

ISSN 2658-6649

Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture

www.discover-journal.ru



Volume 11, Number 3
2019

ISSN 2658-6649 (print)
ISSN 2658-6657 (online)

**Siberian Journal
of Life Sciences
and Agriculture**

Том 11, №3, 2019

Научный журнал

Электронная версия
журнала размещена
на сайте
discover-journal.ru

Журнал включен
в Перечень ВАК
ведущих рецензируемых
научных журналов

Журнал основан в 2008 г.
ISSN 2658-6649
Импакт-фактор
РИНЦ 2017 = 0,153

Главный редактор – С.В. Дентовская

Зам. глав. редактора – Л.Н. Медведев, З.П. Оказова, О.Л. Москаленко

Шеф-редактор – Я.А. Максимов

Выпускающие редакторы – Д.В. Доценко, Н.А. Максимова

Корректор – С.Д. Зливко

Компьютерная верстка, дизайн – Р.В. Орлов

Технический редактор – Ю.В. Бяков

**Siberian Journal
of Life Sciences
and Agriculture**

Volume 11, №3, 2019

Scientific Journal

The electronic
version takes place
on a site
discover-journal.ru

The journal is in the list of leading
peer-reviewed scientific journals and
editions, approved by Higher Attestation
Commission

Founded 2008
ISSN 2658-6649
RSCI IF (2017) = 0,153

Editor-in-Chief – S.V. Dentovskaya

Deputy Editors – L.N. Medvedev, Z.P. Okazova, O.L. Moskalenko

Chief Editor – Ya.A. Maksimov

Managing Editors – D.V. Dotsenko, N.A. Maksimova

Language Editor – S.D. Zlivko

Design and Layout – R.V. Orlov

Support Contact – Yu.V. Byakov

Красноярск, 2019

Научно-Инновационный Центр

Красноярск, 2019

Science and Innovation Center Publishing House

12+

Издательство «Научно-инновационный центр»

ISSN 2658-6649

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР)

ПИ № ФС 77 - 71726 от 30.11.2017 г.

Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. Красноярск: Научно-инновационный центр, 2019. Том 11, № 3. 154 с.

Периодичность – 4 выпуска в год.

Журнал включен в Реферативный журнал и Базы данных ВИНИТИ РАН: <http://catalog.viniti.ru/>, а также в международную реферативную базу данных и систему цитирования Agris, Chemical Abstracts.

Журнал включен в Перечень ВАК в соответствии с п. 5 правил формирования перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, утвержденных приказом Минобрнауки России от 12 декабря 2016 г. N 1586 (ред. от 12.02.2018).

Сведения о журнале ежегодно публикуются в международной справочной системе по периодическим и продолжающимся изданиям «Ulrich's Periodicals directory» в целях информирования мировой научной общественности.

Журнал представлен в ведущих библиотеках страны, в Научной Электронной Библиотеке (НЭБ) – головном исполнителе проекта по созданию Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и имеет импакт-фактор Российского индекса научного цитирования (ИФ РИНЦ).

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Правила для авторов доступны на сайте журнала: <http://discover-journal.ru/guidelines.html>

Адрес редакции, издателя и для корреспонденции:

660127, г. Красноярск, ул. 9 Мая, 5 к. 192

E-mail: open@nkras.ru

<http://discover-journal.ru/>

Подписной индекс в каталоге Почты России "Подписные издания" - П9201.

Подписной индекс в каталоге периодических и сетевых изданий «Сиб-Пресса» – 94089.

Учредитель и издатель: Издательство ООО «Научно-инновационный центр»

Свободная цена

© Научно-инновационный центр, 2019

Члены редакционной коллегии

Анисимов Андрей Павлович, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе (Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, пос. Оболенск, Серпуховский р-н, Московская обл., Российская Федерация)

Балакирев Николай Александрович, доктор сельскохозяйственных наук, академик РАН, профессор, проректор по науке и инновациям, зав. кафедрой мелкого животноводства (федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московская государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологии – МВА имени К.И. Скрябина», Москва, Российская Федерация)

Батырбекова Светлана Есимбековна, доктор химических наук, ведущий научный сотрудник (Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Республика Казахстан)

Буко Вячеслав Ульянович, доктор биологических наук, профессор, зав. отделом биохимической фармакологии (Институт биохимии биологически активных соединений АН Беларуси, Гродно, Республика Беларусь)

Глотов Александр Гаврилович, доктор ветеринарных наук, профессор, заведующий лабораторией биотехнологии, главный научный сотрудник (Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Сибирский федеральный научный центр агробиотехнологий Российской академии наук, Новосибирская область, пос. Краснообск, Российская Федерация)

Игнатова Ирина Акимовна, доктор медицинских наук, профессор ЛОР кафедры КГМУ им В.Ф. Войно-Ясенецкого; ведущий научный сотрудник лаборатории "Клинической патофизиологии" ФИЦ КНЦ СО РАН; руководитель лаборатории "Инновационных методов обследования и коррекции сенсорных систем человека" КГПУ им. В.П. Астафьева (Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Российская Федерация)

Казакова Алия Сабировна, доктор биологических наук, профессор, заведующая кафедрой агробиотехнологии (Азово-Черноморский инженерный институт ФГБОУ ВО Донской ГАУ, Зерноград, Российская Федерация)

Козлов Василий Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (Федеральное государственное

автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация)

Лесовская Марина Игоревна, доктор биологических наук, профессор, профессор кафедры экономики и агробизнеса (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный аграрный университет», Красноярск, Российская Федерация)

Лисняк Анатолий Анатольевич, кандидат сельскохозяйственных наук, доцент, старший научный сотрудник, заведующий лабораторией лесного почвоведения УкрНИИЛХА; доцент кафедры экологии и неозологии ХНУ (Украинский научно-исследовательский институт лесного хозяйства и агролесомелиорации им. Г.Н. Высоцкого (УкрНИИЛХА); Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина (ХНУ), Харьков, Украина)

Манчук Валерий Тимофеевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, научный руководитель института (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», Красноярск, Российская Федерация)

Мойсеёнок Андрей Георгиевич, доктор биологических наук, профессор, член-корреспондент НАН Беларуси, заведующий Отделом витаминологии и нутрицевтики ГП "Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси" (Гродно), главный научный сотрудник Отдела питания НПЦ НАН Беларуси по продовольствию (Минск) (Национальная академия наук Беларуси, Республика Беларусь)

Музурова Людмила Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры анатомии человека (Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Российская Федерация)

Науанова Айнаш Пахуашовна, доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник (Казахский агротехнический университет им. С. Сейфуллина, Астана, Республика Казахстан)

Никитюк Дмитрий Борисович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор (Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Москва, Российская Федерация)

Прошин Дмитрий Иванович, кандидат технических наук, руководитель отдела перспективных разработок (Bell Integrator, Пенза, Российская Федерация)

Пуликов Анатолий Степанович, доктор медицинских наук, профессор, отличник

здравоохранения РФ, главный научный сотрудник группы функциональной морфологии клинического отделения патологии пищеварительной системы у взрослых и детей (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», Красноярск, Российская Федерация)

Полунина Наталья Валентиновна, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения (федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация)

Рапопорт Жан Жозефович, доктор медицинских наук, профессор, отличник здравоохранения СССР, заслуженный изобретатель СССР, почетный профессор НИИ МПС; консультант (Больничная касса "Леумит", Хайфа, Израиль)

Рахимов Александр Имануилович, доктор химических наук, профессор, профессор по кафедре «Органическая химия» (Волгоградский государственный технический университет, Волгоград, Российская Федерация)

Рахимова Надежда Александровна, доктор химических наук, профессор (Волгоградский государственный технический университет, Волгоград, Российская Федерация)

Родин Игорь Алексеевич, доктор ветеринарных наук, профессор, профессор кафедры анатомии, ветеринарного акушерства и хирургии (федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный аграрный университет имени И.Т. Трубилина», Краснодар, Российская Федерация)

Рожко Татьяна Владимировна, кандидат биологических наук, доцент, доцент кафедры медицинской и биологической физики (Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Российская Федерация)

Сетков Николай Александрович, доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник, международный научный центр исследования экстремальных состояний организма, профессор кафедры биофизики Института фундаментальной биологии и биотехнологии (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет», Красноярск, Российская Федерация)

Смелик Виктор Александрович, доктор технических наук, профессор, директор научно-исследовательского института управления технологическими системами в АПК, заведующий кафедрой «Технические системы в агробизнесе» (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский государственный аграрный университет", Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Смирнова Ольга Валентиновна, доктор медицинских наук, профессор, зав. лабораторией клинической патофизиологии НИИ МПС ФИЦ КНЦ СО РАН; профессор кафедры медицинской биологии Института фундаментальной биологии и биотехнологии СФУ; профессор кафедры внутренних болезней Медико-психолого-социального института ХГУ (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский федеральный университет», Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова, Красноярск, Российская Федерация)

Суханова Светлана Фаилевна, доктор сельскохозяйственных наук, профессор, проректор по научной работе (федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курганская государственная сельскохозяйственная академия имени Т.С. Мальцева», Курганская обл., Кетовский р-н, с. Лесниково, Российская Федерация)

Тереценко Сергей Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель клинического отделения соматического и психического здоровья детей (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», Красноярск, Российская Федерация)

Тирранен Ляля Степановна, доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник, международный научный центр исследования экстремальных состояний организма (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», Красноярск, Российская Федерация)

Тыщенко Елизавета Алексеевна, доктор технических наук, доцент, профессор кафедры «Товароведения и управление качеством» (Кемеровский технологический институт пищевой промышленности, Кемерово, Российская Федерация)

Шаталова Наталья Петровна, кандидат физико-математических наук, доцент, профессор кафедры математики, информатики и методики преподавания (Куйбышевский филиал Новосибирского государственного педагогического университета, Куйбышев, Российская Федерация)

Шелепов Виктор Григорьевич, доктор сельскохозяйственных наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий лабораторией «Разработка продуктов для функционального питания человека и животных (Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Сибирский федеральный научный центр агробιο-технологий Российской академии наук, Новосибирская область, Новосибирский район, р.п. Краснообск, Российская Федерация)

Шнайдер Наталья Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования, руководитель Неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники (Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Российская Федерация)

Editorial Board Members

Andrey Anisimov, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for Science (Federal Service for Supervision in the Sphere of Customers Rights and Human Well-Being Federal State Institution of Science State Research Center for Applied Microbiology and Biotechnology, Obolensk, Moscow Region, Russian Federation)

Nikolai Balakirev, Doctor of Agricultural Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor, Pro-Rector for Science and Innovation, Head of the Department of Small Animal Husbandry (Moscow State Academy of Veterinary Medicine and Biotechnology named after K.I. Skryabin, Moscow, Russian Federation)

Svetlana Batyrbekova, Doctor of Chemical Sciences, Senior Researcher (Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan)

Vyacheslav Buko, Doctor of Biology, Professor, Head of the Department of Biochemical Pharmacology (Institute of Biochemistry of Biologically Active Compounds of the Academy of Sciences of Belarus, Grodno, Belarus)

Alexander Glotov, Doctor of Veterinary Sciences, Professor, Head of the Laboratory of Biotechnology, Chief Scientific Officer (Scientific Center of Agrobiotechnologies of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk Region, Krasnoobsk, Russian Federation)

Irina Ignatova, Doctor of Medicine, Professor of the Department of Endocrinology; Leading Researcher of the Laboratory "Clinical Pathophysiology"; Head of the Scientific-Practical Laboratory "Innovative Methods of Examination and Correction of the Sensory Systems of Man" (Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky; Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center» of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; Krasnoyarsk State Pedagogical University, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Aliya Kazakova, Doctor of Biology, Professor, Head of Department of Agrobiotechnology (Azov-Black Sea State Agroengineering Academy, Zernograd, Russian Federation)

Vasily Kozlov, Candidate of Medicine (Ph.D.), Associate Professor, Assistant Professor of Public Health and Health Care (I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation)

Marina Lesovskaya, Doctor of Biology, Professor, Professor of the Department 'Economics and Agribusiness' (Krasnoyarsk State Agrarian University, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Anatoly Lisnyak, Candidate of Agricultural Sciences (Ph.D.), Associate Professor, Senior Researcher, Head of the Laboratory of Forest Soil Science; Associate Professor of the Department of Ecology and Neoecology (Ukrainian Research Institute of Forestry and Agroforestry named after G. M. Vysotsky, Kharkiv National University)

of V.N. Karazin, Kharkiv, Ukraine)

Valery Manchuk, Doctor of Medicine, Professor, Corresponding Member of RAS, Scientific Director of the Institute (Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center») of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Andrei Moiseenok, Doctor of Biology, Professor, Corresponding Member of the National Academy of Sciences of Belarus, Head of the Department of Vitaminology and Nutraceutical Technologies of the State Enterprise "Institute of Biochemistry of Biologically Active Compounds of the National Academy of Sciences of Belarus" (Grodno), Chief Researcher of the Nutrition Department of the National Center for Food of Belarus (Minsk) (The National Academy of Sciences of Belarus, Belarus)

Lyudmila Muzurova, Doctor of Medicine, Professor, Professor of the Department of Human Anatomy (Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation)

Aynash Nauanova, Doctor of Biology, Professor, Chief Researcher (S.Seifullin Kazakh Agrotechnical University, Astana, Republic of Kazakhstan)

Dmitry Nikitjuk, Doctor of Medicine, Professor, Corresponding Member of RAS, Director (Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russian Federation)

Dmitry Proshin, Candidate of Engineering Sciences (Ph.D.), Head of Advanced Development Department (Bell Integrator, Penza, Russian Federation)

Anatoly Pulikov, Doctor of Medicine, Professor, chief researcher group of the functional morphology of the clinical department of pathology of the digestive system in children and adults (Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center») of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Natalya Polunina, Doctor of Medicine, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Public Health and Health Economics of the Russian Federation (Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation)

Jan Rapoport, Doctor of Medicine, Professor, Honored Worker of the USSR Public Health, Honored Inventor of the USSR, Honorary Professor of the Research Institute of the Ministry of Railways; Consultant (Health Insurance Fund "Leumit", Haifa, Israel)

Aleksandr Rakhimov, Doctor of Chemical Sciences, Professor, Professor of the Department of Organic Chemistry (Volgograd State Technical University, Volgograd, Russian Federation)

Nadezhda Rakhimova, Doctor of Chemical Sciences, Professor (Volgograd State Tech-

nical University, Volgograd, Russian Federation)

Igor Rodin, Doctor of Veterinary Sciences, Professor, Professor of the Department of Anatomy, Veterinary Obstetrics and Surgery (Kuban State Agrarian University, Krasnodar, Russian Federation)

Tatiana Rozhko, Candidate of Biology (Ph.D.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Medical and Biological Physics (Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Nikolay Setkov, Doctor of Biology, Professor, Chief Researcher, International Research Center Study of Extreme States of the Body, Professor of the Department of Biophysics, Institute of Basic Biology and Biotechnology (Krasnoyarsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Viktor Smelik, Doctor of Technical Sciences, Professor, Director of the Research Institute of Management of Technological Systems in the Agroindustrial Complex, Head of the Department "Technical Systems in Agribusiness" (St. Petersburg State Agrarian University, St. Petersburg, Russian Federation)

Olga Smirnova, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Pathophysiology; Professor of the Department of Medical Biology of the Institute of Fundamental Biology and Biotechnology; Professor of the Department of Internal Medicine of the Medical-Psychological-Social Institute (Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center» of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences; Siberian Federal University; Khakass State University named after N.F. Katanov, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Svetlana Sukhanova, Doctor of Agricultural Sciences, Professor, Vice-Rector (Kurgan State Agricultural Academy by T.S. Maltsev, Kurgan region, Ketovsky district, Lenikovovo village, Russian Federation)

Sergey Tereshchenko, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Clinical Department of Physical and Mental Health of Children (Federal Research Center «Krasnoyarsk Science Center» of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Lyalya Tirranen, Doctor of Biology, Leading Researcher, International Research Center Study of Extreme States of the Body (Krasnoyarsk Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Krasnoyarsk, Russian Federation)

Elizaveta Tyshchenko, Doctor of Engineering Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Commodity and quality management (Kemerovo Institute of Food Science and Technology, Kemerovo, Russian Federation)

Natalya Shatalova, Candidate of Physical and Mathematical Sciences (Ph.D.), Asso-

ciate Professor, professor of the department of mathematics, computer science and teaching methods (Novosibirsk State Pedagogical University, Kuibyshev Branch, Kuibyshev, Russian Federation)

Viktor Shelepov, Doctor of Agricultural Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Laboratory "Development of Products for Functional Nutrition of Humans and Animals" (Siberian Federal Scientific Center for Agrobiotechnology, Russian Academy of Sciences, Novosibirsk Region, Krasnoobsk, Russian Federation)

Natalya Shnaider, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology, Institute of Postgraduate Education, Head of the Neurological Center epileptology, Neurogenetics and Brain Research at the University Hospital (Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russian Federation)

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-12-25

УДК 618.39

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

*Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н.,
Виноградов К.А., Миронова А.А.*

Цель. Изучение распространенности экстрагенитальных факторов и их влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности в Красноярском крае.

Материалы и методы. Для изучения факторов риска неблагоприятных исходов беременности использованы данные перинатального мониторинга Красноярского края, который функционирует на базе Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра. В анализ включены данные о 122 250 случаях беременности в период с 2014 по 2017 гг. Все анализируемые случаи беременности распределены на 2 группы: I группа – случаи беременности с неблагоприятными исходами (8 290 случаев), II группа – случаи беременности с благоприятными исходами (113 960 случаев). В работе проанализированы следующие факторы: наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии и гипотензивного синдрома, хронической специфической инфекции, заболеваний почек, варикозной болезни, тромбозов и тромбофлебитов, заболеваний щитовидной железы и надпочечников, пороков сердца без

нарушения кровоснабжения, травм и переломов, нарушений мозгового кровообращения и миопии у матери.

Результаты. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что большинство факторов оказывают влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности. В наибольшей степени на данный риск оказывают влияние наличие положительной реакции на волчаночный антикоагулянт, сахарного диабета, артериальной гипертензии II и III степени тяжести у матери.

Заключение. Использование информации о распространенности и влиянии экстрагенитальных факторов на риск развития неблагоприятных исходов беременности позволит наиболее эффективно осуществлять маршрутизацию беременных по уровням оказания медицинской помощи для снижения числа неблагоприятных исходов беременности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на риск развития неблагоприятных исходов беременности оказывает влияние довольно широкий спектр факторов. При этом каждый фактор оказывает различное по степени влияние на данный риск.

Ключевые слова: распространённость; перинатальный мониторинг; экстрагенитальные заболевания; неблагоприятные исходы; беременность, факторы риска.

THE PREVALENCE OF EXTRAGENITAL RISK FACTORS AND THEIR IMPACT ON ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES

*Kurbanismailov R.B., Narkevich A.N.,
Vinogradov K.A., Mironova A.A.*

Background. To study the prevalence of extragenital factors and their impact on the risk of adverse pregnancy outcomes in the Krasnoyarsk region.

Materials and methods. The data of perinatal monitoring of the Krasnoyarsk territory, which operates on the basis of the Krasnoyarsk regional medical information and analytical center, were used to study the risk factors of adverse pregnancy outcomes. The analysis included data on 122 250 cases of pregnancy in the period from 2014 to 2017. All the analyzed cases of pregnancy were divided into 2 groups: group I – cases of pregnancy with adverse outcomes (8 of 290 cases), group II – cases of pregnancies with favor-

able outcomes (113 960 cases). The paper analyzes the following factors: the presence of diabetes, hypertension and hypotensive syndrome, chronic specific infection, kidney disease, varicose veins, thrombosis and thrombophlebitis, thyroid and adrenal diseases, heart defects without blood supply, injuries and fractures, disorders of cerebral circulation and myopia in the mother.

Result. *The results of the study indicate that most factors have an impact on the risk of adverse pregnancy outcomes. To the greatest extent, this risk is influenced by the presence of a positive reaction to lupus anticoagulant, diabetes mellitus, hypertension of II and III severity in the mother.*

Conclusion. *The use of information on the prevalence and impact of extragenital factors on the risk of adverse pregnancy outcomes will allow the most effective routing of pregnant women by levels of care to reduce the number of adverse pregnancy outcomes. The results show that the risk of adverse pregnancy outcomes is influenced by a fairly wide range of factors. In this case, each factor has a different degree of impact on the risk.*

Keywords: *prevalence; perinatal monitoring; extragenital diseases; adverse outcomes; pregnancy, risk factors.*

На территории Красноярского края отмечается снижение рождаемости, в связи с чем проблемы вынашивания беременности выходят на первый план. К факторам риска развития неблагоприятных исходов беременности относится большой класс экстрагенитальной патологии. Экстрагенитальная патология у беременных должна наблюдаться не только акушерами-гинекологами, но и смежными специалистами, для правильного ведения женщины. Совершенствование охраны материнства и детства по-прежнему является приоритетным направлением современной медицины. В связи с этим сохраняется важность изучения влияния экстрагенитальной патологии женщины наряду с изучением влияния других факторов на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного, на его адаптационные возможности, заболеваемость и смертность [1, 2, 3]. Данная проблема отмечается не только в Красноярском крае, она сохраняется в большинстве регионов страны. Естественная убыль населения, низкий уровень репродуктивного здоровья женщин детородного возраста определяют чрезвычайную ценность каждой желанной беременности [4, 5, 6].

Экстрагенитальный риск развития неблагоприятных исходов беременностей, можно уменьшить при планировании беременности. В настоящее время не подлежит сомнению необходимость переноса приоритетов с лечебной помощи беременным – на профилактическую, которая должна про-

водится до начала беременности или в ранние сроки беременности [7, 8, 9]. Экстрагенитальные заболевания и беременность не являются простым сочетанием двух состояний организма: как экстрагенитальные заболевания могут влиять отрицательно на беременность, роды и младенца, так и беременность может ухудшать состояние заболевания [10, 11, 12].

Ранние преждевременные роды считаются ведущей причиной перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидности с детства в странах мира [13, 14]. Частота преждевременных родов имеет тенденцию к увеличению [15, 16, 17, 18]. Выявление экстрагенитальных факторов риска на этапе планирования беременности, позволит акушерам-гинекологам и специалистам смежных специальностей проводить корректировку лечения пациентки и подготовить её к беременности и родам, тем самым уменьшая число неблагоприятных исходов.

Целью работы явилось изучение распространенности экстрагенитальных факторов и их влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности в Красноярском крае.

Материалы и методы исследования

Для изучения факторов риска неблагоприятных исходов беременности использованы данные перинатального мониторинга Красноярского края, который функционирует на базе Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра. В анализ включены данные о 122 250 случаях беременности в период с 2014 по 2017 гг.

Все анализируемые случаи беременности были распределены на 2 группы: I группа – случаи беременности с неблагоприятными исходами (8 290 случаев), II группа – случаи беременности с благоприятными исходами (113 960 случаев). Неблагоприятными исходами считались: самопроизвольный поздний выкидыш в сроке от 13 до 27 недель беременности, преждевременные роды в сроке 28–36 недель, индуцированный поздний выкидыш в сроке 13–27 недель (по показаниям со стороны матери и/или плода), запоздалые роды в сроке 41–43 недели беременности, срочные роды в сроке 37–40 недель с наличием осложнений в период родов (акушерские травмы, разрывы, кровотечения и т.д.). Благоприятными исходами считались: срочные роды в сроке 37–40 недель без осложнений в период родов.

В работе проанализированы факторы, отнесенные В.Е. Радзинским с соавт., 2009 к экстрагенитальным факторам риска: наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии и гипотензивного синдрома, хронической

специфической инфекции, заболеваний почек, варикозной болезни, тромбозов и тромбозов, заболеваний щитовидной железы и надпочечников, пороков сердца без нарушения кровоснабжения, травм и переломов, нарушений мозгового кровообращения и миопии у матери.

Частота наличия факторов в исследуемых группах представлена в виде процентов и 95% доверительного интервала (ДИ 95%) [19]. Различия между группами оценивали с помощью критерия χ^2 [20]. Для оценки влияния изучаемых факторов на риск развития неблагоприятных исходов беременности, рассчитывался показатель отношения шансов (ОШ), который представлен в виде: ОШ и ДИ 95% [21]. Нулевая гипотеза об отсутствии влияния фактора на риск развития неблагоприятных исходов беременности отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Распространенность экстрагенитальных факторов риска (с частотой более 2 на 1000 случаев беременности) представлена на рисунке 1.

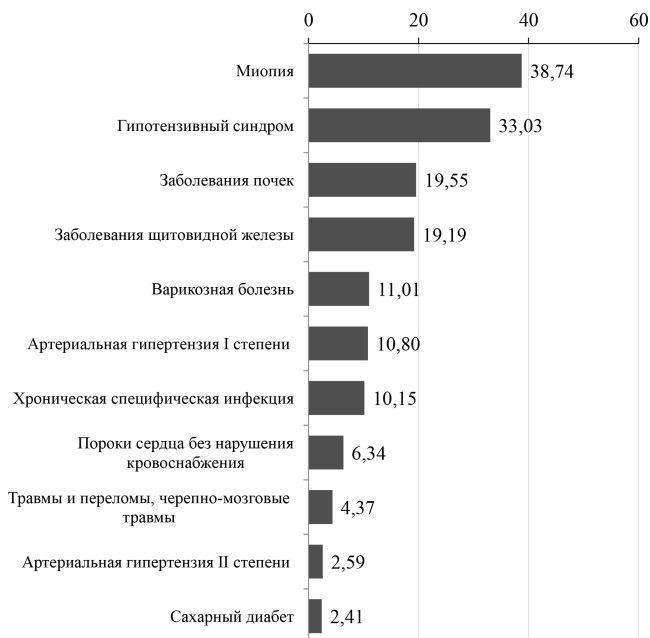


Рис. 1. Распространенность экстрагенитальных факторов риска (с частотой более 2 на 1000 случаев беременности) в Красноярском крае

Среди экстрагенитальных факторов наибольшую распространенность в Красноярском крае имеют наличие миопии (38,74 на 1000 случаев беременности) наличие гипотензивного синдрома (33,03 на 1000 случаев беременности), а также наличие заболеваний почек (19,55 на 1000 случаев беременности).

Оценка влияния экстрагенитальных факторов на риск развития неблагоприятных исходов беременности представлена в таблице 1.

Таблица 1.

