность субъективного благополучия. Наиболее низкий уровень субъективного благополучия выявлен у больных с туберкулезом легких, у больных с саркоидозом легких и неспецифическими заболеваниями легких преобладает средний уровень субъективного благополучия.

Количественный и качественный анализ выраженности качеств жизни у легочных больных позволяет отметить следующие различия. У больных туберкулезом легких выявлено большое количество значимых качеств жизни по сравнению с другими группами пациентов. Наиболее значимыми качествами являются отношения с родителями, отношения на работе, межличностное общение, физическая активность и др. Для пациентов с диагнозом саркоидоза легких наиболее значимыми качествами жизни являются: отношение с детьми, хобби (увлечения), окружающая среда, тенденции к оптимизму, самоконтроль и др. У пациентов с неспецифическими заболеваниями органов дыхания большое количество

выборов получили такие качества как: отношения с родителями, отношения на работе, отношения с друзьями, жизненные ценности и принципы и др.

В ходе статистического анализа установлены значимые взаимосвязи между качествами жизни и выраженностью субъективного благополучия у разных категорий пациентов КОКПТД, что позволяет сделать вывод о том, что на выраженность субъективного благополучия пациентов оказывают влияние качества определяемые образом жизни; особенностями взаимоотношений на работе, в семье, с друзьями; отношение к себе, самоуважение, гибкость поведения, приспособляемость, целеустремленность.

Литература:

1. Андреева Г.М. Социальная психология [Текст]. – М.: МГУ, 1980.
2. Аргайл М. Психология счастья [Текст]. М.: Прогресс, 1990.
3. Вдовина О.В. Клиническая эффективность психосоматических нарушений при лечении больных хронобструктивными болезнями легких». Автореф. дис. канд. психол. наук. Киров, 2008. – 29 с. Автореф.дис...канд. мед.наук. Воронеж, 2005.
4. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. А.О. Прохорова. – СПб.: Речь, 2004. – 480 с.
5. Психосоматические расстройства в практике терапевта. Руководство для врачей под ред. С.В.Рябова. Спб:спецлитература, 2008.
6. Рукавишников А.А., М.В. Соколова. Шкала субъективного благополучия. Руководство. Ярославль, НПЦ «Психодиагностика», второе издание. – 1996. 11 с.
7. Шамионов, Р.М. Субъективное благополучие личности: поиск внутренних детерминант // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Личность и бытие: субъектный подход». - Краснодар, 2007. – № 5. – С. 21-27.

Часть II

**Инновационные
образовательные технологии
в высшей школе**

Статья

АДАПТИВНАЯ МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ОБУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Новгородцева И.В.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра психологии и педагогики*

Модернизация высшего медицинского образования, связанная с последовательной интеграцией российской высшей школы в европейское образовательное пространство, определяет качественно новые подходы к подготовке будущих медицинских работников, в том числе и психолого-педагогической. Однако, выпускаемые сегодня будущие медицинские работники не считают значимыми психолого-педагогические знания и умения для своей профессиональной деятельности, т.к. они не входят в состав должностных инструкций и функциональных обязанностей специалистов, что относится к разряду нерешенных вопросов.

В результате, возникает необходимость совершенствования внутренних образовательных процессов. Одним из путей разрешения данной проблемы является создание адаптивной методической системы, которая позволит обучающемуся занять позицию субъекта учения, способного самостоятельно и эффективно решать стоящие перед ним учебно-познавательные психолого-педагогические задачи.

Итак, в настоящей работе ставится мало исследованная проблема психолого-педагогической подготовки будущих медицинских работников, основанной на использовании адаптивной методической системы.

Адаптивная система является социально-ориентированной, обучающей и развивающей моделью целенаправленных процессов взаимодействия педагога и обучающихся, основным качеством которых является сочетание адаптивной и адаптирующей деятельности [2]. Данная система обучения предполагает приспособление всех элементов педагогической системы: целей, содержания, методов, способов, средств обучения, форм организации познавательной деятельности обучающихся, диагностики результатов. Центральное место в адаптивной системе обучения занимает обучающийся взрослый, его деятельность, качества личности, т.е. обучение адаптируется к нуждам и запросам данной категории обучающихся.

Усиление роли методического аспекта связано с изменением отношения обучающихся взрослых к собственному образованию. С одной стороны, обучающиеся взрослые ценят сам факт получения образования, его престиж, с другой стороны, начинают обращать внимание на качество и полноту содержания образовательных программ, формы и методы подачи учебного материала. Именно отсюда проистекает интерес обучающихся взрослых к содержанию, формам, методам и средствам своего обучения.

Как отмечает Н.В. Кузьмина, методическая система обучения состоит из тех же компонентов, что и педагогическая система (цели, содержание, методы и средства обучения, организационные формы учебного процесса); отличие состоит в том, что каждый из них приобретает методическую функцию.

Исследования, проведенные в этом направлении, показали, что современный этап развития характеризуется глобальными проблемами, которые происходят в обществе, в цивилизационных процессах социума, а это неизбежно сказывается на состоянии системы образования, которая не может сегодня ограничиваться только подготовкой специалистов в традиционных формах, и требует обращения к системе адаптивной подготовки специалистов. Определенная трудность в этом плане заключается в том, что в педагогике, психологии до настоящего времени не сложилось четкого понимания адаптации. Теория адаптации, прежде всего, означает возможность приспособления, с одной стороны, к социальным запросам общества в системе профессиональной подготовки специалистов, а с другой – приспособление самой системы к индивидуальным потребностям и возможностям личности будущего специалиста.

Приспособление в адаптивной методической системе носит двусторонний характер. С одной стороны, образовательная система в лице образовательного учреждения и конкретного педагогического коллектива и коллектива обучающихся со своими методами, формами, содержанием, технологиями активно приспосабливается к индивидуальным особенностям обучающихся взрослых. С другой стороны, сам обучающийся взрослый приспосабливается к этой системе, в результате чего происходят качественные изменения в его психофизиологических и социальных характеристиках. В целом, методическая система является адаптивной к различным учебным планам, формам обучения, потребностям педагога и обучающихся взрослых.

Под адаптивной методической системой понимается совокупность взаимосвязанных компонентов: мотивационного, когнитивного, операционно-технологического, личностного, рефлексивного [1].

Психолого-педагогический компонент профессиональной деятельности медицинских работников играет важную роль в решении сложных задач оказания квалифицированной помощи населению, что связано с ориентацией на знание основ психологии и педагогики, специфики обучения взрослых; современные требования, предъявляемые к системе профессионального образования; потребности практического здравоохранения и особенности не только лечебно-профилактического учреждения, но и профиля отделения; происходящее реформирование в области здравоохранения.

В связи с тем, что психолого-педагогическая подготовка будущих медицинских работников является сложным и многогранным процессом, в котором участвуют преподаватель, обучающиеся, адаптивная методическая система обучения, как уже отмечалось, представлена следующими компонентами:

- мотивационный компонент – является определяющим фактором в процессе профессиональной подготовки в вузе. Отражает актуализацию профессионально значимых мотивов осуществления профессиональной деятельности, инициирует осознание и систематизацию собственных личностных возможностей, побуждение к усвоению знаний;

- когнитивный компонент – составляют когнитивные процессы личности обучающихся взрослых, особенности их развития, способы непосредственной организации совместной деятельности. Представляет систему усвоения знаний и умений для осуществления эффективной учебной деятельности;

- операционно-технологический компонент – представляет систему умений применять знания на практике, овладения навыками поиска усвоения и применения знаний в психолого-педагогическом поле деятельности. Представляет собой систему психолого-педагогических заданий;

- личностный компонент – предполагает успешность в учебной деятельности, определяется степенью сформированности личностных качеств обучающихся взрослых. Выражает степень потребности в непрерывном самосовершенствовании личности;

- рефлексивный компонент – отражает степень проявления самоанализа, самоисследования, самопознания обучающегося.

Осуществляет осознанную оценку процессов преподавания и учения. На основе полученной информации и ее анализа намечаются пути дальнейшего совершенствования формирования психолого-педагогической подготовки, модернизация компонентов, входящих в адаптивную методическую систему.

В выделенной последовательности компонентов адаптивной методической системы отмечается их взаимосвязанность и взаимообусловленность, так как изменение одного компонента системы требует изменение другого.

Следует отметить, что реализация адаптивной методической системы носит многоступенчатый характер. В соответствии с данным утверждением разработан алгоритм, включающий в себя четыре взаимосвязанных этапа: диагностический, адаптивно-знаниевый, технолого-адаптивный, рефлексивно-адаптивный.

Первый этап – диагностический. Суть его состоит в организации рефлексивного анализа обучаемыми своих затруднений в имеющихся психолого-педагогических знаниях, в самоопределении цели предстоящей образовательной деятельности. Результатом этапа является осознание своих «психолого-педагогических неспособностей» и проектирование индивидуального плана своей образовательной деятельности. Для педагога происходит уточнение представлений об «исходном» и «конечном продуктах» учебного процесса, т.е. характеристик исходного уровня психолого-педагогических знаний и умений и ожидаемого результата в их изменении.

Студентам был предложен опросник, позволивший определить значимость, использование психолого-педагогических знаний в профессиональной деятельности будущих медицинских работников.

На втором, адаптивно-знаниевом этапе, организуется учебный процесс, направленный на анализ затруднений, связанных с отсутствием (или недостаточностью) психолого-педагогических знаний и умений, самоизменение и саморазвитие, построение «образца» решения учебных психолого-педагогических задач. Этап вводит будущих специалистов в тематику и проблематику дисциплины, дает начальные сведения, которые необходимы до начала выполнения практической работы над педагогическими задачами. Предполагает применение готовых программных продуктов. Данному этапу соответствуют элементы: планирование процесса обучения; разработка системы задач; отбор содержания обучения; подбор видов, форм, методов, средств обучения для

использования при овладении содержанием обучения; определение этапов контроля.

Главная особенность используемых при этом форм и методов образовательной деятельности состоит в том, что они направлены не столько на снятие затруднений в профессиональной деятельности и жизнедеятельности, сколько на локализацию этих затруднений и сами создают феноменальный материал для последующей рефлексии.

Третий этап – технолого-адаптивный – составляет суть и реализацию учебного процесса. В форме специально организованных рефлексивных действий слушатели осуществляют исследование своего движения в решении учебных педагогических задач на предыдущем этапе деятельности, находят свои затруднения в действиях и переходят к анализу причин, связанных с отсутствием у них критериев деятельности. Тем самым оформляется заказ на критериальное обеспечение, который и реализуется с помощью консультаций и цикла учебных действий. Внимание направлено на приобретение умений, направленных на решение практических психолого-педагогических задач. Представляет собой организацию взаимодействия всех участников процесса через активные и интерактивные формы проведения занятий, владение создающими программами, обучающие тренинги.

Четвертый этап – рефлексивно-адаптивный – связан с освоением полного цикла, характеризующийся способностью вносить изменения в готовые программы с целью учета учебных задач, разрабатывать собственные несложные программы, решать профессионально-педагогические ситуации. Данный этап включает коррекцию процесса обучения. Проводится повторная диагностика и самодиагностика. В результате специально организованной рефлексии всего учебного процесса слушатели оценивают свои педагогические знания, умения, сформированные в ходе обучения и, затем, намечают цели, связанные с самообразованием, с участием в процессе обучения пациентов, с самоорганизацией в целом.

В качестве критериев сформированности педагогических знаний определены три уровня данных знаний: низкий уровень (исходный, ограниченный), средний уровень (достаточный) и высокий уровень (творческий, или инициативный).

Итак, применение адаптивной методической системы позволит обеспечить формирование педагогических качеств менеджеров сестринского дела, актуализировать, осуществить рефлексивный анализ

собственной педагогической позиции, уяснить теоретические положения и решение практических задач. Кроме того, предлагаемая адаптивная методическая система может быть реализована в образовательных учреждениях, где ведется подготовка медицинских работников.

Литература:

1. Долинер, Л.И. Адаптивные методические системы в подготовке студентов вуза в условиях информатизации образования: Дисс.... д-ра. пед. наук (13.00.08). – Екатеринбург, 2004. – С.7
2. Марон, А.Е., Монахова, М.Ю. Методологические основания понимания адаптивных систем обучения // Современные адаптивные системы образования взрослых. – СПб.: Изд-во Российской Академии образования Институт образования взрослых, 2002. – С.4-6.

Статья

«БЕЛЫЙ ЦВЕТОК» РАСЦВЕТАЕТ (ИЗ ОПЫТА ПРОВЕДЕНИЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ АКЦИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА)

Елсукова Е.П.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Российская Федерация входит в число 18 стран Европы, в которых борьба с туберкулезом является одной из приоритетных задач в здравоохранении. Вместе с тем, несмотря на снижение общей заболеваемости туберкулезом, ее абсолютные показатели по-прежнему остаются высокими. Заболеваемость наряду со смертностью и распространенностью относится к наиболее важным эпидемиологическим показателям. Заболеваемость туберкулезом постоянного населения в 2013 году составила 42,0 на 100 000 населения (2012 год – 47,3), снижение на 11,2%. Показатель смертности от туберкулеза также снижается, в 2013 году он составил 6,2 на 100 000 населения (в 2012 году – 5,8) [3]. Снижение показателей заболеваемости в последние годы говорит о совершенствовании мероприятий по раннему выявлению, диагностике и профилактике заболевания. Именно на одной из форм профилактики туберкулеза – проведения акции «Белый цветок» остановимся подробнее в данной статье. Акция не нова, ее исторические корни уходят в Швецию, где 1 мая 1908 года впервые в мире был проведен «День Белого цветка».

Эмблемой борьбы с туберкулезом стала белая ромашка и это не случайно. Отвар этого растения активно использовали при лечении больных туберкулезом. Из Швеции обычай перешел в Норвегию, Данию, Германию. В России праздник Белой ромашки впервые отметили в 2011 году. Инициатором его проведения стала Всероссийская туберкулёзная лига, которая приурочила празднества к дате начала своей деятельности – 20 апреля. Программа «туберкулёзного дня» предусматривала проведение просветительской работы и денежного сбора. К деятельности Лиги подключилось медицинское сообщество и другие общественные организации. Тема борьбы с туберкулёзом была актуальна для России, ибо это заболевание ежегодно уносило более 500 тысяч жизней в год.

В Вятке празднества впервые состоялись 25 июня 1911 года. Было запланировано проведение литературного вечера, лекций о туберкулезе, фейерверка, танцы в помещении летнего клуба, составление брошюры о значении праздника Белого цветка. Но главной составляющей всех мероприятий был сбор средств от продажи цветов. Рекомендовалось живые цветы собрать на окрестных полях, а искусственные изготовить своими силами. Для сбора средств было подготовлено 100 специальных жестяных кружек, завязанных бечевкой и запечатанных сургучной печатью. Все вырученные средства передавались в отдел Всероссийской Лиги по борьбе с туберкулёзом и организующийся фонд по борьбе с этим заболеванием. Оценивая значимость Дня Белого цветка газета «Вятская речь» писала: «Пусть каждый опустит лепту свою в кружку сборщиков. Это будет хоть и слабым, но реальным выражением нашей борьбы с окружающим злом, выражением любви к ближнему, символом которой является белый цветок» [1].

В последующие годы по-разному складывалась судьба Дня Белого цветка. Не всегда одобрительным было отношение окружающих, административных органов, духовенства. Но как бы в будущем не назывались подобные акции (например, «трехдневка») по сбору средств, они вносили свою лепту в оказание социальной помощи в деле борьбы с туберкулезом.

В современной России вернулись к традиции проведения Дня Белого цветка. 15 лет в нашей стране действует программа «Детский туберкулез», в рамках которой проводятся ежегодные мероприятия под девизом «Спасем детей от туберкулеза» [2]. Только четыре года назад данным акциям было возвращено историческое название «Белый цветок». В Кировской области инициатором проведения этих мероприятий выступило

Областное отделение Российского Детского фонда, соучредителями стали Кировская государственная медицинская академия и Кировский областной противотуберкулезный диспансер. Акция проходит при поддержке и участии администрации Кировской области и города Кирова. К участию привлекаются население, некоммерческие организации, государственные и коммерческие структуры, СМИ. Акция «Белый цветок» проводится с целью привлечения внимания общественности к проблеме распространения туберкулеза в области, его лечения и профилактики, к реальным проблемам детей. Задачи акции - информировать население об опасности заболевания туберкулезом, сбор денежных пожертвований для детских фтизиатрических учреждений, активизация волонтерского движения студенчества. Как правило, акция проходит в два этапа. На первом этапе готовится раздаточный материал, рекламные листовки, проводится информационная компания в СМИ. Силами детей детских домов и детей, находящихся на лечении в детском отделении Кировского областного противотуберкулезного диспансера, изготавливаются белые цветы. Начало второго этапа приурочено к Всемирному дню борьбы с туберкулезом – 24 марта. В этот день волонтеры – студенты академии, члены добровольческого центра «БлагоДарю», сотрудники и преподаватели кафедры фтизиатрии выходят на улицы города с флагами академии, информационными плакатами, ростовой куклой «Доктор» и яркими коробками наполненными цветами. Привлекая внимание прохожих, они предлагают им поддержать акцию, обменяв белый цветок и раздаточный просветительский материал (буклеты, листовки) на благотворительные пожертвования. Продолжая традиции, на смену жестяным кружкам пришли запечатанные банки с эмблемой Детского фонда, предназначенными для сбора средств. По итогам акции «Белый цветок» в 2013 году было собрано 266 тысяч рублей, из них 21 тысяча 163 рубля 72 копейки собрали студенты медицинской академии [4]. Сто шестьдесят шесть тысяч собранных средств пошли на обустройство детской площадки Кировского областного противотуберкулезного диспансера, сто тысяч потрачены на приобретение инвентаря для детского противотуберкулезного санатория Талица и закупку спортивного оборудования для тренажерного зала санаторной школы г. Кирово-Чепецка. Растет интерес к этой акции в студенческой среде, все больше желающих приобщиться к благородному делу. По итогам акции 2014 года студентами собрано 26 тысяч 770 рублей 91 копейка. Эти средства так же

будут направлены на реализацию программы по борьбе с детским туберкулезом.

Завершается акция подведением итогов, распределением пожертвований, передачей средств целевой аудитории, размещением отчетов. Эти функции выполняет оргкомитет.

Подводя итог, можно сказать о большой значимости акции «Белый цветок». Она продолжает исторические традиции благотворительности в нашей стране. Привлекает внимание общественности к проблемам выявления, лечения и профилактики туберкулёза. Особенно хотелось бы обратить внимание на тот позитивный заряд, который акция даёт её участникам. Она способствует развитию их коммуникативных навыков, творческой активности. Повышается уровень информированности студентов по проблеме. В ходе подготовки волонтеры подробно знакомятся с факторами профилактики социально-значимых заболеваний, к которым относится и туберкулёз. Значимая роль принадлежит здоровому образу жизни, а это: отказ от курения и употребления наркотиков, ограничение употребления алкоголя, здоровое питание, занятия физкультурой и спортом, личная и общественная гигиена. Важно отметить и чувство сопричастности к большому, нужному делу, ибо только общими усилиями можно добиться результата. Об этом ещё в прошлом веке писала вятская пресса: «Самая незначительная монета труженика будет иметь в общей сумме не меньшее значение, чем щедрое подаяние состоятельных лиц, ибо важно выражение общего сочувствия делу борьбы с туберкулёзом, как общественному бедствию, которое будет побеждено только при общем дружном усилии и единении всех частных и общественных сил»

Литература:

1. Касанов С. А. Белая ромашка (история борьбы с туберкулёзом на Вятке). – Киров, 2011.
2. Материалы II научно-практической конференции студентов, интернов кафедры фтизиатрии и сотрудников КОКПТД, посвященной Дню борьбы с туберкулёзом в Кировской области «Актуальные проблемы фтизиатрии» 28.02.2013.
3. Статистические данные МИАЦ. – Киров, 2013.
4. Итоги деятельности Кировского областного отделения Российского Детского фонда по благотворительным программам за 2009-2013 г.

Статья

ИЗУЧЕНИЕ ЭМПАТИИ УЧАЩИХСЯ 10-12 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Пегушина Д.А.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра психологии и педагогики*

Эмпатия, являясь ведущей социальной эмоцией, способствует установлению взаимоотношений между людьми, организует их взаимодействие и понимается, как способность человека эмоционально откликаться на чувства другого [5].

Период 10-12 лет является переходным, так как заканчивается один этап развития – младший школьный возраст и начинается другой – подростковый. В это время идёт формирование личности человека, построение отношения с окружающим его миром. В данных процессах большую роль играет эмпатия.

В настоящее время исследований, направленных на изучение психологических особенностей проявления эмпатии данной группой школьников нет. Однако есть ряд работ, посвященных изучению нарушений эмоциональной, личностной, коммуникативной сфер, которые оказывают непосредственное влияние на развитие эмпатии.

Е.Н. Васильевой подчёркивается, что дети с задержкой психического развития (ЗПР) имеют своеобразие эмоциональной сферы. Автор объясняет это незрелостью их психического развития [3].

Для них характерна эмоциональная лабильность, которая проявляется в неустойчивости настроения и эмоций, быстрой их смене, легком возникновении эмоционального возбуждения, иногда – немотивированных проявлений аффекта. Нередко у детей возникает состояние беспокойства, тревоги. В школе наблюдается состояние напряженности, скованности, пассивность, неуверенность в себе. В дальнейшем это сказывается на трудности эмоционального общения с окружающими людьми.

В исследовании Е.З. Стерниной было установлено, что у детей с ЗПР младшего школьного и подросткового возраста возникают трудности в определении эмоционального состояния персонажей сюжетных картин, в сравнении с их нормально развивающимися сверстниками. Следовательно, и в реальной жизни у детей с ЗПР могут возникать трудности в определении эмоционального состояния человека в ситуации общения.

Также учащиеся с задержкой психического развития часто затрудняются охарактеризовать собственное эмоциональное состояние в той или иной ситуации. Это свидетельствует об определенном недоразвитии эмоциональной сферы, которое оказывается довольно стойким.

В возрасте 10-12 лет формируются важнейшие личностные качества, становление которых влияет на социокультурное развитие ребёнка и на то, как он в дальнейшем будет строить отношения с окружающими людьми.

Личностная сфера учащихся 10-12 лет с ЗПР имеет своё своеобразие: для них характерна низкая самооценка, неуверенность в себе. Слабо выражены реакции самоутверждения и самоопределения.

Перечисленные особенности эмоциональной и личностной сфер проявляются в ситуативном поведении и отражаются на общении, которое тоже имеет свои специфические особенности.

Дети с ЗПР как младшего школьного, так и подросткового периодов имеют тягу к контакту с детьми младше их по возрасту, которые лучше их принимают. Перед коллективом сверстников у них возникает страх и они, как правило, избегают его.

В связи с этим отмечаются проблемы в формировании нравственно-этической сферы – страдает сфера социальных эмоций, дети не готовы к отношениями со сверстниками. У них могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми, они слабо ориентируются в нравственно-этических нормах поведения. Ребенок не может регулировать свое поведение на основе усвоенных норм и правил, не готов к волевой регуляции поведения.

Таким образом, нарушения в коммуникативной сфере учащихся 10-12 лет с задержкой психического развития выражается в неумение наладить продуктивные отношения с окружающими, в отклоняющемся типе поведения. Данные проявления могут способствовать развитию негативных личностных отношений и антисоциальных тенденций, которые особенно проявляются в подростковом возрасте.

Особенности развития эмоциональной, личностной, коммуникативной сфер непосредственно оказывают влияние на проявление учащимися с ЗПР эмпатии.

Изначально исследования эмпатии детей с ЗПР были посвящены дошкольному периоду. Е.Н. Васильева, изучая положительное эмоциональное отношение старших дошкольников с ЗПР к близким взрослым и сверстникам пришла к выводу, что у данной группы снижен

уровень формирования социальных эмоций и связывает это с особенностями их психического развития [3].

Исследователь С.Н. Сорокоумова в своём диссертационном исследовании отмечает, что дошкольники с ЗПР адекватнее воспринимают состояние благополучия, удовольствия, т.е. эмоционально положительное состояние; у них чаще выявляется сочувствие и эмоциональное содействие в эмоционально положительных ситуациях [6].

Н.В. Глоба в своем исследовании изучила особенности эмпатии детей с ЗПР младшего школьного возраста. В ходе исследования она обнаружила, что у изучаемой группы способности к сопереживанию и сочувствию в часто встречающихся ситуациях проявляются точно также как и у детей с нормальным психическим развитием [4].

Было выявлено, что у младших школьников с задержкой психического развития, как и у их нормально развивающихся сверстников существует зависимость от сложности ситуации, что находит отражение в снижении эмпатии. Однако дети с ЗПР в сложных ситуациях проявляют эмпатию гораздо меньше по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

Дети с ЗПР отличаются от детей с нормальным развитием меньшей выраженностью эмпатии к животным и взрослым. Различий между выборками по проявлению эмпатии к сверстнику выявлено не было. Данный факт может указывать на то, что к концу младшего школьного возраста увеличение значения общения со сверстниками происходит не только у нормально развивающихся детей, но и у детей с ЗПР.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у младших школьников с ЗПР, также как и у их нормально развивающихся сверстников проявление эмпатии обнаруживает зависимость от ее объекта: по отношению к животному она реализуется чаще, чем по отношению к взрослому.

Младшие школьники с ЗПР, в сравнении с нормально развивающимися детьми, проявляют эмпатию по отношению к сверстнику в зависимости от выполнения им школьных правил. В связи с этим можно предположить, что значительную роль в низком уровне эмоциональной отзывчивости на неблагополучие сверстника, нарушившего школьные нормы у младших школьников с ЗПР, может играть моральный реализм, который свойственен таким детям в конце младшего школьного возраста [4].

Также были проведены исследования эмпатии подростков с ЗПР, которые показали, что в большинстве случаев они имеют низкий уровень эмпатии, поэтому в большинстве случаев у них возникают трудности при установлении контактов и понимании эмоционального состояния другого человека [2].

Исследованием способности к эмпатии умственно отсталых подростков и подростков с ЗПР в сравнении с нормой проводил О.К. Агавелян. Результаты, полученные при обследовании детей с ЗПР по уровню проявления эмпатии, ближе к результатам нормально развивающихся сверстников, чем умственно отсталых. По направленности эмпатии к определённым объектам подростки с ЗПР сходны с нормально развивающимися сверстниками. У всех испытуемых способность к сочувствию сверстникам выше, чем к взрослым и животным [1].

Таким образом, по данным исследователей особенностей проявления эмпатии младшими школьниками и подростками с ЗПР можно сделать предположение о том, что учащиеся 10-12 лет с ЗПР незначительно отличаются по уровню эмпатии от детей с нормальным психическим развитием (НПР), но имеют специфические особенности.

Проявление эмпатии у них зависит от сложности ситуации общения, что проявляется в младшем школьном возрасте и, возможно, сохраняется к началу подросткового периода.

В конце младшего школьного периода детям характерно наиболее сильное проявление эмпатии к сверстникам и животным. В начале подросткового возраста наблюдается большее проявление эмпатии к взрослым людям, в особенности к родителям.

Таким образом, изучение эмпатии учащихся 10-12 лет с ЗПР необходимо, так как феномен оказывает влияние на построение отношений с окружающими людьми и дальнейшую социализацию учащихся в обществе.

Выявление особенностей проявления эмпатии данной группой является достаточно сложным, так как недостаточно работ, направленных на описание особенностей эмпатии учащихся младшего школьного и подросткового периодов. Возраст 10-12 лет является переходным этапом между ними и имеет ряд своих специфических особенностей, которые нельзя просто суммировать как набор качеств двух периодов. Также необходимо учитывать особенности развития учащихся с ЗПР на данном возрастном этапе.

Таким образом, для получения более полной картины специфики развития такой социальной эмоции как эмпатии в период с 10 до 12 лет учащимися с ЗПР, исследование необходимо строить с учетом всех выше перечисленных особенностей изучения и развития данной группы детей.