**Влияние экстрагенитальных факторов риска
на развитие неблагоприятных исходов беременности**

Фактор риска	I группа, %±ДИ 95% (n=8 290)	II группа, %±ДИ 95% (n=113 960)	ОШ [ДИ 95%]	p
Положительная реакция на волчаночный антикоагулянт	0,07±0,06	0,01±0,01	9,17 [3,26; 25,77]	<0,001
Наличие сахарного диабета	0,98±0,21	0,19±0,03	5,24 [4,06; 6,78]	<0,001
Наличие артериальной гипертензии III степени	0,12±0,007	0,03±0,01	4,30 [2,11; 8,75]	<0,001
Наличие артериальной гипертензии II степени	0,74±0,18	0,22±0,03	3,29 [2,49; 4,36]	<0,001
Наличие артериальной гипертензии I степени	2,01±0,30	1,01±0,06	2,01 [1,71; 2,37]	<0,001
Наличие хронической специфической инфекции	1,59±0,27	0,97±0,06	1,65 [1,37; 1,97]	<0,001
Наличие заболевания почек	2,70±0,35	1,90±0,08	1,43 [1,65; 1,25]	<0,001
Наличие варикозной болезни	1,45±0,26	1,08±0,06	1,35 [1,12; 1,63]	<0,001
Наличие гипотензивного синдрома	2,42±0,33	3,37±0,10	0,71 [0,68; 0,82]	<0,001
Наличие тромбозов, тромбозов, тромбозов	0,10±0,07	0,06±0,01	1,72 [0,82; 3,59]	0,154
Наличие заболевания щитовидной железы	2,12±0,31	1,91±0,08	1,12 [0,96; 1,30]	0,163
Наличие заболевания надпочечников	0,01±0,02	0,04±0,01	0,34 [0,05; 2,44]	0,366
Наличие пороков сердца без нарушения кровоснабжения	0,69±0,18	0,63±0,05	1,09 [0,83; 1,43]	0,519

Окончание табл. 1.

Наличие травм и переломов, черепно-мозговых травм	0,47±0,15	0,44±0,04	1,08 [0,78; 1,50]	0,639
Наличие миопии	3,85±0,41	3,88±0,11	0,99 [0,88; 1,11]	0,896
Наличие общего нарушения мозгового кровообращения	0,02±0,03	0,03±0,01	0,72 [0,17; 3,00]	1,000

Результаты проведенного анализа влияния экстрагенитальных факторов на неблагоприятные исходы беременности, основанного на информации о большом числе законченных случаев беременности, свидетельствуют о том, что имеются факторы, которые не оказывают влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности. К таким факторам относятся наличие общего нарушения мозгового кровообращения, миопии, травм и переломов, черепно-мозговых травм, пороков сердца без нарушения кровоснабжения, заболеваний надпочечников, щитовидной железы, а также тромбозов и тромбофлебитов. Наличие данных факторов в I группе установлено в 0,02±0,03%, 3,85±0,41%, 0,47±0,15%, 0,69±0,18%, 0,01±0,02%, 2,12±0,31% и 0,10±0,07% случаев соответственно, что не имело статистически значимых отличий от частоты наличия данного фактора у женщин, случаи беременности, которых окончились благоприятными исходами (соответственно 0,03±0,01%, 3,88±0,11%, 0,44±0,04%, 0,63±0,05%, 0,04±0,01%, 1,91±0,08% и 0,06±0,01%; $p>0,05$). Отсутствие влияния приведенных факторов на развитие неблагоприятных исходов беременности связано с тем, что при их наличии беременным на текущий момент оказывается своевременная медицинская помощь, что предотвращает развитие подобных исходов.

В результате проведенного исследования были установлены экстрагенитальные факторы, которые в наибольшей степени оказывают влияние на риск развития неблагоприятных исходов беременности. Одним из таких факторов является положительная реакция на волчаночный антикоагулянт. Так, данный фактор в I группе отмечен в 0,07±0,06% случаев, а во II группе в 0,01±0,01% (ОШ=9,17 [3,26; 25,77]; $p<0,001$).

Большое значение для развития неблагоприятных исходов беременности, по нашим данным, имеет наличие сахарного диабета. Так, наличие данного фактора в I группе отмечено в 0,98±0,21% случаев, что статистически значимо больше, чем во II группе (0,19±0,03%; ОШ=5,24 [4,06; 6,78]; $p<0,001$). Немаловажным фактором, оказывающим негативное вли-

яние на развитие неблагоприятных исходов беременности является также наличие артериальной гипертензии III степени у матери (ОШ=4,30 [2,11; 8,75]; $p<0,001$).

Помимо приведенных факторов, существенно повышают риск развития неблагоприятных исходов беременности такие факторы как, наличие артериальной гипертензии II степени (ОШ=3,29 [2,49; 4,36]; $p<0,001$) и I степени (ОШ=2,01 [1,71; 2,37]; $p<0,001$), заболеваний почек (ОШ=1,43 [1,65; 1,25]; $p<0,003$), а также варикозной болезни (ОШ=1,35 [1,12; 1,63]; $p<0,001$). Необходимо отметить, что наличие гипотензивного синдрома является протективным фактором, то есть снижает риск развития неблагоприятных исходов беременности (ОШ=0,71 [0,68; 0,82]; $p<0,001$).

Необходимо отметить, что увеличение степени тяжести артериальной гипертензии у женщины приводит к увеличению риска развития неблагоприятных исходов беременности. Так, наличие в анамнезе хронической артериальной гипертензии I степени повышает риск развития неблагоприятных исходов беременности лишь в 2,01 [1,71; 2,37] раза ($p<0,001$), наличие артериальной гипертензии II степени – более, чем в 3 раза (ОШ=3,29 [2,49; 4,36]; $p<0,001$), а наличие артериальной гипертензии III степени повышает риск развития неблагоприятных исходов более, чем в 4 раза (ОШ=4,30 [2,11; 8,75]; $p<0,001$).

Заключение

Таким образом, наибольшее влияние на риск развития неблагоприятных исходов беременности среди экстрагенитальных факторов риска оказывают: положительная реакция на волчаночный антикоагулянт, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии (независимо от степени тяжести), хронической специфической инфекции, заболеваний почек, варикозной болезни. Остальные экстрагенитальные факторы риска не имеют статистически значимого влияния на развитие неблагоприятных исходов беременности.

Важной особенностью учета влияния факторов риска на развитие неблагоприятных исходов беременности с целью предупреждения данных исходов является то, что большинство экстрагенитальных факторов в той или иной мере повышают риск развития неблагоприятных исходов беременности. При этом, необходимо учитывать их различную степень влияния, а также возможность наличия у беременной женщины не одного фактора, а их комбинации. В связи с этим необходима дальнейшая разработка интегральной оценки риска развития неблагоприятного исхода беременности у женщин учитывающей данные особенности.

Информация о конфликте интересов. Конфликт интересов отсутствует.

Информация о спонсорстве. Финансовая поддержка данного исследования не осуществлялась.

Благодарности. Отсутствуют.

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Классическое акушерство. СПб.: Элби-СПб, 2007. 807 с.
2. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин. СПб.: НДСПбМАПО, 2005. 438 с.
3. Стрельская О.В., Смирнова О.В. Влияние фактора внутриутробного инфицирования на развитие перинатальной патологии новорожденных // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2013. № 5. С. 42.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens, 2011. 688 с.
5. Радзинский В.Е., Димитрова В.М., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 200 с
6. Khamoshina M.B., Sagaydachnaya S.V., Novickaya E.V., Chotchaeva A.I. The experience of use of unloading obstetric pessary for correction of isthmio-cervical deficiency in women from the group of the high risk of the miscarriages // Reproductive BioMedicine Online: Abstr. of the 5 th Congress of the World Association of Reproductive Medicine. 2010. Vol. 20. Suppl. 3. P. 55. URL: www.rbmonline.com (дата обращения: 11.02.2019).
7. Strobel E., Sladkevicius P., Rovas L., De Smet F., Karlsson E.D., Valentin L. Bishop score and ultrasound assessment of the cervix for prediction of time to onset of labor and time to delivery in prolonged pregnancy // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2006. Vol. 11. № 1, pp. 298–305.
8. Da Fonseca E.B., Carvalho M.H.B. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk // Am. J. Obstet. Gynec. 2003. Vol. 188. № 2, pp. 419–424.
9. Кошелева Н.Г., Зубжицкая Л.Б. Последствия ОРВИ, перенесенные женщиной при беременности // Мать и дитя: материалы VI Российского форума. М., 2004. С. 99–100.
10. Амирова Ж.С. К вопросу об исходах родов у женщин с рецидивирующей угрозой прерывания беременности // Мать и дитя: материалы 8-го Всероссийского научного форума. М., 2006. С. 18–19.
11. Албутова М.Л., Казамбаева Л.В. Особенности ведения беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод // Мать и дитя: материалы 8-го Всероссийского научного форума. М., 2006. С. 15–16.

12. Lamont R.F. Looking to the future: Rep. [I International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002] // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. 2003. Vol. 110, pp. 131–135.
13. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 447 с.
14. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. Вып. 2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 512 с.
15. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации // Журнал акушерства и женских болезней. 2002. № 2. С. 13–17.
16. Шалина Р.И., Плеханова Е.Р. Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. Т. 6. № 1. С. 33–40.
17. Lumley J. Defining the problem: The epidemiology of preterm birth: Rep. [I International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002] // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. 2003. Vol. 110, pp. 3–7.
18. Shin K.S., Brubaker K.L., Ackerson L.M. Risk of cesarean delivery in nulliparous women at greater than 41 weeks' gestational age with an unengaged vertex // Am. J. Obstet. Gynec. 2004. Vol. 190, № 1, pp. 129–134.
19. Wald A., Wolfowitz J. Confidence limits for continuous distribution functions // Annals of mathematical statistics. 1939. № 10, pp. 105–118.
20. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1998. 459 с.
21. Бабич П.Н., Чубенко А.В., Лапач С.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация // Украинский медицинский часопис. 2006. № 2. С. 113–119.

References

1. Abramchenko V.V. *Klassicheskoe akusherstvo* [Classical obstetrics]. Saint-Petersburg: Elby-SPb, 2007. 807 p.
2. Belyakov N.Ah. *Metabolicheskiy sindrom u zhenshchin* [Metabolic syndrome in women]. Saint-Petersburg: NDSPbMAPO, 2005. 438 p.
3. Strelnskaya O.V., Smirnova O.V. Vliyaniye faktora vnutritrobnogo infitsirovaniya na razvitiye perinatal'noy patologii novorozhdennykh [Influence of the factor of intrauterine infection on the development of perinatal pathology of newborns]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem* [Modern research of social problems]. 2013. № 5. pp. 42.
4. Radzinsky V.E. *Akusherskaya agressiya* [Obstetric aggression]. Moscow: StatusPraesens, 2011. 688 p.

5. Radzinskiy V.E., Dimitrova V.M., Mayskova I.Yu. *Nerazvivayushchayasya beremennost'* [Non-Developing pregnancy]. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. 200 p.
6. Khamoshina M.B., Sagaydachnaya S.V., Novickaya E.V., Chotchaeva A.I. The experience of use of unloading obstetric pessary for correction of isthmio-cervical deficiency in women from the group of the high risk of the miscarriages. *Reproductive BioMedicine Online: Abstr. of the 5 th Congress of the World Association of Reproductive Medicine*. 2010. Vol. 20. Suppl. 3. P. 55. URL: www.rbmonline.com (date of appeal – 11.02.2019).
7. Strobel E., Sladkevicius P., Rovas L., De Smet F., Karlsson E.D., Valentin L. Bishop score and ultrasound assessment of the cervix for prediction of time to onset of labor and time to delivery in prolonged pregnancy. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2006. Vol. 11. № 1, pp. 298–305.
8. Da Fonseca E.B., Carvalho M.H.B. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk. *Am. J. Obstet. Gynec.* 2003. Vol. 188. № 2, pp. 419–424.
9. Kosheleva N.G., Zubzhitskaya L.V. Posledstviya ORVI, perenesennye zhenshchinoy pri beremennosti [The Consequences of ARVI, suffered by a woman during pregnancy]. *Mat' i ditya: materialy VI Rossiyskogo foruma* [Mother and child: proceedings of the VI Russian forum]. Moscow, 2004, pp. 99–100.
10. Amirova Zh.S. K voprosu ob iskhodakh rodov u zhenshchin s ressidiviruyushchey ugrozoy preryvaniya beremennosti [On the issue of the outcomes of childbirth in women with recurrent threat of termination of pregnancy]. *Mat' i ditya: materialy 8-go Vserossiyskogo nauchnogo foruma* [Mother and child: proceedings of the 8th all-Russian scientific forum]. Moscow, 2006, pp. 18–19.
11. Albutova M.L., Kasimbaeva L.V. Osobennosti vedeniya beremennosti i rodov u zhenshchin s prezhdevremennym izlitiem okoloplodnykh vod [Peculiarities of pregnancy and labor in women with premature rupture of membranes]. *Mat' i ditya: materialy 8-go Vserossiyskogo nauchnogo foruma* [Mother and child: materials of the 8th all-Russian scientific forum]. Moscow, 2006. pp. 15-16.
12. Lamont R.F. Looking to the future: Rep. [I International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002]. *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* 2003. Vol. 110, pp. 131–135.
13. Sidelnikova V.M., Antonov A.G. *Prezhdevremennyye rody. Nedonoshennyy rebenok* [Premature birth. Premature baby]. Moscow: GEOTAR-Media, 2006. 447 p.
14. *Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya* [Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology]. Pod red. V.I. Kulakov. Vol. 2. Moscow: GEOTAR-Media, 2006. 512 p.

15. Kulakov V.I., Serov V.N., Sidelnikova V.M. Prezhdevremennye rody – taktika vedeniya s uchetom sroka gestatsii [Preterm birth-management tactics taking into account the gestation period]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney* [Journal of obstetrics and women's diseases]. 2002. № 2, pp. 13–17.
16. Shalina R.I., Plekhanova E.R. Kompleksnaya terapiya beremennykh s ugrozoy prezhdevremennykh rodov [Complex therapy of pregnant women with the threat of premature birth]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* [Questions of gynecology, obstetrics and perinatology]. 2007. Vol. 6, № 1, pp. 33–40.
17. Lumley J. Defining the problem: The epidemiology of preterm birth: Rep. [1 International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002]. *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* 2003. Vol. 110, pp. 3–7.
18. Shin K.S., Brubaker K.L., Ackerson L.M. Risk of cesarean delivery in nulliparous women at greater than 41 weeks' gestational age with an unengaged vertex. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2004. Vol. 190, № 1, pp. 129–134.
19. Wald A., Wolfowitz J. Confidence limits for continuous distribution functions. *Annals of mathematical statistics.* 1939. № 10, pp. 105–118.
20. Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika* [Biomedical statistics]. Moscow: Praktika, 1998. 459 p.
21. Babich P.N., Chubenko A.V., Lapach S.N. Primenenie sovremennykh statisticheskikh metodov v praktike klinicheskikh issledovaniy. Soobshchenie tret'е. Otnoshenie shansov: ponyatie, vychislenie i interpretatsiya [Application of modern statistical methods in clinical research practice. A message the third. Odds ratio: concept, calculation and interpretation]. *Ukrains'kiy medichniy chasopis* [Ukrainian medical chronicle]. 2006. № 2, pp. 113–119.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Курбанисмаилов Ренат Бадрудинович, аспирант

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация
krasgtmu05@mail.ru*

Наркевич Артем Николаевич, заведующий научно-исследовательской лабораторией медицинской кибернетики и управления в здравоохранении, к.м.н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация
narkevichart@gmail.com

Виноградов Константин Анатольевич, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики, д.м.н., профессор
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация
vinogradov16@yandex.ru

Миронова Алена Андреевна, аспирант
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация
2800817@mail.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Kurbanismailov Renat Badrudinovich, Post-Graduate Student
Krasnoyarsk State Medical University
1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
krasgmu05@mail.ru
SPIN-code: 8160-5460
ORCID: 0000-0001-7814-9479
ResearcherID: X-7997-2018

Narkevich Artem Nikolaevich; Head of the Research Laboratory of Medical Cybernetics and Management in Healthcare; Candidate of Medical Sciences
Krasnoyarsk State Medical University
1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
narkevichart@gmail.com
SPIN-code: 9030-1493
ORCID: 0000-0002-1489-5058
ResearcherID: H-5830-2012
Scopus Author ID: 55810287600

Vinogradov Konstantin Anatolyevich, Head of the Department of Medical Cybernetics and Informatics, MD, Professor
Krasnoyarsk State Medical University
1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
vinogradov16@yandex.ru
SPIN-code: 6924-0110
ORCID: 0000-0001-6224-5618
ResearcherID: M-2823-2014
Scopus Author ID: 57193429569

Mironova Alena Andreevna, Post-Graduate Student
Krasnoyarsk State Medical University
1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
2800817@mail.ru
SPIN-code: 6804-7171
ORCID: 0000-0002-3617-1421
ResearcherID: X-8074-2018

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-26-38

УДК 618.39

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

*Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н.,
Виноградов К.А., Миронова А.А.*

Цель. Изучение распространенности акушерско-гинекологических факторов и их влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности в Красноярском крае.

Материалы и методы. Используются данные перинатального мониторинга Красноярского края, функционирующего на базе Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра. В анализ включены данные о 122 250 случаях беременности в период с 2014 по 2017 гг. Все анализируемые случаи беременности распределены на 2 группы: I группа – случаи беременности с неблагоприятными исходами (8 290 случаев), II группа – случаи беременности с благоприятными исходами (113 960 случаев). Проанализировано влияние на развитие неблагоприятных исходов беременности следующих факторов: число родов и аборт в анамнезе, наличие преждевременных родов, мертворождаемости, смерти новорожденного в неонатальном периоде в анамнезе, наличие пороков развития матки, хронических воспалительных заболеваний, опухоли яичников, миомы и рубцов матки, анемии легкой, средней и тяжелой степени тяжести, а также наличие в анамнезе экстракорпорального оплодотворения.

Результаты. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что все изученные факторы оказывают влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности. В наибольшей степени на данный риск оказывают влияние наличие двух и более преждевременных родов в анамнезе, пороков развития матки и мертворождения в анамнезе.

Заключение. Использование информации о распространенности и влиянии различных факторов на риск развития неблагоприятных исходов беременности позволит наиболее эффективно осуществлять маршрутизацию беременных по уровням оказания медицинской помощи для снижения

числа данных исходов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на риск развития неблагоприятных исходов беременности оказывает влияние довольно широкий спектр факторов. При этом каждый фактор оказывает различное по степени влияние на данный риск.

Ключевые слова: распространенность; неблагоприятные исходы; беременность; маршрутизация; перинатальные исходы; факторы риска.

THE PREVALENCE OF OBSTETRIC RISK FACTORS AND THEIR IMPACT ON ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES

*Kurbanismailov R.B., Narkevich A.N.,
Vinogradov K.A., Mironova A.A.*

Background. To study the prevalence of obstetric and gynecological factors and their impact on the risk of adverse pregnancy outcomes in the Krasnoyarsk region.

Materials and methods. The data of perinatal monitoring of the Krasnoyarsk territory, functioning on the basis of the Krasnoyarsk regional medical information and analytical center, are used. The analysis included data on 122 250 cases of pregnancy in the period from 2014 to 2017. All the analyzed cases of pregnancy were divided into 2 groups: group I – cases of pregnancy with adverse outcomes (8 of 290 cases), group II – cases of pregnancies with favorable outcomes (113 960 cases). The influence of the following factors on the development of adverse pregnancy outcomes was analyzed: the number of births and abortions in the history, the presence of premature births, stillbirth, neonatal death in the history, the presence of uterine malformations, chronic inflammatory diseases, ovarian tumors, uterine fibroids and scars, anemia of mild, moderate and severe severity, as well as the presence in the history of in vitro fertilization.

Result. The results of the study indicate that all the factors studied have an impact on the risk of adverse pregnancy outcomes. To the greatest extent, this risk is influenced by the presence of two or more preterm births in the history, uterine malformations and a history of stillbirth.

Conclusion. The use of information on the prevalence and impact of various factors on the risk of adverse pregnancy outcomes will most effectively route pregnant women to levels of care to reduce the number of these outcomes. The results show that the risk of adverse pregnancy outcomes is influ-

enced by a fairly wide range of factors. In this case, each factor has a different degree of impact on the risk.

Keywords: *prevalence; adverse outcomes; pregnancy; routing; perinatal outcomes; risk factors.*

Одно из главных направлений в решении проблем охраны материнства и детства связано со снижением репродуктивных потерь. В свою очередь одна из главных составляющих репродуктивных потерь – это самопроизвольное прерывание беременности [1, 2]. Общее количество самопроизвольных выкидышей в Российской Федерации составляет около 180 тыс. в год, из них неразвивающаяся беременность обуславливает 45–88,6% всех случаев ранних самопроизвольных выкидышей [3, 4, 5]. Помимо этого, в течение каждых пяти лет на 20% уменьшается число женщин, способных родить ребенка [6, 7, 8, 9].

В настоящее время изучению влияния различных факторов на развитие перинатальных исходов уделяется особое место [10, 11, 12, 13, 14], в том числе во многих работах отмечена важность учета акушерско-гинекологических факторов риска для профилактики неблагоприятных исходов беременности [15, 16, 17, 18].

Целью работы явилось изучение распространенности акушерско-гинекологических факторов и их влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности в Красноярском крае.

Материалы и методы исследования

Для изучения факторов риска неблагоприятных исходов беременности использованы данные перинатального мониторинга Красноярского края, которой функционирует на базе Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра. В анализ включены данные о 122 250 случаях беременности в период с 2014 по 2017 гг.

Все анализируемые случаи беременности были распределены на 2 группы: I группа – случаи беременности с неблагоприятными исходами (8 290 случаев), II группа – случаи беременности с благоприятными исходами (113 960 случаев). Неблагоприятными исходами считались: самопроизвольный поздний выкидыш в сроке от 13 до 27 недель беременности, преждевременные роды в сроке 28–36 недель, индуцированный поздний выкидыш в сроке 13–27 недель (по показаниям со стороны матери и/или плода), запоздалые роды в сроке 41–43 недели беременности, срочные роды в сроке 37–40 недель с наличием осложнений в период родов (акушерские травмы, разрывы, кровотечения и т.д.). Благоприятными исходами считались: срочные роды в сроке 37–40 недель без осложнений в период родов.

В работе проанализированы факторы, отнесенные В.Е. Радзинским с соавт., 2009 к акушерско-гинекологическим факторам риска: число родов и аборт в анамнезе, наличие преждевременных родов, мертворождаемости, смерти новорожденного в неонатальном периоде в анамнезе, наличие пороков развития матки, хронических воспалительных заболеваний, опухоли яичников, миомы и рубцов матки, анемии легкой, средней и тяжелой степени тяжести, а также наличие в анамнезе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Распространенность изучаемых факторов риска рассчитывалась на 1000 случаев беременности. Частота наличия факторов в исследуемых группах представлена в виде процентов и 95% доверительного интервала (ДИ 95%) [19]. Различия между группами оценивали с помощью критерия χ^2 [20]. Для оценки влияния изучаемых факторов на риск развития неблагоприятных исходов беременности, рассчитывался показатель отношения шансов (ОШ), который представлен в виде: ОШ и ДИ 95% [21]. Нулевая гипотеза об отсутствии влияния фактора на риск развития неблагоприятных исходов беременности отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение



Рис. 1. Распространенность акушерско-гинекологических факторов риска (с частотой более 10 на 1000 случаев беременности) в Красноярском крае

Распространенность факторов риска (с частотой более 10 на 1000 случаев беременности) представлена на рисунке 1.

Среди акушерско-гинекологических факторов наибольшую распространенность в Красноярском крае имеют наличие одного аборта (143,3 на 1000 случаев беременности) и одного случая не вынашивания или неразвивающейся беременности в анамнезе (115,4 на 1000 случаев беременности).

Оценка влияния акушерско-гинекологических факторов на риск развития неблагоприятных исходов беременности представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Влияние акушерско-гинекологических факторов риска на развитие неблагоприятных исходов беременности

Фактор риска	I группа, %±ДИ 95% (n=8 290)	II группа, %±ДИ 95% (n=113 960)	ОШ [ДИ 95%]	p
Два и более случаев преждевременных родов в анамнезе	1,23±0,24	0,21±0,03	5,83 [4,62; 7,35]	<0,001
Порок развития матки	0,31±0,12	0,12±0,02	2,71 [1,78; 4,13]	<0,001
ЭКО в анамнезе	2,24±0,32	0,98±0,06	2,33 [1,99; 2,72]	<0,001
Два и более случаев смерти в неонатальном периоде в анамнезе	0,11±0,07	0,05±0,01	2,25 [1,11; 4,56]	<0,001
Мертворождения в анамнезе	0,62±0,17	0,27±0,03	2,25 [1,68; 3,03]	<0,001
Два и более рубцов на матке	1,62±0,27	0,77±0,05	2,12 [1,77; 2,55]	<0,001
Один случай смерти в неонатальном периоде в анамнезе	1,29±0,24	0,62±0,05	2,11 [1,72; 2,59]	<0,001
Паритет – 8 и более	1,69±0,28	0,84±0,05	2,03 [1,70; 2,43]	<0,001
Два и более случаев не вынашивания, неразвивающиеся беременности в анамнезе	4,80±0,46	2,66±0,09	1,85 [1,66; 2,06]	<0,001
Миома матки более 7 см	0,51±0,15	0,28±0,03	1,79 [1,30; 2,47]	<0,001
Три и более аборт в анамнезе	5,04±0,47	2,99±0,10	1,72 [1,55; 1,91]	<0,001
Хронические воспалительные процессы матки и придатков	1,46±0,26	0,87±0,05	1,69 [1,40; 2,04]	<0,001

Окончание табл. 1.

Опухоль яичников	3,21±0,38	2,05±0,08	1,58 [1,39; 1,80]	<0,001
Анемия с содержанием гемоглобина 71-90 г/л	1,13±0,23	0,74±0,05	1,54 [1,24; 1,91]	<0,001
Паритет – 4-7	11,54±0,69	8,44±0,16	1,42 [1,32; 1,52]	<0,001
Бесплодие – 2-4 года	2,22±0,32	1,59±0,07	1,41 [1,21; 1,64]	<0,001
Истмико-цервикальная недостаточность	1,80±0,29	1,33±0,07	1,36 [1,15; 1,61]	<0,001
Два аборта в анамнезе	6,71±0,54	5,19±0,13	1,31 [1,20; 1,44]	<0,001
Один случай не вынашивания, неразвивающейся беременности в анамнезе	13,91±0,74	11,37±0,18	1,26 [1,18; 1,34]	<0,001
Анемия с содержанием гемоглобина 91-109 г/л	3,22±0,38	2,73±0,09	1,19 [1,05; 1,35]	0,008
Несостоятельность рубца на матке	0,17±0,09	0,11±0,02	1,59 [0,91; 2,77]	0,137
Внематочная беременность в анамнезе	0,90±0,20	0,75±0,05	1,20 [0,95; 1,53]	0,132
Один аборт в анамнезе	14,43±0,76	14,32±0,20	1,01 [0,95; 1,07]	0,795

Результаты проведенного анализа влияния акушерско-гинекологических факторов на неблагоприятные исходы беременности, основанного на информации о большом числе законченных случаев беременности, свидетельствуют о том, что имеются факторы, которые не оказывают влияния на риск развития неблагоприятных исходов беременности. К таким факторам относятся наличие одного аборта и внематочной беременности в анамнезе, а также несостоятельность рубца на матке. Наличие данных факторов в I группе установлено в 14,43±0,76%, 0,90±0,20% и 0,17±0,09% случаев соответственно, что не имело статистически значимых отличий от частоты наличия данного фактора у женщин, случаи беременности, которых окончились благоприятными исходами (соответственно 14,32±0,20%, 0,75±0,05% и 0,11±0,02%; $p>0,05$). Отсутствие влияния приведенных факторов на развитие неблагоприятных исходов беременности связано с тем, что при их наличии беременным на текущий момент оказывается своевременная медицинская помощь, что предотвращает развитие подобных исходов.