Литература:

1. Агавелян, О. К. Социально-перцептивные особенности детей с нарушениями развития. – Челябинск.: изд. центр «Татьяна Лурье», 1999. – 356 с.
2. Белова, Е. А. Особенности развития эмпатии у подростков с задержкой психического развития [Электронный ресурс] / Е.А. Белова, Е.Ю. Борисов // Режим доступа: <http://www.docme.ru/doc/129292/belova-e.a.%2C-borisova-e.yu.-osobennosti-razvitiya-e-mpatii-u> - Загл. с экрана.
3. Васильева, Е. Н. Особенности формирования положительного эмоционального отношения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР к близким взрослым и сверстникам: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.Н. Васильева. – Н. Новгород., 1994. – 19 с.
4. Глоба, Н. В. О влиянии условий обучения на особенности эмпатии младших школьников с задержкой психического развития // Специальная психология. – 2012. - № 2. – С 9-13.
5. Мясищев, В. Н. Основные проблемы и современные состояния психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР. – М., 1960. – Т. II. – С. 110-125.
6. Сорокоумова, С. Н. Развитие эмпатии у старших дошкольников с задержкой психического развития к сверстникам через оптимизацию детско-родительских отношений: автореф. дис. ... канд психол. наук / С.Н. Сорокоумова. – Н. Новгород, 2005. – 22с.

Тезисы

ИННОВАЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Сысоев П.Г., Русских О.Е., Ваганова У.С., Полищук А.В.

Ижевская государственная медицинская академия, кафедра фтизиатрии

Главной задачей образования в высшей медицинской школе является подготовка квалифицированного специалиста соответствующего уровня и

профиля, который свободно владеет своей профессией, имеет хорошие коммуникативные навыки, высокий уровень стрессоустойчивости, умеет быстро принимать самостоятельные решения и нести за них ответственность, стремится к постоянному профессиональному росту и обладает способностью поиска необходимой информации. Качество полученной образовательной услуги должно обеспечивать конкурентоспособный уровень знаний и умений выпускника, соответствовать запросам государства, общества и удовлетворять образовательную потребность личности.

Динамические изменения высшего медицинского образования выдвигают новые требования как к обучающимся, так и к преподавателям, ставят новые задания в области методики медицинского образования. Выполнение поставленных задач невозможно без применения инновационных образовательных технологий, с помощью которых реализуются современные условия эффективности образовательного процесса.

В процессе преподавания цикла «Фтизиатрия» студентам Ижевской государственной медицинской академии, в дополнение к традиционным методам чтения лекций и ведения семинарских занятий, используется ряд инновационных педагогических технологий, таких как интерактивные технологии обучения и компьютерные технологии.

Интерактивные технологии обучения определяют получение знаний и навыков при взаимодействии как преподавателя со студентами, так и студентов между собой. Это позволяет развивать навыки межличностного общения, творчества и продуктивного клинического мышления. Основными формами технологий интерактивного обучения, применяемых на кафедре фтизиатрии являются: проблемная лекция, учебная дискуссия, «мозговой штурм», викторина, кроссворд, модульный метод, клинический разбор, деловая игра, кейс-метод.

В современных условиях высокий уровень подготовки специалистов невозможен без применения компьютерной техники. Все лекции читаются с обязательным использованием наглядных средств обучения посредством мультимедийного сопровождения. Это позволяет воздействовать одновременно на слуховую и зрительную память аудитории, вызывает больший интерес слушателей к предоставляемой информации, приводит к лучшему усвоению материала и увеличению эффективности обучения. Кроме этого, на практических занятиях доклады обучающихся проходят с демонстрацией самостоятельно созданных мультимедийных презентаций с

последующей оценкой качества исполнения и изложения материала студентами и преподавателем.

Таким образом, использование инновационных образовательных технологий наряду с традиционным методом обучения студентов позволяет учебному процессу соответствовать как уровню развития других сфер нашего общества, так и его современным запросам. Инновационные методы преподавания вызывают позитивное отношение со стороны студентов, способствуют активизации их обучения, развитию мышления, «прививают» навык работы в группе, что, в свою очередь, значительно повышает уровень знаний студентов по основным вопросам фтизиатрии.

Тезисы

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Дмитриевых И.Л.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра иностранных языков

В настоящее время требуются специалисты высококвалифицированные и компетентные во многих областях знаний. Хорошее владение языком позволяет специалисту быть конкурентоспособным на мировом рынке труда. В системе образования это нашло отражение в появлении компетентного подхода. Суть данного подхода состоит, во-первых, в обеспечении будущего специалиста необходимым для его профессиональной деятельности уровнем знаний, умений и навыков, и, во-вторых, в формировании определенных компетенций, способствующих становлению и развитию личности специалиста.

Вслед за К.В. Фокиной, мы придерживаемся точки зрения, что «коммуникативная компетенция является ведущей и стержневой, поскольку именно она лежит в основе всех других компетенций». В основе коммуникации всегда лежит язык как средство общения.

Важным моментом обучения в высшей школе является язык специальности, «обеспечивающий будущему специалисту научное и профессиональное общение при получении специальности в образовательном учреждении на изучаемом иностранном языке». Студенты овладевают языком для специальных целей. Они изучают научный стиль (научно-популярные статьи, рефераты, аннотации),

лексические и грамматические особенности языка выбранной специальности, устную научную речь, т.е. все аспекты иностранного языка, которые «отвечают потребностям и интересам студента». Целью изучения иностранного языка видится овладение иностранным языком «как средства кросскультурного общения, т.е. повышения уровня коммуникативной компетенции, в контексте специальности – будущей профессиональной и академической деятельности».

Кроме того, образовательная система должна быть направлена на формирование и развитие специальных способностей – организаторских навыков, коммуникабельности, предприимчивости, умения выходить из сложных ситуаций. Возникает необходимость развивать способность самостоятельно действовать в социальных ситуациях, объективно оценивать свои коммуникативные возможности и максимально эффективно использовать их в процессе общения.

Специфика медицинского вуза предполагает овладение иностранным языком в объеме необходимом для использования его в ситуациях профессионального общения. Поэтому и задачи образовательной программы определяются коммуникативными и познавательными потребностями специалиста.

В Федеральном государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования сказано, что реализация компетентностного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий.

Исходя из выше сказанного, можно предположить, что технологии проблемного обучения, как вид интерактивных технологий, являются оптимальными для использования на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе. Они нацелены на развитие личностных качеств студента, на повышение мотивации как к обучению в целом, так и к иностранному языку, на формирование общекультурных и профессиональных компетенций, заложенных в нормативных документах. Но, далеко не все интерактивные технологии по причине сложности их организации и языковых трудностей находят частое применение на занятиях по иностранному языку. Но в то же время сложность организации и языковые трудности не являются непреодолимым препятствием и причиной отказа от использования той или иной технологии. Адаптация технологии под определенные условия, правильный выбор места технологии в образовательном процессе, создание условий для снятия

языковых трудностей, использование опор разной степени сложности и развернутости и другие методы сделают технологию возможной и эффективной.

Так как речь идет о профессиональном обучении, технологии должны носить профессиональную направленность и практико-ориентированный характер, и в результате сформировать способность обучаемого к действию, решению профессиональных задач.

Итак, под технологией проблемного обучения понимается такая организация учебного процесса, которая предполагает создание под руководством учителя проблемных ситуаций и организацию активной самостоятельной деятельности учащихся по их разрешению, в результате чего и происходит творческое овладение знаниями, умениями и навыками и развитие мыслительных способностей.

Схема проблемного обучения представляется следующим образом: преподаватель создает проблемную ситуацию, направляет учащихся на ее решение, организует поиск решения. Если же решение проблемы происходит на иностранном языке, то возникает мотивация и заинтересованность в овладении иноязычным языковым материалом. Эта технология создает оптимальные условия для реализации процесса общения, что является одной из ведущих целей обучения иностранному языку. Таким образом, обучающийся ставится в позицию субъекта своего обучения и как результат у него образуются новые знания, он овладевает новыми способами действия.

Важно то, что здесь сочетаются индивидуальная работа обучающихся с проблемной ситуацией и групповое обсуждение предложений, подготовленных каждым членом группы. Это позволяет обучающимся развивать навыки групповой, командной работы.

Используя технологии проблемного обучения на занятиях по иностранному языку, мы не только создаем реальные ситуации и предлагаем учащимся самим найти наиболее адекватное решение, но, и помогаем использовать освоенный иноязычный материал в ситуациях живого общения на иностранном языке. Умение общаться на профессиональные темы на иностранном языке для врача престижно и необходимо в современном мире.

К видам проблемного обучения можно отнести имитационные, деловые игры, анализ конкретных ситуаций. Вариантами проблемного обучения являются поисковые и исследовательские методы, при которых

учащиеся ведут самостоятельный поиск и исследование проблем, творчески применяют и добывают знания.

За счет того, что технологии проблемного обучения ориентирована на решение конкретных проблем определенной сферы деятельности, эта технология является актуальной и целесообразной для применения на занятиях иностранного языка в медицинском вузе.

Тезисы

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОЙ ГМА К ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ «ПЕРЕВОДЧИК В СФЕРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ»

Агалакова Т.Б., Мошанова Т.Л., Шашкина Е.М.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра иностранных языков

В 21 веке, веке расширения международных связей, очень остро встает необходимость подготовки не просто специалистов разного профиля - экономистов, юристов, врачей и т.д. - а специалистов, способных использовать иностранный язык для общения с людьми разных стран в реальных ситуациях, т.е. участвовать в процессе межкультурной коммуникации. Подготовка переводчиков в сфере профессиональной коммуникации стала важной социальной задачей, отвечающей новым потребностям нашей жизни.

В Кировской ГМА подготовка студентов по программе дополнительного (к высшему) образования с присвоением дополнительной квалификации «Переводчик в сфере профессиональной коммуникации» ведется с 2012 года. Отбор обучающихся осуществляется на основании результатов вступительного тестирования. Кроме того, студенты должны быть работоспособными и мотивированными к обучению.

Дополнительная специальность «Переводчик в сфере профессиональной (медицинской) коммуникации», рассчитанная на 2,5 года обучения, ставит своей целью углубление языковой компетенции обучающихся, усвоение положений науки «Теория перевода» и приобретение практических навыков перевода письменных аутентичных медицинских текстов и навыков перевода устной профессиональной речи.

Исходя из требований, предъявляемых рынком труда к переводческой деятельности, преподавателями кафедры было принято решение о прикладном характере языковой подготовки будущих переводчиков.

Ограниченное количество часов и невысокий исходный уровень владения английским языком обучающихся заставили практически отказаться от теоретических дисциплин и сделать упор на практические.

Практический курс английского языка (446 часов) предусматривает углубленное изучение грамматики и разговорных тем в дополнение к таковым, изучавшимся на 1 курсе в рамках основной программы.

Специальные дисциплины учебного плана включают в себя следующие: историю и культуру страны изучаемого языка (72 часа), практический курс профессионально-ориентированного перевода (428 часов), теорию перевода (76 часов) и практикум (150 часов).

Курс «История и культура страны изучаемого языка (Великобритании)» читается на английском языке преподавателем, неоднократно стажировавшимся в этой стране и имеющим личные впечатления практически обо всех сторонах жизни этой страны, в том числе и в системе здравоохранения.

«Теория перевода» знакомит студентов с историей перевода в мире и в России, с основными теоретическими положениями переводоведения, объясняющими как происходит переход от оригинала к тексту перевода, какие закономерности лежат в основе действий переводчика.

Центральное место в обучении переводчиков в сфере профессиональной коммуникации занимает дисциплина «Практический курс профессионально-ориентированного перевода». Обучение осуществляется по учебным пособиям «Learn to Translate by Translating», составленным в соответствии с рабочей программой подготовки переводчиков в сфере профессиональной коммуникации. Первая часть охватывает разделы «Предварительный анализ текста и выработка общей стратегии перевода», «Синтаксические приемы перевода», «Лексико-грамматические проблемы перевода», «Технические приемы перевода».

Вторая часть включает в себя разделы «Лексические проблемы перевода», «Переводческие трансформации», «Атрибутивные сочетания и их перевод», «Особенности заголовков и способы их перевода» и т.д.

Третья часть учебного пособия содержит аутентичные медицинские тексты для трех видов устного перевода: абзацно-фразового, перевода с листа и двустороннего перевода.

Все примеры на определенные переводческие трудности и их перевод взяты из оригинальных британских источников: бюллетеней главной медицинской организации «Генерального Медицинского Совета» (GMC), Королевского Колледжа Педиатрии и Здравоохранения детей (RCPCH),

медико-правовых журналов «Casebook», печатных изданий медицинских факультетов разных университетов Великобритании, учебников по медицине, информационных буклетов различных британских компаний, например, Arthritis Research Campaign, European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of General Practice, European Society of Hypertension и т.д.

Научно-популярные статьи медицинского содержания взяты из национальных и местных газет Великобритании: «Daily Mail», «The Mail of Sunday», «Daily Express», «The Times», «Sun», «The Journal», «Daily Star», «Manchester Evening News» и др.

При отборе текстов из аутентичной британской литературы составитель вышеуказанных учебных пособий руководствовался следующими принципами, отвечающими задачам обучения переводчиков в сфере профессиональной коммуникации: 1) тематика текстов должна соответствовать ориентации студентов на будущую специальность, 2) тексты должны содержать словарь как нейтральной, так и специальной терминологии и реалий расширения словарного запаса студентов, 3) все тексты должны содержать определенные переводческие трудности (лексические и синтаксические) для работы над ними во время учебного перевода.

Тематика профессионально-ориентированных текстов разнообразна и включает:

1) результаты научных исследований и клинику заболеваний (например, Found Migrane Gene that Could Lead to Cure; Teflon – Coated Cells that Could Lead to Cure; Breakthrough in Fight to Save Women from breast Cancer; Pioneering eye test can diagnose cancer, heart disease and even multiple sclerosis; Diabetes Risk if you Get less than Six Hours Sleep a Night; Facing up to Dementia; Genetic Link is the Key to unlocking Depression и др.);

2) новшества фармакологии (например, Cardiologist Nail New Lifesaver; Heart Wonder Drug; Wonder Pill Can Lengthen Your Life by 25 years и др.);

3) новшества национальной системы здравоохранения в подготовке и повышении квалификации врачей Великобритании (например, How to be Revalidated?).

Тексты такой тематики, несомненно, расширяют кругозор будущего врача-переводчика знаниями в области медицины страны изучаемого языка, что необходимо для обмена опытом между специалистами англо-говорящих стран. Ни в одной стране медицинская наука не стоит на месте,

она постоянно ищет новые методы диагностики, лечения и т.д. Чтобы студенты-переводчики были всегда в курсе последних достижений современной науки, пособия для их обучения переводу должны постоянно обновляться. Это можно делать путем составления приложений к уже имеющимся учебным пособиям.

Научно-популярные статьи британской прессы, используемые для учебного перевода, также содержат познавательный для студентов-медиков и будущих переводчиков материал. Их тематика следующая:

1) критика состояния здравоохранения, диагностические, лечебные ошибки некоторых врачей Великобритании (например, *Patients Left Hungry in Hospitals; Hospital Horror Families to Sue for Manslaughter; Cancer Patients Failed; Drug Pleas Rejected for One in Four Cancer Patients; Long Wait Led to Suicide Bids; NHS "fails 6 times to Save Sight"* и др.);

2) нарушение врачебной этики (*Doctors in Brawl as Mother Gives Birth*);

3) (не) здоровый образ жизни (например, *Cut Food and Drink to Avoid Breast Cancer; Smoking Gave Liza Mouth Cancer at 21* и др.);

4) советы и рекомендации больным людям (например, *How to Sleep Tight; Do you Suffer from Joint Pain?; Painkillers Boost Risk of Going Deaf* и др.);

5) реклама новых медицинских аппаратов (*Invisible Hearing* и др.).

Медицинские научные тексты – особый тип специальных текстов со своими лексико-грамматическими особенностями, со своей стилистикой. Это частотное употребление медицинской терминологии, реалий, неологизмов, сокращений, аббревиатур, многочисленных атрибутивных словосочетаний различных моделей, в том числе модели «существительное+существительное» (N+N+N...), отсутствующей в русском языке.

Синтаксис английских медицинских научных текстов также не совпадает с синтаксисом таких текстов в русском языке. В нем широко употребляются так называемые безэквивалентные сжатые структуры – сложное подлежащее, сложное дополнение, герундий и его комплексы, некоторые причастные конструкции, инфинитив, адвербиальные глаголы с предлогами и т.д.

Эти различия в английском и русском языках представляют собой большие переводческие трудности. Их переводом студенты, будущие переводчики, занимаются в течение двух лет. Обучение переводу начинается (и продолжается на протяжении всего курса) с глубокого

анализа каждого лексико-грамматического явления, каждого слова и словосочетания в переводимом предложении (тексте). Для каждой переводческой трудности переводческая наука разработала определенные правила, приемы, которые отрабатываются студентами на занятиях и в домашних заданиях.

Перевод с одного языка на другой, по сути своей, представляет собой использование различных трансформаций. Каждому уровню языка – фонетическому, морфологическому, лексическому, синтаксическому, фразеологическому – соответствуют свои трансформации, свой прием перевода. Их можно представить следующим образом:

-лексические трансформации: 1) транскибирование и транслитерация, 2) калькирование, 3) лексико-семантические замены (конкретизация, генерализация, модуляция);

-грамматические трансформации: 1) синтаксическое уподобление (дословный перевод), 2) членение предложения, 3) объединение предложений, 4) грамматические замены (формы слова, части речи или члена предложения);

-комплексные лексико-грамматические трансформации: 1) антонимический перевод, 2) экспликация (описательный перевод), 3) компенсация;

-технические приемы перевода: 1) перемещение лексических единиц, 2) лексические добавления, 3) прием опущения, 4) прием пословного перевода, 5) местоименный повтор.

Задача преподавателя заключается в том, чтобы научить студентов профессионально применять изученные трансформации, приемы и методы на практике. Перевод – это не просто автоматическое применение того или иного приема перевода, соответствующего той или иной лексико-грамматической трудности. Он всегда требует от переводчика огромной мыслительной и аналитической деятельности, т.к. слова в предложении находятся в сложных семантических отношениях друг с другом. А это, в свою очередь, требует, помимо использования чисто технических приемов, применение и логических методов, извлечение смысла не только из каждой лексической единицы, но даже и из ее компонентов и, особенно, из контекста в целом. Недаром переводчики говорят, что перевод начинается там, где кончается словарь.

На занятиях по обучению переводу студенты активно представляют свои варианты перевода, объясняют выбор своих трансформаций и

приемов. В результате дискуссии всей группы выбирается лучший вариант (варианты) перевода.

Владение русским языком в работе переводчика имеет такое же значение, как и владение иностранным языком. Практика показывает, что студенты хорошо владеют только одной разновидностью русского языка – разговорной, а это не тот язык, на котором им придется осуществлять профессиональную деятельность. Не зная родного языка, не умея оперировать необходимой терминологией, невозможно точно, правильно и профессионально донести информацию.

Повышение речевой культуры является одной из наиболее актуальных проблем российского общества, поэтому введение дисциплины «Стилистика русского языка и культура речи» имеет большое значение в подготовке будущего специалиста. В процессе работы с профессионально-ориентированными текстами обучающиеся приобретают навыки осмысления, редактирования, реферирования, аннотирования; совершенствуют навыки самостоятельной работы со справочными и лексикографическими источниками.

Одним из основных моментов учебного процесса в рамках дисциплины «Стилистика русского языка и культура речи» является обучение студентов научной речи, что объясняется широкой сферой применения научного стиля, его разносторонним влиянием на литературный язык в целом. Научный стиль реализуется преимущественно в письменной речи, поэтому при осуществлении перевода специалист должен следовать законам данного стиля. На практических занятиях студенты знакомятся с основными чертами научного стиля, такими как точность, абстрактность, логичность и объективность изложения; учатся аннотированию, реферированию, созданию научного текста. Участвуя в мини-конференциях, обучающиеся демонстрируют приобретенные ими навыки публичного выступления, ведения дискуссии на научные профессиональные темы.

Итак, основная задача подготовки переводчиков в сфере профессиональной (медицинской) коммуникации – вооружить их положениями теории перевода и научить применять полученные знания на практике с тем, чтобы добиваться получения адекватного перевода медицинских текстов. Адекватный перевод – это перевод, соответствующий подлинному по функции (полноценность передачи) и по выбору средств переводчиком (полноценности языка и стиля). В конечном счете, от точности перевода зависит все: точность экспериментов

медицинской науки, диагностика, клиника и, в конечном итоге, – жизнь человека.

Постигая премудрости родного и английского языков, обучающиеся параллельно расширяют свой кругозор, развивают эрудицию, получают навыки эффективной коммуникации, учатся отстаивать свою точку зрения убедительно, логично и последовательно.

В целом можно сказать, что студенты, получающие дополнительную квалификацию «Переводчик в сфере профессиональной коммуникации», – это специалисты нового поколения, которые имеют рабочий уровень владения английским языком, что обеспечит им доступ к зарубежной информации и поможет общаться с иностранными коллегами без языкового барьера.

Каковы дальнейшие перспективы программы «Переводчик в сфере профессиональной коммуникации» и работы кафедры по ее реализации? Дальнейшее развитие программы мы связываем с совершенствованием учебно-методической базы и более широким распространением технических и программных средств обучения. Перспективным направлением деятельности представляется подготовка обучающихся к сдаче международных экзаменов TOEFL и IELTS. В целом, мы ожидаем, что спрос на языковую подготовку в будущем может возрасти из-за сокращения часов на изучение иностранного языка в рамках основного образования.

Тезисы

КАК ЭФФЕКТИВНО ОРГАНИЗОВАТЬ УЧЕБНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПО ОСВОЕНИЮ ЯЗЫКОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И УПРАВЛЯТЬ ЕЮ

Огородникова Н.В.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра иностранных языков

Освоение ЯК студентами медицинского вуза (МВ) осуществляется в процессе учебной деятельности (УД), которая здесь имеет свою специфику. Основным видом речевой деятельности является чтение. Иноязычная коммуникативная компетенция имеет профессиональную направленность. Изучив опыт исследований УД в работах методистов, психологов и педагогов, мы пришли к следующим выводам.

1. УД состоит из следующих компонентов: учебной задачи, учебных действий, действий контроля, действий оценки.
2. УД студентов МВ по освоению языковой компетенции (ЯК) представляет собой процесс решения учебных и предметных задач в ситуациях общекультурного и профессионального характера, который направлен на овладение языковыми знаниями, языковыми и речевыми навыками как способами иноязычной речевой деятельности с помощью совокупности адекватных учебных и предметных действий. Такая УД обеспечивает формирование ЯК как составляющей профессионально-ориентированной иноязычной коммуникативной компетенции (ПОИКК) и развитие студентов как ее субъектов.

Мы считаем, что условиями успешного функционирования УД студентов по освоению компонентов ЯК является ее специальная организация, а также последующее оптимальное управление со стороны преподавателя. Следовательно, перед нами стоят задачи, во-первых, оптимально организовать УД, а во-вторых, максимально эффективно управлять ею.

В качестве средства организации предлагается использовать систему репродуктивных, репродуктивно-поисковых и поисковых учебных задач, решаемых студентом на трех фазах УД при выполнении адекватных действий. Этим самым преподаватель стимулирует активность учащихся, направляет и контролирует ее, представляя обучающимся нужную информацию и средства для успешного осуществления их УД.

Мы придерживаемся точки зрения К.Б. Есипович, которая считает, что любое средство обучения может стать средством управления, если оно способно результативно воздействовать на процесс усвоения. По мнению Е.И. Пассова, основным средством обучения иноязычному общению являются упражнения. В современных условиях средства обучения включают информационную среду с компьютерными технологиями, которая «раскрывает резервы учебного процесса и личности учащихся, расширяет дидактические возможности преподавателя.

Мы разработали комплекс упражнений в виде программы для организации и управления УД студентов МВ по освоению ЯК. В ходе решения репродуктивных, репродуктивно-поисковых и поисковых учебных и речевых задач студенты включаются в процесс уяснения и отработки (И.И. Ильясов) компонентов ЯК, сопровождающийся учебными правилами. Последние помогают обучающимся выполнять языковые и речевые действия путем указания на наиболее оптимальный способ их

осуществления в каждый отдельный момент учебного процесса. К основным средствам организации и управления мы отнесли систему репродуктивных, репродуктивно-поисковых и поисковых задач, ситуации, текст, упражнения. Вспомогательные средства включают различные правила, в том числе в виде памяток, помогающие студентам организовать свои действия по уяснению и отработке ЯМ. Описанные средства реализованы в виде комплекса упражнений на основе программы “Magister!” Комплекс включает тренировочные и контрольные упражнения, выполняемые после изучения грамматического, лексического и фонетического материала в форме различного вида памяток.

Именно такая совокупность основных и вспомогательных средств обучения может обеспечить эффективную организацию УД студентов по освоению ЯК и ее управление в обучении чтению на иностранном языке. В настоящее время программа проходит апробацию на занятиях по английскому языку у студентов-стоматологов Кировской ГМА.

Статья

МЕТОД ОПЕРЕЖАЮЩЕЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЛОК-СХЕМ

Ракишева А.С., Репина Ю.В.

*Казахский Национальный Медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, кафедра фтизиопульмонологии*

Большая роль в формировании практических навыков принадлежит самостоятельной работе студентов (СРС), которая служит неотъемлемой частью совершенствования клинического мышления. СРС – это особая форма обучения, выполнение которой требует от студента активной мыслительной деятельности. При подготовке заданий самостоятельной работы студент учится работать с дополнительной литературой - периодическими изданиями и интернет-ресурсами, обобщая и структурируя полученные сведения.

Выбор тематики по СРС определяется необходимостью более широкого охвата тех вопросов, которые из-за ограниченности времени не нашли должного отражения на аудиторных занятиях и требуют более детального изучения данных проблем в самостоятельной форме обучения.

Задания по СРС на кафедре фтизиопульмонологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (Казахстан, Алматы) выполняются в виде: реферативных сообщений,

составления клинических задач, диагностических алгоритмов, экспертной оценки истории болезни, схем лечения, таблиц, тестовых заданий, кроссвордов, протоколирования рентгенологических исследований, информационного листка по санитарно-просветительской работе, отражающего вопросы раннего выявления и профилактики туберкулеза.

Одним из новых методов СРС, используемых на кафедре является проведение опережающих самостоятельных работ, расширяющих пространство выбора учащимися фактов, проблем, закономерных связей в изучаемом содержании.

Организация опережающей самостоятельной работы базируется на нескольких важных принципах: интерактивности, индивидуализации обучения, регламентации, опоры на базовые знания и умения, опережающего обучения, обратной связи, допустимости внешнего контроля и самооценки.

Применение этих принципов дало возможность разработать методику опережающей самостоятельной работы студентов при подготовке к занятиям.

В результате осуществляется целостное и многостороннее изучение учебного материала. Существенной проблемой самостоятельной работы студента многие практикующие преподаватели назовут использование Интернет-ресурсов при ее подготовке. С одной стороны Интернет – это обширное хранилище информации, а с другой – студент перестает искать материал, просто копируя его, и тем самым получает лишь поверхностные сведения. Использование блок-схем в самостоятельной работе позволяет упорядочить большой объем материала, выстроить логическую цепочку. Для заполнения схемы материал необходимо переработать, обобщить и кратко записать, т.е. «пропустить через себя», что впоследствии повышает запоминаемость темы.

Впервые изучение фтизиатрии на факультете «Общей медицины» проводится на 4 курсе. Изучаемый материал цикла обширен, а время, отведенное для занятий, ограничено 4 днями. Метод опережающей самостоятельной работы с использованием блок-схем позволяет существенно сэкономить время на занятии для разбора более сложных моментов.

Цель метода: систематизация учебного материала.

Задачи: создание условий для опережающей самостоятельной работы и углубления знаний студентов, стимуляция стремления лучше понять предмет.