В результате проведенного исследования были установлены акушерско-гинекологические факторы, которые в наибольшей степени оказывают влияние на риск развития неблагоприятных исходов беременности. Одним из таких факторов является наличие двух и более случаев преждевременных

родов в анамнезе. Так, дынный фактор в I группе отмечен в $1,23 \pm 0,24\%$ случаев, а во II группе в $0,21 \pm 0,03\%$ (ОШ=5,83 [4,62; 7,35]; $p < 0,001$).

Немаловажное значение для развития неблагоприятных исходов беременности, по нашим данным, имеет наличие пороков развития матки. Так, наличие данного фактора в I группе отмечено в $0,71 \pm 0,18\%$ случаев, что статистически значимо больше, чем во II группе ($0,12 \pm 0,02\%$; ОШ=2,71 [1,78; 4,13]; $p < 0,001$). Еще одним фактором, оказывающим негативное влияние на развитие неблагоприятных исходов беременности, является проведение метода ЭКО в анамнезе (ОШ=2,33 [1,99; 2,72]; $p < 0,001$).

Помимо приведенных факторов, существенно (более чем в 2 раза) повышают риск развития неблагоприятных исходов беременности такие факторы как, наличие одного (ОШ=2,11 [1,72; 2,59]; $p < 0,001$) или двух и более случаев смерти в неонатальном периоде (ОШ=2,25 [1,11; 4,56]; $p < 0,001$), наличие в анамнезе случаев мертворождения (ОШ=2,25 [1,68; 3,03]; $p < 0,003$), наличие двух и более рубцов на матке (ОШ=2,12 [1,77; 2,55]; $p < 0,001$), а также в анамнезе восьми и более беременностей ($0,84 \pm 0,05\%$ ОШ=2,03 [1,70; 2,43]; $p < 0,001$).

Необходимо отметить, что увеличение частоты наличия акушерско-гинекологических факторов риска у женщины увеличивает риск развития неблагоприятных исходов беременности. Так, наличие в анамнезе одного случая не вынашивания или неразвивающейся беременности повышает риск развития неблагоприятных исходов беременности лишь в 1,26 [1,18; 1,34] раза ($p < 0,001$), а наличие двух и более таких случаев увеличивает риск развития неблагоприятных исходов беременности уже в 1,85 [1,66; 2,06] раза ($p < 0,001$). Данная тенденция отмечается и в отношении таких факторов риска как, наличие аборт и беременностей в анамнезе, а также в отношении тяжести анемии.

Заключение

Таким образом, наибольшее влияние на риск развития неблагоприятных исходов беременности среди акушерско-гинекологических факторов риска оказывают: наличие двух и более случаев преждевременных родов в анамнезе, пороков развития матки, ЭКО, смерти новорожденного в неонатальном периоде, наличие случаев мертворождения в анамнезе, двух и более рубцов на матке. Остальные акушерско-гинекологические факторы риска оказывают влияние на развития подобных исходов в существенно меньшей мере.

Необходимо отметить отсутствие какого-либо статистически значимого влияния на развитие неблагоприятных исходов беременности таких

факторов как, наличие одного аборта и внематочной беременности в анамнезе, а также несостоятельности рубца на матке.

Важной особенностью учета влияния факторов риска на развитие неблагоприятных исходов беременности с целью предупреждения данных исходов является то, что большинство акушерско-гинекологических факторов в той или иной мере повышают риск развития неблагоприятных исходов беременности. При этом, необходимо учитывать их различную степень влияния, а также возможность наличия у беременной женщины не одного фактора, а их комбинации. В связи с этим необходима дальнейшая разработка интегральной оценки риска развития неблагоприятного исхода беременности у женщин учитывающей данные особенности.

Информация о конфликте интересов. Конфликт интересов отсутствует.

Информация о спонсорстве. Финансовая поддержка данного исследования не осуществлялась.

Благодарности. Отсутствуют.

Список литературы

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1200 с.
2. Кулаков В.И., Алексеева М.Л., Бахарев В.А. Лабораторный мониторинг гестационного процесса // Проблемы репродукции. 1995. № 3. С. 77–81.
3. Летучих А.А., Бокарева Т.В., Крайс Л.Н. Особенности течения беременности и родов у рожениц старших возрастных групп // Вопросы охраны материнства и детства. 1978. Т. 23, № 11. С. 79.
4. Озолина Л.А., Керчелаева С.Б., Богатырев Ю.А. Современные взгляды на патогенез невынашивания беременности при повышенном уровне антител к фосфолипидам // Сборник тезисов «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». М., 2002. С. 35–37.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002. 304 с.
6. Хаджиева Э.Д., Яковлева Н.А., Гайдукова И.Р. К вопросу о родах у юных первородящих // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: Материалы и тезисы докладов III Всероссийской научно-практической конференции. СПб., 1998. С. 180–182.
7. ACOG Practice Bulletin N 31: Assessment of risk factors for preterm birth // Obstetrics & Gynecology. 2001. Vol. 98, № 4, pp. 709–716.

8. Collins J.W.Jr., Martin C.R. Relation of traditional risk factors to intrauterine growth retardation among United States-born and foreign-born Mexican Americans in Chicago // *Ethnicity & Disease*. 1998. Vol. 8, № 1, pp. 21–25.
9. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. М.: Эксмо, 2009. 288 с.
10. Mashiloane C.D., Moodley J. Induction or caesarean section for preterm pre-eclampsia // *Journal of obstetrics and gynecology*. 2002. Vol. 22, № 4, pp. 353–356.
11. Intrauterine and perinatal mortality: comparative analysis of 3904 necropsies, Hospital de Clinicas, Curitiba, from 1960 to 1995 / Noronha L.D., Kasting G., Martins V.D., Nones R.D., Sepulcri R.de P., Carvalho D.S., Sampaio G.A., Serapião M.J., Bleggi-Torres L.F. // *Jornal de pediatria*. 2000. Vol. 76, № 3, pp. 213–221.
12. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis / Sanchez-Ramos L., Oliver F., Delke I., Kaunitz A.M. // *Obstetrics and gynecology*. 2003. Vol. 101, № 6, pp. 1312–1318.
13. O'Connor M.J., Whaley S.E. Brief intervention for alcohol use by pregnant women // *American Journal of Public Health*. 2007. Vol. 97, № 2, pp. 252–258.
14. Стрельская О.В., Смирнова О.В. Влияние фактора внутриутробного инфицирования на развитие перинатальной патологии новорожденных // *Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал)*. 2013. № 5. С. 42.
15. Childbearing Beyond Maternal Age 50 and Fetal Outcomes in the United States / Salihu H.M., Shumpert M.N., Slay M., Kirby R.S., Alexander G.R. // *Obstetrics and gynecology*. 2003. Vol. 102, № 5, pp. 1006–1014.
16. Simpson L.L. Maternal medical disease: risk of antepartum fetal death // *Seminars in perinatology*. 2002. Vol. 26, pp. 42–50.
17. Reddy U.M., Ko C.W., Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006. Vol. 195, № 3, pp. 764–770.
18. Shin K.S., Brubaker K.L., Ackerson L.M. Risk of cesarean delivery in nulliparous women at greater than 41 weeks' gestational age with an unengaged vertex // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004. Vol. 190, № 1, pp. 129–134.
19. Wald A., Wolfowitz J. Confidence limits for continuous distribution functions // *Annals of mathematical statistics*. 1939. № 10, pp. 105–118.
20. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1998. 459 с.
21. Бабич П.Н., Чубенко А.В., Лапач С.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация // *Український медичний часопис*. 2006. № 2. С. 113–119.

References

1. *Akusherstvo: natsional'noe rukovodstvo* [Obstetrics: national guidelines]. Pod red. E.K. Aylamaziyana, V.I. Kulakova, V.E. Radzinskogo, G.M. Savel'evoy. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. 1200 p.
2. Kulakov V.I., Alekseeva M.L., Bakharev V.A. Laboratornyy monitoring gestatsionnogo protsesssa [Laboratory monitoring of gestational process]. *Problemy reproduksii* [Problems of reproduction]. 1995. № 3, pp. 77–81.
3. Letuchikh A.A., Bokareva T.V., Krays L.N. Osobennosti techeniya beremennosti i rodov u rozhenits starshikh vozrastnykh grupp [Features of the course of pregnancy and childbirth in women in older age groups]. *Voprosy okhrany materinstva i detstva* [Protection of motherhood and childhood]. 1978. Vol. 23, № 11. P. 79.
4. Ozolinya L.A., Kerchelaeva S.B., Bogatyrev Yu.A. Sovremennye vzglyady na patogenez nevnashivaniya beremennosti pri povyshennom urovne antitel k fosfolipidam [Modern views on the pathogenesis of miscarriage at elevated levels of antibodies to phospholipids]. *Sbornik tezisov «Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii»* [Collection of abstracts «Actual issues of obstetrics and gynecology»]. Moscow, 2002, pp. 35–37.
5. Sidel'nikova V.M. *Privychnaya poterya beremennosti* [Habitual loss of pregnancy]. Moscow: Triada-X, 2002. 304 p.
6. Khadzhiyeva E.D., Yakovleva N.A., Gaydukova I.R. K voprosu o rodakh u yunyh pervorodyashchikh [On the issue of childbirth in young primiparous]. *Aktual'nye voprosy detskoy i podrostkovoy ginekologii: Materialy i tezisyy dokladov III Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Actual issues of child and adolescent gynecology: Materials and abstracts of the III all-Russian scientific and practical conference]. Saint-Petersburg, 1998, pp. 180–182.
7. ACOG Practice Bulletin N 31: Assessment of risk factors for preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*. 2001. Vol. 98, № 4, pp. 709–716.
8. Collins J.W.Jr., Martin C.R. Relation of traditional risk factors to intrauterine growth retardation among United States-born and foreign-born Mexican Americans in Chicago. *Ethnicity & Disease*. 1998. Vol. 8, № 1, pp. 21–25.
9. Radzinskiy V.E., Knyazev S.A., Kostin I.N. *Akusherskiy risk. Maksimum informatsii – minimum opasnosti dlya materi i mladentsa* [Obstetric risk. Maximum information-minimum risk for mother and baby]. Moscow: Eksmo, 2009. 288 p.
10. Mashiloane C.D., Moodley J. Induction or caesarean section for preterm pre-eclampsia. *Journal of obstetrics and gynecology*. 2002. Vol. 22, № 4, pp. 353–356.
11. Noronha L.D., Kasting G., Martins V.D., Nones R.D., Sepulcri R.de P., Carvalho D.S., Sampaio G.A., Serapião M.J., Bleggi-Torres L.F. Intrauterine and perinatal mortality: comparative analysis of 3904 necropsies, Hospital de Clinicas, Curitiba, from 1960 to 1995. *Jornal de pediatria*. 2000. Vol. 76, № 3, pp. 213–221.

12. Sanchez-Ramos L., Oliver F., Delke I., Kaunitz A.M. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*. 2003. Vol. 101, № 6, pp. 1312–1318.
13. O'Connor M.J., Whaley S.E. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*. 2007. Vol. 97, № 2, pp. 252–258.
14. Strelskaya O.V., Smirnova O.V. Vliyaniye faktora vnutritrobnogo infitsirovaniya na razvitiye perinatal'noy patologii novorozhdennykh [Influence of the factor of intrauterine infection on the development of perinatal pathology of newborns]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem* [Modern research of social problems]. 2013. № 5. P. 42.
15. Salihu H.M., Shumpert M.N., Slay M., Kirby R.S., Alexander G.R. Childbearing Beyond Maternal Age 50 and Fetal Outcomes in the United States. *Obstetrics and gynecology*. 2003. Vol. 102, № 5, pp. 1006–1014.
16. Simpson L.L. Maternal medical disease: risk of antepartum fetal death. *Seminars in perinatology*. 2002. Vol. 26, pp. 42–50.
17. Reddy U.M., Ko C.W., Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006. Vol. 195, № 3. pp. 764–770.
18. Shin K.S., Brubaker K.L., Ackerson L.M. Risk of cesarean delivery in nulliparous women at greater than 41 weeks' gestational age with an unengaged vertex. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004. Vol. 190, № 1, pp. 129–134.
19. Wald A., Wolfowitz J. Confidence limits for continuous distribution functions. *Annals of mathematical statistics*. 1939. № 10, pp. 105–118.
20. Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika* [Biomedical statistics]. Moscow: Praktika, 1998. 459 p.
21. Babich P.N., Chubenko A.V., Lapach S.N. Primeneniye sovremennykh statisticheskikh metodov v praktike klinicheskikh issledovaniy. Soobshcheniye tret'ye. Otnosheniye shansov: ponyatiye, vychisleniye i interpretatsiya [Application of modern statistical methods in clinical research practice. A message the third. Odds ratio: concept, calculation and interpretation]. *Ukrains'kiy medichniy chasopis* [Ukrainian medical chronicle]. 2006. № 2, pp. 113–119.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Курбанисмаилов Ренат Бадрудинович, аспирант

*Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Фе-
дерация
krasgmu05@mail.ru*

Наркевич Артем Николаевич, заведующий научно-исследовательской лабораторией медицинской кибернетики и управления в здравоохранении, к.м.н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация

narkevichart@gmail.com

Виноградов Константин Анатольевич, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики, д.м.н., профессор

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация

vinogradov16@yandex.ru

Миронова Алена Андреевна, аспирант

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

ул. Партизана Железняка, 1, г. Красноярск, 660022, Российская Федерация

2800817@mail.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Kurbanismailov Renat Badrudinovich, Post-Graduate Student

Krasnoyarsk State Medical University

1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation

krasgmu05@mail.ru

SPIN-code: 8160-5460

ORCID: 0000-0001-7814-9479

ResearcherID: X-7997-2018

Narkevich Artem Nikolaevich; Head of the Research Laboratory of Medical Cybernetics and Management in Healthcare; Candidate of Medical Sciences

Krasnoyarsk State Medical University

1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation

narkevichart@gmail.com
SPIN-code: 9030-1493
ORCID: 0000-0002-1489-5058
ResearcherID: H-5830-2012
Scopus Author ID: 55810287600

Vinogradov Konstantin Anatolyevich, Head of the Department of Medical Cybernetics and Informatics, MD, Professor
Krasnoyarsk State Medical University
1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
vinogradov16@yandex.ru
SPIN-code: 6924-0110
ORCID: 0000-0001-6224-5618
ResearcherID: M-2823-2014
Scopus Author ID: 57193429569

Mironova Alena Andreevna, Post-Graduate Student
Krasnoyarsk State Medical University
1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
2800817@mail.ru
SPIN-code: 6804-7171
ORCID: 0000-0002-3617-1421
ResearcherID: X-8074-2018

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-39-53

УДК 316.62

АЛКОГОЛИЗМ КАК УГРОЗА СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Яковенко Н.В., Федотов В.И., Михно В.Б., Сафонова И.В.

В условиях динамичности и неопределенности социальных процессов особую актуальность приобретают проблемы обеспечения безопасности, так как потребность в ней является базисным, мотивационным механизмом человеческой жизнедеятельности. Алкоголизм представляет собой комплекс медико-социальных патологий, которые крайне негативно влияют на нормальное функционирование российского общества. Эта проблема существует столько же, сколько существует само человечество. Однако именно в нынешних условиях нестабильности социально-экономических процессов и явлений она приобретает особую значимость. Алкоголизм представляет собой угрозу для социальной безопасности, так как наносит не только моральный, но социальный и экономический ущерб.

Цель исследования: раскрыть проблему алкоголизации населения Воронежской области в контексте социальной безопасности.

Материалы и методы. Основным методологическим подходом выступил системный, который дает возможность рассмотреть феномен алкоголизации населения в зависимости от внешних и внутренних факторов его возникновения, а также социальных изменений, обусловленных им.

Результаты. Раскрыты основные тенденции, связанные с алкоголизмом в Воронежской области. Показаны динамика и тенденция заболеваемости алкоголизмом населения Воронежской области. Проведена классификация муниципальных образований региона по «территориям риска».

Заключение. В современных условиях развития российского общества проблема социальной безопасности стоит очень остро. Алкоголизм выступает одной из угроз социального благополучия населения. Анализ ситуации в Воронежской области показывает необходимость разработки ряда мероприятий региональными органами власти с целью профилактики алкоголизации населения с учетом негативных, деструктивных последствий и угроз для социальной безопасности региона.

Ключевые слова: алкоголизм; Воронежская область; социальная безопасность; территории риска.

ALCOHOLISM AS A THREAT TO SOCIAL SAFETY OF THE POPULATION IN THE VORONEZH REGION

Yakovenko N.V., Fedotov V.I., Mikhno V.B., Safonova I.V.

In the conditions of dynamism and uncertainty of social processes, the issues of safety are of particular relevance, since the need for it is the basic, motivational mechanism of human life. Alcoholism is a complex of medical and social pathologies which have an extremely negative impact on the normal functioning of Russian society. This issue exists as much as humanity itself. However, it is in the present conditions of instability of socio-economic processes and phenomena that it becomes particularly important. Alcoholism is a threat to social safety, as it causes not only moral, but also social and economic damage.

The aim of study: to reveal the issue of the population alcoholization of the Voronezh region in the context of social safety.

Materials and methods. The main methodological approach was a systematic one, which makes it possible to consider the phenomenon of alcoholization of the population depending on external and internal factors of its occurrence, as well as social changes caused by it.

Results. The main trends related to alcoholism in the Voronezh region have been revealed. The dynamics and tendency of morbidity by alcoholism of the population of the Voronezh region has been shown. The classification of municipalities of the region by "territories of risk" has been carried out.

The conclusion. In modern conditions of the Russian society development the issue of social safety is very acute. Alcoholism is one of the threats to the social well-being of the population. The analysis of the situation in the Voronezh region shows the need to develop a number of measures by regional authorities to prevent alcoholization of the population, taking into account the negative, destructive consequences and threats to the social safety of the region.

Keywords: alcoholism; Voronezh region; social safety; risk areas.

Введение

Развитие современного российского общества привело к растущим деструктивным явлениям: преступности, алкоголизму, наркомании, и про-

ституции. Все эти явления приводят к социальной напряженности в обществе и поэтому объективно необходимо обращение к проблеме социальной безопасности. В научной литературе безопасность рассматривается как «... сложное социальное явление, многоплановое и многогранное в своих структурных составляющих и проявлениях, отражающее противоречивые интересы в отношениях различных социальных субъектов» [1–4]. Потребление алкоголя и распространение алкоголизма в России является актуальной проблемой национального масштаба, которая вносит серьезный вклад в формирование социальных угроз и рисков, а также приводит к сокращению человеческого потенциала в целом. Уровень злоупотребления алкогольными напитками и распространенность алкоголизма в Российской Федерации остаются стабильно высокими.

Цель исследования: раскрыть проблему алкоголизации населения Воронежской области в контексте социальной безопасности.

Материалы и методы исследования

Основным методологическим подходом выступил системный, который дает возможность рассмотреть феномен алкоголизации населения в зависимости от внешних и внутренних факторов его возникновения, а также социальных изменений, обусловленных им. Также теоретическую и методологическую основу исследования составили подходы ученых в следующем проблемном поле:

- 1) исследование категориального поля «феномена алкоголизации населения» [5–10];
- 2) социологическое понимание феномена алкоголизма в контексте безопасности [11, 12];
- 3) исследование проблемы алкогольной заболеваемости и психических расстройств [13–18].

Результаты исследования и их обсуждение

Проблема алкоголизма рассматривается как важнейшая социальная проблема, оказывающая влияние не только на человека и не только на его семью, но и на общество в целом. Общество расплачивается за высокую заболеваемость алкоголизмом в виде пропущенных рабочих дней, проблемами со здоровьем, медицинскими расходами, авариями, произошедшими по вине пьяных водителей и т.д. Алкоголизм как социальное явление рассматривается с различных точек зрения в попытке объяснить его этиологию или последствия. Конечно же прерогативой выступает медицинское

объяснение, согласно которой алкоголизм является заболеванием и его нужно лечить с помощью медицинских средств. Однако этот подход имеет свои ограничения, и жизнеспособной альтернативной перспективой, основанной на иной этиологии и иной методологии решения этой проблемы, является социологическая перспектива.

Согласно научному трактованию: « ..Алкоголизм – это вид химической аддикции, формирующей физическую и психологическую зависимость от алкоголя, вызывающего саморазрушительное и социально деструктивное поведение человека и групп населения, угрожающего жизни, здоровью, социальному статусу индивидуума, благополучию его семьи. Алкогольная зависимость являясь полифакторной, определяется наследственно-биологическими, социально-экономическими, культурными, психолого-педагогическими причинами с негативными последствиями для биопсихо-социального здоровья человека и нации в ее историческом развитии» [19]. Последствия алкоголизма таковы, что он влияет не только на отдельную личность, он оказывает влияние на содержание духовно-нравственных ценностей, формирование образа жизни человека, на систему взаимоотношений с окружающими в процессе общения. И в то же время, алкоголизм оказывает воздействие на общество в целом, так как это показатель морального и физического здоровья нации, которое обусловлено разными факторами: социально-экономическими, политическими и психологическими. По данным ВОЗ в результате употребления алкоголя во всем мире ежегодно умирает 3,3 млн. чел. (5,9% всех случаев смерти). Злоупотребление алкоголем является одно из причин более чем 200 нарушений состояния здоровья, обусловленных болезнями и травмами [19].

В среднем на 1 человека в России приходится 15–18 литров чистого спирта в год. Доля населения, которое потребляет алкоголь составляет 70%, при этом наиболее активными потребителями является население в трудоспособном возрасте (24–39 лет). Согласно данным Росстата [20] алкоголизм значительно молодеет, поскольку впервые подростки пробуют алкогольные напитки в возрасте 14–15 лет. По официальным данным за 2017 г. количество подростков, употребляющих алкоголь составило 20,8% на 100 тыс. чел. Однако, чтобы получить достоверную картину, эту цифру необходимо умножить минимум в 5 раз. Следует отметить и тот факт, что при алкоголизме наносится не только социальный, но и экономический ущерб экономике России, обусловленный целым рядом последствий: разводы, автодорожные происшествия, преступления, экономические убытки, за-

траты на медицинскую и социальную помощь больным. По данным ВОЗ расходы, связанные с алкоголизмом, составляют в среднем 2–5% ВВП [19].

Количество больных алкоголизмом в России составляет более 5 млн. чел. (3,4% от всего населения) [20], причем на учёте состоит всего 1,7% чел. (рис. 1). По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире фиксируется более 3 млн. смертей, обусловленных злоупотреблением алкогольной продукцией. В 2017 г. произошло резкое снижение количества населения которым был поставлен диагноз «алкоголизм» впервые (всего 42 случая на 100 тыс. чел.), что на 55% меньше, чем в 2005 г., по отношению к 2016 г. снижение составило 11%. Заболеваемость алкогольными психозами (так называемая белая горячка) демонстрирует такую же тенденцию: В 2017 г. количество впервые поставленных диагнозов уменьшилось на 74% (по сравнению с 2005 г., 13,3 случая на 100 000 чел.), в 2016 г. – на 23,2%.

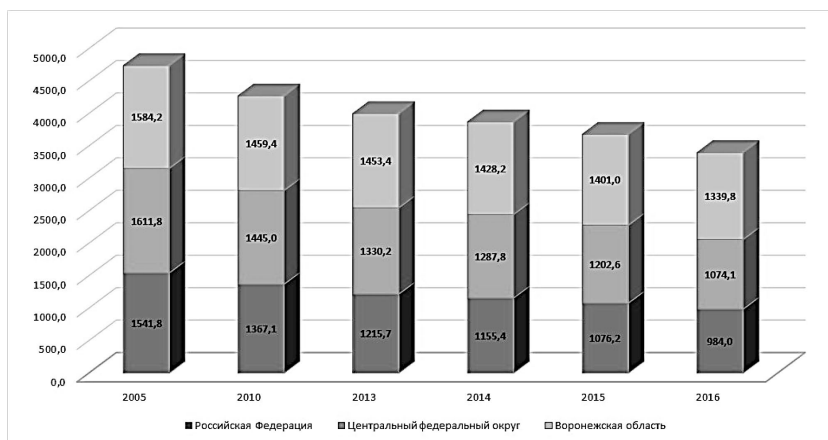


Рис. 1. Заболеваемость алкоголизмом населения (на 100 000 чел.)

Воронежская область не является исключением из российских регионов, и данная проблема выступает и для нее очень остро. Ежегодно более 50% муниципальных образований области формируют «территории риска» по заболеваемости населения алкоголизмом. В 2017 г. «неблагополучными» территориями выступили следующие муниципальные районы: Бобровский, Верхнемамонский, Верхнехавский, Воробьевский, Каменский, Кантемировский, Каширский, Лискинский, Ольховатский, Острогжский, Панинский, Поворинский, Подгоренский, Семилукский, Хохольский, Эртильский и Борисоглебский городской округ (рис. 2, 3) [21].

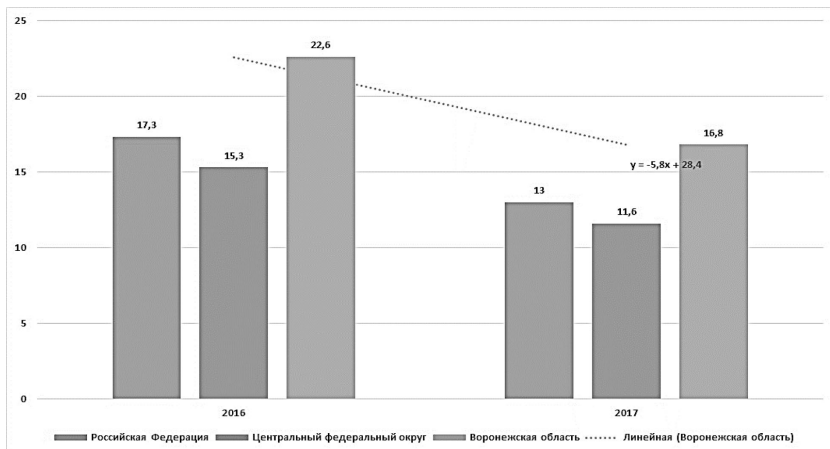


Рис. 2. Психологические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (на 100 00 чел.)

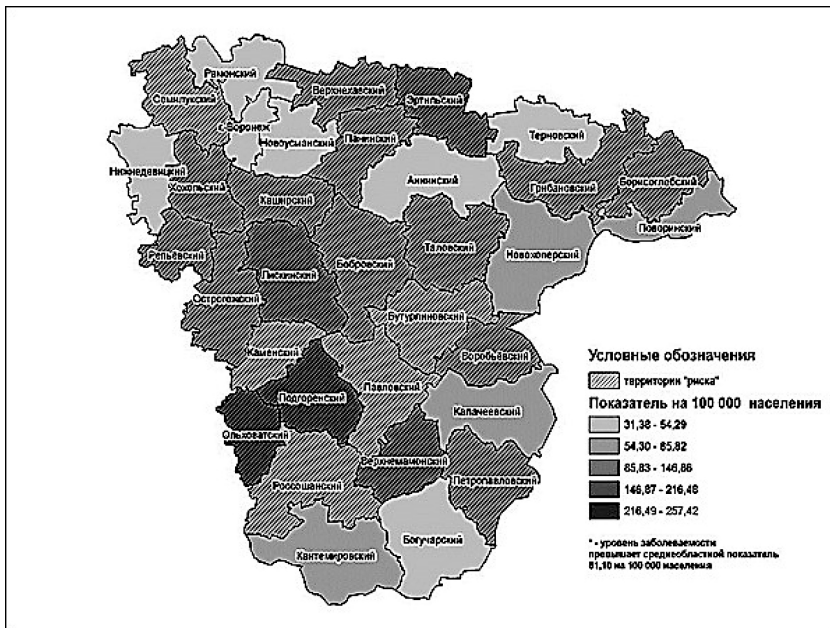


Рис. 3. Заболеваемость алкоголизмом населения Воронежской области (территории «риска», 2017 г.)

За последние три года на территории Воронежской области зарегистрированы 2240 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией, тогда как в 2015 г. – 827, 2016 г. – 742, 2017 г. – 671, в том числе 1318 случаев (58,8%) – с летальным исходом (для сравнения: 2015 г. – 494, 2016 г. – 464, 2017 г. – 360) (рис. 4, 5).

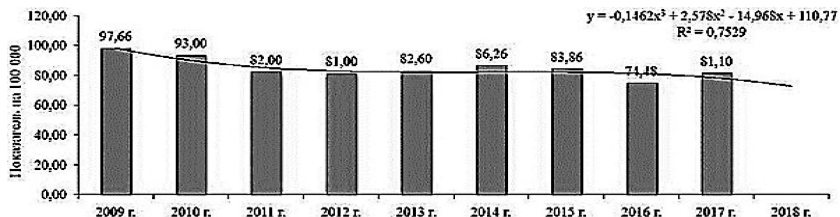


Рис. 4. Динамика и тенденция заболеваемости алкоголизмом населения Воронежской области (на 100 000)

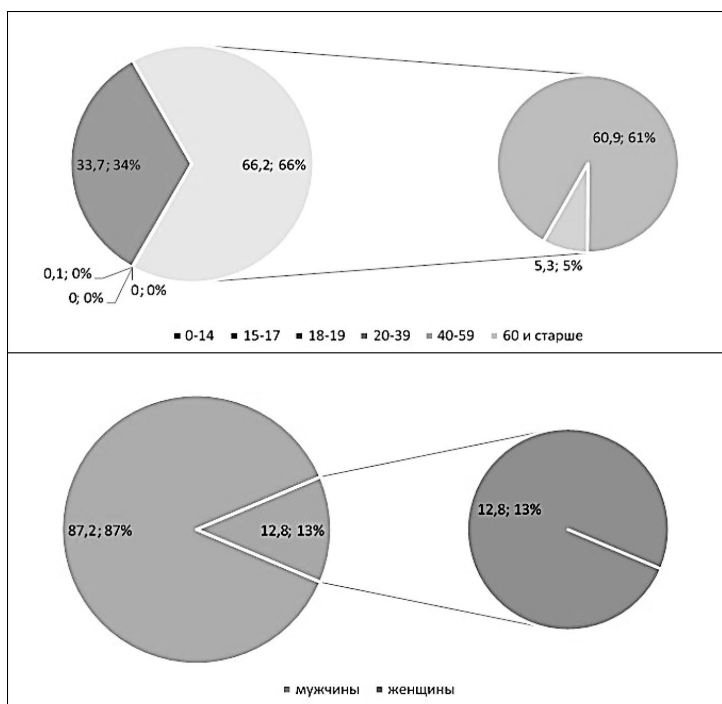


Рис. 5. Половозрастная структура заболеваемости населения алкоголизмом (2017 г.), %

В половозрастной структуре заболеваемости населения алкоголизмом 60,9% составляет население в возрасте 40–59 лет, и в большей мере – это мужское население. Женщины составляют всего 12,8% (рис. 3). Также значительную долю в структуре заболеваемости алкоголизмом составляет население в возрасте 20–39 лет – 33,7%.

Ситуация складывается таким катастрофическим образом, что на территории Воронежской области можно выделить так называемые «территории риска»: Ольховатский, Подгоренский, Верхнемамонский районы – наиболее кризисные. Также можно выделить и муниципальные районы, где наблюдается критическая ситуация, обусловленная наличием большого количества населения с алкогольными психозами («территории риска»): Подгоренский, Острогожский, Нижнедевицкий, Хохольский и Рамонский.

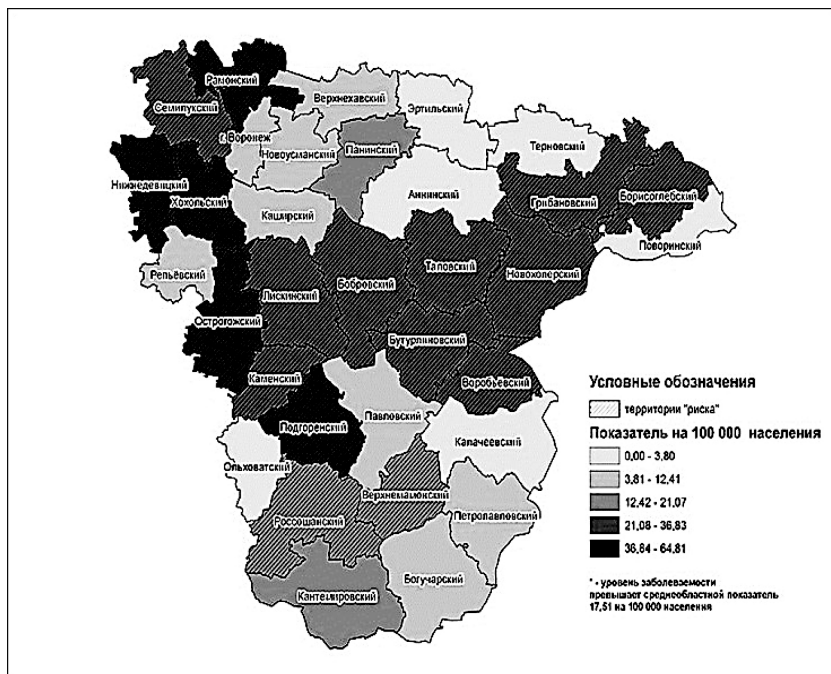


Рис. 6. Заболеваемость алкогольными психозами населения Воронежской области (территории «риска», 2017 г.)

В регионе можно выделить муниципальные районы, представляющие собой «территории риска». Основным критерием отнесения к этим террито-

риям является впервые зарегистрированные случаи с вредными последствиями употребления алкоголя среди населения. К этим территориям относятся Верхнехавский, Эртильский и Подгоренский муниципальные районы (рис. 6).

Основными причинами такой неблагоприятной ситуации в выявленных неблагополучных районах являются закрытие производственных (градообразующих) предприятий, что способствовало сокращению рабочих мест, и как следствие, резкому ухудшению социально-экономическое благосостояния и качеству жизни населения [3, 4]. Кроме этого, немаловажным фактором является обеспеченность медицинскими учреждениями и медицинским персоналом, а потому и низкий уровень реабилитационных мероприятий в медицинских организациях.

Заключение

Алкоголизация как социальная проблема, свойственная для всех регионов Российской Федерации, отражает общее неблагополучие в сфере социальной безопасности. В контексте угрозы для социальной безопасности, алкоголизация негативно влияет на социально-демографические, а также нравственно-духовные основы развития общества, ведет к ухудшению наиболее важных показателей жизнедеятельности. На уровне Воронежской области, исходя из положений действующего федерального законодательства, представляется целесообразным принятие следующих мер (рис. 7).

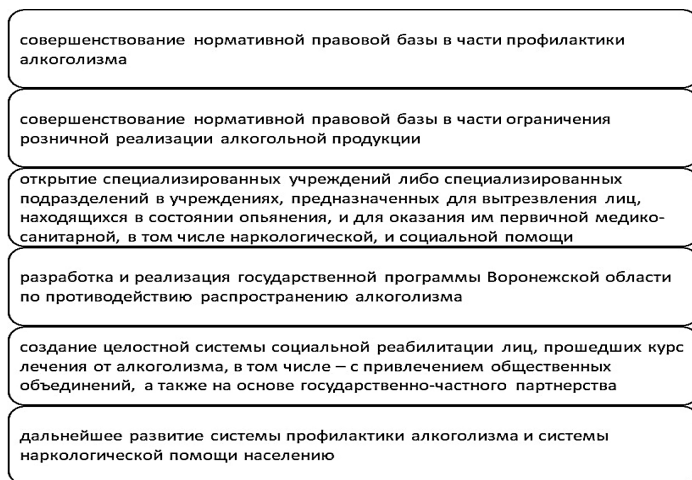


Рис. 7. Меры по предупреждению и профилактики алкоголизма в Воронежской области

Результаты проведенного анализа и классификации муниципальных районов Воронежской области по проблемам алкоголизации (потребление, смертность и алкогольные психозы) должны учитываться органами управления, департаментом здравоохранения и наркологической службой региона для реализации мероприятий в области повышения качества и эффективности медицинского обслуживания больным алкоголизмом.

Информация о конфликте интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Чмыхало А. Ю. Социальная безопасность: Учебное пособие. Томск: Изд-во ТПУ, 2007. 168 с.
2. Барденштейн Л.М. Алкоголизм и наркомания: вопрос национальной безопасности // Российский медицинский журнал. 2013. № 4. С. 3.
3. Яковенко Н.В. Качество атмосферного воздуха как составляющая качества среды обитания Ивановской области/ Н.В. Яковенко, Д.С. Марков // Современные исследования социальных проблем. 2012. № 11. С. 77.
4. Яковенко Н.В. Факторы окружающей среды в формировании здоровья населения Ивановской области (атмосферный воздух) / Н.В. Яковенко, Д.С. Марков, А.А. Молодцева, Е.П. Туркина //Современные проблемы науки и образования. 2013. № 5. С. 461–469.
5. Jayasekara H., English D.R., Room R., MacInnis R.J. Alcohol consumption over time and risk of death: a systematic review and meta-analysis // Am. J. Epidemiol, 2014, vol. 179, no. 9, pp. 1049–1059.
6. Roerecke M., Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis // Int. J. Epidemiol, 2014, vol. 43, no.4, pp. 1314–1327.
7. Wedegaertner F., Geyer S., Arnhold-Kerri S., Sittaro N.A., te Wildt B. Alcohol use disorder-related sick leave and mortality: a cohort study // Addict. Sci. Clin. Pract, 2013, vol.30, no. 8.3, pp. 27–35.
8. Montes-Santiago J., Roseiro-Sordo M. Alcohol abuse numbers in Spain: nearly 420,000 deaths in current century // Revista Clinica Espanola, 2018, vol. 218, no 7, pp. 386–388.
9. Rodríguez-López J., Gurriarán X., Calvo R., Arrojo M., Costas J., Flórez G., Estévez V., Gómez-Trigo J., Longo M.J., Álvarez S., Blanco V., Pereiro C., Carrera I., Páramo M.J., López N., García A., Fernández J.M., Fariñas E., Sáiz P., Vázquez F.L. et al. Genome wide analysis of rare copy number variations in

- alcohol abuse or dependence // *Journal of Psychiatric Research*, 2018, vol. 103, pp. 212–218.
10. Radaev V. Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia // *Alcohol and alcoholism*, 2015, vol. 3, pp. 365–372.
 11. Pons J., Buelga S. Factors associated with youth alcohol consumption: a review from a psychosocial and ecological perspective // *Psychosocial Intervention*. 2011. vol. 20, no. 1, pp. 75–94.
 12. Martín J.L.V., Galán I., González M.J. Methodological issues in the measurement of alcohol consumption: the importance of drinking patterns // *Revista Espanola de Salud Publica*, 2014, vol. 88. no. 4. pp. 433–446.
 13. Ассоциация генов подверженности к алкоголизму, шизофрении и болезни Альцгеймера с психодиагностическими признаками в популяции русских/ Марусин А.В., Корнетов А.Н., Сваровская М.Г., Вагайцева К.В., Павленюк Е.С., Степанов В.А. // *Бюллетень сибирской медицины*. 2016. Т. 15. № 5. С. 83–96.
 14. Шельгин К.В. Заболеваемость алкогольными психозами, смертность от отравлений алкоголем и патологии печени в России в зависимости от финансовой доступности алкоголя // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015. Т. 115. № 8. С. 76–78.
 15. Вязьмин А.М., Мордовский Э.А., Соловьев А.Г. Смертность от состояний, связанных с употреблением алкоголя//*Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013. № 2. С. 13–16.
 16. Горный Б.Э., Калинина А.М., Бунова А.С. Потребление алкоголя и смертность от алкоголь-обусловленных состояний в отдельных странах европейского региона // *Наркология*. 2018. Т. 17. № 10. С. 75–79.
 17. Морфологические изменения некоторых субстанций головного мозга при различных формах алкогольной интоксикации/Савин А. А., Павлов А. Л., Павлова А.З., Богомолов Д.В., Ларев З.В.// *Наркология*. 2018. Т.2. С. 29–38.
 18. Особенности алкоголизма, сформировавшегося на фоне расстройства личности: клинический случай/Пронин Р.А., Дюжев Д.В., Аблова В.В., Винникова М.А. // *Наркология*. 2018. Т.2. С. 61–71.
 19. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ. URL.: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1rus.pdf>(дата обращения: 1.02.2019).
 20. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году. Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. 268 с.

21. Информационно-справочный материал «Здоровье населения» (показатели и данные регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга за 2015–2017 годы). Воронеж: Управление Роспотребнадзора по Воронежской области. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области», 2018. 105 с.

References

1. Chmyhalo A. Yu. *Social'naya bezopasnost': uchebnoe posobie* [Social safety: a textbook]. Tomsk: Publishing house TPU, 2007, 168 p.
2. Bardenshtejn L.M. Alkogolizm i narkomaniya: vopros nacional'noj bezopasnosti [Alcoholism and drug addiction: a matter of national safety]. *Rossijskij medicinskij zhurnal*, 2013, no. 4. P. 3.
3. Yakovenko N.V., Markov D.S. Kachestvo atmosfernogo vozduha kak sostavlyayushchaya kachestva sredy obitaniya Ivanovskoj oblasti. [Atmospheric air quality as a component of habitat quality in the Ivanovo region]. *Sovremennye issledovaniya social'nyh problem*. 2012. № 11. P. 77.
4. Yakovenko N.V., Markov D.S., Molodceva A.A., Turkina E.P. Faktory okruzhayushchej sredy v formirovanii zdorov'ya naseleniya Ivanovskoj oblasti (atmosfernyj vozduh) [Environmental factors in the formation of health of the population in the Ivanovo region (atmospheric air)]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 2013, no. 5, pp. 461–469.
5. Jayasekara H., English D.R., Room R., MacInnis R.J. Alcohol consumption over time and risk of death: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Epidemiol*, 2014, vol. 179, no. 9, pp. 1049–1059.
6. Roerecke M., Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol*, 2014, vol. 43, no.4. pp. 1314–1327.
7. Wedegaertner F., Geyer S., Arnhold-Kerri S., Sittaro N.A., te Wildt B. Alcohol use disorder-related sick leave and mortality: a cohort study. *Addict. Sci. Clin. Pract.*, 2013, vol.30, no. 8.3, pp. 27–35.
8. Montes-Santiago J., Roseiro-Sordo M. Alcohol abuse numbers in Spain: nearly 420,000 deaths in current century. *Revista Clinica Espanola*, 2018, vol. 218, no 7, pp. 386–388.
9. Rodríguez-López J., Gurriarán X., Calvo R., Arrojo M., Costas J., Flórez G., Estévez V., Gómez-Trigo J., Longo M.J., Álvarez S., Blanco V., Pereiro C., Carrera I., Páramo M.J., López N., García A., Fernández J.M., Fariñas E., Sáiz P., Vázquez F.L. et al. Genome wide analysis of rare copy number variations in alcohol abuse or dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 2018, vol. 103, pp. 212–218.

10. Radaev V. Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia. *Alcohol and alcoholism*, 2015, vol. 3, pp. 365–372.
11. Pons J., Buelga S. Factors associated with youth alcohol consumption: a review from a psychosocial and ecological perspective. *Psychosocial Intervention*, 2011, vol. 20, no. 1, pp. 75–94.
12. Martín J.L.V., Galán I., González M.J. Methodological issues in the measurement of alcohol consumption: the importance of drinking patterns. *Revista Española de Salud Pública*, 2014, vol. 88. no. 4. pp. 433–446.
13. Marusin A.V., Kornetov A.N., Svarovskaya M.G., Vagajceva K.V., Pavlenyuk E.S., Stepanov V.A. Associaciya genov podverzhennosti k alkogolizmu, shizofrenii i bolezni Al'cgejmera s psihodiagnosticheskimi priznakami v populyacii russkikh [Association of genes of susceptibility to alcoholism, schizophrenia and Alzheimer's disease with psychodiagnostic signs in Russian population]. *Byulleten' sibirskoj mediciny*, 2016. vol. 15, no. № 5, pp. 83–96.
14. Shelygin K.V. Zabolevaemost' alkogol'nymi psihozami, smertnost' ot otravlenij alkogolem i patologii pecheni v rossii v zavisimosti ot finansovoj dostupnosti alkogolya [Morbidity of alcoholic psychoses, mortality from alcohol poisoning and liver pathology in Russia depending on the financial availability of alcohol]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova*, 2015, vol. 115, no. 8, pp. 76–78.
15. Vyaz'min A.M., Mordovskij Eh.A., Solov'ev A.G. Smertnost' ot sostoyanij, svyazannyh s upotrebleniem alkogolya [Mortality from alcohol-related conditions]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*, 2013, no. 2, pp. 13–16.
16. Gornyy B.Eh., Kalinina A.M., Bunova A.S. Potreblenie alkogolya i smertnost' ot alkogol'-obuslovlennyh sostoyanij v otdel'nyh stranah evropejskogo regiona [Alcohol consumption and alcohol-related mortality in selected countries of the European region]. *Narkologiya*, 2018, vol. 17, no. 10, pp. 75–79.
17. Savin A.A., Pavlov A.L., Pavlova A.Z., Bogomolov D.V., Larev Z.V. Morfologicheskie izmeneniya nekotoryh substancij golovnogogo mozga pri razlichnyh formah alkogol'noj intoksikacii [Morphological changes in some substances of the brain in various forms of alcohol intoxication]. *Narkologiya*, 2018, vol. 2, pp. 29–38.
18. Pronin R.A., Dyuzhev D.V., Ablova V.V., Vinnikova M.A. Osobennosti alkogolizma, sformirovavshegosya na fone rasstrojstva lichnosti: klinicheskij sluchaj [Features of alcoholism, formed on the background of personality disorder: clinical case]. *Narkologiya*, 2018, vol. 2, pp. 61–71.

19. Информационно-справочный материал «Zdorov'e naseleniya» (pokazateli i dannye regional'nogo informacionnogo fonda social'no-gigienicheskogo monitoringa za 2015–2017 gody) [Information and reference material “Public health” (indicators and data of the regional information Fund of social and hygienic monitoring for 2015–2017)]. Voronezh: Office of Rospotrebnadzor in the Voronezh region. Centre of hygiene and epidemiology in the Voronezh region, 2018, 105 p.
20. *Global'naya strategiya sokrashcheniya vrednogo upotrebleniya alkogolya* [A global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1rus.pdf> (accessed February 1, 2019).
21. *O sostoyanii sanitarno-ehpidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossijskoj Federacii v 2017 godu. Gosudarstvennyj doklad.* [On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2017. State report]. Moscow: The Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being, 2018, 268 p.

ДААННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Наталья Владимировна Яковенко, доктор географических наук, профессор, заведующий кафедрой социально-экономической географии и регионоведения
Воронежский государственный университет
ул. Хользунова, 40, г. Воронеж, Российская Федерация
n.v.yakovenko71@gmail.com

Владимир Иванович Федотов, доктор географических наук, профессор, кафедры рекреационной географии, страноведения и туризма
Воронежский государственный университет
ул. Хользунова, 40, г. Воронеж, Российская Федерация

Владимир Борисович Михно, доктор географических наук, профессор кафедры физической географии и оптимизации ландшафта
Воронежский государственный университет
ул. Хользунова, 40, г. Воронеж, Российская Федерация

Сафонова Ирина Вячеславовна, преподаватель кафедры социально-экономической географии и регионоведения
Воронежский государственный университет
ул. Хользунова, 40, г. Воронеж, Российская Федерация

DATA ABOUT THE AUTHORS

Nataliya Vladimirovna Yakovenko, Doctor of Geography, Professor, Head of the Department of Social and Economic Geography and Regional Studies, Faculty of Geography, Geoecology and Tourism

Voronezh State University

40, Kholzunova str., 40, Voronezh, Russian Federation

n.v.yakovenko71@gmail.com

SPIN-code: 2518-1401

ORCID: 0000-0003-4203-0040

ResearcherID: C-9545-2015

Author ID: 57093623400

Vladimir Ivanovitch Fedotov, Doctor of Geography, Professor, Department of Recreational Geography, Country Studies and Tourism

Voronezh State University

40, Kholzunova str., 40, Voronezh, Russian Federation

SPIN-code: 7868-4432

ORCID: 0000-0002-2753-4702

Vladimir Borisovitch Mikhno, Doctor of Geography, Professor of the Department of Physical Geography and Landscape Optimization

Voronezh State University

40, Kholzunova str., 40, Voronezh, Russian Federation

SPIN-code: 5348-1602

ORCID: 0000-0002-3385-5799

Safonova Irina Vyacheslavovna, Teacher of Social and Economic Geography and Regional Studies, Faculty of Geography, Geoecology and Tourism

Voronezh State University

40, Kholzunova str., 40, Voronezh, Russian Federation

SPIN-code: 7403-6890

ORCID: 0000-0003-2782-0378

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-54-68

УДК 616.248

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: МОНИТОРИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ВРАЧОМ АЛЛЕРГОЛОГОМ-ИММУНОЛОГОМ

Ганцева Х.Х., Ханова А.К., Явгильдина А.М.

Статья посвящена мониторингованию качества диспансеризации больных с бронхиальной астмой.

***Цель.** Разработка объективного длительного мониторингования пациентов, оценка качества проведения образовательных программ, страдающих бронхиальной астмой в процессе диспансерного наблюдения.*

***Материалы и методы.** Для комплексной оценки динамического этапного мониторингования пациентов с диагнозом «Бронхиальная астма» использованы анкеты из трех блоков вопросов, а также анализ оценок в рамках клинических примеров с целенаправленным повторным анкетированием пациентов. Первый этап оценки проводился перед началом реализации образовательной программы. Второй этап оценки – после завершения учебного процесса по той же анкете, с целью выявления конечного уровня их знаний для коррекции процесса обучения при реализации последующей цепочки образовательных программ. Третий этап проводится через 1 год, на повторном тестировании и для обеспечения дифференцированной тактики дальнейшего ведения пациентов.*

***Результаты.** На клиническом примере пациентки с бронхиальной астмой проведен расчет результатов анкетирования на первом, втором и третьем этапах исследования у пациента с исходно низким уровнем подготовленности по всем трем блокам знаний, умениям, оценки качества жизни, с достижением высокого уровня компетентности в результате курса обучения, пациентка признана не нуждающейся в повторном обучении, и ей было предложено продолжение только диспансерного наблюдения.*

***Заключение.** Технический результат при использовании методики – улучшение уровня качества жизни пациентов с бронхиальной астмой. Поэтапное анкетирование пациентов по выявлению уровня их информированности позволяет выстроить стройную дифференцированную си-*

стему их обучения в «Астме-школе», которая не осуществима другими способами диагностики.

Ключевые слова: бронхиальная астма; астма-школа; качество обучения пациента; трудовые функции врача аллерголога-иммунолога.

BRONCHIAL ASTHMA: MONITORING THE QUALITY OF DISPENSIONIZATION OF PATIENTS BY THE ALLEROLOGIST-IMMUNOLOGY

Gantseva Kh.Kh., Khanova A.K., Yavgildina A.M.

The article is devoted to monitoring the quality of medical examination of patients with asthma.

Goal. *Development of objective long-term monitoring of patients, assessment of the quality of educational programs suffering from bronchial asthma during the follow-up.*

Materials and methods. *For a comprehensive assessment of the dynamic step-by-step monitoring of patients with a diagnosis of bronchial asthma, questionnaires from three blocks of questions were used, as well as analysis of assessments in the framework of clinical examples with targeted repeated questioning of patients. The first stage of the assessment was carried out before the start of the educational program. The second stage of assessment - after the completion of the educational process on the same questionnaire, in order to identify the final level of their knowledge to correct the learning process during the implementation of the subsequent chain of educational programs. The third stage is carried out after 1 year, on re-testing and to ensure differentiated tactics for further management of patients.*

Results. *On the clinical example of a patient with bronchial asthma, the results of the questionnaire were calculated at the first, second and third stages of the study in a patient with an initially low level of preparedness for all three blocks of knowledge, skills, assessing the quality of life, and achieving a high level of competence as a result of a training course, the patient was recognized not in need of re-training, and she was offered the continuation of only dispensary observation.*

Conclusion. *The technical result when using the technique is to improve the quality of life of patients with bronchial asthma. Phased questioning of patients*

to identify their level of awareness allows you to build a harmonious differentiated system of their education in "Asthma-school", which is not feasible by other diagnostic methods.

Keywords: *bronchial asthma; asthma-school; quality of patient education; labor functions of an allergist-immunologist.*

Актуальность

Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, страдающих бронхиальной астмой (диспансеризация) требует от медицинского персонала динамического контроля за субъективными и объективными показателями их здоровья [1, 2]. Установлено, что необходимость длительного многолетнего лечения бронхиальной астмы снижает приверженность пациентов к соблюдению саногенного поведения [3, 4, 5]. Кроме того, стремительное развитие новых биомедицинских технологий создает необходимость повторного прохождения пациентами всего курса обучения в школах для пациентов или избирательных тем занятий [6, 7]. Это диктует необходимость создания системы мониторингования уровня информированности пациентов, качества владения практическими навыками и состоянием их здоровья.

В доступной нам литературе мы не нашли способа комплексного динамического этапного мониторингования уровня компетентности пациентов, обучающихся в «астма-школе» с целью оптимизации дальнейшей тактики амбулаторного ведения пациентов, что обусловлено отсутствием «обратной связи» между обучающим врачом и обучаемыми пациентами [8].

Цель исследования

Разработка объективного способа длительного мониторингования уровня информированности пациентов оценки качества проведения образовательных программ для пациентов, страдающих бронхиальной астмой в процессе диспансерного наблюдения

Материалы и методы

Для оценки комплексного динамического этапного мониторингования пациентов с диагнозом «Бронхиальная астма» использованы анкеты, состоящие из 3 блоков вопросов. Представлен клинический пример, продемонстрировавший этапы оценок.

В основе предлагаемой методической системы лежит целенаправленное повторное анкетирование пациентов и выпускников «Астма-школы»

по выявлению уровня теоретических знаний, усвоенных практических навыков и умений, состояния здоровья с целью своевременного восполнения дефицита знаний и оказания своевременной медицинской помощи.

Для этого проводится анкетирование пациентов по анкете, состоящей из 3 блоков вопросов. Первый блок вопросов касается теоретических знаний, полученных в процессе обучения в «астма-школе», второй блок вопросов оценивает уровень приобретенных практических навыков и умений и третий блок вопросов уточняет динамику течения заболевания по объективизированным статистическим медицинским критериям.