Сущность метода заключается в использовании блок-схем. Мы приводим сценарий проведения опережающей самостоятельной работы по теме: «Особенности клинического обследования больных туберкулезом легких. Обязательный диагностический минимум, дополнительные и факультативные методы исследования».

Содержание задания: заполнение блок-схем с использованием основной и дополнительной литературы.

Организация: постановка перед студентами целей, задач опережающей самостоятельной работы, заданий, а также указаний и разъяснений по выполнению заданий. На первом же занятии преподаватель знакомит студентов с принципами организации и проведения опережающей самостоятельной работы, показывает её значение в процессе формирования компетенций студента.

Основной этап: студентам на 1 аудиторном занятии выдаются карточки с разработанными схемами, преподаватель делает краткий обобщенный обзор методов диагностики легочных форм туберкулеза. Студенты самостоятельно вне аудитории заполняют схемы с указанием изменений, характерных для каждой клинической формы легочного и внелегочного туберкулеза.

Контрольно-оценочный этап: осуществление оперативной проверки и корректировки деятельности студентов проводится на 4 занятии. Формами проверки могут быть в зависимости от уровня подготовленности группы – устный опрос, решение ситуационных задач, работа в триадах. Оценка и подведение итогов выполнения самостоятельной работы студентов.

Таким образом, организация опережающей самостоятельной работы с помощью блок-схем позволяет разнообразить педагогический процесс, стимулирует поисковую деятельность студентов, делает занятия более проблемными и интересными. Дополнительный плюс – заполненные схемы остаются у студентов в качестве дидактического материала для прохождения цикла фтизиатрии в интернатуре.

Литература:

1. Горяинова Л.В. Развитие познавательных компетенций студентов в процессе самостоятельной работы с целью формирования специалистов инновационного типа. //Открытое образование. 2010г. №3
2. Колычов Н.М., Чернявская Н.К, Водолзский С. В.. Болонский процесс - как он воздействует на наши ВУЗы? // «Высшее образование сегодня» 2006г. №5.

3. Методические рекомендации по организации самостоятельной работы в условиях кредитной системы обучения. // Под ред . О.Н. Кузнецовой, Ж.Т.. Копбасаровой. Алматы., 2004.
4. Розин В. М. Традиционные и современные идеи (стратегии) построения учебных и образовательных предметов // XIV чтения памяти Г. П. Щедровицкого, 2008 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.fondgp.ru/lib/chteniya/xiv/abstracts/3>.
5. Смирнов С. Д. Педагогика и психология высшего образования. От деятельности к личности. – М.: Академия, 2009.
6. Починалина Л. Н. Педагогическое обеспечение самостоятельной работы студентов вуза в условиях дистанционного обучения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. – М., 2007.

Статья

МОТИВАЦИЯ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОЙ ГМА

Фесюк Е.Г.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Мотивация, в настоящее время признана бесспорной движущей силой человеческого поведения, учения и профессионального становления [1,2, 3].

Цель работы. Изучить уровень и структуру мотивации к обучению и профессиональной деятельности у студентов Кировской ГМА, обучающихся на цикле по фтизиопульмонологии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 студентов 5 курса лечебного факультета, обучающихся на кафедре фтизиатрии Кировской ГМА. Для решения поставленной цели была разработана специальная анкета, включающая в себя различные приемы и способы изучения мотивации. Тестируемым предлагалось ответить на 10 вопросов разной направленности (таблица 1). Анкетирование проводилось в начале цикла.

Полученные данные были проанализированы, обобщены, результаты представлены ниже.

Таблица 1

Анкета

Дорогой друг!

Учеба занимает в твоей студенческой жизни большое место. Просим тебя высказать свое мнение по вопросу о причинах, побуждающих большинство твоих однокурсников и тебя лично учиться.

1.	<p>Для чего Вы учитесь? (обведи номер вопроса, соответствующего твоему мнению, за группу – кружком, а за себя – поставь перед вопросом знак +. Можно отмечать несколько вопросов, если это соответствует твоему мнению).</p> <p>1) потому что хотим много знать. 2) потому что сейчас все учатся. 3) потому что интересно. 4) потому что интересно учиться. 5) привлекает сам процесс учебы. 6) из-за любопытства. 7) заставляют. 8) потом легко будет устроиться на работу. 9) хочу быть авторитетным в группе. 10) неприятно испытывать «наказания» за плохую учебу. 11) люблю заниматься самообразованием.</p>
2.	Почему Вы выбрали именно специальность «Лечебное дело»?
3.	Кем Вы планируете в дальнейшем работать?
4.	Что требуется для того, чтобы стать специалистом высокого уровня?
5.	Что для Вас важнее - личная жизнь или карьера?
6.	Какие цели Вы ставите, обучаясь на цикле по фтизиопульмонологии?
7.	Какие основные задачи Вы ставите перед собой на цикле по фтизиопульмонологии?
8.	Какие методы, методики, технологии обучения Вам интересны?
9.	<p>Кого бы Вы выбрали из своей группы, если бы Вам необходимо было:</p> <ul style="list-style-type: none"> - написать доклад - составить сценарий празднования Дня медицинского работника - остаться на неделю на необитаемом острове.
10.	<p>Допишите следующие предложения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Я был бы рад, если бы _____ - Я думаю, что когда _____ - Будущее кажется мне _____ - Я всегда хотел (а) _____ - Лучше всего мне работается _____ - Знаю, что глупо, но боюсь _____

	- Если все против меня _____ - Надеюсь на _____ - Моя наибольшая слабость _____ - Когда мне не везет _____
--	---

Так, нам было важно знать, для чего учатся студенты медицинского вуза? Эта ситуация в анкете оценивалась по 11 позициям (таблица 2).

Таблица 2

Для чего учатся студенты?

Кол-во студ.		Из них по позициям										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Абс.ч	19	9	5	4	9	1	-	-	8	-	-	2
%	100%	47,4%	26,3%	21,1%	47,4%	5,3%	-	-	42,1%	-	-	10,5%

По данным обследования, 47,4% студентов учатся, потому что хотят много знать, им интересно учиться и они считают, что в последующем будет легче устроиться на работу. 26,3% студентов указывают на то, что сейчас все учатся (то есть они действуют по стереотипу, с оглядкой на окружающих, так принято). И важно отметить, только 10,5% студентов любят заниматься самообразованием.

На вопрос «Почему Вы выбрали специальность «Лечебное дело»?» получены достаточно разнонаправленные ответы: привлекает работа, интересно, мечтала с детства. Другие указывают, что это более широкая специальность, легче устроиться, выбрать другую специальность, легче общаться с взрослыми пациентами. Третьи выбирали специальность по рекомендациям, по совету родителей, четвертые – важно отметить, чтобы оказывать помощь себе, своим близким, родственникам, окружающим.

При этом только 50% студентов планируют работать терапевтами, остальные выбирают другие специальности: невропатолога, хирурга, кардиолога, ревматолога, онколога, врача-инфекциониста.

Для того, чтобы стать специалистом высокого уровня, по мнению студентов, требуется следующие качества: на первом месте знания, умения, опыт, практика, компетентность. На втором месте - личные качества: трудолюбие, терпение, ответственность, самообразование, развитие. Небольшая часть студентов считают, что для этого необходимы цели, время, работа, рекомендации преподавателей, связи.

Для большинства студентов (78,9%) личная жизнь важнее, чем карьера, для 15,8% студентов - важна личная жизнь и карьера, только для 5,3% студентов на первом месте карьера.

Для нас было важно знать, какие цели по дисциплине ставят студенты, обучаясь на цикле по фтизиопульмонологии. Оказалось, что большинство студентов ставили перед собой познавательные, развивающие цели (получить знания по туберкулезу для будущей работы, оценить ситуацию по туберкулезу) и практические (сформировать умения по выявлению, диагностике, профилактике туберкулеза, получить навыки по чтению рентгенограмм). Небольшая часть студентов спланировала в качестве целей успешную сдачу зачета.

Следует отметить, что задачи обучения, которые ставили студенты перед собой на цикле, соответствовали целям, но не были полностью раскрыты.

Наиболее интересны для студентов были в плане обучения в начале цикла по дисциплине такие методы, формы, технологии и приемы обучения, как клинические разборы, курации, решение ситуационных задач, участие в деловых играх, лекции, просмотр видеофильмов, презентаций, наглядных материалов.

Чтобы изучить степень самостоятельности мотивов у студентов, зависимость их от взаимодействия с другими одногруппниками, при анкетировании использовался прием выбора партнера. Для этого каждого студента просили указать в тесте, кого бы он выбрал из однокурсников для того, чтобы совместно написать доклад, подготовить сценарий празднования дня медицинского работника, с кем бы могли остаться на необитаемом острове. При этом в зависимости от того, какой характер несет тот или иной вид деятельности, можно определить какие мотивы двигают поведение студента при выборе партнера.

Много нового о студентах, в том числе и их мотивационной составляющей можно узнать, используя прием неоконченных предложений. Большинство студентов были бы рады стать хорошим врачом, чтоб не было военных действий, что когда-нибудь они закончат вуз, найдут работу, будут получать достойную зарплату. Будущее им кажется светлым, солнечным, перспективным, отличным, не далеким и далеким, порой сложным и непредсказуемым. Они хотят стать врачами, быть счастливыми людьми, иметь семью, добиться уважения, а некоторые из них желают быть самостоятельными, поехать за границу, научиться плавать, прыгнуть с парашютом. Лучше студенту работается в дружном

коллективе, с теми, кому доверяешь или одному, в уютной обстановке, в тишине, утром и днем, и даже лежа на диване. Некоторые из студентов боятся высоты, темноты, пауков, оставаться одни, а также начинать работать врачом. Когда все против них, они стараются понять причину и как-то исправить положение, доказать обратное, надеются, что их любимые будут рядом. Студенты верят в успех, удачу, надеются на лучшее, что после окончания вуза получают хорошую работу, что все будет хорошо. Есть у них и слабости. Это лень, неуверенность в себе, волнение перед зачетом, любимый человек, сладкое, море. Когда студентам не везет, одни из них огорчаются, расстраиваются, залезают под одеяло и спят, другие не отчаиваются, они стараются думать о чем-то хорошем, надеются, что им повезет в другой раз и прилагают больше усилий для достижения целей. Вот такой образный портрет нашего студента медицинского вуза по результатам исследования.

Таким образом, в ходе работы у обследованных студентов выявлено большое разнообразие мотивов, интересов и потребностей, отражающих их готовность к осуществлению профессиональной деятельности. Важно отметить, что лидирующее положение в общей иерархии мотивов у студентов Кировской ГМА занимают осознанные внутренние познавательные мотивы, ориентированные на профессию врача.

Литература:

1. Копысова Л.А. Развитие мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в образовательном процессе медицинского вуза // Профессиональное и личностное развитие обучающихся в медицинских вузах. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2010. С.130-138.
2. Короткова О.Л., Короткова Е.И. Направляемая мотивированная самостоятельная работа студентов//Профессиональное и личностное развитие обучающихся в медицинских вузах. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2010.С.140-141.
3. Фесюк Е.Г. Ситуативный подход в обучении по дисциплине «Фтизиопульмонология», как фактор мотивации к профессиональной деятельности / Материалы международной научно-практической конференции «Психолого - педагогические механизмы и средства

формирования общекультурных и профессиональных компетенций у обучающихся в медицинских вузах» 5-6 февраля 2013 г.

Тезисы

ОПТИМИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ УТОМЛЕНИЯ

Серкина Е.А., Куклина С.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра химии

Исследование проявлений утомления у студентов является актуальным, поскольку выполнение учебной нагрузки предъявляет повышенные требования к управлению процессами, протекающими в ЦНС, и всегда сопровождается психическим и эмоциональным напряжением.

Как свидетельствуют педагогические наблюдения, студенты 1-го курса испытывают трудности в эффективном планировании своей самостоятельной учебной деятельности, что приводит к выраженному утомлению. В свою очередь, формирование хронического утомления ведет к снижению качества учебной деятельности.

Следует различать понятия утомления и усталости. Под утомлением понимается состояние организма, возникающее в результате деятельности и проявляющееся временным снижением работоспособности. Усталостью же называют субъективное переживание, чувство, отражающее утомление, хотя иногда чувство усталости может возникать и без предшествующей нагрузки, т.е. без реального утомления.

В нашем исследовании нас в большей степени интересует хроническое утомление, то есть пограничное функциональное состояние организма, которое характеризуется сохранением к началу очередного трудового цикла субъективных и объективных признаков утомления от предыдущей работы, для ликвидации которых необходим дополнительный отдых.

Развитие хронического утомления у студентов провоцируют такие факторы учебной деятельности, как насыщенность видов учебной деятельности (определяется по числу видов учебной деятельности), эмоциональное состояние обучающихся (зависит от реакций самих студентов на учебную нагрузку, особенностей изложения преподавателем

материала, формы и характера учебного задания); трудность учебного материала (определяется по характеру мыслительной деятельности, интенсивности и объему учебной нагрузки).

Отметим особенности действия данных факторов при изучении химии и основ биорганической химии. Во-первых, данные дисциплины ведутся на 1-м курсе, начало их изучения совпадает с периодом адаптации к условиям ВУЗа. Во-вторых, курсы общей и биорганической химии являются сложными для студентов, поскольку в последние годы произошло значительное упрощение программ по химии средней школы, сократилось число часов на преподавание химии в средней школе. По сравнению с имеющимся уровнем знаний студенту предъявляется большой объем нового материала. В результате увеличивается объем самостоятельной внеаудиторной работы, при этом студенты при подготовке к занятиям используют механическое заучивание.

Резкое снижение успешности обучения в ВУЗе по сравнению со школой многими студентами переживается болезненно. В результате хроническая неуспеваемость, неспособность справиться с заданием независимо от прилагаемых усилий повышает риск развития хронического утомления.

С целью исследования проявлений хронического утомления на кафедре химии среди студентов лечебного и педиатрического факультетов было организовано исследование. Всего было опрошено 48 студентов 1-го курса в возрасте 17-19 лет. Психодиагностический аппарат исследования представлен следующими методиками: САН (В.А. Доскин), опросник «Степень хронического утомления» (А.Б. Леонова), опросник для оценки острого умственного утомления (А.Б. Леонова, Н.Н. Савичева).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что показатели самочувствия, активности, настроения у участников исследования снижены. Так, средний показатель самочувствия в группе составил $3,8 \pm 1,1$ б.; активности – $3,5 \pm 1,3$ б.; настроения – $3,1 \pm 1,1$ б. при этом достоверных различий в выраженности показателей самочувствия, активности, настроения между студентами лечебного и педиатрического факультета выявлено не было. У 8,3% студентов выявлена низкая степень острого умственного утомления. Средняя степень острого умственного утомления диагностирована у 47,9% участников исследования. Высокая степень острого умственного утомления выявлена у 43,8% студентов. Не имеют признаков хронического утомления лишь 25% студентов выборки. Начальная степень хронического утомления диагностирована у 66,7%

студентов, принявших участие в исследовании. Выраженное хроническое утомление было выявлено у 8,3% студентов.

Полученные результаты требуют разработки мер профилактики и коррекции. Как один из путей решения данной междисциплинарной проблемы мы предлагаем ряд мер по оптимизации самостоятельной внеаудиторной работы студентов.

При организации самостоятельной внеаудиторной работы студентов должны учитываться следующие условия: систематическая и целенаправленная ориентировка студентов на активное овладение системой знаний и способов деятельности; использование исследовательского принципа; создание ситуаций профессионального характера, развивающих интерес и потребность в профессиональной деятельности.

С учетом полученных результатов исследования утомления необходимо сделать выбор в пользу таких форм организации самостоятельной внеаудиторной работы, которые позволят снизить долю механического заучивания.

Нами предлагаются такие формы оптимизации самостоятельной внеаудиторной работы, как заполнение рабочих тетрадей и составление справочника.

Рабочая тетрадь представляет собой пособие с печатной основой для работы непосредственно на содержащихся в нем заготовках; применяется преимущественно на первоначальных этапах изучения темы с целью увеличения объема практической деятельности и разнообразия содержания, форм работы, а также видов деятельности студентов. Рабочие тетради могут быть предложены студентам для самостоятельной внеаудиторной работы по дисциплинам, рабочие программы которых предполагают решение расчетных задач, написание протоколов лабораторных работ. Этому условию отвечает курс химии. Предложенные в рабочей тетради алгоритмы, заготовки помогут студентам освоить навыки использования физико-химического и математического аппарата.

При выполнении самостоятельной внеаудиторной работы по курсу «Основы биоорганической химии» студентам предлагается составить справочник. При изучении данной дисциплины студент должен оперировать структурными формулами органических соединений, уметь составлять уравнения биологически реакций. Задания по составлению справочника выполняются студентами в рукописном варианте, при этом используется выделение цветом отдельных частей молекул, что позволяет

легко запоминать суть даже структурно сложных уравнений. В результате работы над справочником студент самостоятельно готовит краткое руководство по курсу биоорганической химии.

Таким образом, оптимизация самостоятельной внеаудиторной работы студентов посредством использования рабочих тетрадей и справочников (портфолио) способствует более качественному закреплению изученного материала, снижению доли механического заучивания, что снижает вероятность развития утомления.

Статья

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ИНТЕГРАТИВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЭКСПЕДИЦИЙ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ

Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А.
ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Образование является стратегической основой развития личности, общества, нации, государства и залогом успешного будущего. Современный этап развития общества ставит перед российской системой высшего профессионального образования целый ряд новых проблем, самой важной среди которых является повышение качества профессионального образования путем внедрения в процесс обучения разнообразных инновационных технологий [4,5,6]. В последнее время все более популярными в педагогической практике становятся интегративные образовательные экспедиции. Однако, большинство исследований, посвященных данной проблеме, направлено на общеобразовательные учебные заведения [1,2,3], опыта организации данной технологии в высшей медицинской школе, в том числе фтизиатрической, не имеется. При этом, следует отметить, что сегодня воспитательно-образовательный процесс в высшей медицинской школе может и должен быть организован не только в учебных аудиториях вуза, но и на клинической базе учреждения и вне ее.

Цель работы: разработать и внедрить в учебный процесс по дисциплине «Фтизиатрия» новую форму инновационного обучения в виде интегративной образовательной экспедиции.

Задачи: 1) Разработать сотрудниками кафедры фтизиатрии Кировской ГМА методику интегративной образовательной экспедиции в противотуберкулезные учреждения Кировской области.

2) Организовать для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов, обучающихся на цикле по фтизиатрии, интегративную образовательную экспедицию по разработанной методике.

3) Оценить успеваемость студентов, участников интегративной образовательной экспедиции, и сравнить ее с успеваемостью студентов контрольной группы, не участвовавших в данном образовательном мероприятии.

Материалы и методы: На кафедре фтизиатрии Кировской ГМА за 2011-2014 учебные годы проведено 5 интегративных образовательных экспедиций в противотуберкулезные учреждения Кировской области для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультета во время обучения на цикле по фтизиатрии. В экспедиции приняли участие 150 человек, 16 групп, из них 3- коммерческих, 13-бюджетных (основная группа). Контрольную группу составили 156 студентов, 16 групп, из них 3- коммерческих, 13-бюджетных.

Технология интегративной образовательной экспедиции включала 3 этапа совместной работы преподавателя и студента: подготовительного (первые две недели обучения на цикле) с выделением теоретического раздела с изучением основных разделов фтизиатрии и творческого с подготовкой писем-внимания, сан.бюллетеней, подарков для детей и взрослых больных туберкулезом; собственно экспедиционного с реализацией основных целей и задач экспедиции продолжительностью одного учебного занятия (5-6 часов) в конце цикла изучения дисциплины и рефлексивного этапа после экспедиции в виде беседы, опроса, подготовки отзывов, писем в газету.

Экспедиция осуществлялась при поддержке руководства академии, кафедры и противотуберкулезных учреждений г. Кирова и Кировской области. Для экспедиции выделялся бесплатный транспорт и необходимые площади для проведения мероприятия, осуществлялась подготовка культурно-развлекательных мероприятий.

Обучение студентов на цикле осуществлялось с применением модульно-рейтинговой системы обучения. Оценка эффективности внедренной формы обучения включала показатели успеваемости студентов.

Цели интегративной образовательной экспедиции: образовательно-воспитательная, профориентационная, санитарно-просветительская, социальная - проведение акций «В помощь детям, взрослым больным туберкулезом», «Письмо внимания больному туберкулезом», консультативная помощь органам здравоохранения.

В ходе экспедиций на встречах с руководством и сотрудниками принимающих противотуберкулезных учреждений в виде презентаций, бесед, экскурсий, студенты познакомились с историей противотуберкулезных учреждений области, с их структурой, организацией работы, особенностями диагностики, лечения, профилактики туберкулеза, проводимыми реабилитационными мероприятиями, культурной жизнью учреждения. В рамках образовательной программы на базе противотуберкулезного учреждения проводились для студентов клинические разборы больных, тематические игры по проблемам фтизиатрии, основная цель которых - закрепление полученных знаний, умений и навыков в ходе цикла по фтизиатрии. Экспедиция завершилась памятными снимками и чаепитием, подготовленным организаторами и студентами.

Результаты: При анализе показателей успеваемости студентов, участников интегративной образовательной экспедиции (основной группы) в сравнении с контрольной группой (студентов, не участвовавших в мероприятии), были установлены более высокие показатели успеваемости в основной группе (рис.1,2,3).

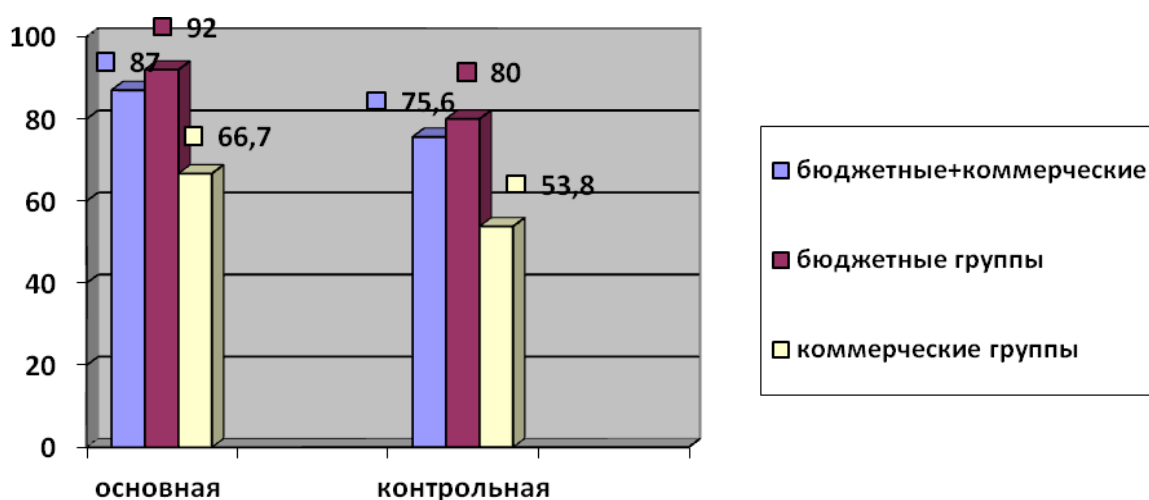


Рис. 1. Качественные показатели успеваемости студентов с проведением на цикле по фтизиатрии интегративной образовательной экспедиции

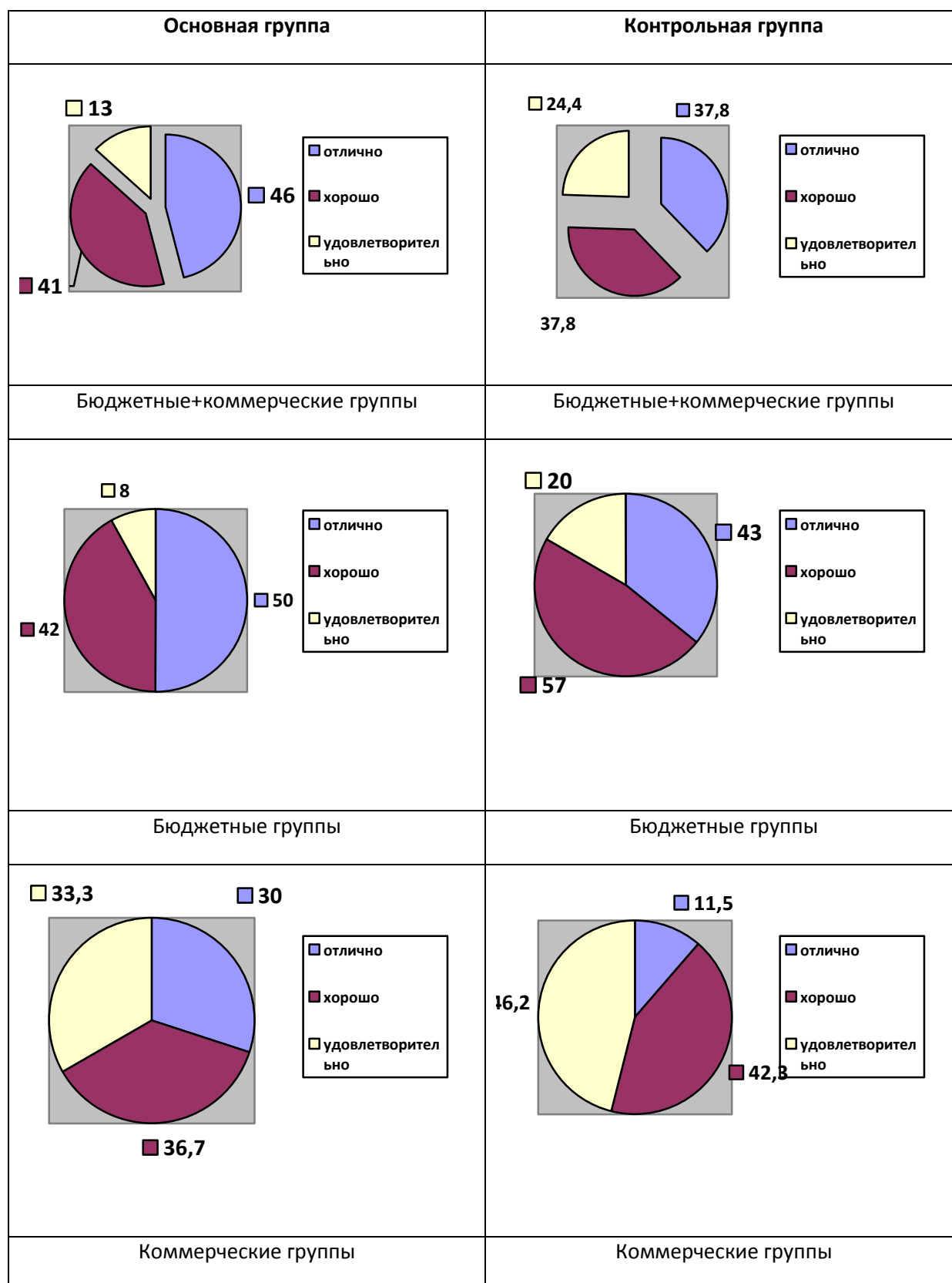


Рис. 2. Успеваемость студентов на цикле по фтизиатрии с проведением интегративной образовательной экспедиции

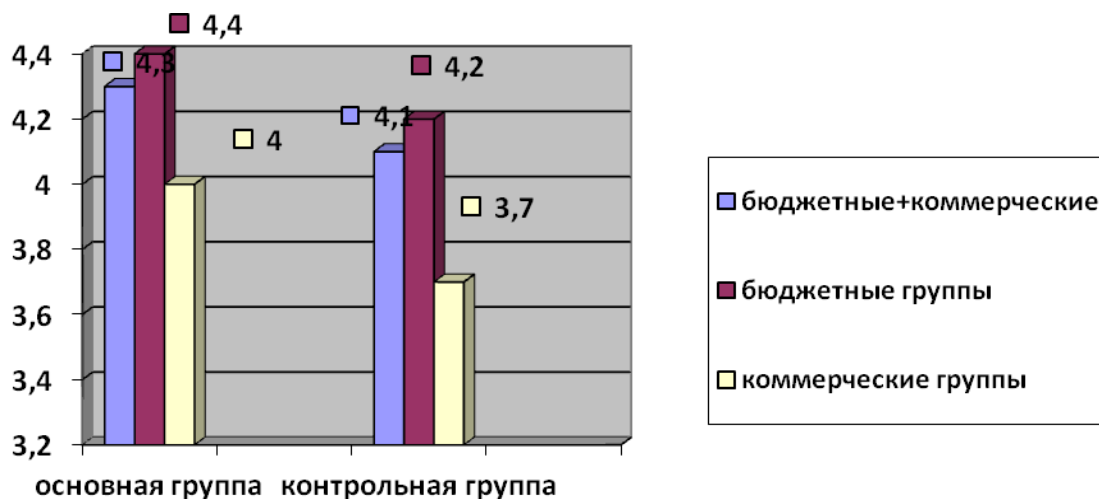


Рис. 3. Средний бал у студентов с проведением на цикле по фтизиатрии интегративной образовательной экспедиции

Как видно из данных рисунков, качественный показатель успеваемости студентов основной и контрольной групп составил 87% и 75,6% соответственно, средний бал 4,3 и 4,1. При сравнении бюджетных и коммерческих групп основной и контрольной групп были установлены более высокие показатели у студентов бюджетных групп. Так, качественный показатель успеваемости и средний бал у студентов бюджетного набора составил в основной группе 92% и 4,4, в контрольной - 80% и 4,2, у студентов коммерческих групп соответственно 66,6% и 4,0; 53,8% и 3,7. Оценку отлично получили на цикле 46% студентов бюджетного набора, участвующих в экспедиции, и только 37,8% студентов, не участвующих в ней. Напротив, удовлетворительных оценок было больше в контрольной группе, по сравнению с группой основной (соответственно 24,4% и 13%).