Технический результат при использовании методики – улучшение уровня качества жизни больных бронхиальной астмой.

Первый этап оценки – вхождения в мониторинг проходит на базе лечебно-профилактического учреждения, в котором проводится «Астма-школа» (стационар, поликлиника, санаторий) перед началом реализации образовательной программы. Пациентам, приглашенным в «Астма-школу» предлагается ответить на вопросы, представленные в разработанной тематической анкете. Суммируют полученные баллы и при количестве баллов от 40 до 66 оценивают уровень знаний, навыков пациентов как низкий, 67–93 – как средний, 94–120 – как высокий.

Целью данного исследования является выявление исходного уровня знаний пациентов по основным вопросам образовательной программы, предназначенной для данной группы пациентов.

Пациенты, показавшие высокий и средний уровень информированности и владения практическими навыками с благоприятной динамикой течения заболевания, приглашаются на посещение тематических занятий «Астма-школы» по их выбору. В дальнейшем они находятся под диспансерным наблюдением и приглашаются для прохождения ежегодной диспансеризации. Кроме того, им оказывается специализированная медицинская помощь по обращаемости.

Пациенты, показавшие низкий уровень информированности и/или владения практическими навыками, приглашаются для обучения в «Астма-школе».

Второй этап оценки проводится после завершения учебного процесса. Процедура направлена на оценку эффективности реализации образовательной программы. С этой целью проводится повторное тестирование пациентов по той же анкете, с целью выявления конечного уровня их знаний. Это позволяет произвести необходимую коррекцию процесса обучения для реализации последующей цепочки образовательных программ.

Пациенты, показавшие высокий и средний уровень информированности и владения практическими навыками с благоприятной динамикой течения заболевания, остаются под диспансерным наблюдением. При необходимости им оказывается специализированная медицинская помощь по обращаемости.

Пациенты, показавшие низкий уровень информированности и/или владения практическими навыками продолжают обучение в «Астма-школе» по индивидуальной программе либо выборочно посещают занятия для восполнения знаний и навыков, а в дальнейшем переходят в группу диспансерного наблюдения. Вместе с тем, им оказывается специализированная медицинская помощь по обращаемости.

Третий этап оценочных мероприятий проводится через год. Пациентов, прошедших обучение в «Астма-школе» приглашают на повторное тестирование по той же анкете с целью выявления остаточного уровня знаний по вопросам тематической образовательной программы. Анализ результатов опроса пациентов позволяет дифференцировать тактику дальнейшего ведения пациентов и произвести их отбор для повторного обучения с целью восстановления знаний, полученных на первом этапе обучения.

Пациенты, сохранившие высокий и средний уровень теоретических знаний, полученных в процессе обучения в «астма-школе», приобретенных практических навыков и умений и с благоприятной динамикой течения заболевания, остаются под диспансерным наблюдением. При необходимости им оказывается специализированная медицинская помощь по обращаемости.

Пациенты, показавшие низкий уровень остаточных знаний и/или владения практическими навыками приглашаются на повторное обучение в «Астма-школе» с целью закрепления знаний, полученных на первом этапе обучения, или продолжают обучение по индивидуальной программе.

Пациентам, показавшим низкий уровень качества жизни и отрицательную динамику течения заболевания по объективизированным статистическим медицинским критериям, через год после завершения курса обучения в «астма-школе» проводится врачебная экспертная оценка функционального состояния, оказывается индивидуальная специализированная медицинская помощь в амбулаторных или стационарных условиях, расширяются реабилитационные мероприятия, при необходимости пациент направляется на медико-социальную экспертизу в условиях МСЭК. Кроме

того, пациент приглашается на повторное обучение в «Астма-школе» с целью восстановления знаний, навыков и умений или продолжает обучение по индивидуальной программе.

Результаты исследования и их обсуждение

Предлагаемый подход иллюстрируется следующим примером.

Клинический пример 1. Пациентка П., 44 лет, 3 месяца назад был установлен диагноз «бронхиальная астма». Прошла полный курс обучения в «Астма-школе» на базе муниципальной поликлиники.

1. Первый этап анкетирования провели перед началом реализации образовательной программы с целью выявления исходного уровня знаний, владения практическими навыками и умениями пациента по основным вопросам образовательной программы.

Ответы на вопросы первого блока показали следующий уровень знаний: незнание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания (1 балл), хорошее знание собственных антропометрических показателей – роста, массы тела (3 балла), хорошее знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления (3 балла), удовлетворительное знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы (2 балла), удовлетворительное знание признаков обострения заболевания (2 балла), удовлетворительное знание принципов клинико-функционального самоконтроля за течением астмы (2 балла), удовлетворительное знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр (2 балла), удовлетворительное знание принципов элиминационной терапии заболевания (2 балла), удовлетворительное знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы (2 балла), удовлетворительное знание ингаляционных устройств для лечения астмы (2 балла), удовлетворительное знание принципов здорового образа жизни (2 балла), удовлетворительное знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой (2 балла), незнание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для пациентов бронхиальной астмой, закаливания (1 балл), удовлетворительное знание основ общего массажа и массажа лица (2 балла).

Анкетирование по вопросам второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений показало отсутствие владения навыком по подсчету пульса (1 балл), отсутствие владения навыками по подсчету частоты дыхания (1 балл), неумение оценки состояния по системе цветовых «зон» (1 балла), отсутствие владения техникой пикфлоуметрии

(1 балл), неумение интерпретации результатов диагностических процедур (1 балл), отсутствие способности пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы (1 балл), отсутствие владения техникой ингаляций при использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров (1 балл), отсутствие дневника самонаблюдения (1 балл), отсутствие навыков по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи (1 балл), отсутствие навыка по волевому управлению дыханием (1 балл), отсутствие владения элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой (1 балл), отсутствие владения навыками мышечной релаксации (1 балл), отсутствие владения элементами аутотренинга (1 балл), отсутствие владения психотерапевтическими приемами (1 балл), отсутствие навыков по лечебной физкультуре (1 балл), отсутствие навыков по составлению домашней аптечки (1 балл); удовлетворительное навыки саногенного поведения (2 балла).

Анкетирование по вопросам третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям показало наличие редких приступов удушья (2 балла); отсутствие ночных приступов удушья (1 балл); 2 обострения (2 балла); 1 госпитализация (2 балла); более 14 дней временной нетрудоспособности (1 балл); 2 вызова бригады «скорой помощи» (2 балла), отсутствие группы инвалидности (3 балла); общее состояние без перемен (2 балла), средний уровень самооценки качества жизни (2 балла).

Суммируя полученные результаты, получено 62 балла. Таким образом, выявлен низкий уровень знаний пациента до проведения «астма-школы».

Второй этап анкетирования провели после завершения учебного процесса с целью оценки эффективности реализации образовательной программы.

Ответы на вопросы первого блока показали следующий уровень знаний: хорошее знание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания (3 балла), хорошее знание собственных антропометрических показателей – роста, массы тела (3 балла), хорошее знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления (3 балла), хорошее знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы (3 балла), хорошее знание признаков обострения заболевания (3 балла), удовлетворительное знание принципов клинико-функционального самоконтроля за течением астмы (2 балла), хорошее знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как

спейсер и пикфлоуметр (3 балла), хорошее знание принципов элиминационной терапии заболевания (3 балла), хорошее знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы (3 балла), хорошее знание ингаляционных устройств для лечения астмы (3 балла), хорошее знание принципов здорового образа жизни (3 балла), хорошее знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой (3 балла), хорошее знание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для больных бронхиальной астмой, закаливания (3 балла), хорошее знание основ общего массажа и массажа лица (3 балла).

Анкетирование по вопросам второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений показало хорошее владение навыком по подсчету пульса (3 балла), хорошее владение навыками по подсчету частоты дыхания (3 балла), удовлетворительный уровень обучения оценки состояния по системе цветowych «зон» (2 балла), хорошее владение техникой пикфлоуметрии (3 балла), хорошее умение интерпретации результатов диагностических процедур (3 балла), хорошая способность пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы (3 балла), хорошее владение техникой ингаляций при использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров (3 балла), хороший уровень ведения дневника самонаблюдения (3 балла), хорошее владение навыками по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи (3 балла), хорошее владение навыками по волевому управлению дыханием (3 балла), хорошее владение элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой (3 балла), хорошее владение навыками мышечной релаксации (3 балла), хорошее владение элементами ауто-тренинга (3 балла), удовлетворительное владение психотерапевтическими приемами (2 балла), хорошие навыки по лечебной физкультуре (3 балла), хорошие навыки по составлению домашней аптечки (3 балла); хорошие навыки саногенного поведения (3 балла).

Анкетирование по вопросам третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям показало наличие редких приступов удушья (2 балла); отсутствие ночных приступов удушья (3 балл); 2 обострения (2 балла); 1 госпитализация (2 балла); более 14 дней временной нетрудоспособности (1 балл); 2 вызова бригады «скорой помощи» (2 балла), отсутствие группы инвалидности (3 балла); общее состояние без перемен (2 балла), средний уровень самооценки качества жизни (2 балла).

Суммируя полученные результаты, получено 114 баллов. Таким образом, выявлен высокий уровень знаний пациента сразу после проведения «астма-школы». Больная была поставлена на учет в третью группу диспансерного наблюдения. При необходимости ей оказывалась специализированная медицинская помощь по обращаемости.

Третий этап анкетирования был проведен через год с целью выявления остаточного уровня знаний по вопросам образовательной программы.

Ответы на вопросы первого блока показали следующий уровень знаний: удовлетворительное знание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания (2 балла), хорошее знание собственных антропометрических показателей – роста, массы тела (3 балла), хорошее знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления (3 балла), хорошее знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы (3 балла), хорошее знание признаков обострения заболевания (3 балла), удовлетворительное знание принципов клинико-функционального самоконтроля за течением астмы (2 балла), хорошее знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр (3 балла), удовлетворительное знание принципов элиминационной терапии заболевания (2 балла), удовлетворительное знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы (2 балла), удовлетворительное знание ингаляционных устройств для лечения астмы (2 балла), хорошее знание принципов здорового образа жизни (3 балла), хорошее знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой (3 балла), удовлетворительное знание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для больных бронхиальной астмой, закаливания (2 балла), хорошее знание основ общего массажа и массажа лица (3 балла).

Анкетирование по вопросам второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений показало хорошее владение навыком по подсчету пульса (3 балла), хорошее владение навыками по подсчету частоты дыхания (3 балла), удовлетворительный уровень обучения оценки состояния по системе цветовых «зон» (2 балла), удовлетворительное владение техникой пикфлоуметрии (2 балла), удовлетворительное умение интерпретации результатов диагностических процедур (2 балла), удовлетворительная способность пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы (2 балла), удовлетворительное владение техникой ингаляций при

использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров (2 балла), отсутствие дневника самонаблюдения (1 балл), удовлетворительное владение навыками по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи (2 балла), удовлетворительное владение навыками по волевому управлению дыханием (2 балла), удовлетворительное владение элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой (1 балла), удовлетворительное владение навыками мышечной релаксации (2 балла), удовлетворительное владение элементами аутотренинга (2 балла), удовлетворительное владение психотерапевтическими приемами (2 балла), хорошие навыки по лечебной физкультуре (3 балла), удовлетворительные навыки по составлению домашней аптечки (2 балла); хорошие навыки саногенного поведения (3 балла).

Анкетирование по вопросам третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям показало наличие редких приступов удушья (2 балла); отсутствие ночных приступов удушья (3 балла); 2 обострения (2 балла); отсутствие госпитализации (3 балла); более 14 дней временной нетрудоспособности (1 балл); 2 вызова бригады «скорой помощи» (2 балла), отсутствие группы инвалидности (3 балла); общее состояние без перемен (2 балла), средний уровень самооценки качества жизни (2 балла).

Суммируя полученные результаты, получено 93 балла, что позволяет оценить средний уровень компетентности пациента.

В связи с тем, что пациентка сохранила средний уровень теоретических знаний, полученных в процессе обучения в «астма-школе» год назад, приобретенных практических навыков, и имела благоприятную динамику течения заболевания, она не нуждалась в повторном обучении, но было предложено диспансерное наблюдение.

Проведенное изучение исходного уровня знаний у пациентов до начала обучения, конечного – после завершения цикла обучения, остаточного – через 12 месяцев выявило значительное повышение и хорошую выживаемость уровня теоретических знаний, практических навыков и умений по основным аспектам медицинской, социальной, психологической и физической реабилитации бронхиальной астмы и показало высокую результативность обучения пациентов в «астма-школе».

Эффективность разработанного способа оценивалась в сравнении с 44 пациентами (сравнительная группа), обучающимися в «астма-школе»

в традиционной форме. Разработанный способ мониторинга был применен у 50 пациентов (основная группа). Было отмечено достоверное снижение частоты госпитализаций, обращаемости в поликлинику по поводу обострений заболевания, сроков временной нетрудоспособности, количества вызовов бригады скорой помощи, улучшение качества жизни, отсутствовали случаи усиления группы инвалидности ($p < 0,05$).

Применение разработанной методики мониторинга уровня компетентности больных, посещающих «астма-школу» позволяет оценить уровень информированности и владения практическими навыками и умениями, с последующим динамическим наблюдением за уровнем компетентности и качеством функционального состояния больных.

Авторами в доступной научно-медицинской литературе не обнаружено сведений о разработке и применении системы длительного этапного мониторинга уровня компетентности пациентов бронхиальной астмой с последующей дифференцированной тактикой ведения больных в зависимости от полученных результатов анкетирования.

Кроме оценки ближайших результатов лечения, для изучения эффективности комплексной фармакотерапии пациентов с образовательной программой, были использованы отдаленные результаты, для чего было проведено анкетирование пациентов до начала нашего исследования и через год наблюдения. Результаты были оценены по следующим показателям: заболеваемость интеркуррентной патологией органов дыхания (на 100 обследованных), обращаемость в поликлинику по поводу основного и интеркуррентных заболеваний (на 100 обследованных), обращаемость за экстренной медицинской помощью по поводу БА (на 100 обследованных), число госпитализаций по поводу БА (на 100 обследованных), число пациентов, получивших лекарственные средства (на 100 обследованных) и среднее количество наименований лекарственных препаратов на одного пациента.

Анализируя отдаленные результаты лечения важно подчеркнуть, что пациенты с БА, включенные во вторую группу (фармакотерапия совместно с образовательной программой) по сравнению в первой группой (без обучения в «Астме-школе») отметили значительное улучшение состояния здоровья, что характеризовалось снижением заболеваемости интеркуррентной патологией органов дыхания ($5,5 \pm 3,1$ и $20,7 \pm 5,6$, $p < 0,02$), обращаемости в поликлинику при ухудшении состояния здоровья ($10,9 \pm 4,2$ и $28,3 \pm 6,2$, $p < 0,02$), уменьшением обращения больных за экстренной помощью в связи с БА ($3,6 \pm 2,5$ и $17,0 \pm 5,1$, $p < 0,02$) и т.д. (табл. 1).

Таблица 1.

Отдаленные показатели эффективности лечения в сопровождении тематического образования у пациентов с БА (на 100 человек)

Показатели	Первая группа n=53	Вторая группа (в комплексе с образовательной программой) n=55	p
Заболеваемость интеркуррентной патологией органов дыхания	20,7±5,6	5,5±3,1	<0,02
Обращаемость в поликлинику по поводу основного и интеркуррентных заболеваний	28,3±6,2	10,9±4,2	<0,02
Обращаемость за экстренной медицинской помощью по поводу БА	17,0±5,1	3,6±2,5	<0,02
Госпитализировано по поводу БА	5,7±3,2	0,0	-
Число пациентов, получивших лекарственные средства	18,9±5,4	3,6±2,5	<0,02
Среднее количество наименований лекарственных препаратов на одного пациента	2,5±0,5	1,0±0,4	<0,01

Что касается группы больных с фармакотерапевтическим и образовательным сопровождением, то полученные данные свидетельствуют о том, что существенно улучшились все анализируемые показатели (табл. 1).

Таким образом, доказана высокая эффективность образовательной программы в лечении пациентов и улучшении их качества жизни. Образовательные тематические программы для пациентов с БА должны стать неотъемлемой частью лечения в комплексном ведении пациентов с БА. Совершенствование инструментов контроля за качеством образовательных мероприятий позволит вести целевой поиск методических педагогических приемов.

Выводы

Использование разработанной системы диагностических мероприятий на базе лечебно-профилактического учреждения, в котором проводится «Астма-школа» перед началом реализации образовательной программы направлена на выявление исходного уровня знаний пациентов по основным вопросам образовательной программы, предназначенной для данной группы пациентов. Повторное анкетирование пациентов по той же анкете сразу после завершения учебного процесса проводится

с целью выявления конечного уровня знаний пациентов и направлено на оценку эффективности реализации образовательной программы. Это позволяет произвести необходимую коррекцию процесса обучения при реализации последующих образовательных программ. Повторное тестирование пациентов через год проводится с целью выявления остаточного уровня знаний по вопросам образовательной программы и позволяет произвести отбор больных, которым необходимо пройти повторное обучение с целью закрепления знаний, полученных на первом этапе обучения. Поэтапное анкетирование пациентов по выявлению уровня информированности позволяет выстроить стройную дифференцированную систему их обучения в «Астма-школе», которая неосуществима другими способами диагностики.

Список литературы

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Второе издание. М.: Издательский дом «Русский врач». 2013. С. 87.
2. Хохлов А.Л., Глембичкая О.В., Лилеева Е.Г. Оценка приверженности к терапии и качества жизни у больных с бронхиальной астмой после внедрения обучающих программ // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2016. № 7-8. С. 13–18.
3. Глембичкая О.В. Клинико-экономическая эффективность обучающих программ для больных бронхиальной астмой // Новости здравоохранения. 2016. №1. С. 23–30.
4. Мицкевич С.Э. Бронхиальная астма у детей. Диагностика, клиника, лечение, профилактика: Учебное пособие. Челябинск: Издательство «Челябинская государственная медицинская академия». 2011. С. 36.
5. Грецов А.Г. «Астма-школа»: тренинг конструктивной жизни для подростков, больных бронхиальной астмой // Адаптивная физическая культура. 2014. № 4 (36). С. 38–44.
6. Белевский А.С. Тест контроля астмы – «новая игрушка» или важный инструмент // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2016. №1. С. 33–34.
7. Гавришина Е. В. Фармакоэпидемиологическая оценка терапии, направленной на поддержание контроля бронхиальной астмы в условиях реальной амбулаторной практики. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Волгоград, 2012. 22 с.
8. Reddel H.K., Barnes D.J. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations // Eur. Respir. J. 2010. 28(1). P. 182–199.

References

1. Natsional'naya programma «Bronkhial'naya astma u detey. Strategiya lecheniya i profilaktika» [National program “Bronchial asthma in children. Treatment Strategy and Prevention”]. M.: Publishing House “Russian Doctor”. 2013. P. 87.
2. Khokhlov A.L., Glembitskaya O.V., Lileeva E.G. Otsenka priverzhennosti k terapii i kachestva zhizni u bol'nykh s bronkhial'noy astmoy posle vnedreniya obuchayushchikh program [Assessment of adherence to therapy and quality of life in patients with bronchial asthma after the introduction of training programs]. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* [Problems of standardization in healthcare]. 2016. No. 7-8. P. 13–18.
3. Glembitskaya O.V. Kliniko-ekonomicheskaya effektivnost' obuchayushchikh programm dlya bol'nykh bronkhial'noy astmoy [Clinical and economic effectiveness of training programs for patients with bronchial asthma]. *Novosti zdravookhraneniya* [Health News]. 2016. No. 1. P. 23–30.
4. Mitskevich S.E. *Bronkhial'naya astma u detey. Diagnostika, klinika, lechenie, profilaktika* [Bronchial asthma in children. Diagnosis, Clinic, Treatment, Prevention]. Chelyabinsk: Publishing House “Chelyabinsk State Medical Academy”. 2011. P. 36.
5. Gretsov A.G. «Astma-shkola»: trening konstruktivnoy zhizni dlya podrostkov, bol'nykh bronkhial'noy astmoy [“Asthma-school”: constructive life training for adolescents with bronchial asthma]. *Adaptivnaya fizicheskaya kul'tura* [Adaptive physical education]. 2014. No. 4 (36). P. 38–44.
6. Belevskiy A.S. Test kontrolya astmy – «novaya igrushka» ili vazhnyy instrument [An asthma control test is a “new toy” or an important tool]. *Atmosfera. Pul'monologiya i allergologiya* [Atmosphere. Pulmonology and allergology]. 2016. No. 1. P. 33–34.
7. Gavrishina E.V. *Farmakoepidemiologicheskaya otsenka terapii, napravlennoy na podderzhanie kontrolya bronkhial'noy astmy v usloviyakh real'noy ambulatornoy praktiki* [Pharmacoepidemiological assessment of therapy aimed at maintaining control of bronchial asthma in real outpatient practice]. Abstract of dissertation for the degree of candidate of medical sciences. Volgograd, 2012. 22 p.
8. Reddel H.K., Barnes D.J. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations. *Eur. Respir. J.* 2010. 28(1). P. 182–199.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Ганцева Халида Ханафиевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*ул. Ленина, 3, г. Уфа, Российская Федерация
halida.ganceva@mail.ru*

Ханова Айритта Каримовна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Ленина, 3, г. Уфа, Российская Федерация*

Явгильдина Альфия Мустамировна, к.м.н., доцент кафедры внутренних
болезней
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Ленина, 3, г. Уфа, Российская Федерация*

DATA ABOUT THE AUTHORS

Gantseva Khalida Khanafievna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head
Department of Internal Medicine
*Bashkir State Medical University
3, Lenin st., Ufa, Russian Federation
halida.ganceva@mail.ru*

Khanova Ayritta Karimovna, Ph.D. (Candidate of Medicine), Assistant
Professor of Internal Medicine
*Bashkir State Medical University
3, Lenin st., Ufa, Russian Federation*

Yavgildina Alfiya Mustamirovna, Ph.D. (Candidate of Medicine), Assistant
Professor of Internal Medicine
*Bashkir State Medical University
3, Lenin st., Ufa, Russian Federation*

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-69-84

УДК 616.248

ДИАГНОСТИКА КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА

Ганцева Х.Х., Ханова А.К., Явгильдина А.М.

Статья посвящена диагностике качества обучения пациентов с бронхиальной астмой.

Цель. *Разработка объективного способа оценки качества проведения образовательных программ для пациентов с бронхиальной астмой к обеспечению процедур самоконтроля и комплаенса с лечащим врачом.*

Материалы и методы. *Данное исследование проводилось на территории Республики Башкортостан с разрешения этического комитета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ. Каждый участник перед началом исследования подписал форму информированного согласия на обследование.*

Анкетным методом, включающим 140 признаков, отражающих владения теоретическими знаниями и владение практическими умениями, требуемых к завершению обучения в «Астма-школе», где каждый показателю оценивается в баллах, и совокупный их уровень дает итоговый, заключающий оценочный уровень с интерпретацией 3 блоков вопросов.

Результаты. *Вопросы первого блока имеют градации: хорошее знание, удовлетворительное знание, незнание: второго блока – хорошее владение навыком, удовлетворительное, отсутствие навыка; в третьем блоке – оценка клинических проявлений заболевания, используемых в совокупности самооценки пациентом качества жизни как высокая, средняя и низкая. Суммируя полученные баллы от каждого из 140 использованных в исследовании признаков, при количестве баллов от 40 до 66, оценивали уровень знаний, навыков пациентов как низкий, 67–93 – как средний, 94–120 – как высокий. Приведены 2 клинических примера из практики их использования в реальной ситуации.*

Заключение. *Предлагаемая методика оценки качества обучения пациентов «Астма-школы» позволяет объективизировать результаты образовательного процесса относительно пациентов и модернизировать,*

повысить эффективность работы врача с пациентами бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма; астма-школа; образовательные программы для пациентов; здоровьесберегающие технологии; качество жизни; клинико-экономическая эффективность.

DIAGNOSTICS OF QUALITY TRAINING PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN PROFESSIONAL ACTIVITY OF A DOCTOR ALLERGOLOGIST-IMMUNOLOGY

Gantseva Kh.Kh., Khanova A.K., Yavgildina A.M.

The article is devoted to the diagnosis of the quality of education for patients with bronchial asthma.

Goal. *Development of an objective way to assess the quality of educational programs for patients with bronchial asthma to ensure self-control and compliance procedures with the attending physician.*

Materials and methods. *This study was conducted on the territory of the Republic of Bashkortostan with the permission of the ethics committee of the FSBEI HE BSMU of the Ministry of Health of the Russian Federation. Each participant before the start of the study signed an informed consent form for the examination.*

The questionnaire method, which includes 140 signs, reflecting the possession of theoretical knowledge and the possession of practical skills required to complete studies at Asthma School, where each indicator is evaluated in points, and their combined level gives a final, concluding assessment level with interpretation of 3 blocks of questions.

Results. *The questions of the first block have the gradations: good knowledge, satisfactory knowledge, ignorance: of the second block – good knowledge of the skill, satisfactory, lack of skill; in the third block – an assessment of the clinical manifestations of the disease used in the aggregate of the patient's self-assessment of the quality of life as high, medium and low. Summing up the scores from each of the 140 signs used in the study, with the number of points from 40 to 66, the level of knowledge and skills of the patients was assessed as low, 67–93 as average, 94–120 as high. 2 clinical examples from the practice of their use in a real situation are given.*

Conclusion. *The proposed methodology for assessing the quality of patient education at Asthma Schools makes it possible to objectify the results of the educational process in relation to patients and to modernize and increase the efficiency of the doctor's work with patients with bronchial asthma.*

Keywords: *bronchial asthma; asthma-school; educational programs for patients; health-saving technologies; quality of life; clinical and economic efficiency.*

Актуальность

В России на протяжении последних десятилетий расширяется сеть школ здоровья для разных групп населения, разрабатываются технологии психологического сопровождения их функционирования. Все большая роль отводится программам обучения пациентов с целью повышения их информированности и активного вовлечения в оздоровительный, лечебно-диагностический и реабилитационный процесс.

В частности, тезис «разработка и внедрение образовательных программ среди населения по методам профилактики бронхиальной астмы, формирования здорового образа жизни и повышения качества жизни пациентов» является одним из основных в проекте Федеральной Целевой программы «Бронхиальная астма» (2011–2015 годы). Эффективность терапии бронхиальной астмы, улучшение качества жизни пациентов и их семей тесно связаны с тщательным выполнением квалифицированных врачебных рекомендаций. Образование является необходимой составной частью комплексной программы лечения пациентов с бронхиальной астмой. В настоящее время одной из самых эффективных форм проведения образования для больных считается «Астма-школа». Основной ее целью является повышение эффективности терапии бронхиальной астмы, обеспечение контроля за течением болезни и повышение качества жизни посредством образования самого пациента.

Участие пациентов в образовательной программе позволяет сформировать у них правильное представление о здоровьесберегающих технологиях, болезни, о факторах риска ее возникновения и причинах прогрессирования, о методах самоконтроля, что позволяет более четко выполнять комплекс рекомендаций в течение длительного времени [1, 8].