Таким образом, интегративная образовательная экспедиция - это эффективная форма организации образовательного процесса во фтизиатрии. В процессе обучения решаются многие образовательные задачи: развитие учебно-познавательной активности, информационно-коммуникативных компетенций, творческой способности студентов.

Кроме того, экспедиция - это своеобразная форма мониторинга воспитательного процесса. Во время поездки можно оценить поведение обучающихся студентов в другой, незнакомой обстановке, обратить внимание на соблюдение этикета, санитарно-гигиенических правил, на уровень сформированности коммуникативных компетенций,

способствовать формированию чувства патриотизма, гордости за свой регион и страну в целом.

Интегративная образовательная экспедиция позволяет по новому организовать образовательное пространство учебных занятий в медицинском вузе, создать для студентов особую атмосферу значимого события, превратить учебное занятие в жизни студента в «занятие жизни для него», пробудить интерес к дисциплине, ее истории, мотивировать в отношении будущей специальности, приобрести навыки санитарно-просветительской работы среди здоровых, групп риска по туберкулезу и больных туберкулезом, в том числе социально-дезадаптированных лиц.

В процессе экспедиции для обучающегося в какой-то момент наступает озарение, при этом ближе кажется каждое сказанное или услышанное во время экспедиции слово или же происходит его более глубокое осмысление после экспедиции.

В ходе экспедиции можно пережить момент вдохновения при создании творческой работы, например при подготовке стихотворения по проблемам фтизиатрии, отзыва по экспедиции, подготовке письма - внимания.

Интегративные образовательные экспедиции безусловно имеют преимущества перед обычной экскурсией и они заключаются в ее сути-интеграции с разными видами деятельности обучающегося, педагога и других участников этой инновационной формы организации учебного процесса.

Важно отметить, что в процессе интегративной образовательной экспедиции происходит и естественное повышение педагогического мастерства преподавателей, так как от них как никогда требуется умение сохранять равновесие между образовательным процессом и неформальной обстановкой во время экспедиции.

В целом, интегративная образовательная экспедиция способствует духовно-нравственному развитию личности студентов, их профессиональному становлению.

Литература:

1. Вологжанина В.В. Педагогические основы режиссуры урока: Дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01: Киров, 2004, 208с.
2. Зинченко В.П. Психологическая педагогика. Материалы к курсу лекций. Часть I. Живое знание / В.П. Зинченко. — Самара, 1998.

3. Перевозчикова Н.В. Проект «Диалоги о России»: интегративная образовательная экспедиция как педагогическая технология / Н.В. Перевозчикова // Образовательная программа гимназии: идеология, технология, опыт, рефлексия. Москва; Киров, 2001. - С. 95-100.
4. Поздеева Н.В., Фесюк Е.Г., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А. Модульно-рейтинговая система обучения в практике работы преподавателя высшей медицинской школы /II конгресс национальной ассоциации фтизиатров.28-30 ноября 2013. - С-Петербург, с. 293-294.
5. Черкасов М.Н. Инновационные методы обучения студентов. // Материалы XIV международной заочной научно-практической конференции «Инновации в науке», 19 ноября 2012г., г.Новосибирск.
6. Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А. Интегративная образовательная экспедиция – новая форма инновационного обучения во фтизиатрии /II конгресс национальной ассоциации фтизиатров.28-30 ноября 2013. - С-Петербург, с. 294-295.

Тезисы

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ

Милеева Л.М., Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А.,
Колосова Е.А., Свинцов А.Е.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

В современных условиях одним из требований к реализации образовательных программ является использование в учебном процессе интерактивных форм проведения практических занятий, которые формируют и развивают профессиональные навыки студентов.

В основу интерактивных методов обучения заложен принцип группового опыта работы, активности и взаимодействия студентов, а так же обязательного наличия обратной связи. Главной особенностью интерактивного метода обучения является продуктивная, творческая деятельность студентов. Существуют различные формы интерактивного обучения, одной из которых является занятие – конференция. Конференция - (лат – conferentia conferre – «собрать в одно место») собрание, совещание группы лиц для обсуждения определенных вопросов (энциклопедический словарь). Проведение конференции стимулирует

студентов на активную, самостоятельную деятельность с представлением результатов своей работы в виде доклада – презентации и публикации, способствует навыкам публичного выступления, развитию искусства ведения дискуссии. Студенческая конференция является частью самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы обучающихся, имеет воспитательную цель, так как способствует развитию ответственности, инициативности, уважения друг к другу.

Целью данной статьи является распространение опыта интерактивных форм проведения практического занятия в виде научно-практической конференции со студентами 5 курса лечебного факультета по дисциплине «Фтизиопульмонология».

Задачи:

1. Дать описание подготовительного этапа организации конференции, проведения и оценки ее результатов.
2. Оценить эффективность проведения научно-практической конференции.

Материалы и методы: На кафедре фтизиатрии проведено 3 научно – практических студенческих конференций (21.02.2012; 28.02.2013; 06.03.2014), которые были посвящены и приурочены к Дню борьбы с туберкулезом в Кировской области. В 1993 году Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был объявлен национальным бедствием, а день 24 марта – Всемирным днем борьбы с туберкулезом.

Продолжительность конференций составляла 5-6 часов, что соответствовало продолжительности учебных занятий и тематике материала рабочей программы по дисциплине.

Первая студенческая конференция включала доклады по клинко-рентгенологическим особенностям различных клинических форм туберкулеза органов дыхания на современном этапе. Представлено 10 выступлений, из них 7 студенческих докладов, клинический пример и сообщения 2-х клинических интернов.

Тематика второй научно-практической конференции студентов – современные методы диагностики, эффективность лечения туберкулеза, история становления противотуберкулезной службы на Вятке. К участию в этой конференции кроме студентов были привлечены интерны, аспиранты кафедры и врачи Кировского противотуберкулезного диспансера. Прослушано 15 докладов, из которых 8 – студенческих.

Третья научная студенческая конференция была посвящена не только Дню борьбы с туберкулезом, но и 25-летию кафедры фтизиатрии. На ней

освящен частичный анализ деятельности противотуберкулезной службы Кировской области за 25 лет, этико-правовые аспекты во фтизиатрии, вопросы внелегочного туберкулеза и анализ чувствительности и специфичности нового диагностического теста - Диаскинтеста у детей и подростков. В рамках конференции представлено 11 работ.

Большое значение в проведении студенческой конференции имеет подготовительный этап и мотивация студентов к участию в ней. О проведении конференции студентам сообщалось на первых занятиях 15 дневного цикла, разрабатывалась тематика научных исследований, проводился поиск материала (выборка историй болезни в отделениях и из архива, рентгенограммы, тематическая литература). Студенты самостоятельно проводили изучение медицинской документации, анализировали полученные результаты, оформляли статью с выводами своей работы, готовили презентацию для выступления. Работа студентов координировалась преподавателями групп. На каждую конференцию составлялась программа с указанием места и времени проведения, научных координаторов, орг.комитета, членов комиссии, обеспечение технического менеджмента, технических средств и плана проведения конференции. Для оценки научных работ студентов использовались соответствующие критерии: использование материала вне ВУЗовской программы, научная новизна, степень личного вклада в исследование, эрудированность в рассматриваемой области, научное и практическое значение результатов работы, композиция доклада (цель, задачи, методы, результаты, выводы), доступность и качество изложения, использование демонстрационного материала, достоверность полученных результатов. На каждого выступающего с докладом студента заполнялась таблица, где по 10-бальной системе оценивались все выше изложенные критерии и выставлялся суммарный балл. По окончании конференции подводились ее итоги, определялись лучшие доклады и призовые места с вручением почетных дипломов I, II, III степени. Кроме этого определялись различные номинации: за содержательность доклада, оригинальность представления материала, практическое значение исследования и другие.

Результаты: Всего в научно-практических конференциях приняло участие 12 групп 5 курса лечебного факультета (122 студента), ими представлено 25 научных докладов по различным разделам фтизиатрии, 2 клинических примера (трудности диагностики туберкулеза легких у ребенка 4-х месяцев; эффективность хирургического метода лечения). Тематика научных исследований студентов была разнообразной,

актуальной и сопровождалась созданием студентами иллюстрационного материала, который в дальнейшем использовался на практических занятиях.

Оценка эффективности интерактивного метода обучения «научно-практическая конференция» проведена с использованием оценки знаний по окончанию цикла. Среди 12 групп студентов, участвующих в научно – практической конференции (122 человека) отличные оценки были у 62 (50,8%); хорошие у 29 (23,8%); удовлетворительные у 21 (17,2%). Показатель качества составил 74,6%.

Контрольную группу составили 12 групп студентов (128 человек), в которых конференция не проводилась. Оценка их знаний была следующей: отлично – 41(32%); хорошо – 51 (41%); удовлетворительно – 35 (27%). Качественный показатель – 73%.

Выводы:

1. В процессе подготовки к конференции студенты более углубленно изучают основные разделы дисциплины, что способствует лучшему усвоению учебного материала, расширению кругозора и формированию долговременной памяти. Студенты, участвующие в конференции, чаще получают на зачетном занятии отличные оценки (50,8%), чем не участвующие (32%).
2. У выступающих на конференции студентов формируются практические навыки систематизации и обобщения изученного материала, публичного выступления, ораторских способностей.
3. При обсуждении докладов укрепляются коммуникативные навыки, умение слушать выступающего, способность правильно формулировать интересующие студентов вопросы.
4. Проведение научной конференции дает возможность опыта самостоятельной, творческой деятельности, воспитывает у студентов чувство ответственности.

Таким образом, проведение учебной научной конференции в предложенной форме активизирует познавательную деятельность студентов, творческую активность, самостоятельность в работе, что необходимо врачу в будущей профессиональной деятельности.

Статья

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ЗАСЕДАНИЯ
СТУДЕНЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ,
ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ)**

Скрябина Л.В.

КОГБОУ СПО «Кировский медицинский колледж»

Актуальность проблемы применения современных технологий в образовательном процессе вызвана интеграционными и информационными процессами, происходящими в обществе, становлением новой системы образования, ориентированной на вхождение в мировое образовательное пространство.

На современном этапе развития экономики и социальной сферы происходит увеличение потребности в специалистах среднего звена, изменение их роли, места и функций, повышение требований к их компетентности и качеству труда. Механизмом такого развития является инновационная деятельность, которую можно понимать, как деятельность, преимущественно ориентированную на максимальное развитие творческих способностей и создание мотивации к саморазвитию индивида на основе добровольно избранной образовательной траектории в области профессиональной деятельности. Развитие инновационной деятельности предполагает освоение новых технологий в обучении, в которых опора на запоминание уступает место развитию мышления[1].

Большую значимость для инновационной деятельности приобретают идеи творческого саморазвития личности, оптимизации образовательного процесса.

У будущего специалиста должны быть сформированы не только профессиональные, поведенческие и личностные качества, но и обеспечено полноценное участие личности в жизни общества. Студент должен работать над собой, самостоятельно анализировать различную научно-практическую информацию, делать выводы, творчески мыслить, воспринимать и применять новые идеи и положения, способствующие развитию профессиональной деятельности. Ему необходимо уметь самостоятельно работать с источниками информации, проверять усвоенные знания в практике, формировать конкретные выводы в период получения образования.

В процессе подготовки специалистов наряду со владением студентами специальными знаниями и умениями формируется и мировоззрение. В данном процессе особую роль приобретает самостоятельная работа студентов, организуемая в условиях аудиторных и внеаудиторных занятий. Необходимость такой работы обусловлена, с одной стороны, возросшим объемом новой информации, с другой, - увеличением источников и приемов обработки информации.

Процесс профессиональной подготовки будущих специалистов сегодня связан с развитием навыков самостоятельного овладения знаниями, анализа и обработки информационных материалов, формирования собственной точки зрения по отношению к ним. То есть, речь идет о развитии творческо-конструктивной деятельности будущих специалистов.

Выпускнику важно не только дать знания, но и научить самостоятельно их добывать и пополнять в течение всей своей жизни. Добиться этого можно с помощью современных технологий. Использование в педагогической деятельности различных образовательных технологий позволяет преподавателям повысить мотивацию обучающихся, задать профессионально-практическую направленность занятий, а, следовательно, добиваться гарантированных запланированных результатов в своей профессионально-педагогической деятельности.

Использование инновационных технологий позволяет расширить учебный процесс, мировоззрение обучающихся и, не отрываясь от проблем обучения и воспитания, развить личностные качества и составить основу эффективности результатов обучения.

Профессиональный модуль «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» предусматривает изучение сестринской помощи при инфекционных заболеваниях и во фтизиатрии. В рамках тематики, обязательной для изучения, рассматриваются вопросы сестринской деятельности по профилактике инфекционных заболеваний. Для того, чтобы иметь практический опыт, студенты проводят работу по пропаганде здорового образа жизни, занимаются просветительской деятельностью среди населения.

Всемирный день борьбы с туберкулезом послужил поводом для проведения внеаудиторной работы со студентами и раскрытия их творческих способностей.

Поскольку внеаудиторная самостоятельная работа представляет собой планируемую, организационно и методически направляемую преподавателем деятельность студентов по освоению учебных дисциплин и приобретению профессиональных навыков, выступление студентов явилось итогом той работы, которая проводилась планомерно в течение нескольких недель. Студентам предлагалось углубить свои знания в изучении вопроса профилактики туберкулеза.

В качестве целевой аудитории, были выбраны студенты медицинского колледжа первого года обучения, которым только предстояло изучение инфекционных болезней и основ фтизиатрии.

Цель мероприятия: привлечь внимание к данной проблеме и довести до присутствующих информацию о путях передачи туберкулеза, особенностях проявления этой болезни, профилактике и мерах борьбы с этой инфекцией. Задачи: провести сбор и анализ информации по исследуемой теме; подготовить информационный блок и создать сценарий выступления; подготовить наглядный материал.

Каждое планируемое дело необходимо реально спроектировать во времени, отвести достаточно дней, а иногда и недель на его тщательную подготовку. Оптимальность как критерий эффективности педагогических инноваций означает затрату сил и средств преподавателей и учащихся для достижения результатов. Результативность как критерий инновации – это определенная устойчивость положительных результатов в деятельности преподавателей [2]. За 45 минут выступающим предстояло дать информацию кратко, понятно и интересно, постараться добиться наилучшего усвоения информации слушателями.

Введение в образовательный процесс педагогической инновации и достижение высоких результатов при наименьших физических, умственных и временных затратах свидетельствует о ее оптимальности. Для того, чтобы оптимизировать процесс подготовки, подготовительный этап начинался как составляющая часть занятия, обязательная к выполнению для всех студентов. Создавался материал для проведения бесед с пациентами о факторах риска, профилактике заболевания. Учитывая, что устойчивый воспитательный эффект может быть получен только тогда, когда организаторами и исполнителями дела являются сами учащиеся, каждому из студентов было дано индивидуальное задание с целью углубленного изучения проблемы. Для формирования навыка коммуникативного общения, студенты имели возможность проведения

беседы с пациентами на базе Кировской инфекционной клинической больницы, что оказалось полезно как слушателям, так и выступающим.

Хочется отметить, что студенты проявили личную инициативу, желая участвовать в мероприятии, увлеченно готовились. В процессе работы создавался раздаточный материал в виде памяток населению, информационный материал находил свое практическое применение как при работе в отделениях стационара, так и в дальнейшем при проведении мероприятия. Для наглядности было изготовлено большое количество плакатов по вопросам профилактики, истории открытия туберкулеза, Дня «Белой ромашки». В зале была организована выставка рефератов.

Новые требования Федеральных государственных образовательных стандартов к результатам освоения основных образовательных программ и внедрению инновационных технологий обучения обуславливают совершенствование содержания, разработку новых методик и технологий образовательной деятельности.

Информационно-коммуникационные технологии, применяемые при работе со студентами, позволяют реализовать личностно-ориентированный подход. Они делают процесс обучения интересным, с одной стороны, за счет новизны и необычности такой формы работы для учащихся, а с другой, делают его увлекательным. Включение мультимедийных образовательных материалов в звуковом и анимированном виде дает реальную возможность усвоить материал на более высоком уровне, повысить интерес к теме занятия. Выступление сопровождалось презентацией, она позволила акцентировать внимание учащихся на значимых моментах излагаемой информации. Кроме того, разыгрывались сценки, читались стихи. Используя рефлексию, преподаватель имел возможность отслеживать в процессе урока уровень понимания учащимися учебного материала, особенности их психологического состояния (степень усталости, утомляемости, заинтересованности), отношение к изучаемому материалу и уроку в целом с помощью обратной связи. Для того, чтобы подвести итог мероприятия, проводилась рефлексия. В аудитории раздавались воздушные шары с различными «ключевыми словами», например: флюорография, БЦЖ, стресс, курение и так далее. Шары со словами, ассоциирующиеся с факторами риска, лопались на глазах у зрителей, остальные дарились, в напоминание о здоровом образе жизни.



На снимке участники и организаторы мероприятия: преподаватель инфекционных болезней Скрыбина Л.В. и студенты отделения «Сестринское дело»

Заключение. В ходе проведения мероприятия были созданы условия для освоения целого ряда компетенций, овладение которыми продиктовано требованиями Федерального государственного образовательного стандарта. Это такие общие компетенции как: осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития; использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами; брать на себя ответственность за работу членов команды; понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

Таким образом, современные образовательные технологии связаны с повышением эффективности обучения и воспитания и направлены на конечный результат образовательного процесса – подготовку высококвалифицированных рабочих кадров и специалистов, способных успешно осваивать новые профессиональные области, гибко и динамично реагировать на изменяющиеся социально-экономические условия, обладающих высокими нравственными качествами в условиях инновационного образовательного пространства.

Литература:

1. Никишина И.В. Инновационные педагогические технологии и организация учебно-воспитательного и методического процессов в школе: использование интерактивных форм и методов в процессе обучения учащихся и педагогов. – Волгоград: «Учитель», 2012.

2. Слостенин В.А. и др. Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Слостенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов; Под ред. В.А. Слостенина М.: Издательский центр "Академия", 2012

Тезисы

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ ОБЩЕПРАКТИКУЮЩЕМУ
ВРАЧУ**

Вычугжанина Е.Ю., Григорович М.С.
ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра семейной медицины ИПО

При подготовке врачей общей практики на кафедре семейной медицины фтизиатрия входит в раздел специальности «Инфекционные болезни и туберкулез», на который отводится 18 кредитов на цикле профессиональной переподготовки и 12 кредитов на ресертификационном цикле.

В преподавании важное значение имеет практико-ориентированный подход, который осуществляется несколькими путями. Во-первых, обязательно обсуждаются на занятии критерии эффективности деятельности врача общей практики (ВОП), относящиеся к разделу «фтизиатрия», что мотивирует слушателей к активному процессу обучения. К критериям эффективности деятельности врача общей практики по разделу «фтизиатрия» согласно приказу №325 от 11 мая 2007 года относится стабилизация уровня заболеваемости туберкулезом и рассматриваются показатели:

- число вновь выявленных больных;
- полнота охвата флюорографическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
- полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
- отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;
- отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;
- стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому при туберкулезе;

– полнота охвата профилактическими прививками, в т.ч. БЦЖ детей - не менее 95% от общего числа детей, подлежащих прививкам.

Таким образом, в первую очередь, формируется необходимость умения врача организовать работу по раннему и своевременному выявлению туберкулеза, т.е. умение составлять план флюорографического обследования взрослого населения и умения планировать туберкулинодиагностику среди детского и подросткового населения. В помощь начинающему семейному врачу по данной теме для самостоятельной работы сотрудниками кафедры издано пособие «Раннее выявление и дифференциальная диагностика туберкулеза у детей и подростков», рекомендованное Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей.

Для практической деятельности врача важно умение читать и интерпретировать пробу Манту с 2ТЕ, этот навык входит в базовый уровень практических навыков ВОП (СВ) и отрабатывается на теоретическом семинарском занятии в виде ролевой игры и практическом занятии, проводимом в детском диспансерном отделении КОГКУЗ «Областного клинического противотуберкулезного диспансера».

Кроме того, на семинаре обсуждается умение проводить анализ рентгенологических снимков, где актуализируются знания нормальной рентгенограммы органов грудной клетки и демонстрируются основные рентгенологические синдромы при патологии органов дыхания. Чтение рентгенограмм является обязательным навыком, который оценивается на этапе сдачи практических навыков итогового квалификационного экзамена. В помощь слушателю для организации самостоятельной работы издано учебное пособие «Методы диагностики и лечения заболеваний органов дыхания в общей врачебной практике», где одна глава посвящена методике чтения рентгенограмм органов дыхания, начиная с анатомии органов дыхания.

Большой раздел работы для общепрактикующих врачей – это раздел по профилактике туберкулеза. Обращается внимание на следующие направления: специфическая профилактика (вакцинация и ревакцинация от туберкулеза), санитарная профилактика (работа в очаге туберкулезной инфекции, проведение текущей и заключительной дезинфекции), химиопрофилактика. Теоретический обзор темы дан в пособии сотрудников кафедры «Профилактика туберкулеза в общей врачебной

практике». На практических занятиях обращается внимание на умение читать поствакцинальный кожный знак и выявлять поствакцинальные осложнения.

Вопросы дифференциальной диагностики туберкулеза с нетуберкулезными заболеваниями легких освещаются при разборе ситуаций «Типичный пациент», где последовательно обсуждаются алгоритмы дифференциальной диагностики болезней легких и тактика ВОП в типичных ситуациях.

По окончании очной части цикла слушателям дается практическое задание на дистанционную часть цикла: составить план флюорографического обследования на своем участке; знать очаги туберкулезной инфекции, контактных лиц, описать рентгенограммы с патологией легких. Итог обучения подводится на итоговом квалификационном экзамене с обязательной демонстрацией практических навыков, полученных на цикле.

Статья

**ПРИМЕНЕНИЕ МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ
ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ
КИРОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

Поздеева Н.В., Фесюк Е.Г., Коковихина И.А., Милеева Л.М.,
Колосова Е.А., Свинцов А.Е.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Внедрение модульно-рейтинговой системы обусловлено потребностями модернизации российского высшего профессионального образования, развитием новых технологий обучения, в контексте вхождения России в Болонский процесс и принятием Федерального закона от 29.12.12 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». На кафедре фтизиатрии Кировской медицинской академии успешно проводятся цикловые занятия по типу «модуля» около 25 лет. Система модульного обучения в учебном процессе на кафедре туберкулеза впервые была предложена и организована первым заведующим кафедрой - профессором Зиновьевым Илларионом Павловичем. Модуль в учебном процессе кафедры фтизиатрии отвечает основным требованиям, предъявляемым к этой модели преподавания в высшей школе. Однако, подсистема рейтингового контроля знаний обучающихся ранее не

использовалась, а четырех балльная шкала оценки знаний и умений студентов не дает возможности высокой дифференциации уровня их учебной работы. В 2011 году на кафедре фтизиатрии была разработана и внедрена в учебный процесс балльно-рейтинговая система оценки знаний обучающихся.

Цель: Выявить рациональные пути повышения качества образования через использование балльно-рейтинговой системы обучения студентов при изучении фтизиатрии.

Задачи:

1. Изучить и сравнить в динамике показатели успеваемости (средний балл, коэффициент качества) у студентов лечебного и педиатрического факультетов на кафедре фтизиатрии до и после применения модульно-рейтинговой системы обучения.
2. Изучить и сравнить в динамике показатели успеваемости (средний балл, коэффициент качества) у студентов 5 курса лечебного факультета при изучении фтизиопульмонологии и смежной клинической дисциплины.
3. Выявить преимущества и недостатки балльно-рейтингового обучения при подготовке специалистов в вузе.

Материалы и методы: изучены показатели успеваемости у 590 студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов Кировской медицинской академии, обучавшихся на кафедре фтизиатрии с 2011 по 2013 учебные годы с применением балльно-рейтинговой системы оценки знаний. Группу сравнения составили 606 студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов, изучавших фтизиопульмонологию ранее, в период с 2008 по 2010 учебные годы. Рассчитывались общепринятые статистические показатели успеваемости учащихся: средний балл, качественный показатель успеваемости по дисциплине «фтизиопульмонология» при сдаче студентами 5 курса циклового экзамена (на педиатрическом факультете) и зачета (на лечебном факультете). Проведен сравнительный анализ результатов обучения (средний балл, качественный показатель успеваемости) студентов 5 курса лечебного факультета на кафедре фтизиатрии и на смежной клинической кафедре, где применяется традиционная система изучения и оценки программы дисциплины.

Результаты: сотрудниками кафедры была разработана балльно-рейтинговая система оценки знаний студентов при изучении дисциплины фтизиопульмонологии, как модуля. Критерии балльной оценки доводятся

до сведения обучающихся в начале цикла в устной и письменной форме. Комплексная дифференцированная оценка работы студентов определяется суммой баллов с учетом аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы, непрерывного тестового контроля, посещения занятий в течение цикла, творческой активности, результатов собеседования при промежуточной аттестации, что снижает роль случайностей при сдаче экзаменов или зачетов, минимизирует субъективизм преподавателя при проведении рубежного контроля после изучения дисциплины, снижает «проблему стресса», так как дает возможность успешному студенту получить освобождение от сдачи зачета. На протяжении изученного периода отмечается стабильно высокий уровень показателей успеваемости студентов, как в основной группе, так и в группе сравнения. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели успеваемости студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов на кафедре фтизиатрии в динамике

Критерии успеваемости	Группа сравнения		Основная группа	
	2008/2009	2009/2010	2011/2012	2012/2013
Средний балл по результатам циклового зачета/экзамена (промежуточный контроль)	4,4	4,4	4,2	4,4
Качественный показатель успеваемости, %	89,6	94,1	81,8	87,1
Средний балл по результатам итогового тестового контроля	4,8	4,8	4,1	4,2

С 2011/2012 учебного года значительно возросла самостоятельность, инициативность, творческая и социально-профессиональная активность будущих специалистов.

Эффективность применения модульно-рейтинговой системы обучения подтверждается результатом сравнения успеваемости студентов 5 курса лечебного факультета при изучении фтизиопульмонологии и смежной клинической дисциплины.