Глембицкая А.И. и соавт. (2011 г.) показали, что применение этой медицинской технологии снижает прямые и непрямые расходы на лечение бронхиальной астмы за счет уменьшения финансовых потерь, связанных с оказанием различных видов медицинских услуг (вызовы скорой медицинской помощи, оплата больничных листов и потерь валового внутреннего продукта в результате болезни) и повышает эффективность затрат до 5-7

раз [2]. Таким образом, применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с хронической патологией, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение [3].

Отсутствие мотивации у пациентов к постоянной терапии связано с недостаточностью имеющейся информации о своем заболевании, отсутствием навыков самоконтроля, элементарной грамотности в приеме лекарств, в сочетании с неудовлетворительным качеством амбулаторного наблюдения за данной категорией пациентов [4].

В доступной нам научно-методической и патентной литературе способ оценки качества обучения в рамках «Астма-школы» по уровню знаний обучающихся пациентов не описан.

Известен способ контроля над астмой – вопросник «АСТ» (Asthma Control Test), состоящий из 5 вопросов, который предназначен для самостоятельной оценки пациентом своего состояния, чтобы вовремя обратиться к врачу при ухудшении течения болезни [5, 6, 7]. Однако этот тест является сугубо клиническим и не позволяет оценить уровень компетентности пациентов в вопросах контроля над бронхиальной астмой.

Таким образом, до настоящего времени не определен способ оценки уровня компетентности пациентов, обучающихся в «Астма-школе», что обусловлено отсутствием «обратной связи» между обучающим врачом и обучаемыми пациентами.

Цель исследования

Обоснование объективного способа оценки качества проведения образовательных программ для пациентов, страдающих бронхиальной астмой.

В основе предлагаемого метода лежит оценка уровня теоретических знаний, усвоенных практических навыков и умений, способных оказать влияние на качество жизни пациентов и течение основного заболевания, а также динамика течения заболевания по объективизированным статистическим медицинским критериям [8, 9].

Ожидаемый результат при использовании методического приема – получение критериев оценки качества реализации образовательной программы в рамках «астма-школы».

Материалы и методы

Приказ Минздравсоцразвития России № 60 от 4.02.2010 г. «О порядке оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями»

ми», обязует проведение обучающих программ для пациентов с аллергическими заболеваниями.

Авторами была проведена работа по выделению прогностически значимых факторов, позволяющих оценить качество обучения пациентов, прошедших обучение в «Астма-школе». Были исследованы 140 признаков, которые могли наиболее полно отразить уровень овладения теоретическими знаниями и приобретения практических навыков и умений в процессе обучения в «Астма-школе». Основными требованиями к данным признакам явилась объективность, доступность их оценки пациентами и простота получения.

Изучение требуемых признаков проведено у 80 пациентов. С целью выделения наиболее значимых признаков, отражающих уровень информированности пациентов, полученные данные были подвергнуты математической обработке и оценены экспертным советом обучающихся врачей-аллергологов. Из анкеты были исключены вопросы, вызвавшие наибольшие затруднения у пациентов и наименее информативные с точки зрения экспертного совета. На основании полученных данных были выбраны 40 наиболее значимых и информативных признаков.

Результаты исследования и их обсуждение

Предлагаемый методический прием осуществляется следующим образом. Для оценки качества проведенного обучения в рамках «Астма-школы» проводится оценка уровня теоретических знаний, усвоенных практических навыков и умений, способных оказать влияние на качество жизни пациентов и течение основного заболевания. Для этого проводится анкетирование пациентов по анкете, состоящей из 3 блоков вопросов. Первый блок вопросов касается теоретических знаний, полученных в процессе обучения в «Астма-школе», второй блок вопросов оценивает уровень приобретенных практических навыков и умений и третий блок вопросов уточняет динамику течения заболевания по объективизированным статистическим медицинским критериям.

При этом устанавливаются и выписываются на отдельный лист показатели информированности пациентов: по вопросам первого блока – знание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания (1), знание собственных антропометрических показателей – роста, массы тела (2), знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления (3), знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы (4), знание признаков обострения забо-

левания (5), знание принципов клинико-функционального самоконтроля за течением астмы (6), знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр (7), знание принципов элиминационной терапии заболевания (8), знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы (9), знание ингаляционных устройств для лечения астмы (10), знание принципов здорового образа жизни (11), знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой (12), знание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для больных бронхиальной астмой, закаливания (13), знание основ общего массажа и массажа лица (14); вопросы второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений – владение навыком по подсчету пульса (15), владение навыками по подсчету частоты дыхания (16), уровень обучения оценки состояния по системе цветowych «зон» (17), владение техникой пикфлоуметрии (18), умение интерпретации результатов диагностических процедур (19), способность пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы (20), владение техникой ингаляций при использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров (21), уровень ведения дневника самонаблюдения (22), владение навыками по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи (23), владение навыками по волевому управлению дыханием (24), владение элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой (25), владение навыками мышечной релаксации (26), владение элементами аутотренинга (27), владение психотерапевтическими приемами (28), навыки по лечебной физкультуре (29), навыки по составлению домашней аптечки (30); навыки саногенного поведения (31), вопросы третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям – частота дневных приступов удушья (32), частота ночных приступов удушья (33), частота обострений (34), частота госпитализаций в стационар (35), число дней временной нетрудоспособности (36), число вызовов бригады «скорой помощи» (37), инвалидизация (38), оценка общего состояния (39), самооценка качества жизни (40).

Каждый показатель оценивается в баллах. Вопросы первого блока по уровню знаний оценивали следующим образом: хорошее знание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание собственных антропометрических показателей – роста,

массы тела оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание признаков обострения заболевания оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание принципов клинико-функционального самоконтроля за течением астмы оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание принципов элиминационной терапии заболевания оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание ингаляционных устройств для лечения астмы оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание принципов здорового образа жизни оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для больных бронхиальной астмой, закаливания оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл; хорошее знание основ общего массажа и массажа лица оценивают как 3 балла, удовлетворительное знание – как 2 балла, незнание – как 1 балл.

Вопросы второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений оценивали так: хорошее владение навыком по подсчету пульса оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение навыками по подсчету частоты дыхания оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хороший уровень обучения оценки состояния по системе цветовых «зон» оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение техникой

пикфлоуметрии оценивают как 3 балла, удовлетворительное как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее умение интерпретации результатов диагностических процедур оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошую способность пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение техникой ингаляций при использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хороший уровень ведения дневника самонаблюдения оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение навыками по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение навыками по волевому управлению дыханием оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение навыками мышечной релаксации оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение элементами аутотренинга оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошее владение психотерапевтическими приемами оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошие навыки по лечебной физкультуре оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошие навыки по составлению домашней аптечки оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл; хорошие навыки саногенного поведения оценивают как 3 балла, удовлетворительное – как 2 балла, отсутствие навыка – как 1 балл.

Вопросы третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям оценивали следующим образом: отсутствие дневных приступов удушья оценивают как 3 балла, редкие приступы – как 2 балла, частые приступы – как 1 балл; отсутствие ночных приступов удушья оценивают как 3 балла, редкие приступы – как 2 балла, частые приступы – как 1 балл; отсутствие обострений оценивают как 3 балла, 1-2 обострений – как 2 балла, более 2 обострений –

как 1 балл; отсутствие госпитализаций в стационар оценивают как 3 балла, 1 госпитализация – как 2 балла, 2 и более – как 1 балл; отсутствие случаев временной нетрудоспособности оценивают как 3 балла, до 14 дней нетрудоспособности – как 2 балла, более 14 дней – как 1 балл; отсутствие вызовов бригады «скорой помощи» - как 3 балла, 1–2 вызова – как 2 балла, более 2 раз – как 1 балл, уменьшение группы инвалидности или ее отсутствие – как 3 балла, сохранение той же группы инвалидности как 2 балла, утяжеление – как 1 балл; значительное улучшение общего состояния – как 3 балла, без перемен – как 2 балла, ухудшение – как 1 балл, высокая самооценка качества жизни – как 3 балла, средняя – как 2 балла, низкая – как 1 балл.

Суммируют полученные баллы и при количестве баллов от 40 до 66 оценивали уровень знаний, навыков пациентов как низкий, 67–93 – как средний, 94–120 – как высокий.

Предлагаемый способ оценки был использован у 60 пациентов с бронхиальной астмой, прошедших обучение в «Астма-школе».

Полученные данные дают основание считать качество разработанной методики оценки достаточно высоким, что позволяет рекомендовать его для практического применения.

Предлагаемый способ оценки качества обучения пациентов «Астма-школы», основанный на анализе теоретических знаний, полученных в процессе обучения в «Астма-школе», владения практическими навыками и умениями, оценки динамики течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям позволяет оценить качество обучения пациента в «Астма-школе».

Клинический пример 1. Пациент С., 38 лет. В течение 12 месяцев страдает бронхиальной астмой. Прошел полный курс обучения в «Астма-школе» на базе муниципальной поликлиники.

После завершения учебного процесса с целью оценки эффективности реализации образовательной программы было проведено анкетирование.

Ответы на вопросы первого блока показали следующий уровень знаний: удовлетворительное знание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания (2 балла), хорошее знание собственных антропометрических показателей – роста, массы тела (3 балла), хорошее знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления (3 балла), хорошее знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы (3 балла), хорошее знание признаков обострения заболевания (3 балла), удовлетворительное знание принципов клинко-функционального самоконтроля за течением астмы

(2 балла), хорошее знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр (3 балла), хорошее знание принципов элиминационной терапии заболевания (3 балла), удовлетворительное знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы (2 балла), хорошее знание ингаляционных устройств для лечения астмы (3 балла), хорошее знание принципов здорового образа жизни (3 балла), хорошее знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой (3 балла), хорошее знание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для пациентов с бронхиальной астмой, закаливания (3 балла), хорошее знание основ общего массажа и массажа лица (3 балла).

Анкетирование по вопросам второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений показало хорошее владение навыком по подсчету пульса (3 балла), хорошее владение навыками по подсчету частоты дыхания (3 балла), удовлетворительный уровень обучения оценки состояния по системе цветовых «зон» (2 балла), хорошее владение техникой пикфлоуметрии (3 балла), хорошее умение интерпретации результатов диагностических процедур (3 балла), удовлетворительная способность пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы (2 балла), хорошее владение техникой ингаляций при использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров (3 балла), хороший уровень ведения дневника самонаблюдения (3 балла), хорошее владение навыками по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи (3 балла), хорошее владение навыками по волевому управлению дыханием (3 балла), хорошее владение элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой (3 балла), хорошее владение навыками мышечной релаксации (3 балла), владение элементами аутотренинга (3 балла), удовлетворительное владение психотерапевтическими приемами (2 балла), хорошие навыки по лечебной физкультуре (3 балла), хорошие навыки по составлению домашней аптечки (3 балла); хорошие навыки саногенного поведения (3 балла).

Анкетирование по вопросам третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям показало наличие редких приступов удушья (2 балла); редкие ночные приступы удушья (2 балла); отсутствие обострений (3 балла); отсутствие госпитализаций (3 балла); отсутствие случаев временной нетрудоспособности (3 балла); отсутствие вызовов бригады «скорой помощи» (3 балла), отсутствие группы инвалидности (3 балла); улучшение общего состояния (1 балл), средний уровень самооценки качества жизни (2 балла).

Суммируя полученные результаты, получаем 108 баллов, что позволяет оценить высокий уровень подготовки пациента после завершения обучения в «Астма-школе».

Клинический пример 2. Пациент Р., 57 лет. В течение 18 месяцев страдает бронхиальной астмой. Прошел полный курс обучения в «астма-школе» на базе муниципальной поликлиники.

После завершения учебного процесса с целью оценки эффективности реализации образовательной программы было проведено анкетирование.

Ответы на вопросы первого блока показали следующий уровень знаний: удовлетворительное знание анатомического строения органов дыхания, физиологии дыхания (2 балла), хорошее знание собственных антропометрических показателей – роста, массы тела (3 балла), хорошее знание собственных показателей гемодинамики – пульса, уровня артериального давления (3 балла), удовлетворительное знание всех управляемых факторов риска формирования и обострения астмы (2 балла), хорошее знание признаков обострения заболевания (3 балла), удовлетворительное знание принципов клинико-функционального самоконтроля за течением астмы (2 балла), удовлетворительное знание назначения таких приборов индивидуального пользования, как спейсер и пикфлоуметр (3 балла), хорошее знание принципов элиминационной терапии заболевания (3 балла), удовлетворительное знание современных лекарственных препаратов и методов лечения бронхиальной астмы (2 балла), хорошее знание ингаляционных устройств для лечения астмы (3 балла), хорошее знание принципов здорового образа жизни (3 балла), удовлетворительное знание основ диетотерапии больного бронхиальной астмой (2 балла), удовлетворительное знание принципов дыхательной гимнастики и физкультуры для больных бронхиальной астмой, закаливания (2 балла), удовлетворительное знание основ общего массажа и массажа лица (2 балла).

Анкетирование по вопросам второго блока по уровню приобретенных практических навыков и умений показало удовлетворительное владение навыком по подсчету пульса (2 балла), удовлетворительное владение навыками по подсчету частоты дыхания (2 балла), удовлетворительный уровень обучения оценки состояния по системе цветowych «зон» (2 балла), удовлетворительное владение техникой пикфлоуметрии (2 балла), хорошее умение интерпретации результатов диагностических процедур (3 балла), удовлетворительная способность пациента самостоятельно предотвращать приближающееся ухудшение в течении астмы (2 балла), хорошее владение техникой ингаляций при использовании дозированных ингаляторов, спейсеров, небулайзеров (3 балла), отсутствие дневника самонаблюдения

(1 балл), удовлетворительное владение навыками по дыхательным методикам по методу биологически обратной связи (2 балла), отсутствие навыка по волевому управлению дыханием (1 балл), удовлетворительное владение элементами самомассажа биологически активных точек для активного использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой (2 балла), удовлетворительное владение навыками мышечной релаксации (2 балла), удовлетворительное владение элементами аутотренинга (2 балла), удовлетворительное владение психотерапевтическими приемами (2 балла), удовлетворительные навыки по лечебной физкультуре (2 балла), хорошие навыки по составлению домашней аптечки (3 балла); удовлетворительные навыки саногенного поведения (2 балла).

Анкетирование по вопросам третьего блока по динамике течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям показало наличие редких приступов удушья (2 балла); отсутствие ночных приступов удушья (1 балл); 2 обострения (2 балла); отсутствие госпитализаций (1 балл); более 14 дней временной нетрудоспособности (1 балл); 2 вызова бригады «скорой помощи» (2 балла), отсутствие группы инвалидности (3 балла); ухудшение общего состояния (1 балл), средний уровень самооценки качества жизни (2 балла).

Суммируя полученные результаты, получаем 85 баллов, что позволяет оценить средний уровень качества подготовки пациента после завершения обучения в «Астма-школе».

Нами проведена оценка влияния комплексного оздоровительного воздействия на пациентов с бронхиальной астмой, включающего обучение по тематическому циклу в «Астма – школе» на эффективность превентивного лечения. Для этого нами была исследована результативность 2-х комплексов терапии:

1-я группа – пациенты с бронхиальной астмой, которые получали фармакотерапевтическое сопровождение по программе – терапии БА.

2-я группа – пациенты, которые также, как и в 1-й группе, получали комплексную базисную фармакотерапию, соответствующей клинике ступени и, наряду с этим, прослушали 2х недельную тематическую образовательную программу. Из 60-ти пациентов наблюдение обеспечено 57 пациентам.

В качестве критериев оценки результатов лечения использовалась унифицированная 5-бальная шкала (по В.С. Мошкевичу, 1985), при которой:

- оценка 5 (отличный результат) означает, что полностью или почти полностью отсутствуют жалобы и объективные симптомы заболевания. Пациенту не требуется какого-либо лечения, даже симптоматического.

- оценка 4 (хороший результат) – значительно уменьшается (более, чем на 50%) степень выраженности симптомов, при объективном исследовании бронхообструкция выражена слабо и количество жалоб значительно меньше. Пациент в период обострения к врачу обычно не обращается, но дополнительные лекарства иногда принимает.
- оценка 3 (удовлетворительный результат) – количество жалоб, степень выраженности объективных симптомов и продолжительность заболевания снижаются незначительно. Во время обострения пациент вынужден обращаться к врачу и получать дополнительное лечение.
- оценка 2 (плохой результат) – не обнаруживается каких-либо положительных сдвигов субъективной оценки (жалоб), степени выраженности объективных симптомов. Данное состояние можно оценить, как “без перемен”.
- оценка 1 (ухудшение) – появляются новые жалобы, симптомы заболевания усиливаются, увеличивается продолжительность обострения, выявляются осложнения со стороны других органов.

Использование приведенной выше 5-балльной шкалы позволила объективно оценить не только качественные результаты лечения, но и количественные, что становится особенно важно при применении новых методов лечения пациентов с БА.

Оценивая данные об эффективности образовательной программы в комплексной профилактике и лечении пациентов с БА по 5 балльной шкале, установили, что результаты использования образовательной программы во второй группе пациентов (сопровождающейся образовательными мероприятиями) были статистически значимо эффективнее, чем в первой ($p < 0,05$). При комплексной фармакотерапии с использованием образовательной программы положительные результаты достигнуты у 75,4% обследованных, а при изолированной фармакотерапии – у 58,0% ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты оценки состояния здоровья больных БА по 5 балльной шкале, %

Группа больных	Кол-во пациентов	Положительные результаты	Отличные	Хорошие
Первая (фармакотерапия)	50	58,0	22,0	36,0
Вторая (фармакотерапия в комплексе с образовательной программой)	57	75,4	24,6	50,8

Статистически значимая разница была достигнута между пациентами первой и второй группы, результаты лечения которых оценены как хорошие (36,0 и 50,8%, $p < 0,05$).

Таким образом, предлагаемая методика оценки качества обучения пациентов «Астма-школы», основанная на изучении уровня теоретических знаний, качества владения практическими навыками и умениями, оценке динамики течения заболевания согласно объективизированным статистическим медицинским критериям позволяет оценить эффективности обучения пациента в «Астма-школе», развивать далее, количественно оценивая, различные варианты их обеспечения.

Авторами в доступной научно-медицинской литературе не обнаружено сведений о разработке и применении системы диагностических мероприятий по изучению информированности пациентов по уровню теоретических знаний, полученных в процессе обучения в «Астма-школе», по качеству приобретенных практических навыков и умений и по динамике течения заболевания.

Выводы

Использование разработанной методики по диагностике уровня подготовки пациента позволяет оценить эффективность обучения в «Астма-школе» и качество образовательного процесса, а через это – развивать внедрение дифференцированных образовательных программ.

Список литературы

1. Хохлов А.Л., Глембицкая О.В., Лилеева Е.Г. Оценка приверженности к терапии и качества жизни у больных с бронхиальной астмой после внедрения обучающих программ // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2009. № 7-8. С. 13–18.
2. Reddel H.K., Barnes D.J. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations // Eur. Respir. J. 2014. 28(1). P. 182–199.
3. Глембицкая О.В. Клинико-экономическая эффективность обучающих программ для больных бронхиальной астмой. Новости здравоохранения. 2011. №1. С. 23–30.
4. Masoli M. The global burden of asthma: executive summary of the GESfA Dissemination Committee report / M. Masoli, D. Fabian, S. Holts et al. // Alergy. 2014. Vol. 59. P. 469–478.
5. Белевский А.С. Тест контроля астмы – «новая игрушка» или важный инструмент // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2009. №1. С. 33–34.

6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Второе издание. М.: Издательский дом «Русский врач». 2011. С. 87.
7. Мицкевич С.Э. Бронхиальная астма у детей. Диагностика, клиника, лечение, профилактика: Учебное пособие. Челябинск: Издательство «Челябинская государственная медицинская академия». 2012. С. 36.
8. Шарафутдинова Н.Х., Явгильдина А.М., Ганцева Х.Х. Тематическая образовательная программа для больных поллинозом // Методические рекомендации для врачей-иммунологов. Уфа: Изд-во Медиа Группа Здоровье. 2011. 31 с.

References

1. Khokhlov A.L., Glembitskaya O.V., Lileeva E.G. Otsenka priverzhennosti k terapii i kachestva zhizni u bol'nykh s bronkhial'noy astmoy posle vnedreniya obuchayushchikh programm [Assessment of adherence to therapy and quality of life in patients with bronchial asthma after the introduction of training programs]. *Problemy standartizatsii v zdavookhraneni* [Problems of standardization in healthcare]. 2009. No. 7-8. P. 13–18.
2. Reddel H.K., Barnes D.J. Pharmacological strategies for self-management of asthma exacerbations. *Eur. Respir. J.* 2014. 28(1). P. 182–199.
3. Glembitskaya O.V. Kliniko-ekonomicheskaya effektivnost' obuchayushchikh programm dlya bol'nykh bronkhial'noy astmoy [Clinical and economic effectiveness of training programs for patients with bronchial asthma]. *Novosti zdavookhraneniya* [Health News]. 2011. No. 1. P. 23–30.
4. Masoli M., Fabian D., Holts S. et al. The global burden of asthma: executive summary of the GESfA Dissemination Committee report. *Alergy*. 2014. Vol. 59. P. 469–478.
5. Belevsky A.S. Test kontrolya astmy – «novaya igrushka» ili vazhnyy instrument [An asthma control test is a “new toy” or an important tool]. *Atmosfera. Pul'monologiya i allergologiya* [Atmosphere. Pulmonology and allergology]. 2009. No. 1. P. 33–34.
6. *Natsional'naya programma «Bronkhial'naya astma u detey. Strategiya lecheniya i profilaktika»* [National program “Bronchial asthma in children. Treatment Strategy and Prevention”]. М.: Publishing House “Russian Doctor”. 2011. P. 87.
7. Mitskevich S.E. *Bronkhial'naya astma u detey. Diagnostika, klinika, lechenie, profilaktika* [Bronchial asthma in children. Diagnosis, Clinic, Treatment, Prevention]. Chelyabinsk: Publishing House “Chelyabinsk State Medical Academy”. 2012. P. 36.
8. Sharafutdinova N.Kh., Yavgildina A.M., Gantseva H.Kh. *Tematicheskaya obrazovatel'naya programma dlya bol'nykh pollinozom* [Thematic education-

al program for patients with pollinosis] / Methodical recommendations for doctors-immunologists. Ufa: Publishing house Media Group Health. 2011. 31 p.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Ганцева Халида Ханафиевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Ленина, 3, г. Уфа, Российская Федерация
halida.ganceva@mail.ru*

Ханова Айритта Каримовна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Ленина, 3, г. Уфа, Российская Федерация*

Явгильдина Альфия Мустамировна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Ленина, 3, г. Уфа, Российская Федерация*

DATA ABOUT THE AUTHORS

Gantseva Khalida Khanafievna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head

*Department of Internal Medicine
Bashkir State Medical University
3, Lenin st., Ufa, Russian Federation
halida.ganceva@mail.ru*

Khanova Ayrirtta Karimovna, Ph.D. (Candidate of Medicine), Assistant Professor of Internal Medicine

*Bashkir State Medical University
3, Lenin st., Ufa, Russian Federation*

Yavgildina Alfija Mustamirovna, Ph.D. (Candidate of Medicine), Assistant Professor of Internal Medicine

*Bashkir State Medical University
3, Lenin st., Ufa, Russian Federation*

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-85-102

УДК 579.873.21:579.252.55:615.281

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (СРАВНЕНИЕ С РАНДОМИЗИРОВАННОЙ ВЫБОРКОЙ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН)

Чубарян В.Т., Саенко Г.И., Худоногов И.Ю., Модебадзе Е.В.

Актуальность. Исследования клинической эффективности различных медицинских технологий, применяемых при возникновении множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ), в последние десятилетия проводятся достаточно часто. Однако в значительной степени они сосредоточены на безопасности новых режимов лечения, на молекулярно-генетических методах диагностики, на разработке технологических платформ для создания инновационных противотуберкулезных препаратов и т.д. Меньше известно о социально-психологических, медико-социальных и экономических предпосылках МЛУ МБТ.

Цель. Мы стремились выявить групповые социально-психологические и медико-экономические особенности пациентов с МЛУ и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) МБТ по сравнению с рандомизированной выборкой здоровых мужчин.

Методы. Мы использовали исторический, социологический и статистический методы: *t*-критерий разности средних и относительных величин, логистическую регрессию, темп роста относительно уровня одной из групп, принятого за 100%. Для анализа данных была сформирована когорта пациентов ГБУ РО «ОКЦФП» среднего возраста – 42 мужчины с МЛУ или ШЛУ МБТ – и группа контроля – 38 взрослых мужчин, жителей г.Ростова-на-Дону и Ростовской области. Интегративный предиктор МЛУ (ШЛУ) МБТ рассчитывался при помощи индекса потерь-приобретений (ИПП).

Результаты. Логистическая регрессионная модель МЛУ (ШЛУ) МБТ, построенная на основе социологических данных, включала следующие свойства пациентов, значимо отличающие их от здоровых участников опроса: пол – мужчины наиболее уязвимы для МБТ с МЛУ (ШЛУ); при сравнении

однополых групп различались следующие индикаторы: «Я не могу ладить с людьми» – (OR = 6.33, 95%, CI = 1.35, 29.7); «Добиться порядка в нашей стране можно только с помощью грубой силы и жестокого наказания (я «за» смертную казнь)» – (OR = 10.86, 95%, CI = 1.35, 87.49); «Вспоминаю о своем здоровье только при появлении каких-либо симптомов» – (OR = 3.17, 95%, CI = 1.29, 7.79); «Я информирован обо всех рисках для моего здоровья в полном объеме от врачей» – (OR = 2.35, 95%, CI = 1.00, 5.51); «Врачи наметили конкретный план по снижению рисков для моего здоровья» – (OR = 3.92, 95%, CI = 1.46, 10.55); «Я активно противодействую факторам риска, но не достигаю положительного результата» – (OR = 8.14, 95%, CI = 1.77, 37.43); «Имею вредные привычки, но консультируюсь у врачей по поводу своего текущего состояния» – (OR = 5.88, 95%, CI = 1.88, 18.4); «У меня нет никакой стратегии – живу, как живется» – (OR = 3.02, 95%, CI = 1.10, 8.30); «У меня нет четких планов, не представляю свое будущее отчетливо» – (OR = 10.00, 95%, CI = 2.1, 47.51).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты 1-й группы проявляют озлобленность (высокую агрессивность), им свойственно одиночество, инфантильность, низкая социальная востребованность, что лишает их возможности вести социально и экономически продуктивную жизнь (групповой индекс потерь-приобретений находится в зоне отрицательных значений). Полученные данные были использованы для разработки информационно-когнитивной программы сопровождения основного лечебного процесса.

Ключевые слова: пациенты с множественной лекарственной устойчивостью; *Mycobacterium tuberculosis*; групповые социально-психологические особенности; медицинская эффективность; информационное сопровождение лечебного процесса; индекс потерь-приобретений.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PULMONARY MDR/XDR TB MALE PATIENTS (COMPARISON WITH A RANDOMIZED SAMPLE OF HEALTHY MEN)

Chubaryan V.T., Saenko G.I., Khudonogov I.Yu., Modebadze E.V.