Таблица 2

Показатели успеваемости студентов 5 курса лечебного факультета при изучении фтизиопульмонологии и смежной клинической дисциплины в динамике

Показатель успеваемости	2008/2009		2009/2010		2010/2011		2011/2012		2012/2013	
	КФ*	КС*	КФ	КС	КФ	КС	КФ	КС	КФ	КС

Средний балл по результатам циклового зачета	4,8	3,9	4,4	3,8	4,4	4,1	4,1	3,8	4,3	4,0
Качественный показатель успеваемости по дисциплине, %	86,8	65,5	93,1	62,0	92,6	73,8	76,2	61,4	82,6	70,8
Средний балл по результатам итогового тестового контроля	4,8	4,3	4,8	4,1	4,8	3,8	4,0	3,9	4,1	3,9

**КФ – кафедра фтизиатрии, КС – смежная клиническая кафедра*

Из таблицы видно, что основные показатели успеваемости при изучении фтизиопульмонологии студентами одной и той же группы превышают аналогичные критерии на смежной клинической кафедре. Что может свидетельствовать об эффективности модульно-рейтинговой системы обучения.

При модульно-рейтинговой системе в большей степени, чем при традиционном обучении, формируются навыки самообразования, создаются условия для развития мышления, памяти, творческих наклонностей и профессиональных компетенций студентов. Данная технология способствует повышению уровня организации образовательного процесса, увеличению активности как студентов, повышая их мотивацию к приобретению знаний, так и преподавателей, побуждая их совершенствовать свое педагогическое мастерство. Однако, высокая трудоемкость ведения учетной документации предполагает обязательное внедрение электронного документооборота.

Выводы: Практическая реализация принципов модульно-рейтингового обучения, как одной из инновационных технологий в образовательном процессе высшей медицинской школы, призвана повысить качество подготовки будущего специалиста.

Литература:

1. Модульный принцип – основа современного образования врачей / Денисов И.Н., Артамонов Р.Г., Улумбеков Э.Г и др. / Методические рекомендации. - Москва, 2005. – 29 с.

2. Модуль учебного процесса на кафедре фтизиопульмонологии Кировской медицинской академии / Зиновьев И.П., Поздеева Н.В., Фесюк Е.Г. // Материалы межрегиональной научно-практической конференций «Актуальные проблемы учебно-воспитательной деятельности учреждений образования» 20 марта 2009г., - Киров, 2009. - С.360-361.
3. Петропавловская В.Б., Клиндер А.В., Вишнякова А.А. Модульно-рейтинговая система обучения и оценки успеваемости студентов / Методические рекомендации. - Тверь, 2008. - 14 с.
4. Модульно-рейтинговая система обучения в практике работы преподавателя высшей медицинской школы / Н.В. Поздеева, Е.Г.Фесюк, И.А. Коковихина и др. // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации: матер. 2-го конгр. – СПб., 2013. – 292-293.

Статья

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ «ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
МАСТЕРСКИЕ» НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ» У КЛИНИЧЕСКИХ
ПСИХОЛОГОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Козвонина Е.М.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра психологии и педагогики*

Переход к компетентностно-ориентированному образованию, реализация образовательных программ на основе ФГОС придает новое значение образовательным технологиям. Именно педагогические технологии с помощью специально организованного взаимодействия создают условия для овладения компетенциями на деятельностной основе. Только действия и их рефлексия, осознание и решение проблем, получение результатов заставляют размышлять и формируют запрос на соответствующие знания.

Одной из образовательных технологий, применяемых автором на практических занятиях по дисциплине «Общая психология» у студентов специальности «Клиническая психология» 1 курса Кировской ГМА является технология «Педагогические мастерские». Технология педагогические мастерские относится к группе личностно-

ориентированных технологий обучения, и предполагает творческую деятельность студентов, направленную на построение «своих» знаний, обогащение опыта, выбор ценностей, создание собственного смысла. Педагогические мастерские позволяют решить дополнительные задачи: расширение и уточнение представлений о самом себе; формирование первичных навыков психологически обоснованного общения; развитие саморегуляции; стимулирование личностного роста.

Именно поэтому вводное занятие «Особенности профессиональной деятельности клинического психолога» организуется в рамках данной технологии.

Преподаватель предлагает выстроить свое индивидуальное знание о психологии путем выполнения последовательности заданий.

Шаг 1. Рождение вопросов. Студенты высказывают реплику, эмоцию, отношение, фразу о психологии;

Шаг 2. Знакомство, заполнение анкеты. Студентам предлагается ответить на следующие вопросы анкеты:

1. Что означает слово «психология»?
2. Какова роль психологических знаний в жизни человека?
3. По каким свойствам люди отличаются друг от друга?
4. Каким образом полученные психологические знания помогут выпускнику медицинского ВУЗа?
5. Ваши ожидания от курса «Психология и педагогика»:
 - Чтобы хотелось узнать?
 - Чем бы хотелось поделиться?
 - Какие формы занятий вам были бы интересны?

Ответы анкеты в дальнейшем обобщаются преподавателем и предъявляются студентам на последующих занятиях.

Шаг 3. Создание творческих групп (4-5 чел.), в которых студенты работают в течение занятия – создание малого круга общения.

Предлагаются следующие задания:

1. Подберите ассоциации к слову «психология»;
2. Разбор слова по буквам, предлагаются ключевые термины науки психологии: психика, личность, деятельность, общение, восприятие и др. Необходимо расшифровать слово, подобрав к каждой букве характеристику, интерпретацию. Например,
 - В - время
 - О - ощущение
 - С - свойство

П - пространство

Р - развитие

И - иллюзия

Я - явление

Т - творчество

И - интуиция

Е – единство

Затем группы анализируют характеристики основных терминов, определяют наиболее полную и точную интерпретацию.

Шаг 4. Поиск определения. Продолжите глаголом-действием поиск определения:

Психология – это наука...

Психология – это искусство...

Психология – это душевный уклад...

Психология – это поиск...

Психология – это сопереживание...

Запишите свое определение понятия «психология», обсудите в группе, создайте «афишу» понятия «психология» в группе на листе формата А-4.

Презентация «афиш» группами.

Студенты приходят к мысли, что, создавая импровизированные определения, увидели такое качество «психологии», как *многогранность психологии*.

Шаг 5. Время творческого осмысления «Клинический психолог должен уметь...». Студентам предлагается назвать основные умения, необходимые клиническому психологу. Ответы обсуждаются участниками в группе, затем группы по очереди называют эти умения, следующая группа не должна повторяться (развитие умения слушать).

Пример «умений психолога», названных студентами: слушать; принимать решения; осуществлять коммуникацию; сочувствовать, управлять эмоциональными состояниями др.

Шаг 6. Групповое обсуждение: «Самое человеческое в человеке...»

Каждый высказывает свою мысль словом. Задача преподавателя - подвести студентов к осознанию ценности другого человека, что особенно важно в деятельности психолога.

Шаг 7. Осознание значения психологических знаний для будущей профессиональной деятельности.

Предлагается обсудить этот вопрос в группе, и, презентовать остальным. Каким образом полученные знания пригодятся вам в работе

психолога; в деятельности руководителя; в общении с окружающими и т. д.

На этом этапе задача преподавателя заключается в том, чтобы показать значимость психологических знаний. Знания основ психологии тесно связано со знанием себя как личности, своих возможностей, достоинств, недостатков, т. к. только в этом случае человек может самостоятельно сформулировать цели собственного развития, основная цель – формирование у студентов представлений о человеке как о высшей ценности. Важным условием деятельности клинического психолога является установление доверительных отношений с клиентом, его родственниками, при этом огромную роль играет личность психолога, его внутренний потенциал, коммуникативная компетентность, клиническое профессиональное мышление.

Шаг 8. Минута творчества: «Психология в моей жизни...», «Образ психолога».

Каждый пишет свой синквейн (пятистишие) – определение психологии (два признака, три функции глагола, оценка-отношение и синоним -образ).

Варианты:

Психология

Разная, индивидуальная

Помогает, учит жизни, раскрепощает

Чтоб развиваться, нужно изучать

Человек

Шаг 9. Рефлексия:

1. Что важного Вы открыли на занятии?
2. Что в работе группы было самым сложным и самым интересным?
3. Какую строчку, слово, мысль Вы уносите с собой?

Технология педагогических мастерских позволяет за короткое время создать благоприятный психологический климат, взаимную заинтересованность в работе друг друга, возможность студентам реализовать себя, выстроить свое представление о психологии, о человеке, как о высшей ценности, что является дальнейшей основой ценностного отношения к личности клиентов, их родственников, коллег, в целом к личности любого другого человека.

Литература:

1. Шамаева О.Ю. - Образовательные технологии в основных образовательных программах уровневой системы подготовки [Электронный ресурс] Гуманитарные чтения РГГУ. 2008 URL: <http://www.gumchtenia.rggu.ru/article.html?id=66212> (дата обращения: 07.01.2013).
2. Галицких Е.О. Мастерские жизнетворчества как опыт воспитания способности человека к эмпатии // Психология эмпатии: современные подходы к проблеме и перспективы развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции 1-2 ноября 2007 года. – Киров: Изд-во ВятГГУ, 2007. – С 189-197.

Статья

ПРОЯВЛЕНИЕ ИНТЕЛЛИГЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Новгородцева И.В., Булатова С.А.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра психологии и педагогики
г. Великий Устюг²*

Сегодня перед педагогическими коллективами учебных заведений различного профиля стоят сложные и ответственные задачи улучшения профессиональной подготовки молодых специалистов. В ходе подготовки компетентного специалиста со средним медицинским образованием необходимо учитывать множество факторов, среди которых наиболее важным является интеллигентность. Медицинские работники всегда считались интеллигентными, однако выявление проявления их интеллигентности не изучено на сегодняшний день.

Актуальность данного исследования связана с необходимостью исследования и раскрытия проявлений интеллигентности у студентов-медиков на разных этапах профессионализации.

Цель исследования: выявить динамику проявлений интеллигентности у студентов-медиков в процессе обучения.

Задачи исследования:

1. Проанализировать педагогическую, психологическую, медицинскую литературу по проблеме исследования.
2. Изучить проявления интеллигентности.

3. Выявить динамику развития проявлений интеллигентности в процессе обучения.

Объект исследования: студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело» в количестве 25 человек от 17-23 лет.

Предмет: проявления интеллигентности у студентов-медиков.

Исследование было начато с изучения коммуникативных и организаторских склонностей. С 1 по 2 курс увеличивается количество студентов с очень высоким уровнем (на 8%). К 3 и 4 курсам снижение очень высокого и высокого уровней в сторону ниже среднего (на 8%) и низкого (на 32% и 22%). На 2 и 3 курсах средние значения распределены равномерно (по 0,7), со снижением к 4 курсу на 0,15. Слабая достоверность различий ($p \leq 0,05$).

Рассмотрим динамику развития организаторских склонностей у студентов-медиков. На 1 курсе очень высокий и высокий уровни (20% студентов). На 2 курсе значительное повышение развития высокого уровня. На 3 и 4 курсах увеличения количества человек с низким, ниже среднего и средним уровнями. Средние значения распределены практически равномерно. Достоверность различий незначима на уровне $p=0,00$.

Исследование было продолжено изучением эмпатии. Очень высокий уровень эмпатийных тенденций не выявлен. С 1 по 4 курс снижение развития эмпатии (на 20%, 44%, 24%). С 1 по 3 курсы увеличение количества студентов с нормальным уровнем (на 20%) и его снижение к 4 курсу (на 24%). Низкий уровень эмпатии на 3 и 4 курсах (на 24%) и очень низкого на 4 курсе, что подтверждается снижением средних значений на протяжении всего обучения (на 23,6, 17,08 и 13,08).

Как было показано в ходе теоретического анализа, еще одним проявлением интеллигентности является интеллект. По 1 субтесту отмечается тенденция к снижению результатов среднего уровня с 1 курса по 4 (28%, 24%, 20%). Средние значения по субтесту 1 на 2, 3 и 4 курсах распределены практически равномерно (по 15,08). С повышением с 1 по 2 курс (на 1,56) и далее являются неизменными. Достоверность различий не значима $p=0,00$.

По субтесту 2 на 1 курсе высокий уровень исследуемого признака характерен 44% студентов, ко 2 курсу количество студентов с высоким уровнем увеличивается (на 12%), к 3 курсу снижается (на 20%) и к 4 вновь увеличивается (на 28%) за счет уменьшения количества человек к 4 курсу со средним уровнем (на 16%). Низкий уровень развития чувства языка и

речевого мышления отмечается только на 1 курсе (4%). На 1 и 3 курсах преобладает средний уровень, на 2 и 4 – высокий. На протяжении всего процесса обучения у студентов отмечается относительная стабильность динамики развития чувства языка, речевого мышления. С 1 по 2 курсы средние значения повышаются (на 2,1), к 3 курсу отмечается снижение (на 1,46) и к 4 курсу – повышение (на 1,08). На 1 и 3 курсах и 2 и 4 курсах средние значения распределены практически равномерно. Достоверность различий не значима $p=0,00$.

По субтесту 3 на 1 и 2 курсах выявлен высокий уровень исследуемого признака у 52% студентов. К 3 курсу количество студентов с высоким уровнем увеличивается (на 8%), к 4 курсу снижается в сторону увеличения количества студентов со средним уровнем вербального интеллекта (на 16%). На 1, 2 и 3 курсах доминируют результаты высокого уровня развития вербального интеллекта, на 4 – средний уровень. На протяжении всего процесса обучения у студентов отмечается относительная стабильность динамики развития по субтесту 3. С 1 по 3 курсы преобладают высокие значения по данному субтесту, на 4 курсе – результаты снижаются. От 1 к 3 курсу отмечается повышение средних значений по субтесту 3 (на 0,53, 0,27), к 4 курсу наблюдается незначительное снижение среднего значения (на 0,35). Достоверность различий не значима $p=0,00$.

Отмечается динамика результатов высокого уровня умственной образованности (субтест 4) с 1 по 4 курсы в сторону их повышения (на 48%). Результаты среднего уровня распределены равномерно с 1 по 3 курсы и снижаются на 4 курсе в сторону увеличения результатов с высоким уровнем. Так же важно отметить, что низкий уровень умственной образованности снижается к 3 курсу, на 4 курсе низкий уровень не выявлен. На 1, 2 и 3 курсах преобладает средний уровень, на 4 – высокий. На всем протяжении обучения отмечается значительная нестабильность динамики развития умственной образованности, умственных понятий студентов медицинского техникума. Повышение результатов по субтесту 4 отмечается на 2 и 4 курсах. На 1 и 3 курсах преобладают низкие значения по данному субтесту. Отмечается повышение средних значений от 1 ко 2 курсам (на 3,29), от 2 к 3 курсу незначительно снижается (на 0,37), затем на 4 курсе увеличивается (на 6,32). Установлена высокая достоверность различий $P \leq 0,01$.

По субтесту 5 на 1 и 2 курсах доминируют результаты высокого уровня мнестических способностей (60% и 64% студентов), к 3 и 4 курсам

- средний уровень. Низкий уровень не выявлен. На протяжении всего процесса обучения у студентов отмечается стабильность динамики развития мнестических способностей. На 1 и 2 курсах отмечаются более высокие значения. На 3 курсе отмечается снижение значений. На 4 курсе значения увеличиваются. От 1 ко 2 курсам отмечается повышение средних значений (на 0,25), от 2 к 3 курсам средние значения снижаются (на 1) и к 4 курсу незначительно повышаются (0,29). Достоверность различий незначима, $p=0,00$. На основании полученных результатов, можно отметить, что развитие вербального интеллекта изменяется на всем протяжении обучения.

Далее, рассмотрим результаты комплекса 2.

По субтесту 6 на 1 курсе обучения в медицинском техникуме доминирует высокий уровень практического мышления (56% студентов). Со второго курса отмечается увеличение количества человек с средним уровнем практического мышления (на 24%). При переходе студентов-медиков от курса к курсу динамика развития практического мышления и способности быстро решать формализуемые проблемы существенно изменяется. На 4 курсе значения по данному субтесту незначительно увеличиваются. Средние значения от 1 к 3 курсу уменьшаются (на 3,56 и 1,24), к 4 курсу незначительно увеличиваются (0,84). Высокая достоверность различий.

По субтесту 7 на 1 курсе доминирует высокий уровень (52% студентов). На 2, 3 и 4 курсах результаты распределены равномерно (по 20%). Со 2 по 4 курсы отмечается значительное повышение результатов среднего уровня (на 32%). На 1 и 4 курсах не выявлен низкий уровень. При переходе студентов-медиков от курса к курсу отмечается неравномерность динамики развития теоретического, индуктивного мышления, вычислительных способностей. При переходе от курса к курсу у студентов доминирует или теоретическое (1 и 3 курсы), или практическое мышление (2 и 4 курсы). Средние значения по субтесту 7 снижаются от 1 ко 2 курсу (на 3,56). К 3 курсу среднее значение незначительно увеличивается (на 0,64) и к 4 курсу незначительно снижается (0,40). Слабая достоверность различий.

Третий комплекс – это комплекс конструктивных субтестов.

В процессе обучения доминирует средний уровень (субтест 8). На 1, 2 и 4 курсах результаты высокого уровня распределены равномерно (по 20% студентов). Отмечается неравномерность динамики развития пространственных представлений, конструктивных практических

способностей. По данному субтесту у студентов 1 и 3 курсов отмечаются более низкие результаты, чем на 2 и 4 курсах. Результаты средних значений распределены неравномерно: отмечается повышение средних значений от 1 ко 2 курсу (на 0,6), к 3 курсу несколько снижается (на 1,44), к 4 курсу незначительно повышается (на 2,2). Установлена слабая достоверность различий, $p \leq 0,05$.

По субтесту 9 на всем протяжении обучения преобладает средний уровень пространственного обучения с доминированием на 3 курсе (96%). Равномерно распределены результаты высокого уровня на 1, 3 и 4 курсах (по 36%, 32%). Низкий уровень не выявлен. Отмечается неравномерность динамики развития аналитико-синтетического мышления, конструктивности теоретических и практических способностей у студентов на всех курсах. От 1 курса ко 2 курсу отмечается незначительное увеличение средних значений (на 0,92), к 3 курсу снижается (на 2,84), к 4 курсу – повышается (на 2,76). Установлена слабая достоверность различий.

По 4 комплексу достоверность различий незначима, $p \leq 0,05$.

В целом установлена слабая достоверность различий по комплексу 1 между группами, сильная достоверность различий между группами по комплексам 2, 3 и 4.

Следующее проявление интеллигентности, которое было исследовано - ценностные ориентации М. Рокича.

Результаты исследования терминальных ценностей.

- на 1 и 3 курсах преобладают «конкретные» ценности (активная деятельная жизнь, здоровье, интересная работа, материально обеспеченная жизнь, наличие хороших и верных друзей, общественное признание, продуктивная жизнь, счастливая семейная жизнь, удовольствия);

- «абстрактные» ценности второстепенные (жизненная мудрость, любовь, красота природы и искусства, любовь, познание, развитие, свобода, счастье других, творчество, уверенность в себе);

- ценности «личной жизни» (любовь, свобода, наличие хороших и верных друзей, счастливая семейная жизнь, удовольствия) преобладают над ценностями профессиональной самореализации (активная деятельная жизнь, интересная работа, общественное признание, продуктивная жизнь, развитие).

На 2 и 4 курсах преобладают «абстрактные» ценности, «конкретные второстепенные». Ценности «профессиональной самореализации» преобладают над ценностями «личной жизни».

Рассмотрим результаты исследования инструментальных ценностей

На 1 и 3 курсах преобладают «конформистские» ценности на 2 месте «альтруистические» ценности, «индивидуалистические» ценности. На 2 и 4 курсах, так же как и на 1 курсе, преобладают «конформистские» ценности «индивидуалистические» незначительная роль отдается «альтруистическим» ценностям. Также на 1 и 3 курсах преобладают ценности «самоутверждения» в отличие от 2 и 4 курсов, на которых преобладают ценности «принятия других людей» «Альтруистические» ценности на 1 и 3 курсах более значимы, чем на 2 и 4.

Итак, в процессе обучения у студентов-медиков отмечается снижение коммуникативных и организаторских склонностей, эмпатийных тенденций, неравномерность развития интеллекта, ценностные ориентации студентов претерпевают значительные изменения.

Выводы:

1. Анализ психологической, педагогической, медицинской литературы показал, что внимание исследователей уделяется анализу вопросов сущности и проявлений интеллигентности, её развития в процессе обучения. Тем не менее, проблема проявлений интеллигентности у студентов-медиков до настоящего времени практически не исследована.

2. К проявлениям интеллигентности студентов-медиков относятся: эмпатийные тенденции, коммуникативные и организаторские склонности, ценностные ориентации и интеллектуальные особенности.

3. Изучение проявлений интеллигентности показало, что происходит незначительное изменение коммуникативных склонностей в сторону повышения результатов от 1 ко 2 курсу, на 3 курсе остается практически неизменным, к 4 курсу вновь значительно снижается (на 0,15) ($p \leq 0,05$). Установлено снижение организаторских склонностей к 4 курсу, достоверность различий не значима ($p=0,00$), снижение эмпатических тенденций в сторону их снижения с 1 по 3 курсы (на 20%) к 4 курсу (на 24%) с уменьшением средних значений на 13,08 ($p \leq 0,01$).

На протяжении всего процесса обучения у студентов отмечается относительная стабильность в развитии самостоятельности мышления, с преобладанием высокого уровня. По 1 субтесту снижается средний уровень с 1 курса по 4 (28%, 24%, 20%). С 1 курса высокий уровень исследуемого признака повышается ко 2 курсу (на 12%), к 3 курсу снижается (на 20%) и к 4 вновь увеличивается (на 28%) за счет уменьшения количества человек к 4 курсу со средним уровнем (на 16%) ($p=0,00$). По субтесту 2 на 1 и 3 курсах преобладает средний уровень, на 2 и 4 высокий ($p=0,00$). По субтесту 3 с 1 по 3 курсы доминирует высокий

уровень, на 4 - средний уровень ($p=0,00$). По субтесту 4 отмечается динамика результатов высокого уровня умственной образованности с 1 по 4 курсы в сторону их повышения (на 48%) ($p\leq 0,01$). По субтесту 5 на 1 и 2 курсах доминирует высокий уровень (60% и 66% студентов), к 3 и 4 курсам - средний уровень. Низкий уровень не выявлен ($p=0,00$). По субтесту 6 преобладает высокий уровень на 1 курсе (56%), со 2 по 4 курсы - средний уровень (на 24%) с уменьшением средних значений на 0,84 ($p\leq 0,01$). По субтесту 7 на 1 курсе доминирует высокий уровень (52%). С 2 по 4 курсы результаты равномерно распределены (по 20%). Со 2 по 4 курсы - значительное повышение результатов среднего уровня (на 32%) ($p\leq 0,05$). На 1 курсе доминирует высокий уровень пространственного воображения и обобщения (52%) по субтесту 8. На 2 и 4 курсах повышаются результаты среднего уровня (на 32%) с повышением средних значений на 2,2 ($p\leq 0,05$). По субтесту 9 преобладает средний уровень с доминированием на 3 курсе (96%). Равномерно распределены результаты высокого уровня на 1, 3 и 4 курсах (по 36%, 36%, 32%) ($p\leq 0,05$).

Изменяются терминальные ценности: от доминирования «конкретных», «абстрактных» второстепенных ценностям «личной жизни»; на 2 и 4 курсах - «абстрактные» ценности, «конкретные второстепенные», ценности «профессиональной самореализации».

Изменяются инструментальные ценности: от доминирования «конформистских» ценностей к ценностям «принятия Других».

Статья

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ АУДИОВИЗУАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБРАЗОВАНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Свинцов А.Е.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Цель работы: пропаганда аудиовизуальных средств обучения.

Задачи работы:

1. Дать научное обоснование применению аудиовизуальных средств обучения (АВСО) и составить полный перечень таких средств.
2. Назвать исторические вехи развития АВСО, периоды становления их дидактических особенностей.

3. Раскрыть основные функции АВСО, установочные и организационные требования к их использованию в учебно-воспитательном процессе.
4. Поделиться скромным опытом создания и применения АВСО на кафедре фтизиатрии КГМА.

Материалы и методы. Общеизвестно, что взаимодействуя с окружающим миром, человек получает информацию о нем при помощи пяти органов чувств. Для восприятия современной действительности огромное значение имеет аудиовизуальная информация, особенно – визуальная. Применительно к педагогике важно, что одновременное воздействие звуковых - и видео стимулов значительно усиливает информативность учебного процесса. При синхронном воздействии различных раздражителей в мозге человека возникают временные связи между слуховым и зрительным анализаторами с нарастанием эмоционального тонуса и повышением трудоспособности обучаемых, что подтверждено экспериментально и на практике. Широко используемые ныне в образовательной сфере информационные технологии в значительной мере базируются на данном свойстве человеческого восприятия.

Не умаляя роль учителя в учебно-воспитательной работе, его значение в организации познавательного процесса и влияние на всестороннее развитие личности учащихся, отметим необходимость на современном этапе широкого внедрения в систему образования информационных технологий с опорой на АВСО. Применение в педагогике кино- и видеofilьмов, телевидения, средств мультимедиа, диафильмов со звуковым сопровождением и других аналогичных электронных информационно-коммуникативных подходов обогащает арсенал педагогических средств и методических приемов учителя, что самым положительным образом сказывается на наглядности в обучении. В таком случае до учащихся информация доводится педагогом наиболее полно и точно, а изучаемый материал воспринимается легче и значительно лучше запоминается.

К современным педагогическим аудиовизуальным средствам относят пособия для занятий: фонограммы, компьютерные пособия, аудиовидеопродукцию (видеofilьмы, звуковое кино, видеодиски, учебное телевидение, озвученные диафильмы и слайды, видеозаписи), интернет. Кроме АВСО выделяют технические средства обучения или технические приспособления для демонстрации пособий. Появление их в

образовательном процессе имеет свою историю. Так, например, в России предтечей учебного фильма стал аттракцион «живая фотография». Уже в 1858 году лекционный материал был впервые успешно иллюстрирован преподавателем во время лекций в Санкт-Петербурге при помощи проекционного аппарата «волшебный фонарь» [В.А. Менг, 2012]. Зарождение учебного кино внутри научно-популярного произошло сразу после появления кинематографа. В 1898 году во Франции был создан первый учебный фильм. В России с 1896 года проводились съемки учебных фильмов, затрагивающих сельскохозяйственные темы, велся поиск смысла и возможностей киноязыка в педагогике. В Соединенных Штатах Америки учебные фильмы появляются в 1908 году, когда киноленты «Домик мухи» и «Лягушка» были созданы Т.А. Эдисоном. Основной дидактической функцией учебного кинематографа этого периода была наглядность, помогавшая пониманию естественно научных проблем. Позднее, в России 20-х гг. XX в. создаются кинофабрики, готовятся кадры режиссеров и операторов, открывается первая в мире киношкола (ВГИК) и, главное, создаются учебные фильмы, способствующие подъему культурного уровня народа и расширению его кругозора. В них ведется активная пропаганда освоения новой техники и прогрессивных методов ведения сельского хозяйства, даются простейшие сведения и рекомендации по санитарии и гигиене. Таким образом, к наглядной функции учебного кино добавились просветительская и пропагандистская функции. Нужно отметить, что среди фильмов, снятых в этот период, не было произведений, приспособленных к определенной учебной программе и, таким образом, эти фильмы являлись скорее предшественниками учебных фильмов в современном их понимании.

В 20-30-е годы XX в. в развитых странах мира проводились массовые эксперименты по изучению закономерностей восприятия и структуры кинофильмов, оценивались результаты воздействия кино на знания учащихся. Были получены обнадеживающие результаты таких исследований. В США в этот период разрабатывались программы аудиовизуального обучения, а в конце 40-х они появляются и начинают успешно использоваться в зарубежной средней и высшей школе многотысячными тиражами. В России указанный период ознаменовался массовым производством и применением в педагогическом процессе учебных фильмов, которые в это непростое для страны время были призваны воспитать советского человека. Так возникла и реализовалась новая функция АВСО – воспитательная.