Rationale. Studies of the clinical efficacy of various medical technologies used in the emergence of MDR/XDR *Mycobacterium Tuberculosis* (MBT) have

been conducted quite often in recent decades. However, to a large extent, they are focused on the safety of new treatment regimens, on molecular genetic diagnostic methods, on the development of technological platforms for creating innovative anti-TB drugs, etc. Less is known about the socio-psychological, medico-social and economic background of MDR appearance.

Objective. We sought to identify the group socio-psychological characteristics of MDR/XDR TB male patients compared with a randomized sample of healthy men. Next, we examined the socio-economic predictors of MDR/XDR appearance.

Methods. We used historical, sociological and statistical methods: *t*-test, logistic regression, growth rate relative to the level of one of the groups, taken as 100%. To analyze the data, a cohort of adult RCPC patients was formed – 42 men with MDR or XDR MBT – and a control group – 38 adult men, residents of Rostov-on-Don and the Rostov Region. The MDR/XDR MBT Integrative Predictor was calculated using the loss-acquisition index (LAI).

Results. Logistic regression model of MDR (XDR) MBT, based on sociological data, included the following properties of patients, significantly distinguishing them from healthy participants in the survey: sex – men are most vulnerable to MBT with MDR (XDR); when comparing same-sex groups, the following indicators were distinguished: “I can’t get along with people” – (OR = 6.33, 95%, CI = 1.35, 29.7); “Order in our country can only be achieved through brute force and cruel punishment (I am for the death penalty)” – (OR = 10.86, 95%, CI = 1.35, 87.49); “I remember about my health only when any symptoms appear” – (OR = 3.17, 95%, CI = 1.29, 7.79); “I am fully informed of all risks to my health from doctors” – (OR = 2.35, 95%, CI = 1.00, 5.51); “Doctors have outlined a specific plan to reduce the risks to my health” – (OR = 3.92, 95%, CI = 1.46, 10.55); “I am actively opposing risk factors, but I am not achieved a positive result” – (OR = 8.14, 95%, CI = 1.77, 37.43); “I have bad habits, but I consult with doctors about my current condition” – (OR = 5.88, 95%, CI = 1.88, 18.4); “I have no strategy - I live how I live” – (OR = 3.02, 95%, CI = 1.10, 8.30); “I do not have concrete plans, I can’t imagine my future clearly” – (OR = 10.00, 95%, CI = 2.1, 47.51)

Conclusion. The data obtained indicate that patients of the 1st group show high aggressiveness, they are characterized by loneliness, infantilism, low social adaptation which deprives them of the opportunity to lead a socially and economically productive life (the group loss-acquisition index was in the negative values zone). The obtained data were used to develop an information and cognitive program to support the main treatment process.

Keywords: *MDR/XDR TB male patients; group socio-psychological characteristics; medical effectiveness; information support of the treatment process; loss-acquisition index.*

Введение

Российская Федерация и большинство стран постсоветского пространства вот уже скоро 30 лет характеризуются высокой долей туберкулеза с МЛУ (ШЛУ) *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) [3] среди новых случаев туберкулеза и при рецидиве. Стоит также отметить, что удельный вес успешного лечения подобных больных в 2015 г. составил лишь 52% и 28% для случаев с ШЛУ. Большинство авторов ожидают существенного повышения эффективности лечения больных туберкулезом с МЛУ и ШЛУ МБТ при условии использования новых препаратов, режимов лечения [4, 8] или хирургических пособий [7]. Однако движение фтизиатрической службы в указанном направлении как в Российской Федерации, так и за рубежом, сталкивается с проблемой роста случаев МЛУ (ШЛУ) МБТ на фоне снижения заболеваемости туберкулезом в целом [2]. При этом создается впечатление эпидемиологической неуправляемости патологического процесса, связанного с МЛУ (ШЛУ) МБТ. Иными словами, несмотря на повышенное внимание грантовой системы финансирования к тем направлениям медицинской науки, которые изучают возбудителя, слабые места его генома, особенности патогенных свойств, разрабатывают новые антибиотики и проч., МБТ адаптируется к инновационной деятельности фармацевтических компаний и приводит к летальному исходу все большего числа пациентов. Очевиден тот факт, что незаслуженно игнорируется информационное пространство, характеризующее именно фтизиатрических пациентов, особенно с МЛУ (ШЛУ) МБТ, которые, согласно нашей гипотезе, являются не только скоплением лейкоцитов, эритроцитов и иных клеток (т.е. биомассой), но существами мыслящими, находящимися в социуме, связь с которым у них проявляется весьма специфически, что и определяет тяжесть клинических проявлений. То есть, сущность их заболевания состоит не в конфликте, между МБТ и иммунной системой организма, хотя именно через них она опосредуется, но это лишь видимая часть айсберга, а истинный конфликт разворачивается между пациентом и социумом, но не в формате социопатии [6], а в форме психосоматики [5], активно влияющей и на инфекционную патологию. Особенно наглядно это конфликт проявляется в ситуации, когда возбудителя изначально вообще нет. Так, по данным Аксеновой В.А. и соавт. (2018) до 40% детей, заболевших туберку-

лезом с МЛУ МБТ, не имели контакта с массивным бактериовыделением, а являлись представителями «очага смерти» [1], т.е. такого микросоциально-го образования, в котором предполагаемый источник инфекции прекратил своё существование как физический объект до рождения ребенка, однако передал ему некоторые биохимические, морфофункциональные и информационно-когнитивные особенности, приведшие к МЛУ МБТ.

Вышесказанное определило цель нашего исследования: выявить групповые социально-психологические и медико-экономические особенности пациентов с МЛУ и ШЛУ МБТ по сравнению с рандомизированной выборкой здоровых мужчин.

Достижение указанной цели предполагало постановку следующих задач: разработка и апробация социологического инструментария, адаптированного для измерения способности вести социально и экономически продуктивную жизнь в среде пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ; определение величины и полярности индекса потерь-приобретений [13] и основных групповых социально-психологических особенностей пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ по отношению к группе контроля; измерить значимость выявленных особенностей; дать интерпретацию полученных данных с учетом необходимости построения глобальной профилактической среды и модернизации основного лечебного процесса за счет внедрения программ информационно-когнитивного сопровождения.

Материалы и методы

Авторами проведен сравнительный анализ данных, полученных в ходе социологического опроса. Исследовательский инструментарий – аннотация, информированное согласие и анкета были рассмотрены в Локальном независимом этическом комитете Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Выписка из протокола №13 от 13.09.2012 г.), одобрены и рекомендованы к применению экспертами Федерального института промышленной собственности (Свидетельство от 09.01.2018 г. № 2018620001 о регистрации в Едином реестре российских программ для электронных вычислительных машин и баз данных) [10]. Выборка пациентов ГБУ РО «ОКЦФП», страдающих от туберкулеза легких с МЛУ и ШЛУ МБТ, была сформирована из 42 добровольцев – взрослых мужчин (группа 1). Группа 2 была представлена рандомизированной выборкой здоровых мужчин (38 человек) – жителей г. Ростова-на-Дону и Ростовской области, с их информированного согласия

на обработку персональных данных, полученного до начала исследования, которое проводилось в мае-июле 2018 года. Все участники опроса из группы №1 были представлены повторно госпитализированными больными с хроническим течением туберкулезного процесса. Все пациенты относились к группе диспансерного учета 2А. На предмет наличия значимой разницы было проанализировано 60 медико-социальных признаков. При сравнении большая часть из них, включая «возраст» ($42,7 \pm 1,5$ лет для 1-й группы и $39,9 \pm 1,7$ – для второй), оказалась не значима. Особое внимание было уделено верификации данных, характеризующих групповой индекс потерь-приобретений (ИПП) социально значимых объектов (СЗО) [9], который напрямую корреспондирует к завершающей части Преамбулы ВОЗ (1948), в которой сказано, что здоровье – это не только отсутствие болезней и физических дефектов, состояние полного физического, духовного и социального благополучия, но также способность вести социально и экономически продуктивную жизнь [14].

По данным кросс-секционного исследования рассчитывались средние и относительные величины для каждой группы, соответствующие ошибки репрезентативности, критерий Стьюдента для разности средних и относительных величин, а также относительный риск (относительная вероятность) проявления исследованных признаков – odds ratio (OR) – и доверительный интервал – confidence interval (CI) [17]. Обработка первичного материала выполнялась с помощью статистического программного продукта STATISTICA 13.5.0.17.msi (код продукта: 5ecfe967-5ec3-48b3-b7ff-fa08b194d6b3). Результаты вычислений, вероятность ошибки которых превышала критическую величину ($p = 0,05$), рассматривались как подтверждение нулевой гипотезы об отсутствии значимых различий.

Результаты исследования

В ходе статистического изучения степени социальной адаптации было показано, что количество респондентов, считающих себя «абсолютно» одиночками, в 1-й и 2-й группах являлось примерно одинаковым (по 20%), также, как и число способных идти на компромисс (по 40%). Тем не менее, доля тех, кто не может «ладить с людьми» (табл. 1) среди больных оказалась в 6,3 раза больше, чем среди здоровых и составила 33%. Эта разница была значима с 95-процентным уровнем доверия (УД). Респондентов, «не мыслящих свою жизнь без общения», в группе 1 было в 2 раза меньше, однако УД составил лишь 72%, что оказалось недостаточным для признания разницы статистически значимой.

Таблица 1.

**Социально-психологические особенности групп
по основным индикаторным направлениям**

Уровень приспособленности к жизни в обществе (индикаторы социальной адаптации)	Odds Ratio (OR)	Confidence Interval (CI)
1. Я «волк-одиночка», стараюсь уединиться, общество мне неприятно, люблю простор и никаких людей вокруг (все попытки сблизиться с людьми заканчивались конфликтами).	0.90	(0.31, 2.65)
2. Я могу ладить с людьми, но делаю это не часто.	6.33	(1.35, 29.7)
3. У меня есть и друзья и враги, но я способен идти на компромисс.	0.90	(0.41, 1.99)
4. В обществе мне очень комфортно, не представляю, как бы я мог обходиться без него.	0.54	(0.18, 1.64)
Индикаторы нормативности социального поведения		
1. Я игнорирую мнение общества, для меня не существует никаких ограничителей, я всегда и все делаю по своему разумению и не думаю о том, как это может отразиться на других, или что они подумают.	0.36	(0.1, 1.25)
2. Я думаю, что морально-этические нормы в нашем обществе нужны, но они слишком строгие, поэтому иногда разрешаю себе их нарушать.	1.21	(0.57, 2.56)
3. Даже когда меня никто не видит, я поступаю так, как считается правильным в нашем обществе.	1.36	(0.5, 3.68)
Вероисповедание		
– православный;	1.11	(0.56, 2.19)
– мусульманин;	0.45	(0.08, 2.61)
– атеист;	0.30	(0.06, 1.59)
– не знаю.	3.62	(0.39, 33.82)
Указавшие вероисповедание уточнили степень своей религиозности:		
1 – просто симпатизируют указанной вере;	0.66	(0.3, 1.43)
2 – придерживаются основных канонов;	0.90	(0.36, 2.25)
3 – строго соблюдают все заповеди (являются ортодоксами).	2.71	(0.27, 27.22)
Индикаторы толерантности к смертной казни (уровень социальной зрелости)		
1. Категорически против этого наказания, так как оно отражает варварское антигуманное отношения к личности.	0.25	(0.09, 0.67)
2. Иногда возникает необходимость прибегать к крайним мерам.	1.55	(0.7, 3.42)
3. Добиться порядка в нашей стране можно только с помощью грубой силы и жестокого наказания.	10.86	(1.35, 87.49)

В отношении индикаторов социальной зрелости респондентов [15], которые были применены в исследовании, можно утверждать, что достигли таковой лишь 13% от пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ. Значимые 4–11 кратные различия выявились при сравнении противоположных позиций – почти 60% здоровых мужчин «за» гуманное отношение к преступникам, и столько же пациентов (группа 1) «против».

Социальная адаптация пациентов, по нашему мнению, и их социальная зрелость опосредуются коммуникацией, т.е. обменом социально значимой информацией между респондентами и представителями других социальных страт, в частности, с медицинскими работниками. Это тем более актуально, если учесть, что почти 80% опрошенных из 1-й группы практически не сталкиваются с объективной (некоммерческой) базовой медицинской информацией (табл. 2). Во 2-й группе таких было около 20%.

Таблица 2.

**Характеристики и результативность
медицинских коммуникаций в группах сравнения**

Индикаторы медицинской грамотности	OR	CI
1. Имею медицинское образование, хорошо представляю строение и функции своего организма.	2.71	(0.52, 14.27)
2. Не медик, но читаю много медицинской литературы, интересуюсь работой моего организма.	0.18	(0.07, 0.48)
3. Вспоминаю о своем здоровье только при появлении каких-либо симптомов.	3.17	(1.29, 7.79)
4. Никогда не задумывался, как и что во мне происходит, почему я болею.	5.43	(0.62, 47.17)
Индикаторы актуальности медицинской информации		
1. Только об этом и думаю	0.45	(0.15, 1.32)
2. Медицинская информация так же актуальна, как и любая другая	0.74	(0.35, 1.59)
3. Мне это малоинтересно	3.62	(0.39, 33.82)
Индикаторы информированности о рисках для здоровья		
1. Я не представляю, что может угрожать моему здоровью.	0.09	(0.02, 0.41)
2. Наверняка какие-то риски есть, но никто не информировал меня о них.	0.54	(0.18, 1.64)
3. Врачи предупреждают о рисках вообще, но ничего конкретного именно про меня не сообщают.	2.26	(0.65, 7.81)
4. Я информирован обо всех рисках для моего здоровья в полном объеме. Врач меня о них проинформировал.	2.35	(1.00, 5.51)

Окончание табл. 2.

Индикаторы наличия информации о минимизации рисков для здоровья		
1. Никто и никогда не говорил мне об этом.	0.27	(0.10, 0.75)
2. Некоторая информация у меня есть, но она не кажется мне убедительной.	0.45	(0.17, 1.18)
3. Врач наметил конкретный план, теперь я знаю, как снизить риски, как избежать неблагоприятного прогноза, как надо заниматься своим здоровьем.	3.92	(1.46, 10.55)
Результативность информационного сопровождения процесса минимизации рисков для здоровья и их коррекции		
1. Не знаю ни о каких факторах риска и не пытаюсь ничего корректировать.	0.15	(0.05, 0.47)
2. Я знаю все свои факторы риска, но не пытаюсь с ними бороться.	0.90	(0.31, 2.65)
3. Я активно противодействую факторам риска, но редко достигают положительного результата.	8.14	(1.77, 37.43)
4. Я отлично знаю все свои факторы риска и успешно их регулирую.	0.68	(0.22, 2.13)

Значимо отличались такие индикаторы как «...читаю много медицинской литературы...» – пятикратное превышение группы здоровых, и «Вспоминаю о своем здоровье только при появлении каких-либо симптомов» – трехкратное превышение группы пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ. При этом лишь 9% группы 1 считают медицинскую информацию малоинтересной, что, однако почти в 4 раза больше, чем в группе 2 (УД=74%).

Тем не менее, то информационное воздействие, которое оказывается на респондентов со стороны медицинских работников и носит предупредительный характер, признано более половины респондентов из группы 1 и отмечают, что информированы обо всех рисках для своего здоровья в полном объеме. Столько же представителей группы 2 «...не представляют, что может угрожать их здоровью...». Указанные различия являются значимыми и позволяют говорить об определенной запрограммированности происходящего, о существовании или отсутствии у различных людей негативных прогнозов (НП), т.е. пугающих образов будущего, в котором реализуются все риски.

Однако, если сам НП является деструктивной компонентой сознания, то меры профилактики, напротив, это позитивное и конструктивное начало в человеке. Так, 56% пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ, участвовавших в опросе, утверждали, что врачи наметили для них конкретный план по снижению рисков и вероятности наступления неблагоприятного прогноза, объяснили, как надо заниматься своим здоровьем.

Респонденты из группы 1 почти в 4 раза чаще получают конкретные планы профилактики от врачей, и практически столько же представитель группы 2 подтверждают, что никто и никогда не занимался с ними медицинским планированием (УД=95%). Оценивая медицинскую эффективность стандартных информационных воздействий со стороны врачей, больные туберкулезом с МЛУ и ШЛУ МБТ заключают почти в половине случаев, что активное противодействие факторам риска редко достигает положительного результата. Об успешном регулировании факторов риска заявили лишь 9% респондентов. Более 40% больных утверждают, что «... активно противодействуют факторам риска, но редко достигают положительного результата...». Подтверждающих это высказывание респондентов из 2-й группы было в 8 раз меньше (УД=95%).

Одной из важнейших причин низкой медицинской эффективности (НМЭ) коммуникации врачей и пациентов является высокая инфантильность (низкая социальная зрелость) последних, отсутствие у них навыков стратегического планирования и смысла самосохранения как такового. Респонденты 1-й группы почти в 70% случаев делегируют полномочия по регулированию своего здоровья внешнему субъекту, т.е. врачу. Здоровые мужчины (группа 2) в 47% случаев ведут здоровый образ жизни (ЗОЖ) и часто консультируются у врачей, что в 3 раза выше, чем в группе 1, в 42% случаев ведут ЗОЖ без врачебных консультаций, что почти в 17 раз выше, чем в 1-й группе, и в 4-6 раз реже упоминают о вредных привычках на фоне отсутствия и наличия консультаций врача соответственно (табл. 3).

Таблица 3.

Оценка респондентами основных элементов самосохранительного поведения

Индикаторы отношения к здоровью	OR	CI
1. Я веду здоровый образ жизни и часто консультируюсь у врачей по поводу своего текущего состояния	0.30	(0.11, 0.84)
2. Я веду здоровый образ жизни, но не провожу консультаций с врачами	0.06	(0.01, 0.45)
3. Имею вредные привычки, но консультируюсь у врачей по поводу своего текущего состояния	5.88	(1.88, 18.4)
4. Имею вредные привычки и не консультируюсь у врачей по поводу своего текущего состояния	4.52	(0.93, 21.97)
Индикаторы отношения к медицинской коммуникации (нужно ли обращаться к врачу при отсутствии признаков заболевания?)		
1. Конечно, нет. Это пустая трата моего времени	0.06	(0.01, 0.52)
2. Здоровье надо проверять, но инициатива должна исходить от самого человека	1.11	(0.52, 2.37)

Окончание табл. 3.

3. Государство и работодатели заинтересованы в здоровых работниках, пусть они все организуют и оплачивают, а мне все равно	0.90	(0.05, 14.97)
4. Конечно, нужно, ведь мы (пациенты) много не замечаем в своем организме, часто не понимаем, что с ним происходит. Только врачи могут определить ранние признаки нашей болезни и своевременно их вылечить	2.49	(0.99, 6.25)
Индикаторы самосохранительной жизненной стратегии		
1. Моя жизненная стратегия направлена на укрепление здоровья и продление жизни	0.81	(0.38, 1.76)
2. У меня есть более важные приоритеты, чем моё здоровье	0.30	(0.09, 1.02)
3. У меня нет никакой стратегии – живу, как живется	3.02	(1.10, 8.30)
Самооценка навыков планирования пациентов		
1. Я имею четкие планы и достаточно отчетливо представляю свое будущее;	0.10	(0.02, 0.48)
2. Я имею планы, но смогу ли я их реализовать зависит от многих факторов;	1.81	(0.83, 3.94)
3. Разработка жизненных планов – это занятие бессмысленное и бесполезное.	3.62	(0.39, 33.82)
Оценка возможности саморегулирования продолжительности жизни пациентов		
1. Жить надо долго, и все для этого делать.	0.45	(0.20, 1.03)
2. Жить долго – это хорошо, но что-то для этого делать – не входит в мои приоритеты.	2.41	(0.86, 6.8)
3. Жизнь должна быть не столько продолжительной, сколько яркой и содержательной.	0.90	(0.34, 2.41)
4. Жить надоело, я не вижу смысла в ее продлении и целей дальнейшего существования.	7.24	(0.86, 60.58)

Практически единодушно все участники опроса из 1-й группы заявили о наличии у них высокой потребности в обращении к врачу, о надежде на исцеляющую способность медицины и об инициативе, которая должна исходить именно от пациентов. Респонденты из 2-й группы в 37 случаях из 100 считают, что общение с врачом без наличия симптомов болезни – это пустая трата времени. Пациенты с МЛУ (ШЛУ) МБТ так думают в 16 раз реже (УД=95%).

Другая причина НМЭ коммуникации врачей и пациентов кроется во врачах, точнее в том информационном профилактическом контенте (ИПК), который они транслируют. Чаще всего этот ИПК значительно фрагментирован и не содержит аксиологической составляющей, которую пациент мог бы использовать в качестве самосохранительной жизненной стратегией [12]. Более чем у половины больных с МЛУ (ШЛУ) МБТ нет никакой стратегии вообще, либо она не включает сохранение здоровья. В группе 2 таких респондентов значительно меньше в 3 раза.

В контексте нашей работы слово «стратегия», имеющее латинский корень, который дословно обозначает «расслоение» чего-либо после перемешивания или встряхивания (паники, стресса), мы понимали как способность оценить обстановку спокойно, с учетом всех проявившихся тенденций, увидеть их перспективу, и если эта перспектива имеет негативную направленность – разработать конкретный долгосрочный план достижения позитивной цели. Важной компонентой планирования является их реализация. Респонденты из группы 2 имеют по этому признаку 13 кратное превышение (УД=95%).

По нашим данным почти 80% респондентов – пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ – испытывают серьезные проблемы с реализацией своих самосохранительных планов. И основная причина этого – потеря смысла жизни, достойной цели существования, об отсутствии которой заявили почти 60% опрошенных пациентов с МЛУ (ШЛУ) МБТ, а полностью разочаровались в жизни и не видят смысла в ее продлении почти 20% группы 1. 63% здоровых мужчин (группа 2) задекларировали более, чем двукратное превышение по индикатору «Жить надо долго, и все для этого делать» (УД=94%).

Глубинный смысл подобной психосоматики удалось открыть при помощи индикатора, количественно характеризующего потери и приобретения респондентами СЗО (табл. 4), которые были разделены на аффилиативные, связанные с личным общением, воспринимаемым как самооценность (близкие люди, родственники, трудовой коллектив, страна (родина)), и прагматические, опосредованные неодушевленными предметами и понятиями, имеющими высокую социальную значимость (работа, деньги, предметы длительного пользования). Так, оказалось, что аффилиативные потери группы 1 превышали таковые среди респондентов из группы 2 в 4 раза (УД=98%), а прагматические – в 18 раз (УД=99%). Относительно приобретений можно сказать, что они отличались незначимо ($p>0,05$).

Таблица 4.

**Социальная и экономическая продуктивность жизни респондентов
в сравниваемых группах**

Потери социально-значимых объектов	OR	CI
Аффилиативные потери	4.07	(1.27 , 13.1)
Прагматические потери	18.1	(2.32 , 141.37)
Общие потери	8.6	(2.8 , 26.34)
Приобретения социально-значимых объектов		
Аффилиативные приобретения	0.53	(0.26 , 1.08)
Прагматические приобретения	4.52	(0.93 , 21.97)
Приобретения в целом	0.75	(0.39 , 1.45)

В пересчете на 1 участника опроса для 1-й группы ИПП составил «-0,19»; для группы 2 – «+0,84».

Заключение

Разработанная нами индикаторная система позволила установить, что нормальным уровнем социальной и экономической продуктивности (УСЭП) мужчин молодого (18-44 лет) и среднего возраста (45–59 лет по критериям ВОЗ) является уровень, соответствующий значению ИПП=+0,84. Респонденты 1-й группы (пациенты с МЛУ и ШЛУ МБТ) задекларировали УСЭП, соответствующий групповому ИПП=-0,19. Значимость разницы УСЭП определялась 4-кратным превышением аффилиативных потерь (УД=98%) и 18-кратным превышением прагматических потерь группы 1 (УД=99%) по сравнению с респондентами из группы 2.

Определяющую роль в снижении УСЭП играли следующие социально-психологические предикторы: низкий уровень социальной адаптации, одиночество, инфантильность, высокая нормативность социального поведения участников опроса из 1-й группы. Значимость выявленных особенностей была достаточной для опровержения нулевой гипотезы ($p < 0,05$), утверждающей, что группы идентичны. Интерпретация полученных данных дала методические основания для модернизации основного лечебного процесса за счет внедрения программы информационно-когнитивного сопровождения, направленного на смещение полярности ИПП в область положительных значений у больных туберкулезом МЛУ и ШЛУ МБТ. Заметный с биологической точки зрения позитивный результат лечения возможен в условиях более широкого использования детализированной медицинской информации [16], расширения сферы коммуникации и включения в нее новых социально значимых объектов [11] в рамках занятий Школы здоровья. С учетом необходимости построения глобальной профилактической среды, полученные данные целесообразно использовать на ранних этапах развития специфических патологических процессов с целью усиления контроля над ними, либо до их наступления, т.е. при первых признаках снижения величины ИПП.

Список литературы

1. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Кавтарашвили С.М., Казаков А.В., Пахлавонина А.Д. Очаг туберкулезной инфекции как риск развития туберкулеза у детей с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни лёгких. 2018. Т. 96, № 1. С. 11–17.