С середины 50-х во многих странах мира идет поиск новых АВСО и технических средств обучения. Появляются электронные классы, тренажеры, лингафонные кабинеты. В СССР в этот период времени одновременно с техническим прогрессом изменяются и функции учебного фильма. Помимо научной информации он несет в себе этические и эстетические функции, объясняет и помогает с гражданских позиций оценивать явления окружающей жизни.

В 80-е годы в систему образования внедряются дисплейные классы, начинает применяться интерактивное обучение, при котором осуществляется взаимодействие человека с компьютером в диалоговом режиме, а в 90-е годы в педагогике стали использовать мультимедийную аппаратуру. Объединение (обычно в компьютерной системе) нескольких средств представления информации позволило применять многомодальные обучающие программы с одновременным воздействием на несколько органов чувств. После распада СССР в новой России компьютер и интернет постепенно становятся обыденностью. С помощью монтажных программ для компьютера у преподавателей появилась возможность самостоятельно создавать цифровую аудиовидеопroduкцию для образовательных нужд, привлекая к творчеству коллег и учащихся.

Выделяют [Ю.Н. Синицын и соавт., 2008] четыре основные функции АВСО:

1. Функция передачи информации обеспечивает возможность восприятия анализаторами головного мозга учебного материала;
2. Научно-исследовательская функция позволяет вести поиск приемлемых вариантов использования педагогического материала для различных форм познавательной деятельности с моделированием форм подачи и содержания информации;
3. Управленческая функция обеспечивает подготовку и организацию выполнения заданий учащимися, подразумевает наличие обратной связи при восприятии и усвоении информации с возможностью корректировки этих процессов.
4. Коммуникативная функция служит для объединения, систематизации, хранения содержащейся в тех или иных документах учебно-методической информации в технических устройствах путем организации фоно- и видеотек, где происходит накопление и хранение информации для передачи ее в дальнейшем с помощью имеющихся в наличии информационных технологий.

Кроме того, отмечают дидактические особенности АВСО, к которым относят:

1. Информационную насыщенность;
2. Прозрачность временных и пространственных границ;
3. Возможность погружения в сущность изучаемых явлений с исследованием их в процессе развития;
4. Реальность отображения действительности;
5. Художественную выразительность, щедрость изобразительных приемов, эмоциональное богатство.

Указанные особенности при применении АВСО позволяют внести многочисленные и важные улучшения в учебно-воспитательный процесс. Особенно велика роль АВСО в экономии времени преподавателя и учащихся за счет сжатия, уплотнения учебной информации и ускорения темпа преподавания. Организация и применение технических средств обучения, в том числе и слухозрительных, базируются на общих принципах использования указанных средств в профессиональной деятельности педагога. Назовем лишь некоторые из этих принципов:

1. Принцип гуманизации обращен к личности субъектов педагогического процесса, ярко отражает потребность во взаимодействии учителя и ученика с расширением и укреплением их сотрудничества;
2. Принцип связи информации с жизнью показывает необходимость, ценность имеющейся ныне информации для будущего;
3. Принцип научности свидетельствует о потребности в теоретически обоснованной и подтвержденной на практике, исключительно достоверной информации, передаваемой ученику от учителя;
4. Принцип доступности отражает тот факт, что информация должна быть понятной ученику и соответствовать его возрасту и образованию;
5. Принцип целесообразности, целенаправленности гласит о необходимости определения в педагогическом процессе основной цели, отчетливо осознаваемой учителем и его воспитанником;
6. Принцип систематичности призывает к изложению учебного материала в строгой логической последовательности, имеющей жесткую структуру (классификацию);
7. Принцип наглядности был определен Я.А. Коменским как золотое правило дидактики, так как увеличение числа органов чувств или мозговых анализаторов, занятых в процессе воспитания и обучения,

закономерно ведет к повышению эффективности педагогического процесса;

8. Принцип положительного эмоционального фона дает понимание важности благоприятных, комфортных условий для ученика в процессе его обучения;
9. Принцип активности подчеркивает необходимость творческого интереса к учебному материалу.

В соответствии с золотым правилом мерности мы им и закончили далеко не полное перечисление дидактических принципов использования АВСО, ибо народная мудрость справедливо гласит: «Все хорошо в меру»!

Кафедра фтизиатрии Кировской ГМА для успешного формирования общекультурных и профессиональных компетенций у студентов, интернов, ординаторов, слушателей курсов усовершенствования врачей-фтизиатров использует созданные сотрудниками кафедры учебные аудиовидеофильмы. Пока их немного – 5. Работа над фильмами велась с учетом соответствия кафедральных АВСО психофизиологическим особенностям предполагаемой аудитории, уровню учебной и профессиональной подготовки учащихся, санитарно-гигиеническим требованиям (продолжительность фильма, размер шрифта, громкость звукового сопровождения и так далее), учебной программе. Принимались во внимание требования дидактики, непременно учитывалась близость раскрываемой в фильме проблемы творческим интересам его автора для наиболее полной реализации традиционных функций педагога: образовательной, обучающей и воспитательной.

Результаты и выводы. Применение в практике высшей школы авторских АВСО с их широким спектром выразительных и дидактических возможностей показало универсальность и высокий потенциал воздействия указанных средств образования на познавательную деятельность обучаемых. Синтез достоверных научных фактов с элементами искусства, реализованный в АВСО, дает в руки педагога превосходный инструмент для образования, обучения и воспитания как отдельных индивидуумов, так и широких учающихся масс.

Литература

1. Менг В.А. Учебный фильм в отечественной педагогике: от истоков зарождения к новым возможностям // Человек и образование. - 2012.- №3.- с.157-161.

2. Синицын Ю.Н., Крохмаль Е.В., Суятин Б.Д. Технические и аудиовизуальные средства обучения: Учеб. -метод, пособие. - Краснодар. - 2008. с. 30.

Статья

**РОЛЬ НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТУДЕНТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ**

Колеватых Е.П., Трофимова Н.П., Зайцева И.В., Смирнова А.И.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,

кафедра микробиологии и вирусологии

Качество технологии обучения в ВУЗе является одним из факторов определения приоритетных направлений совершенствования в области обеспечения качества процессуального аспекта образовательного процесса. Проблемы модернизации системы образования в целом и системы повышения квалификации кадров в частности приобретают особую значимость в современных условиях, когда доминирующим фактором благосостояния общества и конкурентоспособности нации признано качество образовательного пространства, в котором эффективно функционирует сеть учреждений, предлагающих разнообразные виды и формы образования.

Общеизвестно, что инновационные технологии во всех сферах обучения связывают в основном с внедрением в обучение инновационного потенциала информационных и инфокоммуникационных средств через разработку новых концепций и методов обучения, обеспечения восприимчивости [12,13]. Внедрение инноваций происходит на всех уровнях системы обучения. Система образования – один из важнейших механизмов развития общества и государства. Реформы в системе образования тесно связаны с совершенствованием политики, экономики, науки. Вопросы повышения качества высшего образования должны решаться через путь интеграции науки и образования [3,5,8]. Научное исследование в современном мире рассматривается не только как узкоспециальная деятельность научных работников, но и неотъемлемая часть образовательного процесса, стиль современного человека [2,3,4].

Прежде всего, речь идет о способности к творческому мышлению, самостоятельности в принятии решений, инициативности. За последнее десятилетие набирает силу олимпиадное движение в студенческой среде,

работа по проведению научно-практических конференций. Однако нельзя не заметить, что процесс освоения методов исследовательской работы со студентами протекает неоднозначно [11,12,13]. Перед преподавателем и студентами возникает целый ряд проблем:

- замена исследовательской работы рефератом, то есть обзором различных научных произведений;

- замена исследования работой компилятивного характера, то есть соединением логично выстроенных в одно целое отрезков из разных научных текстов;

- отсутствие законченности в работе, что обуславливается отсутствием систематического подхода к исследовательской деятельности; вместо рассчитанной на долговременный срок работы иногда в спешном порядке на конференцию представляется текст, созданный в кратчайшие сроки по методу «штурмовщины»;

- неспособность учащегося грамотно вести дискуссию по защите результатов своего исследования и отвечать на вопросы аудитории, что часто является признаком отсутствия этапа предварительного обсуждения на подготовительном уровне.

Цель исследования: оценка влияния научно-исследовательской работы (НИР) на повышение эффективности учебно-воспитательного процесса в высшей школе.

Объект исследования – принципы современного научного исследования, учебного и воспитательного процесса.

Предмет исследования – принципы научно-исследовательской деятельности, взаимосвязи с повышением профессиональной компетентности студентов ВУЗа.

Задачи исследования:

1. Изучить стратегию научной деятельности.
2. Выявить особенности соотношения сущности образовательных и воспитательных парадигм и соответствующих им моделей, целей воспитания.
3. Рассмотреть сущность профессионального воспитания студентов медицинского вуза.
4. Провести анализ практической реализации взаимосвязи научно-исследовательской деятельности на примере студентов 2 - 3 курсов, обучающихся на кафедре микробиологии и вирусологии Кировской ГМА.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что структурирован материал по принципам научной деятельности студентов, учебного процесса и воспитания в вузе; уточнены характеристики понятия «профессиональное воспитание» применительно к подготовке будущего врача; выявлены педагогические закономерности и определены педагогические принципы формирования профессиональных ценностных ориентаций студентов медицинского вуза.

Практическая значимость исследования заключается в том, что описан практический опыт и дана классификация различных парадигм воспитания и принципов научно-исследовательской работы, что необходимо учитывать при отборе цели образования и воспитания студентов вуза.

Материалы исследования могут быть использованы в работе кураторов студенческих групп, преподавателей ВУЗа.

Под исследовательской деятельностью студентов понимается деятельность, связанная с решением творческой, исследовательской задачи с заранее неизвестным решением и предполагающая наличие основных этапов, характерных для исследования в научной сфере, нормированная исходя из принятых в науке традиций: постановка проблемы, поиск необходимой информации, изучение теории, посвященной данной проблематике, подбор методик исследования и практическое овладение ими, сбор собственного материала, его анализ и обобщение, выводы. Поэтому, одной из важнейших задач, стоящих перед высшими учебными заведениями, является развитие научно-исследовательской деятельности студентов. В условиях существующих реформ в образовании, экологических проблем и переход информационной цивилизации научные знания превратились в основной фактор производства наравне с природными ресурсами, рабочей силой и капиталом. Развитие творческих способностей студентов является одной из приоритетных задач современного профессионального образования [1,2,3,4,5,6]. Это обусловлено общественными потребностями в накоплении интеллектуально - творческого потенциала, с помощью которого общество сможет выйти на новые рубежи развития, так как только яркие творческие решения помогут найти выход из сложного переплетения экономических, политических и социальных проблем. Компьютеризация учебного процесса рассматривается в наше время как один из важнейших факторов оптимизации обучения, способствующих повышению мотивации учения, реализации дифференцированного подхода к обучению, его

индивидуализации и интенсификации, повышению эффективности самостоятельной работы и её контроля. Эти изменения определяют потребность общества в объединении системы образования с новейшими технологиями, которые заключаются в том, что в настоящее время осуществляется построение эффективной системы образования, способной формировать творческую личность человека, готового к деятельности в принципиально новой информационной среде XXI века [7,8,9].

Научно-исследовательская работа студентов (НИРС) является одной из важнейших форм учебного процесса. Научные лаборатории и кружки, студенческие научные общества и конференции позволяют студенту начать полноценную научную работу, найти единомышленников, что способствует обмену опытом и результатами своих исследований. Научно-исследовательская работа студентов является важным средством повышения качества подготовки и воспитания специалистов, способных творчески применять в практической деятельности достижения научно-технического и культурного прогресса. От способности молодых людей не только поддерживать определенный уровень знаний, но и генерировать новые знания и применять их на практике зависит будущее страны, уровень ее экономического развития, качество жизни. Научно-исследовательская деятельность студентов становится все более важным показателем степени развития системы высшего образования [7,8,10]. Поэтому проблема приобщения студентов к научно-исследовательской деятельности является сегодня одной из приоритетных как для развития общества в целом, так и для конкретной личности. Исследовательская работа содействует формированию готовности будущих специалистов к творческой реализации полученных в вузе знаний, умений и навыков, помогает овладеть методологией научного поиска, обрести исследовательский опыт. Привлечение к научно-исследовательской работе студентов позволяет использовать их потенциал для решения актуальных проблем в различных отраслях науки и техники. Полезность научно-исследовательской работы для студента обусловлена несколькими факторами. Работа проводится под руководством преподавателя, являющегося специалистом именно в области выбранной студентом темы. Научно-исследовательская деятельность предусматривает сравнение данных, сопоставление суждений и мнений разных авторов, выработку собственного мнения относительно исследуемой проблемы. Подобная система выполнения студентами научно-исследовательской работы

поможет вузам готовить творчески мыслящих личностей, способных к нестандартному инновационному мышлению [3,5,6].

Научно-исследовательская работа студентов способствует формированию общеучебных умений и навыков, таких как организационные, информационные, интеллектуальные и коммуникативные умения. Если система организационных умений составляет основу рациональной организации труда, учебной или любой другой деятельности студента, то информационные умения выполняют роль ориентировочной основы действий в пополнении студентами своих знаний, что имеет значение для быстроты и скорости обработки данных в условиях информационного общества. Интеллектуальные умения как свидетельство владения научным методом познания есть инструментарий в исследовательской деятельности и развитие теоретического мышления. Коммуникативные умения являются показателем не только умственного и языкового развития человека, но и культуры мышления, общения. Научно-исследовательская работа студентов в вузе способствует:

- успешной адаптации современной молодежи в изменяющейся социально-экономической сфере страны;
- развитию инновационного мышления будущих специалистов;
- успешной реализации молодыми гражданами своих конституционных прав;
- участию молодежи в системе общественных отношений и реализации своего экономического, интеллектуального и духовного потенциала в интересах общества с учетом возрастных особенностей.

В процессе образовательной и научно-исследовательской деятельности происходит формирование личностных свойств и качеств гражданина с активной жизненной позицией. Научно-исследовательская работа студентов в вузе способствует реализации одного из ключевых направлений государственной молодежной политики - формированию интеллектуального потенциала страны. Научно-исследовательская работа студентов является одной из важнейших средств повышения уровня подготовки специалистов с высшим профессиональным образованием через освоение в процессе обучения по учебным планам и дополнительно изучение основ профессионально-творческой деятельности, методов, приемов и навыков индивидуального и коллективного выполнения научно-исследовательских работ, развитие способностей к научному творчеству, самостоятельности. Формирование выпускника высшего учебного

заведения, способного к генерированию новых знаний и их применению в условиях глобализации.

В соответствии с Приказами Министерства образования и науки РФ «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности)» произошел переход к образовательным стандартам нового поколения, предусматривающих компетентностный подход к обучению студентов вуза.

Под компетенцией понимают готовность субъекта эффективно организовывать внутренние и внешние ресурсы для постановки и достижения цели, личную способность субъекта решать определенный класс профессиональных задач.

В соответствии с этим компетенции рассматриваются как комплекс индивидуальных качеств человека, ведущих к успеху.

Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) предполагает приобретение общих и профессиональных компетенций, что достигается за счет формирования у студентов знаний, умений, навыков.

Присвоению обучающимся общей или профессиональной компетенции способствует грамотное использование воспитательных средств и методов на основе воспитательных принципов.

В качестве примера, можно привести общую компетенцию (ОК-1) из ФГОС ВПО по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология»: «Способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности».

Для приобретения данной компетенции необходимо следовать принципу целенаправленности и целесообразности воспитания, центрации воспитания на развитии личности, культуросообразности, комплексному подходу.

Профессиональные компетенции, такие как ПК-1 (Способность и готовность реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками) достигаются за счет постановки профессиональных целей принципа целенаправленности и целесообразности воспитания.

ПК- 2 (выявление естественнонаучной сущности проблем) базируется

на принципе природосообразности воспитания, и единства, согласованности и преемственности воспитательных воздействий.

ПК- 3 (использование теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности) реализуется за счет применения принципа единства воспитания и самовоспитания, направленных на самосовершенствование личности и т.д.

Таким образом, грамотное и целесообразное применение принципов научно-исследовательской деятельности и воспитания в высшей школе способствует формированию важнейших личностных качеств, общих и профессиональных компетенций студента и в последующем врача - специалиста, с учетом требований ФГОС.

Задачи курса:

- сформировать у студентов представления о научном творчестве и возможностях организации научно-исследовательской работ;
- научить использовать общенаучные методы, международные стандарты ИСО 9000, другие методики и частные приёмы, позволяющие эффективно создавать и развивать научное творчество студентов;
- сформировать у студентов представление о возможности использования инновационных технологий создания современной продукции, ознакомить с технологией создания современной техники в ведущих фирмах мира. В процессе изучения курса «Научное творчество и организация НИРС в вузе» будущий специалист должен овладеть следующими компетенциями в области научных исследований:
 - способность ставить цель исследования;
 - способность изучать и анализировать научную, научно - техническую литературу по теме исследования;
 - способность определять объект исследования;
 - способность выбирать предмет исследования; гипотезу исследования; новизну исследования;
 - способность определять задачи исследования; практическую значимость исследования;
 - способность планировать научный эксперимент и его проведение;
 - способность проводить обработку экспериментальных данных;
 - способность делать выводы, заключения по проведённым исследованиям;
 - способность оформления отчёта;

- способность защитить интеллектуальную собственность в области опытно-конструкторских работ: способность выбора аналога разрабатываемого изделия; способность защитить интеллектуальную собственность.

Предлагаемый курс лекций носит междисциплинарный характер и знакомит студентов с поисками новых подходов к научному творчеству, даёт представления о научных разработках промышленной продукции, организации исследований в творческих кружках.

Организация НИРС:

НИРС является продолжением и углублением учебного процесса и организуется непосредственно на кафедрах и в лабораториях высших учебных заведений (проблемные и отраслевые лаборатории, обсерватории, ботанические сады, вычислительные центры и т.д.) и в студенческих конструкторских, технологических, экономических и других бюро. Руководство научно-исследовательской работой студентов осуществляют профессоры и преподаватели вуза. Могут привлекаться к руководству НИРС также сотрудники научно-исследовательских учреждений и аспиранты.

Научно-исследовательская работа студентов подразделяется на научно-исследовательскую работу, включаемую в учебный процесс и выполняемую во вне учебное время.

Научно-исследовательская работа студентов, включаемая в учебный процесс, предусматривает:

- выполнение заданий, лабораторных работ, курсовых и выпускных квалификационных работ, содержащих элементы научных исследований;
- выполнение конкретных нетиповых заданий научно-исследовательского характера в период производственных и учебных практик;
- изучение теоретических основ методики, постановки, организации выполнения научных исследований, планирования и организации научного эксперимента, обработки научных данных и т.д. по курсу "Основы научных исследований". Названная дисциплина может включаться в учебный план за счет часов, находящихся в распоряжении вуза.

Научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во вне учебное время, организуется по форме:

- работы в студенческих научных семинарах;

- участия студентов группами или в индивидуальном порядке в выполнении госбюджетной или хоздоговорной тематики, в работах по творческому содружеству, в рамках государственных, межвузовских или внутри вузовских грантов, а также индивидуальных планов преподавателей, выполняемых на кафедрах и в научных учреждениях вуза;
- работы в студенческих конструкторских, проектных, технологических, научно-информационных, переводческих, экономических и других бюро, в творческих мастерских и студиях (далее называемых СКБ);
- лекторской работы по распространению знаний в области науки, техники и культуры;
- работы в качестве преподавателей в медицинских классах.

Студенческие научные семинары организуются при общенаучных и специальных кафедрах, научных подразделениях вуза. В них студенты составляют рефераты по отечественной и иностранной специальной литературе, овладевают навыками проведения эксперимента и обработки полученных результатов, проектируют и изготавливают наглядные пособия, лабораторные установки и технические средства обучения, участвуют в разработке компьютерных программ, деловых игр по имитационному моделированию практических ситуаций и явлений, выступают с сообщениями по результатам научных исследований. Студенты, как правило, включаются в число исполнителей научно-исследовательских работ, проводимых кафедрами и научными подразделениями вуза. Поручения студентам, привлеченным к выполнению указанных работ, должны предусматривать творческие элементы. Студенческие бюро организуются в вузах и направляют свою деятельность на приобретение студентами навыков коллективной творческой и организаторской работы, а также оказания практической помощи кафедрам и лабораториям вуза, предприятиям, научным организациям в выполнении исследовательских, проектно-конструкторских и других работ. Деятельность студенческих бюро определяется ректоратом на основе типового положения об СКБ. Участвующими в научно-исследовательской работе считаются студенты, выполняющие элементы самостоятельной научной работы студентов в области гуманитарных, технических и естественных наук. Научно-исследовательская работа студентов завершается обязательным представлением отчета, выступлением на студенческом научном семинаре или внутри вузовских, городских, всероссийских конференциях. Научно-исследовательские, проектно-конструкторские и творческие работы

студентов, выполненные во вне учебное время и отвечающие требованиям учебных программ, могут быть зачтены в качестве соответствующих лабораторных, курсовых или выпускных квалификационных работ и других учебных заданий. НИРС включается в планы научной работы вуза, факультета, кафедры.

Результаты НИР освещаются в ежегодном отчете вуза (факультета, кафедры) в разделе "Научно-исследовательская работа студентов". Общее методическое руководство научно-исследовательской работы студентов в высших учебных заведениях страны осуществляется Министерством образования Российской Федерации. Ответственность за постановку и организацию научно-исследовательской работы студентов высшего учебного заведения несет ректор (на факультете – декан, на кафедре – заведующий кафедрой). Мероприятия по организации и развитию НИРС проводятся ректором вуза, деканом факультета, заведующим кафедрой. Из числа штатных преподавателей кафедры назначается ответственный за научно-исследовательскую работу студентов на кафедре, в научном подразделении, на факультете. С целью активизации научно-исследовательской работы студентов Министерство образования Российской Федерации, отраслевые министерства и другие заинтересованные организации проводят: конкурсы на лучшую научно-исследовательскую работу студентов, выставки, конференции, олимпиады и другие мероприятия.

Выводы:

1. Научно-исследовательская деятельность – вид деятельности, направленный на получение новых объективных научных знаний. Формирует развитие учебно-исследовательской работы – деятельности, главной целью которой является образовательный результат, обучение студентов, развитие у них исследовательского типа мышления.
2. Научно-исследовательская работа оказывает влияние на воспитание студента, целесообразное применение принципов научно-исследовательской деятельности и воспитания в высшей школе способствует формированию важнейших личностных качеств, общих и профессиональных компетенций студента и в последующем врача - специалиста, с учетом требований ФГОС.
3. Научно-исследовательская работа студентов – одна из позитивных традиций, что позволяет выявлять талантливую молодежь, пополнять педагогические и научные кадры, создавать резерв управленцев для

всех сфер жизнедеятельности.

4. Научно-исследовательская работа студентов обеспечивает единство учебного, научного, воспитательного процесса для повышения профессионально-технического уровня подготовки специалистов с высшим образованием.

Литература:

1. Антропов А.К. Единство административного (муниципального) и образовательного компонентов гуманизации жизненной среды личности школьника, студента / А.К. Антропов, Л.Н. Голубева // Гуманизация образования – императив XXI века // Вторая Всеросс. науч.-практич. конф. (25-27 марта 1997 г.). Раздел I. – Пермь, 1997. С. 43.
2. Асмолов А.Г. Практическая психология – основа индивидуализации и дифференциации образования. – М., 1991. С.87.
3. Асмолов А.Г. Психология личности. Принципы общепсихологического анализа. – М., 1990. С.34 – 89.
4. Белых С.Л. Управление исследовательской активностью студента: Методическое пособие для преподавателей ВУЗов и методистов/Под ред. А.С. Обухова. Ижевск: УдГУ, 2008. – С. 28-36.
5. Берулава А.Н. Гуманизация образования: направления и перспективы // Международный конгресс по проблеме гуманизации образования. – Бийск, 1995. С. 56 – 90.
6. Бондаревская Е.В. Ценностные основания личностно-ориентированного образования // Педагогика. – 1995. – №4. С.7 – 23.
7. Борисова С.Г. Молодой учитель: труд, быт, творчество. – М., 1983. С. 34 – 65.
8. Буюева Л.П. Духовность и проблемы нравственной культуры // Вопросы философии. – 1996. – №2. С. 11 – 34.
9. Введение в педагогическую культуру / под ред. Е.В. Бондаревской. – Ростов-на Дону, 1995. С. 23 – 43.
10. Вершловский С.Г. Учитель о себе и о профессии. – Л., 1988. С. 23 – 43.
11. Вострикова О.А. О смысле и оценке исследовательской компетенции магистрантов ВУЗа/Развитие человеческого потенциала системы высшего образования: проблемы и пути решения. – Биробиджан: ГОУ ВПО «ДВГСГА», 2010. – С. 39- 45.

12. Чудесова Г.П. Роль научно-исследовательской работы студентов в учебном процессе//Стратегия развития России до 2020 г. – М.: МГУ, 2009. С. 12 – 32.
13. Чупров Л.В. Научно-исследовательская работа студентов в образовательном процессе вуза //Теория и практика образования в современном мире: материалы межд. научной конференции (г. Санкт-Петербург, февраль 2012 г.). – СПб.: Реноме, 2012. – С. 380 – 383.

Статья

РОЛЬ ПСИХОГИГИЕНЫ В ПЕДАГОГИКЕ

Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра внутренних болезней

Психогигиена - это отрасль науки о гигиене, которая отвечает за сохранение, поддержание и укрепление психического здоровья человека, способствует душевному равновесию и нормализации межличностного и общественного взаимодействия [3, 5].

Психогигиена учебных занятий имеет следующие задачи:

1. способствовать своевременному и гармоничному психическому развитию обучающихся;
2. стремиться к тому, чтобы обучение протекало на фоне положительных эмоций, которые являются залогом психического здоровья;
3. избегать чрезмерного умственного напряжения, приводящего к значительному утомлению обучающихся;
4. предотвращать психотравмирующие ситуации в учебном заведении [5, 7, 8].

В основе психогигиены обучающихся лежат принципы положительного отношения к учёбе, убежденность в необходимости получения знаний, чувство удовлетворения при достижении успехов, интерес к изучаемому материалу, увлеченность обучением, отсутствие однообразия, развитие клинического мышления [1, 3, 4].

Основными факторами, негативно влияющими на состояние психологического и физического здоровья учащихся являются учебные перегрузки, которые приводят к переутомлению, частые стрессы, наличие вредных привычек и зависимостей, плохая организация физической активности учащихся, отсутствие профилактики гиподинамии, низкий уровень культуры и здоровья, недостаток знаний по вопросам его

сохранения и укрепления [6, 8, 9]. От педагога в наибольшей степени зависит, какое влияние на здоровье учащихся оказывает их пребывание в учебном заведении, насколько здоровье сберегающими являются образовательные технологии. На занятиях педагог решает три группы задач, связанных с проблемой здоровья учащихся: диагностические, коррекционные и формирующие [9, 10].

Правильное поведение педагога - его терпение и доброжелательность, уважительное отношение к студентам, соблюдение гигиенических норм и использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе – это залог психологического здоровья учащихся [5, 6]. Основной формой учебно-воспитательного процесса признано аудиторное занятие. Степень вызываемого утомления зависит от утомительности занятия. Трудность - это объективное свойство аудиторной работы, утомительность - это его своеобразное отражение, воздействия занятия на организм учащегося [2, 8]. Длительность и трудность - это объективные величины, не зависящие от студентов. Они действуют на всех, но не в равной степени вызывают утомление. Это зависит от типа высшей нервной деятельности обучаемого, степени утомления, с которой он приступил к работе и психическое состояние от предшествующих факторов. Снижение утомительности занятия зависит от его длительности и трудности изучаемого материала [2, 6, 8, 10].

Переключение внимания в процессе работы на другие виды деятельности дает хороший психогигиенический эффект. Одним из эффективных средств защиты от утомительного занятия служит его увлекательность для учащихся. Ей принадлежит ведущая роль в сохранении положительной мотивации и благоприятного эмоционального климата в аудитории - чрезвычайно существенного элемента психогигиены [1, 7]. Положительное эмоциональное состояние учащихся важно: оно активизирует высшие отделы мозга, способствует высокой их возбудимости, улучшает память и тем самым повышает работоспособность, способствует психическому здоровью. Обучение должно проходить на фоне хорошего настроения учащихся, давать ощущение радости [1, 7, 9]. Источником положительных эмоций может быть и сама учебная деятельность, когда решение трудной задачи, радость от преодоления препятствий показывает обучаемому его возможности и способности. Главным генератором положительных эмоций учащихся служит интерес к занятию. В формировании утомления интерес действует прямо противоположно трудности [2, 3, 4]. Отрицательные эмоции, в

противоположность положительным, снижают уровень функционирования нервных структур и психической деятельности. С этой точки зрения в несколько непривычном освещении выступают отметки. Учащиеся, получая отрицательные отметки, хуже выполняют другие задания того же типа, у них снижается работоспособность. Поэтому педагогам нужно быть очень осторожными в оценке работ и быть при этом предельно объективным [1, 2, 9].

Для создания благоприятного эмоционального климата большое значение имеют сказанное педагогом слово ободрения. Отношение педагога к студенту должно строиться на трёх столпах: справедливость, доброжелательность и уважение [2, 9].

Для сохранения психологического здоровья педагога необходим ряд условий, таких как самопознание, адекватная самооценка и личностный рост педагога, профилактика синдрома эмоционального выгорания, преодоление тревожности, психической напряженности. Профессиональное выгорание - это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека [8, 9].

Синдром профессионального выгорания характеризуется снижением самооценки, появлению беспомощности и апатии, что в дальнейшем может перейти в агрессию и отчаяние. Люди, страдающие от эмоционального выгорания, не могут установить нормальный контакт с окружающим миром. В совокупности, все эти проблемы приводят к серьезным физическим недомоганиям - обострению хронических заболеваний, синдрому хронической усталости [3, 8, 9].

Для того, чтобы этого избежать необходима забота о себе и снижение уровня стресса, стремление к равновесию и гармонии, здоровому образу жизни, удовлетворение потребности в общении, обучение навыкам саморегуляции, повышение уровня профессионального мастерства [3, 8].

Для коррекции вышеперечисленных состояний используются ряд методик, например, вербальное самовнушение:

1. Уверенность в себе. «Я человек смелый и уверенный в себе. Я все умею, все могу и ничего не боюсь»;
2. Любовь к учащимся. «Я люблю своих студентов. Я всегда радуюсь встречам с ними. Я всегда открыт к диалогу с моими студентами»;
3. Любовь к своей работе. «Я радостно иду на работу. Я люблю свою работу. Это является для меня высшим смыслом моей жизни».

4. Спокойствие, стабильность. «Я хочу быть спокойным и стабильным. Я хочу быть уверенным в себе»;
5. Уменьшение напряжения в процессе работы. «На протяжении всего дня я сохраняю абсолютное самоуправление, абсолютное подчинение всех действий достижению наибольшего результата своей работы. Ни при каких обстоятельствах я не нервничаю и не раздражаюсь. Во всякой обстановке я сохраняю выдержку и самообладание» [2, 8].

Литература:

1. Алехин А. Н. Курпатов А.В. Развитие личности. Психология и психотерапия. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2006. – 448с.
2. Алехин А. Н. Курпатов А.В. Индивидуальные отношения. Теория и практика эмпатии. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2006. – 467с.
3. Ананьев В. А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
4. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
5. Корсин Р., Ауэрбах А. Психологическая энциклопедия. Второе издание. – СПб.: Питер, 2006. – 1096 с.
6. Ларионова И.С. Философия здоровья: учебное пособие для вузов./ И.С. Ларионова. – М.: Гардарики, 2007. – 223 с.
7. Никифоров Г.С. Психология здоровья. Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006.– 607 с.
8. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 416 с.
9. Яковлев Б.П. Аутоагрессия. Современные проблемы и тенденции: учебное пособие. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 384с.
10. Marcenko, Maureen O.; Keller, Thomas E.; Delaney, Mary Anne Children with SED and Their Families in an Urban Public Mental Health System: Characteristics, Needs, and Expectations. // Journal of Child & Family Studies. – Jun2001. – Vol. 10 Issue 2. – 213 p.

Статья

РОЛЬ «ДНЯ САМОУПРАВЛЕНИЯ» В ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ

Коковихина И.А., Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Милеева Л.М., Колосова Е.А.
ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

Подписание Болонской декларации и интеграция в Европейскую систему высшего образования способствовали в России процессу реформирования высшей школы для повышения качества образования. Реализуемые с 2010 года Федеральные государственные образовательные стандарты в медицинских вузах России при использовании современных образовательных технологий призваны повысить уровень подготовленности медицинских кадров, обеспечить систему здравоохранения квалифицированными и мотивированными специалистами [3]. Одной из форм современных образовательных технологий может быть «День самоуправления». Существует понятие ученическое самоуправление – это система коллективной деятельности, важнейшим структурным элементом которой является четкое распределение постоянных или временных поручений [1]. Самоуправление не мыслится без поддержки педагога, без сотрудничества с ним, без равенства педагога и обучающегося. Преподавателю отводиться роль консультанта, помощника в делах, предпринимаемых обучающимся, преподаватель должен стать советником, наставником, другом и как можно реже пользоваться правом на принуждение. Самоуправление включает обучающегося в управление деятельностью, способствует формированию его творческой сознательной активности, это тем более значимо в связи с переходом системы образования на демократические начала, что будет способствовать приобретению опыта общения [2].

Цель: оценить эффективность использования «Дня самоуправления», как новой образовательной технологии у студентов, обучающихся на цикле по дисциплине «Фтизиопульмонология».

Задачи: подсчитать средний бал и оценить качественный показатель в группах студентов, принявших участие в проведении «Дня самоуправления», сравнить подсчитанные показатели с данными групп, не участвовавших в «Дне самоуправления».

Материалы и методы. На кафедре фтизиатрии Кировской ГМА в 2011-2014 годах в ходе циклов по дисциплине «Фтизиопульмонология» проводился «День самоуправления» для студентов 5 курса

педиатрического и лечебного факультетов. В основную группу исследования вошло 167 студентов из 17 групп (9 групп – педиатрического факультета, 8 групп – лечебного факультета). Контрольная группа состояла из 128 студентов 13-ти групп, в которых не проводился «День самоуправления» (2 группы – педиатрического факультета, 11 групп – лечебного факультета). Проведение «Дня самоуправления» заключалось в дублировании студентами ролей преподавателей – лектора и ассистентов при методической поддержке ответственных преподавателей. На кафедре фтизиатрии традиционно занятия проводятся в форме модуля, то есть в течение цикла одновременно проводятся практические занятия и читаются лекции. Поэтому из числа студентов выбираются кандидатуры для роли не только ассистентов, но и лектора. От каждой группы в начале цикла выдвигалось до 2-х активных, инициативных студентов на роли кандидатов в преподаватели. В процедуре выбора кандидатов преподаватели кафедры фтизиатрии не участвовали. Выдвижение кандидатур происходило в группах различными способами. Студенты могли самостоятельно предлагать свои кандидатуры, с чем группа чаще всего соглашалась. При активном желании и способностях всех студентов в группе быть в роли преподавателей бросался жребий. Выбранные кандидаты в преподаватели предварительно в течение 2-х недель знакомились с учебно-методической документацией к практическим занятиям и лекциям, архивом рентгенограмм, контрольно-измерительными материалами (тестами и задачами), прорабатывали необходимую литературу по теме лекций и занятий. Непосредственное руководство подготовкой студентов, консультированием по методике проведения практических занятий, чтению лекций занимались преподаватели, ведущие занятия в группе. Кандидаты в ассистенты обязательно накануне «Дня самоуправления» присутствовали на практическом занятии в определенной группе в качестве помощника преподавателя. В соответствии с планом проведения «Дня самоуправления» на кафедре фтизиатрии студенты-ассистенты вели занятия не в своей группе. Выбор группы, в которой будет проводить занятие студент-ассистент, происходил путем жеребьевки за 2 дня до «Дня самоуправления». В ходе проведения «Дня самоуправления» студенты, которые находились в роли преподавателей, самостоятельно начинали и полностью проводили практическое занятие, читали лекцию. В ходе практического занятия студенты-преподаватели творчески подходили к проведению занятий – готовили кроссворды, игры, презентации и др. Ассистенты кафедры

фтизиатрии присутствовали на занятии в своей группе, но не вмешивались в процесс проведения занятий.

Эффективность проведения «Дня самоуправления» оценивалась по показателям успеваемости студентов основной и контрольной группы, а также методом наблюдения, по данным проведенного анкетирования студентов-кандидатов в преподаватели, студентов в группах и ответственных преподавателей. После «Дня самоуправления» проводилось анкетирование всех участников – ассистентов кафедры фтизиатрии, студентов-кандидатов в преподаватели и остальных студентов в группах.

Результаты. По результатам анкетирования, наблюдения проведение «Дня самоуправления» способствует приобретению у студентов-кандидатов в преподаватели и обучающихся ценных глубоких знаний по дисциплине, развитию аналитических способностей, ответственного отношения к собственным поступкам, формированию навыков публичного выступления. Существенным является совместная деятельность, сотрудничества студентов-кандидатов в преподаватели и педагогов. Подготовка и проведение «Дня самоуправления» предполагает определенный уровень компетенций у кандидатов в преподаватели – знание о преподаваемой дисциплине, особенностях преподавания, педагогической этике, психологии коллектива, путях управления, планировании работы, распределении поручений, способность анализировать результаты своей деятельности. Перечисленные качества в данном случае могут быть сформированы при участии в «Дне самоуправления» при непосредственном руководстве ответственных преподавателей.

При анкетировании студенты-кандидаты в преподаватели и студенты в группах давали положительные отзывы о проведении «Дня самоуправления». Студенты, которые непосредственно проводили практические занятия и читали лекцию, оценивали положительно свою работу, понимали недостаточность теоретических знаний, умений и навыков в организации учебного процесса, характеризовали работу ассистентов как трудную и не простую. По результатам анкетирования ответственных преподавателей кафедры фтизиатрии посчитывались баллы по каждому студенту-преподавателю, которые учитывались в бально-рейтинговой оценке работы студентов.

При анализе успеваемости студентов в основной и контрольной группе был установлен более высокий средний бал в основной группе 4,5 (педиатрический факультет – 4,8, лечебный факультет – 4,2), ниже в

группе сравнения – 4,0 (4,8 – педиатрический факультет, 3,9 – лечебный факультет). Качественный показатель составил соответственно 92,8% (98,9% - педиатрический факультет, 86,1% - лечебный факультет) и 73,0% (100% - педиатрический факультет, 68,8% - лечебный факультет). Отмечается более высокая успеваемость студентов педиатрического факультета, как в основной, так и в контрольной группе.

Выводы. Внедрение «Дня самоуправления» в образовательный процесс на цикле по дисциплине «Фтизиопульмонология» способствует получению студентами более широких возможностей эффективного и качественного усвоения знаний, приобретения навыков профессионального совершенствования. Вследствие использования данной формы образовательной технологии решается проблема всесторонней и качественной подготовки высококвалифицированных специалистов в сфере здравоохранения.

Литература:

1. Новиков А.М. Педагогика: словарь системы основных понятий. – М.: ФГНУ ИТИП РАО, Издательский Центр ИЭТ, 2013. – 268 с.
2. Профессиональная педагогика: Учебник для студентов, обучающихся по педагогическим специальностям и направлениям. Под ред. С.Я. Батышева, А.М. Новикова. Издание 3-е, переработанное. – М.: Из-во ЭГВЕС, 2009. – 456 с.
3. Психологи-педагогические механизмы и средства формирования общекультурных и профессиональных компетенций у обучающихся в медицинских вузах: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием/ под редакцией И.В. Шешунова, Л.А. Копысовой – Кировская государственная медицинская академия, Киров, 2013. – 112 с.

Статья

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВОСПИТАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Копысова Л.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Особое внимание в современных условиях развития России уделяется совершенствованию системы здравоохранения, отечественной медицины,

важнейшим фактором обеспечения которого является медицинское образование и, соответственно, подготовка медицинских кадров.

Анализ современных тенденций в области образования показал, что в основном они сводятся к следующему: компетентный подход, гуманистическая направленность, гуманитаризация образования, вариативность образовательного процесса, перенос акцента с усвоения знаний на их самостоятельное получение, перераспределение теоретического и практического, гуманитарного и естественнонаучного знания, использование новых образовательных, воспитательных, информационных и телекоммуникационных технологий [1].

Модернизация медицинского образования опирается на его содержательное и структурное обновление. К приоритетам развития медицинского образования следует отнести внедрение современных образовательных технологий, совершенствование программ подготовки, методического обеспечения, обновление содержания программ, формирование компетентности выпускников медицинских вузов, развитие системы непрерывного образования для различных категорий медицинских работников, совершенствование управленческих и экономических механизмов, внедрение систем менеджмента качества. Особую актуальность в связи с этим приобретает система воспитания будущих медиков, развитие личности обучающихся в медицинских вузах.

Согласно современным взглядам содержание образования должно реализовываться в процессе личностно-ориентированного педагогического взаимодействия, направленного на профессиональное и личностное развитие всех участников образовательного процесса, на воспроизведение в искусственных и естественных образовательных ситуациях культуры, социального опыта, формирование и развитие познавательных интереса и деятельности, опыта осуществления способов деятельности, эмоционально-ценностных отношений [2].

Важным элементом медицинского образования является система воспитания в медицинском вузе, направленная на профессиональное и личностное развитие обучающихся, формирование у них мотивации к профессиональной деятельности с учетом высокой социальной значимости подготовки медицинских кадров для личности, общества, государства [3].

Необходимым условием обеспечения качества медицинского образования является обновление содержания и технологий подготовки обучающихся в медицинском вузе с включением следующих компонентов: воспитательная работа в вузе; специально организованное содержание

преподавания гуманитарных, медико-биологических, общепрофессиональных и специальных дисциплин, их тесная взаимосвязь с будущей профессиональной деятельностью; социально и личностно-значимое участие обучающихся в деятельности медицинских учреждений; психолого-педагогические взаимодействия участников медицинского образования [4].

Как показал проведенный анализ, актуальность исследования и решения проблемы совершенствования воспитания в медицинском вузе и развития у обучающихся мотивации к профессиональной деятельности как условия обеспечения качества медицинского образования обусловлена:

- потребностями качественного совершенствования обучения и воспитания, профессионального развития обучающихся в медицинских вузах на основе повышения роли духовно-нравственной составляющей;
- возрастающими требованиями к уровню общекультурной подготовки современного медицинского специалиста, обеспечивающих ему профессиональную компетентность, стремление к саморазвитию;
- особым значением субъектной активности личности, мотивации как одного из факторов личностного и профессионального развития участников образовательного процесса в медицинском вузе, обеспечения качества медицинского образования;
- недостаточной разработанностью в научной литературе проблемы воспитания обучающихся в медицинских вузах, развития у них мотивации к профессиональной деятельности [5].

Проведенный автором анализ теории и практики указанной проблемы позволил обосновать, разработать и реализовать в Кировской государственной медицинской академии систему воспитания медицинских кадров, направленную на решение поставленной руководством государства задачи обеспечения качества медицинского образования, подготовки медицинских кадров.

Организационно-педагогическую основу формирования данной системы в Кировской государственной медицинской академии составили разработанные и принятые к реализации в академии документы:

- концепция воспитательной работы в медицинском вузе;
- программа адаптации первокурсников к обучению в медицинском вузе;
- программа развития мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в медицинских вузах.

Концепция воспитательной работы определяет основы системы воспитания и регулирует процесс воспитания в медицинском вузе.

Воспитательная работа непосредственно организуется проректором по воспитательной и социальной работе совместно со структурными подразделениями вуза, факультетами и кафедрами, а также общественными объединениями студентов.

В своей деятельности должностные лица руководствуются Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом «Об образовании», Целевыми концепциями и программами федерального и регионального уровней, Уставом вуза, решениями ученого Совета, приказами и распоряжениями ректора, а также другими нормативно-правовыми актами и документами по вопросам воспитания российских граждан.

Основными структурными элементами системы воспитания в медицинском вузе являются его подразделения, осуществляющие воспитательную работу в учебном процессе и во вне учебное время: деканаты факультетов; кафедры; отдел информационной и молодежной политики; совет кураторов академических групп; профком студентов; студенческие советы академии, факультетов и общежитий; многотиражная газета; музей вуза; анатомический музей; библиотека; научное общество молодых ученых и студентов (НОМУС); центр содействия трудоустройству выпускников; центр довузовской подготовки.

Целью воспитательной работы в медицинском вузе является формирование конкурентоспособного, ориентированного на общечеловеческие и профессиональные ценности медицинского работника, способного нести нравственную и гражданскую ответственность за свои профессиональные действия, качественное оказание медицинской помощи и предоставление медицинских услуг.

Цель достигается посредством ее реализации системой воспитательных структур и решением конкретных задач воспитания, среди которых наиболее актуальными являются следующие: формирование у студентов социально важных качеств личности через участие в общественно-важных делах; формирование самосознания студентов и создание условий для самореализации личности студента; ориентирование студентов на гуманистические мировоззренческие установки и жизненные ценности в современных социально-политических и экономических условиях; формирование внутренней свободы и чувства собственного достоинства врача, интеллигента, гражданина; формирование национального самосознания, активной гражданской позиции, патриотизма, уважения к законности и правопорядку; воспитание

потребности студентов к освоению ценностей общечеловеческой и национальной культуры, эстетических ценностей, стремления к созданию и приумножению ценностей духовной культуры, участию в культурной жизни российского общества; реализация целостного процесса профессионального воспитания студентов, формирование и развитие мотивации профессиональной деятельности; формирование в студенческом сообществе установки на здоровый образ жизни, воспитание стремления к созданию семьи, воспитанию нового поколения в духе гуманизма и демократии.

Решение задач воспитания в образовательном процессе вуза позволит сформировать специалиста с высшим образованием, обладающего высокими профессиональными, гражданскими, моральными и социально важными качествами.

В соответствии с общей целью воспитания студентов в Кировской государственной медицинской академии в качестве основных приняты и реализуются следующие направления воспитательной работы: профессионально-трудовое; гражданско-патриотическое и интернациональное; культурно-нравственное, спортивно-оздоровительное.

Данные направления воспитательной работы сложились в академии в ходе естественного культурно-исторического развития вуза и нацелены на: создание благоприятной социокультурной воспитывающей среды; организацию гражданского и патриотического воспитания студентов; пропаганду здорового образа жизни и ценностей активной социально значимой жизнедеятельности; организацию научно-исследовательской работы студентов во вне учебное время; организацию психологической поддержки студентов; содействие общественным организациям, в т.ч. городским и областным, в выполнении их функций; создание системы материального и морального стимулирования студентов, преподавателей и сотрудников, активно участвующих во вне учебной деятельности.

Все направления воспитательной работы реализуются на всех этапах учебной и вне учебной работы: на лекциях, семинарах, во время производственной практики, а также на занятиях в кружках и секциях, в работе кураторов со студентами, в делах студенческих общественных объединений.

В соответствии с принципом непрерывности воспитательный процесс в академии осуществляется на трех уровнях: академическом, факультетском и кафедральном.

Организацию и координацию воспитательной работы в академии осуществляет ректор, проректор по воспитательной и социальной работе, в соответствии с должностными обязанностями. Работу в конкретных направлениях осуществляют: воспитательный совет; совет научного общества молодых ученых и студентов; совет кураторов; лечебный совет; профком студентов; студенческий совет.

Организацию воспитательной работы на факультете осуществляют деканы и заместители деканов. Работу в конкретных направлениях осуществляют: советы факультетов; старостаты; студенческие советы факультетов и общежитий.

Организация воспитательной работы на кафедре осуществляется заведующим кафедрой. Для проведения воспитательной работы с академической группой на основании приказа ректора назначаются кураторы академических групп. Работа куратора регламентируется Положением о Совете кураторов.

Основным системообразующим элементом во вне учебной воспитательной работы являются разнообразные мероприятия, проводимые в вузе, которые характеризуются комплексным подходом, коллективным характером и социальной направленностью.

Критериями оценки воспитательной работы в вузе могут быть: объем и содержание воспитательной работы (коллективные творческие дела, мероприятия, акции, социально значимые проекты); общественная активность (количество участников спортивных секций и коллективов художественной самодеятельности, клубов по интересам и т.д.); качество педагогических условий (уровень комфортности студентов и преподавателей, возможности для самореализации); нарушения дисциплины и Устава вуза (динамика уменьшения или увеличения); свойства личности студента (какие качества характера являются преобладающими, динамика развития).

Для оценки эффективности воспитания применяются следующие методы: отчеты руководителей подразделений, отвечающих за ведение воспитательной работы; наблюдение; тестирование; анкетирование; экспертная оценка.

Для стимулирования воспитательной работы преподавателей, сотрудников и студентов в вузе предусмотрено моральное и материальное стимулирование.

Материальное стимулирование включает: ежемесячные надбавки; учет вклада преподавателей в организацию воспитательной работы

посредством введения соответствующих показателей в рейтинг преподавателей по итогам конкурсов к Дню академии и Дню знаний; единовременные выплаты студентам - активным участникам и победителям вне учебных мероприятий; выделение профкомом путевок для отдыха наиболее активным студентам.

Моральное стимулирование предполагает: вынесение благодарностей; награждение Почётными грамотами и Благодарственными письмами; представление в органы государственной власти и местного самоуправления документов к награждению Почётными грамотами и Благодарственными письмами и другим наградами.

Важную роль в совершенствовании воспитания и в целом подготовки медицинских кадров в процессе образования играет адаптация первокурсников к условиям обучения в медицинском вузе.

Руководством Кировской государственной медицинской академии адаптация первокурсников рассматривается как начальный этап их включения в профессиональное сообщество. От её успешности часто зависят не только результаты дальнейшего обучения студента, но и его профессиональной деятельности.

В связи с этим в Кировской государственной медицинской академии была разработана и принята «Программа адаптации первокурсников к обучению в медицинском вузе».

Реализация данной программы направлена на создание благоприятных психолого-педагогических и социальных условий для преодоления студентами-первокурсниками трудностей адаптации. Она обеспечивают единство, непрерывность учебно-воспитательного процесса и преемственность в развитии личности будущего медика. В контексте обучения в медицинском вузе социальная адаптация первокурсника представляет процесс его интегрирования в студенческое и профессионально-медицинское сообщество, как социальную группу и означает принятие её норм, ценностей, стандартов, стереотипов и требований.

Традиционные для высшей школы методы обучения будут более эффективны, если в ходе образовательного процесса целенаправленно формировать профессионально важные качества личности будущего специалиста. Эта позиция соответствует компетентностному подходу: результатом образовательного процесса должна стать личность специалиста, обладающая профессионально важными качествами, способного и готового к профессиональной деятельности.

Формирование профессиональной компетентности специалиста начинается с первых дней обучения студента в вузе, когда первокурсники ещё пребывают в состоянии эйфории от ощущения себя студентами. Исследование показало, что более 85% первокурсников главной причиной выбора Кировской ГМА отмечают интерес к будущей профессии, желание помогать людям, стремление стать квалифицированным специалистом.

Вместе с тем у большинства первокурсников уже к середине первого семестра отмечается повышенная тревожность, связанная с ощущением непонимания изучаемого материала (особенно по физике, химии, анатомии), страхом перед зачётами, экзаменами, возможным отчислением. Психологические проблемы в свою очередь мешают полноценной учёбе.

Таким образом, успеваемость первокурсников следует повышать не только с помощью методов принуждения и поощрения, но и целенаправленно формируя личность будущего специалиста, мотивацию учебной и профессиональной деятельности, потребность в получении качественного профессионального образования, в самореализации в выбранной профессии. Поэтому с первого дня обучения в Кировской ГМА у первокурсников целенаправленно развиваются те личностные качества, которые позволят с одной стороны успешно обучаться по выбранной специальности, а с другой – адаптироваться к учебе в вузе и работе в лечебном учреждении после его окончания. Эти профессионально важные личностные качества являются составляющими мотивационно-личностного блока профессиональной компетенции специалиста.

При этом в процессе воспитания и адаптации студентов необходимо учитывать, что такие профессионально важные качества будущих медицинских специалистов как трудолюбие, честность, тактичность, ответственность, выносливость, самоорганизация и самоконтроль, дисциплинированность, самоотдача, сострадание, милосердие начинают формироваться в детстве, в семье и школе, и уже развиваются в течение всего обучения в вузе. Развитие этих качеств личности студента должно постоянно направляться и поддерживаться преподавателями (убеждением, личным примером, требовательностью, дисциплинированностью, доброжелательностью, тактом). Основным средством воздействия преподавателя в первую очередь является он сам как личность, а не только как специалист, владеющий знаниями и умениями.

Студенты, особенно первокурсники, видят в преподавателе представителя будущей профессии, «профессиональный эталон», поэтому

важным является всё: профессиональные знания; методика преподавания; коммуникативная компетентность; добросовестность.

С учетом этого, помимо психологической поддержки первокурсников в вузе организована работа с преподавателями. В программу семинаров для преподавателей, работающих на первом курсе, включены вопросы: изучение возрастных особенностей студентов и различных форм адаптации к обучению в вузе; ознакомление с психолого-педагогическими аспектами учебной деятельности (динамика работоспособности в течение дня, недели, семестра; методы повышения учебной мотивации, активные методы обучения). Кроме того, в программы повышения квалификации профессорско-преподавательского состава включены вопросы изучения современных образовательных технологий (включая технологии воспитания), формирования у преподавателей коммуникативной компетентности, повышения педагогического и ораторского мастерства.

Руководство организацией адаптации первокурсников возлагается на проректора по воспитательной и социальной работе и на деканов факультетов. К лекционным и практическим занятиям и другим мероприятиям по адаптации первокурсников привлекаются проректоры по соответствующим направлениям деятельности, заведующие кафедрами, работники библиотеки, директор ИВЦ, сотрудники отдела информационной и молодёжной политики, а также студенты – члены студсоветов и профкома. Психолого-педагогическое сопровождение процесса адаптации и проведение психологических тренингов возлагается на преподавателей кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом педагогики и психологии высшей школы.

В целом, разработанная в Кировской ГМА программа адаптации первокурсников к обучению в медицинском вузе показала свою эффективность и может быть рекомендована к реализации в системе медицинского образования.

Проведенное авторами исследование показало, что ключевым звеном воспитания медицинских кадров и обеспечения качества их подготовки является развитие у них мотивации профессиональной деятельности.

Исходя из этого в Кировской ГМА разработана «Программа развития мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в медицинских вузах».

Мотивация к профессиональной деятельности медицинских работников рассматривается как совокупность профессионально-медицинских ценностных ориентаций, мотивов, побуждений личности к

осуществлению как непосредственно врачебной деятельности, так и реализации её гуманистических аспектов в ходе профессиональной и других видов деятельности в медицинской сфере.

Пути развития мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в медицинском вузе являются: мероприятия по развитию мотивации к профессиональной деятельности у студентов; повышение психолого-педагогической компетенции и воспитательной активности управленческого и преподавательского состава вуза; совершенствование учебно-материальной базы образовательного процесса, применение новых технологий обучения и воспитания.

Для развития мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в медицинском вузе важно учитывать такой фактор, как воспитательная среда вуза (мотивационная составляющая воспитательной среды вуза), понимая её как совокупность условий, созданных в медицинском вузе и влияющих на состояние мотивации обучающихся. В процессе развития мотивации у обучающихся в медицинском вузе как руководителям, так и педагогам необходимо особое внимание обращать на создание (корректировку) воспитательной среды как существенного средства педагогического (управленческого) воздействия (взаимодействия).

В мотивационном процессе в вузе реализуются четыре этапа:

1. актуализации мотивации, возникновения побуждения – выбор профессии медика (довузовская подготовка, первый курс обучения в вузе);
2. целеобразования и выбора действий по достижению цели – получению профессии медика (второй-третий курсы обучения);
3. реализации действий (учебных и профессиональных) в соответствии с доминирующими мотивами (четвертый-пятый курсы обучения);
4. оценки результата деятельности, на котором происходит: констатирование успеха (неуспеха), интерпретация причин успеха (неуспеха), переход к новым мотивам (выпускной курс).

Эффективность деятельности, наряду с количественной характеристикой мотивации (сильная - слабая), обусловлена и ее качественной (содержательной) характеристикой, по принципу внутренней мотивации и мотивации, обусловленной внешними факторами (внешнего стимулирования) – внешне организованной. Если для обучающегося в вузе деятельность медика значима сама по себе, он получает от нее удовлетворение, стремится самореализоваться именно в ней, то

правомерно вести речь о наличии у него внутренней мотивации. Если профессиональная деятельность побуждается заработком, престижем и т.д., то речь идет о внешних факторах мотивации (стимулах) – внешне организованной мотивации. Внешние стимулы дифференцируются на положительные и отрицательные [6].

Основным путем развития мотивации к профессиональной деятельности в процессе медицинского образования являются организованные педагогические взаимодействия, прежде всего дидактического и воспитательного плана, с акцентом на формировании положительной внутренней мотивации и нравственно-профессиональной направленности личности, включая два ведущих направления: первое - оптимизация обучения, направленная на активизацию учебно-познавательной, профессиональной деятельности, второе - повышение эффективности воспитательного процесса в медицинском вузе.

Для оценки результатов развития мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в вузе авторами было проведено эмпирическое исследование на базе Кировской государственной медицинской академии.

Исследование включало два этапа: констатирующий (2007-2008 гг.) и формирующий (2009-2012 гг.). В процессе исследования использовались методики диагностики мотивации учебной и профессиональной деятельности [7]. В ходе исследования мотивации профессиональной деятельности обучающихся в Кировской государственной медицинской академии были опрошены студенты 1-6 курсов педиатрического и лечебного факультетов академии, а также преподаватели вуза и работники медицинских учреждений. Всего было опрошено 620 студентов и 97 преподавателей и врачей.

Диагностика показала, что мотивация обучающихся на высоком уровне и имеет позитивную структуру и динамику развития. В ней доминирует интерес к профессиональной деятельности, желание использовать знания и опыт, стремление помогать людям. Основная выявленная проблема – спад мотивации на 3-4-х курсах обучения и некоторое снижение мотивации к 6 курсу (при росте мотивов самоутверждения, статуса, знакомств, заработка). Следует подчеркнуть, что мотивация имеет позитивную структуру: доминирует по всем курсам внутренняя мотивация, затем идет внешняя положительная и наименее значимой является внешняя отрицательная мотивация. Вместе с тем, внешняя отрицательная мотивация в целом растет по мере учебы и на

шестом курсе практически выравнивается с внешней положительной. При этом уменьшается разрыв между внутренней и внешней мотивацией. С учетом полученных данных особое внимание в процессе воспитания в вузе уделено поддержанию и развитию внутренней мотивации профессиональной деятельности у студентов старших курсов.

В целом проведенное исследование позволило определить задачи, особенности, пути воспитания обучающихся в медицинских вузах и сформировать систему воспитания медицинских кадров, включающую концепцию воспитательной работы в медицинском вузе, программу адаптации первокурсников к обучению в медицинском вузе, программу развития мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в медицинских вузах.

Литература:

1. Воспитательная деятельность педагога / Под общ. ред. В.А. Сластенина и И.А. Колесниковой. - М.: Издательский центр «Академия», 2006. С. 29-32.
2. Гриценко Л.И. Теория и методика воспитания: личностно-социальный подход. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. С. 6-8.
3. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. – М.: Медицина, 1997. С. 4-5.
4. Колеченко А.К. Психология и технология воспитания. – СПб.: КАРО, 2006. С. 25-30.
5. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - Л.: Медицина, 1984. С. 24.
6. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2000. С. 68-70.
7. Там же. С. 421-437.

Статья

ТЕМАТИЧЕСКАЯ ИГРА В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ

Фесюк Е.Г., Поздеева Н.В., Коковихина И.А., Милеева Л.М., Колосова Е.А.
ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, кафедра фтизиатрии

В Федеральной целевой программе развития образования на 2011-2015 годы делается особый акцент на обеспечение инновационного характера системы образования. Ведущее место в такой системе занимают

инновационные методы подготовки и формы организации учебных занятий обучающихся в системе высшего образования. При этом инновационный подход к обучению студентов должен быть системным и охватывать все аспекты учебно-воспитательной работы при подготовке будущих специалистов. Особое внимание должно уделяться разработке новых технологий и методов обучения. Однако, большинство исследований в данном направлении реализуется в системе общего образования, в высшей школе подобных работ немного, хотя и в последние годы интерес к данной проблеме возрастает [1,4].

На сегодня различные инновационные методы обучения студентов находят свое отражение во многих технологиях обучения, в частности, это проблемной и игровой технологии, технологии коллективной и групповой деятельности, имитационных методах активного обучения, методах анализа конкретных ситуаций, обучения в сотрудничестве, направленных на формирование и закрепление профессиональных знаний, умений и навыков у студентов, способствующих развитию профессиональных качеств будущего специалиста [2,3]. Однако, в доступной литературе мы не нашли данных по проведению тематических игр в высшей медицинской школе. Предложенная нами тематическая игра как новая форма организации учебного занятия по фтизиатрии позволит применить в педагогической практике обучения студентов одновременно несколько инновационных методов обучения.

Цель работы: разработать и внедрить в учебный процесс по дисциплине «Фтизиатрия» новую форму инновационного обучения в виде тематической игры по проблемам фтизиатрии.

Задачи:

- 1) Разработать сотрудниками кафедры фтизиатрии Кировской ГМА методику проведения тематической игры по проблемам фтизиатрии.
- 2) Организовать для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов, обучающихся на цикле по фтизиатрии, тематическую игру по разработанной методике.
- 3) Провести анкетирование студентов по результатам тематической игры.
- 4) Оценить успеваемость студентов, участников тематической игры и сравнить ее с успеваемостью студентов контрольной группы, не участвовавших в данном образовательном мероприятии.

Материалы и методы: На кафедре фтизиатрии Кировской ГМА за 2011-2014 учебные годы проведено 3 тематических игры по фтизиатрии для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультета во время

обучения на цикле по фтизиатрии. В игре приняли участие 84 человека (9 групп, из них 2- коммерческих, 7- бюджетных). Контрольную группу составили 90 студентов (9 групп, из них 2- коммерческих, 7-бюджетных).

Продолжительность тематической игры составляла одно учебное занятие (5-6 часов) в конце цикла изучения дисциплины. Игра проводилась на клинической базе и вне ее, во время проведения интегративной образовательной экспедиции в противотуберкулезные учреждения области, осуществлялась при поддержке руководства кафедры и соответствующих противотуберкулезных учреждений.

Тематическая игра проходила по станциям в специально выделенных помещениях. Студенты работали в команде (6- 7 человек) по маршрутным листам на клиничко-диагностической, лечебно- практической, профилактической, исторической и станциях неотложной помощи и здорового образа жизни. Каждая команда имела название, девиз, посвященный фтизиатрии, выбирала капитана. На станциях студенты отвечали на разнообразные творческие задания, компьютерные тесты, решали ситуационные задачи, ребусы, кроссворды, читали рентгенограммы, выписывали рецепты, оценивали динамику туберкулиновых проб, участвовали в деловых играх, сочиняли стихи, пробовали свои силы в армреслинге и дартсе. Работа каждого студента и команды в целом оценивалась на станции ответственным преподавателем в баллах в выданном капитане маршрутном листе. На каждой станции студенты могли набрать определенное количество баллов с учетом сложности предложенного задания. Лучшая команда, набравшая наибольшее количество баллов по итогам игры награждалась дипломом победителя и дополнительными баллами к рейтингу обучения на цикле. Тематическая игра сопровождалась памятными снимками. С целью изучения мнения студентов и преподавателей о новой форме организации учебного занятия проводились устные опросы и анкетирования.

В ходе тематической игры реализовывались следующие цели:

1. практическая - применение на практике знаний по раннему, своевременному выявлению туберкулеза, его диагностике, лечению, профилактике, оказанию неотложной помощи, реализация мероприятий здорового образа жизни, формирование умений и навыков на разных этапах диагностики и лечения заболевания, совершенствование коммуникативных навыков, навыков взаимодействия медицинских работников.

2. развивающая – формирование интереса к изучаемому предмету, его истории, мотивации к изучению дисциплины, развитие личности студента, развитие его профессиональной компетентности, внимания, памяти, речи, мышления, воображения, умения самостоятельно пополнять свои знания по фтизиопульмонологии.
3. общеобразовательная – расширение уровня знаний по диагностике и лечению туберкулеза, оказанию неотложной помощи, расширение общего кругозора студентов, установление межпредметных связей (нормальная и патологическая анатомия, нормальная и патологическая физиология, пропедевтика внутренних болезней, фармакология, общая хирургия, рентгенология).
4. воспитательная – формирование здорового образа жизни, активной жизненной позиции, патриотизма, сознательности, дисциплинированности, настойчивости, самостоятельности, формирование культуры общения, взаимопомощи, взаимоуважения, инициативности, стремления найти оптимальное решение при неотложной ситуации.
5. профориентационная- предоставление студентам в доступной форме информации о возможности прохождения на базе кафедры интернатуры, ординатуры по фтизиатрии, особенностях работы врача фтизиатра в современных условиях.
6. повышение педагогического мастерства профессорско-преподавательского состава кафедры.

Основными задачами тематической игры для студентов были:

- повторение и закрепление пройденного материала по фтизиатрии, представленного в нестандартном виде.
- воспитание стойкости, стремление к победе, находчивости, умение работать в команде.
- сохранение жизни больному при неотложных состояниях, используя все доступные методы диагностики, лечения, виды неотложной медицинской помощи.

Через всю игру проходила идея необходимости знаний, практических навыков, умений, профессиональной компетентности, общей эрудиции, культуры для своевременной диагностики и профилактики туберкулеза, оказания неотложной помощи больному туберкулезом.

Обучение студентов на цикле осуществлялось с применением модульно-рейтинговой системы обучения. Оценка эффективности

внедренной формы обучения включала показатели успеваемости студентов.

Результаты: Проведенное анкетирование по результатам тематической игры установило, что всем студентам и преподавателям понравилось участвовать в мероприятии. Самыми интересными станциями в тематической игре для студентов были профилактическая, где они сочиняли стихи, и неотложной помощи с проведением деловой игры. При этом, положительные эмоции в виде интереса, азарта, восторга и т.д. отметили 96,6% студентов, 3,4% почувствовали тревогу (встревоженность). Два студента решили стать фтизиатром. 37,9% рекомендовали использовать тематическую игру 1 раз в цикл. После проведенной экспедиции повысилась у всех студентов мотивация к изучению дисциплины. Среди замечаний студенты рекомендовали регламентировать время на станции.

При анализе показателей успеваемости студентов, участников тематической игры (основной группы) в сравнении с контрольной группой (студентов, не участвовавших в мероприятии), были установлены более высокие показатели успеваемости в основной группе. Качественный показатель успеваемости составил 81% и 70% соответственно, средний бал 4,3 и 4,0. При сравнении бюджетных и коммерческих групп основной и контрольной групп были установлены более высокие показатели у студентов бюджетных групп. (рис.1,2,3).

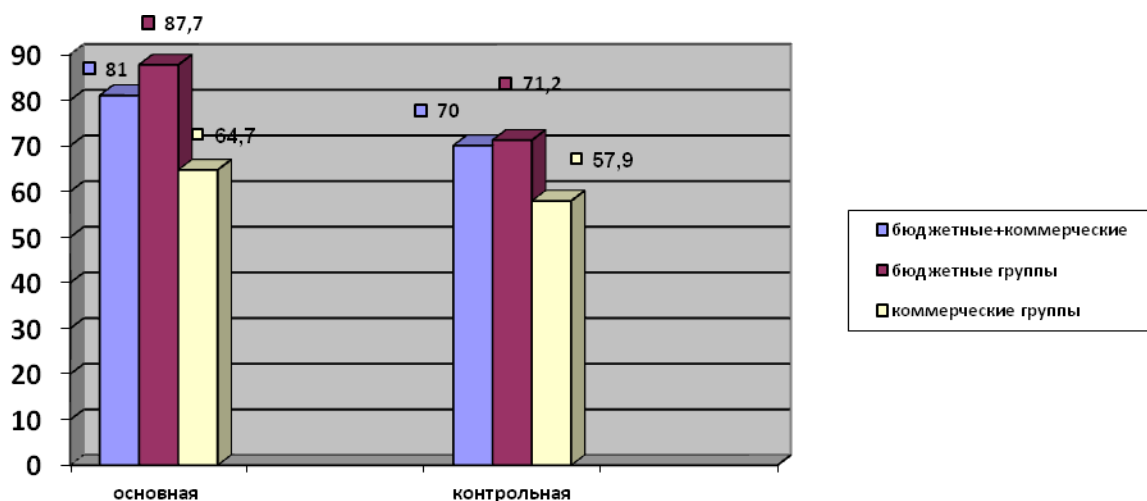


Рис. 1. Качественные показатели успеваемости студентов с проведением на цикле по фтизиатрии тематической игры

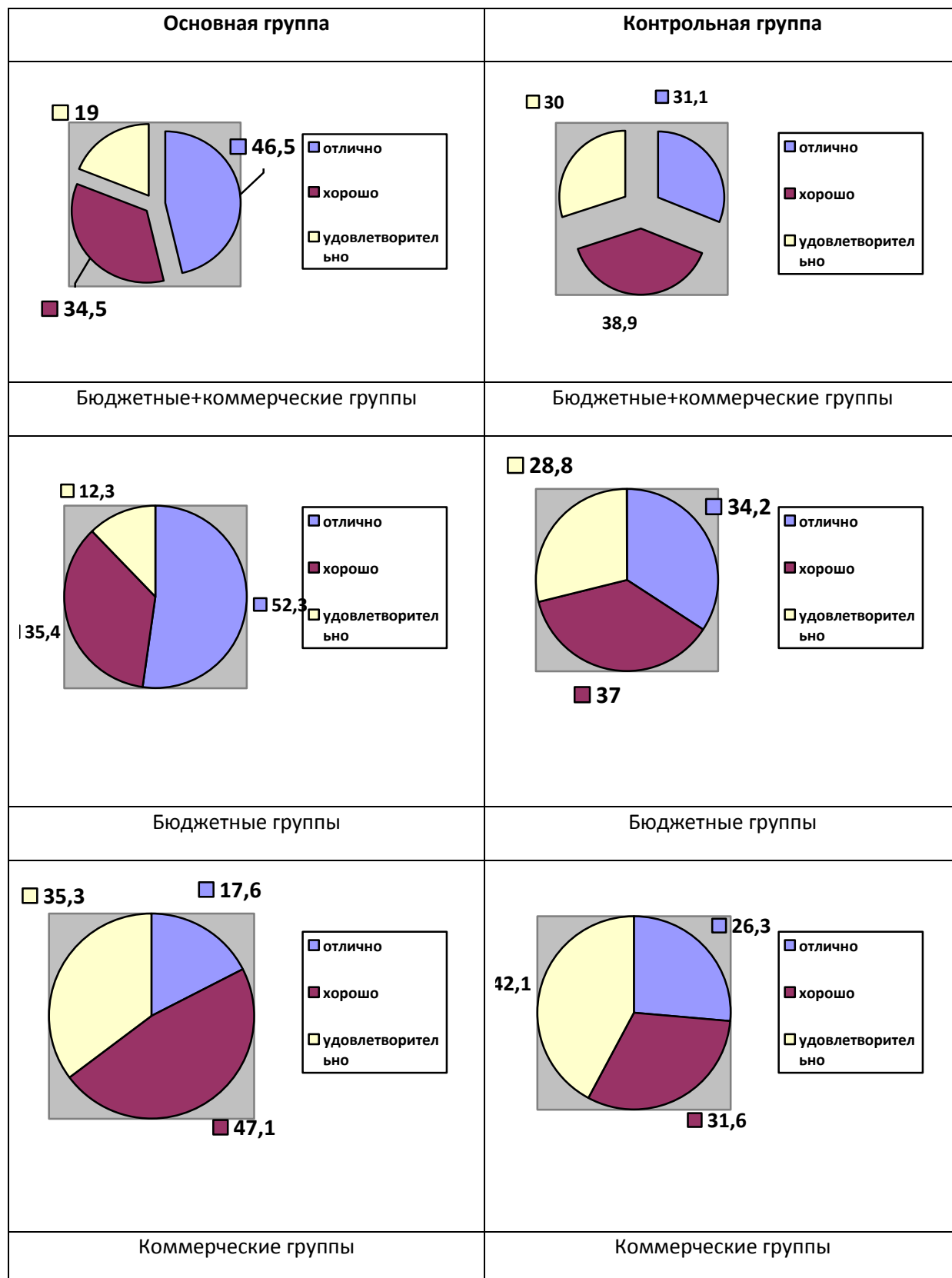


Рис.2. Успеваемость студентов на цикле по фтизиатрии с проведением тематической игры.

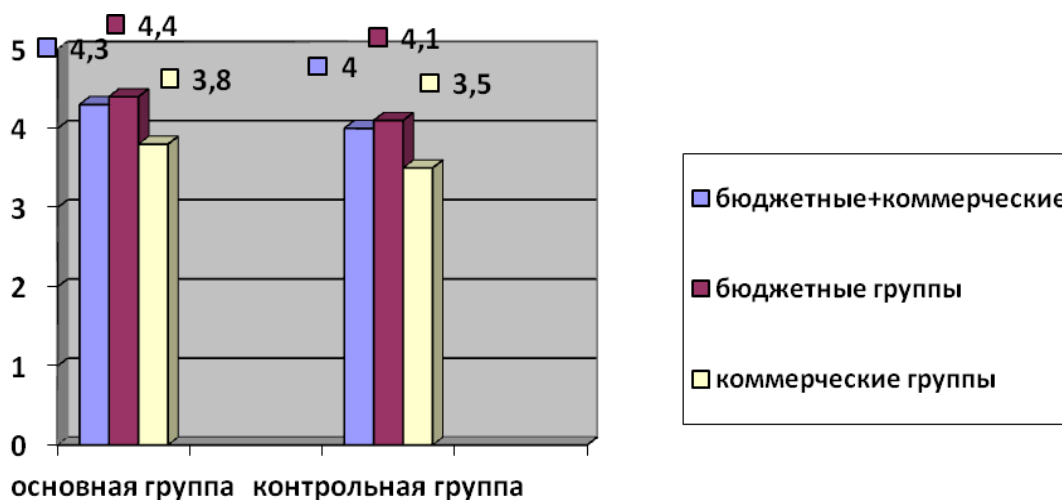


Рис.3. Средний бал у студентов с проведением на цикле по фтизиатрии тематической игры

Как видно из данных рисунков, качественный показатель успеваемости и средний бал у студентов бюджетного набора составил в основной группе 87,7% и 4,4, в контрольной - 71,2% и 4,1, у студентов коммерческих групп соответственно 64,7% и 3,8; 57,9% и 3,5. Оценку отлично получили на цикле 52,3% студентов бюджетного набора, участвующих в тематической игре, и только 34,2% студентов, не участвующих в игре. Напротив, удовлетворительных оценок было больше в контрольной группе, по сравнению с группой основной (соответственно 28,8% и 12,3%).

Таким образом, внедрение тематической игры, интегрирующей в себе комплекс инновационных методов обучения, в традиционную систему образования по дисциплине «Фтизиопульмонология» способствовала повышению уровня познавательной, творческой активности студентов, самостоятельности, ответственности, пониманию других людей, сотрудничеству, формированию и развитию положительной профессиональной мотивации и соответственно повышению качества образования.

Важно отметить, что игровая форма обучения позволила сделать процесс обучения более значимым и интересным для студентов, максимально приблизила его к условиям будущей профессиональной деятельности врача. Студент имел возможность на занятии более глубоко погрузиться в практическую деятельность, связанную с его будущей профессией. Метод деловых и ситуационно-ролевых игр, реализуемый в ходе тематической игры помог научиться студенту ориентироваться и

принимать правильные решения в сложных ситуациях будущей врачебной деятельности.

Мы считаем, что тематическая игра - это эффективная форма организации образовательного процесса в высшей школе и рекомендуем использовать ее на занятиях по фтизиопульмонологии, так как в ходе игры студенты учатся решать реальные задачи по профилактике, раннему и своевременному выявлению туберкулеза, его лечению, терапии неотложных ситуаций - важнейших направлений деятельности противотуберкулезной службы и врачей общей лечебной сети.

Литература:

1. Грудзинская Е.Ю., Марико В.В. Активные методы обучения в высшей школе. Учебно-методические материалы по программе повышения квалификации «Современные педагогические и информационные технологии». - Нижний Новгород, 2007, 182с.
2. Копысова Л.А. Развитие мотивации к профессиональной деятельности у обучающихся в образовательном процессе медицинского вуза / Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 8-9 декабря 2010 года. – Киров.
3. Фесюк Е.Г. Ситуативный подход в обучении по дисциплине «Фтизиопульмонология», как фактор мотивации к профессиональной деятельности / Материалы международной научно-практической конференции «Психолого - педагогические механизмы и средства формирования общекультурных и профессиональных компетенций у обучающихся в медицинских вузах» 5-6 февраля 2013 г.
4. Черкасов М.Н. Инновационные методы обучения студентов / Материалы XIV международной заочной научно-практической конференции «Инновации в науке», 19 ноября 2012г., г. Новосибирск.

Статья

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ

Бельтюкова О.В.

*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России,
кафедра психологии и педагогики*

Изучение проблем здоровья подрастающего поколения в настоящее время приобретает особую актуальность. Здоровье населения является –

наивысшей ценностью, и возрождение нации должно начаться именно со здоровья, в первую очередь, молодежи. Влияние физической культуры и спорта на становление личности студента постоянно возрастает. И, на наш взгляд, физическая культура и спорт, способствуют не только укреплению здоровья студентов, но и эффективным средством развития их социальной активности. Физическая культура и спорт предоставляют каждому студенту широчайшие возможности для развития, утверждения и выражения своего «я».

Анализ научной литературы показал, что изучением социальной активности занимались многие ученые: Т.К. Ахаян, Е.В. Бондаревская, А.В. Зосимовский, И.П. Иванов, Т.Е. Конникова, Т.Н. Мальковская, В.А. Сухомлинский, А.Г. Харчев, Д.С. Яковлева, Т.И. Шамова и др., которые установили, что она реализуется в различных видах деятельности: трудовой, учебной, спортивной и др. [2].

Социальная активность личности как способность преобразовывать себя и мир в соответствии с системой жизненных установок обретается человеком под влиянием множества факторов, как стихийных, так и целенаправленных. Мы придерживаемся, мнения Т.Н. Мальковской, которая определяет социальную активность «как интегральное понятие, которое может проявляться и как побудитель к деятельности и как устойчивое свойство личности, ее характерологическая черта. Как актуальная потребность социальная активность реализуется в определенной системе целевых установок, мотивов, определяющих интересы личности, ее включение в деятельность по удовлетворению возникшей потребности; как преобразующая способность социальная активность реализуется в соответствующих социальных знаниях, умениях, навыках» [1]. Физкультурно-спортивная деятельность, в которую включаются студенты, является одним из эффективных механизмов слияния общественных и личных интересов, формирования общественно необходимых индивидуальных потребностей. Ее специфическим ядром являются отношения, развивающие физическую и духовную сферу личности, обобщающие ее нормами, идеалами, ценностными ориентациями. При этом происходит превращение социального опыта в свойства личности и превращение ее сущностных сил во внешний результат. Целостный характер такой деятельности делает ее мощным средством повышения социальной активности личности.

Владея и активно используя разнообразные физические упражнения, человек улучшает свое физическое состояние и подготовленность,

совершенствуется, что отражает такую степень физических возможностей личности, ее пластической свободы, которые позволяют ей наиболее полно реализовать свои сущностные силы. Активное участие студентов в необходимых обществу и желательных для них видах спортивной деятельности, усиливают ее адаптивные возможности и рост на этой основе социальной отдачи [4].

Степень физического совершенства определяется тем, насколько прочную основу оно представляет для дальнейшего развития. Физическое совершенствование правомерно рассматривать как динамическое состояние, характеризующее стремление личности к целостному развитию посредством избранного вида спорта или физкультурно-спортивной деятельности. Тем самым обеспечивается выбор средств, наиболее полно соответствующий ее морфофункциональным и социально-психологическим особенностям, раскрытию и развитию ее индивидуальности. Вот почему физическое совершенство является не просто желаемым качеством будущего медицинского работника, а необходимым элементом его личной структуры.

Физическая культура личности определяет способность к саморазвитию, отражает направленность личности «на себя», что обусловлено ее социальным и духовным опытом, обеспечивает ее стремление к самосовершенствованию. А также физическая культура является основой инициативного самовыражения будущего специалиста и средством развития социальной активности. Она отражает творчество личности, направленное на отношения, возникающие в процессе физкультурно-спортивной, общественной и профессиональной деятельности. Чем богаче и шире круг связей личности в этой деятельности, тем богаче становится пространство ее субъективных проявлений.

Учитывая вышеизложенное, можно утверждать, что перед образовательными учреждениями стоит задача придать физкультурному движению студенчества массовый характер, создать научно-обоснованную систему физкультурно-спортивной деятельности студентов. Массовая физическая культура как сложное многофункциональное явление в жизни коллектива учебного учреждения выполняет оздоровительные, воспитательные, образовательные и социально-культурные задачи. С помощью специально организованных массовых мероприятий с использованием физических упражнений, спорта, разумного режима труда и отдыха, рационального питания и т.д. можно в широком

диапазоне изменить показатели здоровья и физической подготовленности студентов.

При рациональной организации массовых физкультурно-спортивных мероприятий осуществляется воздействие на участников в направлении развития у них социальной активности, высокой нравственности, гражданственности и патриотизма, а также естественной потребности в использовании физических упражнений и спорта, и здорового образа жизни в процессе своей жизнедеятельности. Только физически подготовленный человек может с помощью личного примера заниматься пропагандой здорового образа жизни.

Следует отметить, что кроме знаний из области медицины, биологии, педагогики, физического воспитания, необходимы знания и практические навыки по организации и проведению массовых, оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятий, все это будет способствовать формированию здорового образа жизни.

В целом, массовая физическая культура будет эффективно отражаться на развитии личности студентов только в том случае, если она будет частью целостной системы воспитания студенческой молодежи. Для этого необходимо активно заниматься пропагандой физической культуры среди студентов.

Пропаганда физической культуры подразумевает целенаправленную деятельность по распространению знаний в области физической культуры и спорта. Для этого крайне необходимо повышение уровня физкультурного образования студентов; воспитание потребности в утверждении здорового образа жизни, использование средств физической культуры в режиме труда и отдыха; активизация вне учебных форм физкультурно-оздоровительной работы среди студентов. Поэтому необходимо привлекать всех членов коллектива к участию массовых оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятиях; повышать эффективность физкультурно-оздоровительных мероприятий; совершенствовать работу по массовой физической культуре среди студентов.

Таким образом, физическая культура и спорт существенно влияют на различные стороны человеческой жизни, в первую очередь на трудовую деятельность, нравственные и интеллектуальные качества личности, на процесс самопознания и самосовершенствования, на формирование воли. Способствуют укреплению здоровья студента, их физического совершенствования, являются рациональной формой проведения досуга и средством развития социальной активности студентов-медиков.

Литература:

1. Мальковская, Т. Н. Социальная активность старшеклассников [Текст] / Т.Н. Мальковская. – М.: Педагогика, 1988. – 144 с.
2. Педагогика профессионального образования: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. А. Сластенина. – М.: Академия, 2004. – 368 с.
3. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 480 с.
4. Физическая культура студента. Под ред. В.И. Ильнича. - М.: 2001. - 48 с.