2. Борзенко А.С., Калуженина А.А., Шмелёв Э.Н., Шмелёв Э.Н., Попкова Н.Л., Гагарина С.Г., Таипов И.М., Юдин С.А. Новые режимы в терапии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью // Аллергология и иммунология. 2013. Т. 14. № 1. С. 45.
3. Ванькович А.А., Ромащенко Е.И. Анализ эпидемических показателей по туберкулезу в Республике Беларусь и странах ближнего зарубежья // Актуальные проблемы современной медицины и фармации – 2017: Сборник материалов LXXI Международной научно-практической конференции студентов и молодых учёных. Белорусский государственный медицинский университет. 2017. С. 1433–1437.
4. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в странах мира и в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95. № 11. С. 5–18.
5. Гундаров И.А., Полесский В.А. Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска – к резервам здоровья и социальной профилактике. Москва, 2016. 256 с.
6. Коновалова Л.Е. Социопатия // Закон и общество: история, проблемы, перспективы материалы XIX межвузовской студенческой научно-практической конференции (с международным участием). 2016. С. 327–328.
7. Разаков О.Р., Батиров Р.Р., Гаипов Р.Г., Юсупов Ж.Н., Абдиев М.Д. Роль имплантируемой порт системы для центрального венозного доступа в лечении туберкулеза лёгких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (предварительные результаты) // Вестник Авиценны. 2018. Т. 20. № 2-3. С. 271–275.
8. Тихонов А.М., Буракова М.В., Ваниев Э.В., Романов В.В., Васильева И.А. Эффективность химиотерапии с применением бедаквилина у больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни легких. 2018. Т. 96. № 2. С. 22–26.
9. Худоногов И.Ю. Групповая мотивационная матрица как регулятор общественного здоровья (структурно-функциональный анализ) // Современные подходы к продвижению здоровья. Электронный ресурс (CD-Диск). 2016. С. 93–96.
10. Худоногов И.Ю. Определение (прогноз) уровня накопленной заболеваемости на основе оценки информационно-когнитивной компоненты здоровья // Программы для ЭВМ. Базы данных. Топологии интегральных микро-схем. 2018. № 1. С. 1.
11. Худоногов И.Ю., Иванов А.С., Зарубинская Л.Г., Певнева М.В., Чумаян А.Д. Научное обоснование когнитивно-информационного протезирования

- (медико-социологический анализ естественной репарации самосохранительных мотивационных матриц) // В мире научных открытий. 2018. Т. 10. № 3. С. 41–61.
12. Худоногов И.Ю., Осадчук О.А. Медико-социальные предпосылки формирования различных типов жизненных стратегий // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития Сборник статей. Под редакцией профессора Решетникова Андрея Вениаминовича. 2013. С. 322–328.
 13. Чумаян А.Д., Худоногов И.Ю., Иванов А.С. Особенности факторов риска, выявленных на приеме у пациентов врача-стоматолога ортопеда. Dental Forum. 2018. № 4. С. 116–118.
 14. Элланский Ю.Г., Пузин С.Н., Айдинов Г.В., Чернецкий О.Е., Фисенко В.Л., Пакус И.О., Баранец Л.А., Савина Е.М., Тлепцеришев Р.А., Меметов С.Я., Ходарев С.В., Приз Е.В., Лукьянова Н.Н. Тезисы лекций по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Учебное пособие для преподавателей и студентов. Под ред. проф. Элланского Ю.Г. Ростов-на-Дону, 2005. 168 с.
 15. Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю., Якименко Л.А., Тимченко А.С. Структурные характеристики социального возраста на фоне современных российских политико-экономических реалий // В мире научных открытий. 2015. № 2-1 (62). С. 639–653.
 16. Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю., Данилевская Т.В. Структурированность представлений о строении и функциях человеческого организма как инструмент управления общественным здоровьем // В мире научных открытий. 2016. № 3 (75). С. 85–100.
 17. Select Statistical Services Ltd. Oxygen House, Grenadier Road, Exeter Business Park, Exeter, UK, «On-line Calculators». URL: <https://select-statistics.co.uk/calculators/> (дата обращения: 12.08.2019).

References

1. Aksenova V.A., Klevno N.I., Kavtarashvili S.M., Kazakov A.V., Pakhlavonova A.D. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2018. V. 96, № 1. P. 11–17.
2. Borzenko A.S., Kaluzhenina A.A., Shmelev E.N., Shmelev E.N., Popkova N.L., Gagarina S.G., Taipov I.M., Yudin S.A. *Allergologiya i immunologiya*. 2013. V. 14. № 1. P. 45.
3. Van'kovich A.A., Romashchenko E.I. *Aktual'nye problemy sovremennoy meditsiny i farmatsii – 2017 Sbornik materialov LXXI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii studentov i molodykh uchenykh. Belorusskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet* [Actual problems of modern medi-

- cine and pharmacy – 2017 Collection of materials LXXI International scientific and practical conference of students and young scientists]. 2017. P. 1433–1437.
4. Vasil'eva I.A., Belilovskiy E.M., Borisov S.E., Sterlikov S.A. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2017. V. 95. № 11. P. 5–18.
 5. Gundarov I.A., Poleskiy V.A. *Profilakticheskaya meditsina na rubezhe vekov. Ot faktorov riska - k rezervam zdorov'ya i sotsial'noy profilaktike* [Preventive medicine at the turn of the century. From risk factors to health reserves and social prevention]. Moskva, 2016. 256 p.
 6. Konovalova L.E. *Zakon i obshchestvo: istoriya, problemy, perspektivy materialy XIX mezhdunarodnoy studencheskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (s mezhdunarodnym uchastiem)* [Law and society: history, problems, prospects. Materials of the XIX inter-university student scientific-practical conference (with international participation)]. 2016. P. 327–328.
 7. Razakov O.R., Batirov R.R., Gaipov R.G., Yusupov Zh.N., Abdiev M.D. *Vestnik Avitsenny*. 2018. V. 20. № 2-3. P. 271–275.
 8. Tikhonov A.M., Burakova M.V., Vaniev E.V., Romanov V.V., Vasil'eva I.A. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2018. V. 96. № 2. P. 22–26.
 9. Khudonogov I.Yu. *Sovremennye podkhody k prodvizheniyu zdorov'ya* [Modern approaches to promoting health]. 2016. P. 93–96.
 10. Khudonogov I.Yu. *Programmy dlya EVM. Bazy dannykh. Topologii integral'nykh mikroskhem*. 2018. № 1. P. 1.
 11. Khudonogov I.Yu., Ivanov A.S., Zarubinskaya L.G., Pevneva M.V., Chumayan A.D. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2018. V. 10. № 3. P. 41–61.
 12. Khudonogov I.Yu., Osadchuk O.A. *Obshchestvo i zdorov'e: sovremennoe sostoyaniye i tendentsii razvitiya. Sbornik statey* [Society and Health: Current Status and Development Trends. Collection of articles]. Ed. Reshetnikov Andrey Veniaminovich. 2013. P. 322–328.
 13. Chumayan A.D., Khudonogov I.Yu., Ivanov A.S. *Dental Forum*. 2018. № 4. P. 116–118.
 14. Ellanskiy Yu.G., Puzin S.N., Aydinov G.V., Chernetskiy O.E., Fisenko V.L., Pakus I.O., Baranets L.A., Savina E.M., Tleptserishev R.A., Memetov S.Ya., Khodarev S.V., Priz E.V., Luk'yanova N.N. *Tezisy lektsiy po distsipline «Obshchestvennoye zdorov'e i zdravookhraneniye»* [Theses of lectures on the discipline "Public Health and Health Care"]. ed. Ellanskiy Yu.G. Rostov-na-Donu, 2005. 168 p.
 15. Ellanskiy Yu.G., Khudonogov I.Yu., Yakimenko L.A., Timchenko A.S. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2015. № 2-1 (62). P. 639–653.
 16. Ellanskiy Yu.G., Khudonogov I.Yu., Danilevskaya T.V. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2016. № 3 (75). P. 85–100.

17. Select Statistical Services Ltd. Oxygen House, Grenadier Road, Exeter Business Park, Exeter, UK, «On-line Calculators». <https://select-statistics.co.uk/calculators/>

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Чубарян Варган Тарасович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
пер. Нахичеванский, 29, 344022, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация
chubar88@yandex.ru

Саенко Галина Ивановна, доктор медицинских наук, врач-фтизиатр высшей категории, главный врач
ГБУ РО «ОКЦФП»
ул. Орская, 24, г. Ростов-на-Дону, 344065, Российская Федерация
gotsakh35@mail.ru

Худоногов Игорь Юрьевич, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
пер. Нахичеванский, 29, 344022, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация
fix1@yandex.ru

Модебадзе Екатерина Владимировна, с-т лечебно-профилактического факультета, член молодежного научного общества кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
пер. Нахичеванский, 29, 344022, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация
K_M1999@mail.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Chubaryan Vartan Tarasovich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Phthisiology and Pulmonology, FPK and PPS
Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia

*29, Nakhichevan per., 344022, Rostov-on-Don, Russian Federation
chubar88@yandex.ru*

Saenko Galina Ivanovna, Doctor of Medical Sciences, Phthisiatrist of the highest category, head physician

Regional Clinical Center of Phthisiopulmonology

24, Orskaya st., Rostov-on-Don, 344065, Russian Federation

gotsakh35@mail.ru

Khudonogov Igor Yuryevich, Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer, Department of Public Health and Healthcare №1 with a history of medicine

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia

29, Nakhichevan per., 344022, Rostov-on-Don, Russian Federation

fuX1@yandex.ru

SPIN-code: 8063-0786

ORCID ID: 0000-0003-1879-012X

ResearcherID: B-4399-2016

Modebadze Ekaterina Vladimirovna, Faculty of Medicine and Prevention, member of the Youth Scientific Society of the Department of Public Health and Healthcare №1 with a history of medicine

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia

29, Nakhichevan per., 344022, Rostov-on-Don, Russian Federation

K_M1999@mail.ru

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-103-120

УДК 616.24-007-06; 616.12-008.331.1-06

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

*Козлов Е.В., Деревянных Е.В., Балашова Н.А.,
Яскевич Р.А., Москаленко О.Л.*

Цель. Изучение влияния социально-экономических факторов на качество жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в условиях коморбидности с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. В исследование было включено 136 пациентов мужского пола, средний возраст 61 лет. Из них пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ – 63 человека, пациентов с ХОБЛ без АГ 29 человек. Группу сравнения составили 44 пациента с АГ без ХОБЛ. Исследование качества жизни проводилось методом самоанкетирования с использованием общего вопросника MOS SF-36, так же учитывали социально-экономический статус пациентов.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлено снижение КЖ по всем параметрам у пациентов с ХОБЛ и в большей степени у лиц при коморбидности ХОБЛ и АГ, что вероятнее всего связано с прогрессированием и большей выраженностью клинической симптоматики. Наиболее значимой сферой отношений на всех стадиях является социально-экономический статус, значимость которого увеличивается по мере нарастания тяжести болезни. Более низкие значения по шкалам, характеризующим как физический, так и психосоциальный статус респондентов, регистрировались у неработающих лиц. КЖ прямо пропорционально снижалось ($p < 0,05$), при наличии группы инвалидности, при чем более выражено у пациентов при коморбидности ХОБЛ и АГ. Рассматривая влияние среднего прожиточного минимума, из расчета на одного члена семьи, на уровень КЖ, статистически значимые внутригрупповые отличия были получены среди пациентов с изолированной ХОБЛ по шкалам общего здоровья и физического функционирования ($p < 0,05$).

Заключение. Социально-экономический статус оказывает существенное влияние на КЖ респондентов, при чем как в целом, так и на отдельно составляющие его части.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких; артериальная гипертония; качество жизни.

THE EFFECT OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE IN CONDITIONS OF COMORBIDITY

*Kozlov E.V., Derevyanykh E.V., Balashova N.A.,
Yaskevich R.A., Moskalenko O.L.*

The purpose of the study. The study of the influence of socio-economic factors on the quality of life in men with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in conditions of comorbidity with arterial hypertension (AH).

Materials and methods. The study included 136 male patients, mean age 61 years. Of these patients with COPD in combination with hypertension – 63 people, patients with COPD without hypertension 29 people. The comparison group consisted of 44 patients with hypertension without COPD. The study of the quality of life was carried out using the self-questioning method using the common MOS SF-36 questionnaire, as well as taking into account the socio-economic status of patients.

Results. In the course of the study, there was a decrease in QOL in all parameters in patients with COPD and to a greater extent in individuals with comorbidity of COPD and AH, which is most likely associated with progression and greater severity of clinical symptoms. The most significant area of relations at all stages is the socioeconomic status, the importance of which increases as the severity of the disease increases. Lower values on the scales characterizing both the physical and psychosocial status of the respondents were recorded with non-working persons. QOL was directly proportional ($p < 0.05$) in the presence of a disability group, and it was more pronounced in patients with comorbidity of COPD and AH. Considering the effect of the average subsistence minimum, based on one family member, on the QOL level, statistically significant intra-group differences were obtained among patients with isolated COPD on the scales of general health and physical functioning ($p < 0.05$).

Conclusion. *Socio-economic status has a significant impact on the respondents' QOL, both in general and in the individual components of it.*

Keywords: *chronic obstructive pulmonary disease; arterial hypertension; comorbidity; the quality of life.*

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из наиболее распространенных респираторных заболеваний [4, с. 57; 11, с. 180–199]. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), она станет третьей по значимости причиной смерти в мире после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в 2030 году [4, с. 57]. Сердечно-сосудистая патология является самой серьезной болезнью, сосуществующей с ХОБЛ [9, с. 56–66; 10, с. 19–25; 14, с. 66–69]. Большое количество проведенных исследований подтверждает актуальность изучения качества жизни (КЖ) актуально в различных областях здравоохранения [1, с. 204–222; 7, с. 65–71; 17, с. 73–74; 18, с. 81–83] в том числе и в пульмонологии, особенно у больных с хроническими нарушениями бронхиальной проходимости [12, с. 6–13; 23, с. 125–129]. Исследования КЖ, проводимые среди пациентов с ХОБЛ, приобретают все большее значение в качестве ценного дополнения к оценке клинического состояния пациента, эффективности терапии, образования и профилактики, а также клинической оценки препаратов [2, с. 54–55; 3, с. 31–35; 8, с. 9–14; 23, с. 125–129]. ВОЗ определяет КЖ как восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в отношении их целей, ожиданий, стандартов и проблем [13, с. 64; 15, с. 2]. Уровень КЖ и состояние здоровья в хронических условиях измеряются как с помощью общих, так и с помощью специальных вопросников [15, с. 2; 24, с. 667–675]. ХОБЛ как хроническое заболевание оказывает влияние на социальную, психологическую и экономическую сферы жизни [7, с. 65–71; 20, эл. ресурс; 22, с. 2189–2196]. Социально-экономический статус означает положение индивида в обществе, которое в основном обусловлено образованием, доходом, профессиональной деятельностью и фактической профессией [26, с. 19–30]. Имеются доказательства того, что различия в состоянии здоровья могут зависеть от доходов, благосостояния, образования, профессии и социально-экономических особенностей окружающей среды [5, с. 22–23; 6, с. 24–25; 19, с. 279]. Поэтому представляется целесообразным анализировать влияние отдельных социально-экономических факторов, а не общего социально-экономиче-

ского статуса [26, с. 19–30]. Кроме того, ряд исследователей указывают на необходимость рассмотрения социально-экономического статуса как переменной в измерении КЖ [26, с. 19–30]. По мнению этих авторов, низкий социально-экономический статус связан с более высокими показателями заболеваемости и смертности вследствие хронических заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания, ХОБЛ, астму и диабет [20, эл. ресурс; 25, с. 283–287]. Знания о взаимосвязи между ХОБЛ и конкретными социально-экономическими элементами по-прежнему недостаточны, что обуславливает необходимость проведения исследований в этой области.

Цель исследования

Оценить влияние социально-экономических факторов на КЖ у больных с ХОБЛ при коморбидности с АГ.

Материалы и методы

В исследование было включено 136 пациентов мужского пола, средний возраст 61 [57–68] лет. Из них пациенты с ХОБЛ в сочетании с АГ – 63 чел. (средний возраст 64 [58–70] лет), пациентов с ХОБЛ без АГ 29 чел. (средний возраст 59 [52–69] лет). Группу сравнения составили 44 пациента с АГ без ХОБЛ (средний возраст 60 [58–64] лет). Протокол исследования включал: клинические, инструментальные и лабораторные методы исследования. Верификация диагноза ХОБЛ и оценка степени тяжести проводилась в соответствии с критериями GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, update 2014) [4, с. 57]. Верификацию АГ проводили согласно Рекомендациям по диагностике и лечению АГ Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2013) [16, с. 5–34].

Исследование КЖ проводилось методом самоанкетирования с использованием общего «Краткого вопросника оценки статуса здоровья» (официального русскоязычного аналога вопросника MOS SF-36 [21, с. 77–84]. На основании результатов анкетирования по вопроснику MOS SF-36 проводился расчет 5 показателей, характеризующих физический статус респондента (физическая активность – ФА, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности – РФ, боль – Б, общее здоровье – ОЗ, жизнеспособность – ЖС), и 5 параметров, отражающих его психосоциальный статус (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – РЭ, социальная активность – СА, психическое здоровье – ПЗ, общее здоровье – ОЗ и жизнеспособность – ЖС). Два последних показателя определяются как физическим, так и психическим статусом человека.

Опросник SF-36 позволяет оценивать КЖ по 100-балльной шкале. Такие шкалы как ФА, ОЗ, ЖС, ПЗ, СА, оцениваются как «прямые»: чем выше значение, тем лучше КЖ пациента. Шкалы РФ, Б, РЭ оцениваются как «обратные» критерии: чем выше значение, тем менее выражено его влияние на КЖ человека. Обработку полученных данных проводили при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc., США). Количественные значения представлялись в виде медианы (Me) и межквартильного интервала (Q25-Q75). Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивали по непараметрическому критерию Манна-Уитни. При сравнении групп по качественному признаку использовали критерий 2. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При исследовании влияния социально-экономических факторов на показатели КЖ у обследуемых лиц установлено, что более низкие значения по всем шкалам опросника SF-36 отмечались у неработающих мужчин с ХОБЛ как с АГ, так и без неё (табл. 1).

Таблица №1.

Сравнительный анализ показателей качества жизни в зависимости от социального статуса (Me [Q₂₅-Q₇₅])

КЖ	1-я группа ХОБЛ (n=28)		2-я группа ХОБЛ + АГ (n=57)		3-я группа АГ (n=40)	
	I. Работающие	II. Неработающие	I. Работающие	II. Неработающие	I. Работающие	II. Неработающие
ОЗ	66,0 [50,0-77,0]	35,0 [25,0-50,0]	30,0 [20,0-35,0]	35,0 [20,0-45,0]	60,0 [52,0-75,0]	61,0 [50,0-65,0]
	p=0,02		p=0,4		p=0,7	
pI 1,2=0,009 pI 1,3=0,8 pI 2,3=0,001 pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,008 pII 2,3=0,002						
ФА	76,5 [35,0-95,0]	32,5 [25,0-60,0]	42,5 [32,5-65,0]	35,0 [20,0-40,0]	92,5 [80,0-95,0]	92,5 [85,0-95,0]
	p=0,04		p=0,06		p=0,8	
pI 1,2=0,09 pI 1,3=0,05 pI 2,3=0,001 pII 1,2=0,3 pII 1,3=0,01 pII 2,3=0,002						
РФ	62,5 [10,0-90,0]	12,5 [10,0-50,0]	15,0 [10,0-50,0]	10,0 [5,0-25,0]	75,0 [25,0-90,0]	90,0 [12,5-95,0]
	p=0,05		p=0,6		p=0,5	
pI 1,2=0,07 pI 1,3=0,9 pI 2,3=0,01 pII 1,2=0,4 pII 1,3=0,05 pII 2,3=0,02						
РЭ	90,0 [34,0-95,0]	34,0 [10,0-67,0]	67,0 [34,0-90,0]	34,0 [15,0-40,0]	80,0 [34,0-90,0]	90,0 [67,0-95,0]
	p=0,01		p=0,03		p=0,6	
pI 1,2=0,3 pI 1,3=0,5 pI 2,3=0,6 pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,03 pII 2,3=0,02						

Окончание табл. 1.

СА	50,0 [38,0-60,0]	50,0 38,0-55,0]	44,0 [38,0-56,5]	50,0 [38,0-55,0]	50,0 [38,0-60,0]	44,0 [38,0-50,0]
	p=0,8		p=0,5		p=0,2	
pI 1,2=0,7 pI 1,3=0,3 pI 2,3=0,6 pII 1,2=0,7 pII 1,3=0,5 pII 2,3=0,7						
Б	58,0 [31,0-84,0]	46,0 [31,0-74,0]	46,5 [41,0-62,0]	41,0 [31,0-62,0]	67,0 [41,0-90,0]	68,0 [32,0-84,0]
	p=0,5		p=0,5		p=0,6	
pI 1,2=0,5 pI 1,3=0,4 pI 2,3=0,06 pII 1,2=0,5 pII 1,3=0,4 pII 2,3=0,2						
ЖС	70,0 [15,0-75,0]	37,5 [25,0-55,0]	42,5 [30,0-55,0]	35,0 [25,0-50,0]	62,5 [50,0-75,0]	75,0 [70,0-85,0]
	p=0,5		p=0,6		p=0,2	
pI 1,2=0,4 pI 1,3=0,7 pI 2,3=0,004 pII 1,2=0,7 pII 1,3=0,01 pII 2,3=0,006						
ПЗ	75,5 [28,0-84,0]	44,0 [40,0-68,0]	46,0 [36,0-70,0]	48,0 [28,0-60,0]	64,0 [48,0-80,0]	64,0 [44,0-80,0]
	p=0,2		p=0,5		p=0,9	
pI 1,2=0,3 pI 1,3=0,8 pI 2,3=0,06 pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,09 pII 2,3=0,1						

Примечание: ОЗ – общее здоровье, ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, СА – социальная активность, Б – боль, ЖС – жизнеспособность, ПЗ – психическое здоровье.

Установлено что у этих пациентов по отдельным шкалам, характеризующим физический и психосоциальный статус, отмечались внутригрупповые статистически значимые отличия. У пациентов 1^{-й} группы чаще выявлялись статистически значимые отличия ($p < 0,05$) среди работающих и неработающих лиц по таким шкалам, как ОЗ, ФА, РФ, РЭ, что может быть обусловлено тяжестью течения заболевания. Так, у работающих пациентов с ХОБЛ выявлены менее выраженные функциональные нарушения легких по данным спирометрии: - 53,0 [36,0-70,0] и 31,5 [28,0-44,0] ($p = 0,007$) соответственно. У пациентов 2^{-й} группы внутригрупповые показатели КЖ были значительно снижены, как у работающих, так и неработающих лиц. Исключением были значения по шкале РЭ, которые составили у работающих 67,0 [34,0-90,0] и неработающих 34,0 [15,0-40,0] ($p = 0,03$) балла. По этой шкале оценивается влияние эмоционального состояния, обследуемого на качество, затрату времени и объем проделанной работы. Статистически значимых отличий по функциональному нарушению легких зарегистрировано не было – 32,0 [26,5-50,0] и 30,0 [23,5-41,0] ($p = 0,4$), но отмечалась тенденция к более низким значениям у неработающих пациентов. При анализе межгрупповых сравнений 1^{-й} и 2^{-й} группы неработающих мужчин статистически значимых различий показателей КЖ выявлено не было ($p > 0,05$). При сравнении 1^{-й}

и 2-й групп пациентов с АГ без ХОБЛ отмечалась тенденция к более низким показателям КЖ по всем шкалам опросника SF-36. У пациентов, страдающих ХОБЛ, статистически значимые различия выявлены по всем шкалам ($p < 0,05$) среди неработающих лиц, за исключением шкал СА, Б и ПЗ, по которым отмечается тенденция к более низким показателям у мужчин, страдающих ХОБЛ с АГ и без АГ. В связи с чем можно предположить, что ХОБЛ в значительной мере оказывает влияние на снижение КЖ пациентов, при этом более низкие значения наблюдаются у неработающих лиц при коморбидности изучаемых заболеваний. Проведен анализ показателей КЖ среди пациентов ХОБЛ с АГ и без АГ в зависимости от наличия группы инвалидности пациентов (табл. 2). Лица с изолированной АГ не анализировались, так как из всей группы с инвалидностью был только 1 человек. При сравнении пациентов без группы инвалидности с лицами, имеющими 2 и 3 группу, выявлено прямо пропорциональное снижение показателей КЖ, причем более выраженное снижение этих показателей отмечалось среди пациентов ХОБЛ в условиях коморбидности с АГ. При этом статистически значимые межгрупповые различия среди пациентов, не имеющих группы инвалидности, получены по шкале общего здоровья.

Таблица №2.

**Сравнительный анализ показателей качества жизни
в зависимости от группы инвалидности пациентов (Ме [Q₂₅-Q₇₅])**

КЖ	1-я группа ХОБЛ (n=28)			2-я группа ХОБЛ + АГ (n=57)		
	1. Нет группы	2. III-я группа	3. II-я группа	1. Нет группы	2. III-я группа	3. II-я группа
ОЗ	57,5 [30,0-72,5]	27,0 [18,5-31,0]	42,5 [25,0-45,0]	35,0 [25,0-45,0]	35,0 [20,0-45,0]	30,0 [15,0-42,0]
	pI 1,2=0,09 pI 1,3=0,8 pI 2,3=0,06			pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,08 pII 2,3=0,06		
pI 1,2=0,03 p2 1,2=0,8 p3 1,2=0,06						
ФА	72,5 [35,0-90,0]	40,0 [25,0-60,0]	22,5 [15,0-30,0]	55,0 [35,0-45,0]	35,0 [25,0-40,0]	25,0 [10,0-40,0]
	pI 1,2=0,07 pI 1,3=0,03 pI 2,3= 0,02			pII 1,2=0,04 pI 1,3=0,001 pI 2,3= 0,02		
pI 1,2=0,4 p2 1,2=0,6 p3 1,2=0,2						
РФ	50,0 [25,0-90,0]	25,0 [10,0-50,0]	10,0 [5,0-30,0]	50 [15,0-60,0]	10,0 [5,0-25,0]	10,0 [5,0-15,0]
	pI 1,2=0,07 pI 1,3=0,04 pI 2,3=0,06			pII 1,2=0,04 pI 1,3=0,005 pI 2,3= 0,02		
pI 1,2=0,3 p2 1,2=0,1 p3 1,2=0,5						
РЭ	67,0 [34,0-95,0]	50,5 [17,0-83,5]	10,0 [5,0-34,0]	80,0 [34,0-95,0]	15,0 [10,0-34,0]	10,0 [5,0-34,0]
	pI 1,2=0,07 pI 1,3=0,02 pI 2,3=0,06			pII 1,2=0,02 pI 1,3=0,001 pI 2,3= 0,02		

Окончание табл. 2.

p1 1,2=0,5 p2 1,2=0,4 p3 1,2=0,8						
СА	50,0 [38,0-55,0]	38,0 [30,0-50,5]	50,0 [38,0-55,0]	38,0 [30,0-50,0]	50,0 [38,0-63,0]	50,0 [38,0-55,0]
	pI 1,2=0,7 pI 1,3=0,3 pI 2,3=0,6			pII 1,2=0,7 pII 1,3=0,5 pII 2,3=0,7		
p1 1,2=0,1 p2 1,2=0,9 p3 1,2=0,2						
Б	62,0 [41,0-74,0]	47,5 [36,5-77,0]	31,0 [30,0-32,0]	62,0 [41,0-74,0]	41,0 [22,0-52,0]	41,0 [31,0-54,0]
	pI 1,2=0,5 pI 1,3=0,007 pI 2,3=0,03			pII 1,2=0,03 pII 1,3=0,02 pII 2,3=0,2		
p1 1,2=0,5 p2 1,2=0,6 p3 1,2=0,4						
ЖС	57,5 [30,0-75,0]	27,5 [22,5-40,0]	35,0 [25,0-55,0]	50,0 [35,0-60,0]	40,0 [25,0-55,0]	30,0 [15,0-50,0]
	pI 1,2=0,4 pI 1,3=0,7 pI 2,3=0,06			pII 1,2=0,7 pII 1,3=0,02 pII 2,3=0,006		
p1 1,2=0,6 p2 1,2=0,8 p3 1,2=0,1						
ПЗ	68,0 [28,0-76,0]	44,0 [36,0-60,0]	40,0 [35,0-52,0]	48,0 [36,0-68,0]	60,0 [28,0-72,0]	40,0 [24,0-52,0]
	pI 1,2=0,3 pI 1,3=0,8 pI 2,3=0,06			pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,09 pII 2,3=0,1		
p1 1,2=0,5 p2 1,2=0,7 p3 1,2=0,2						

Примечание: ОЗ – общее здоровье, ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, СА – социальная активность, Б – боль, ЖС – жизнеспособность, ПЗ – психическое здоровье.

Так у пациентов 1-й группы ОЗ в среднем составляло 57,5 [30,0-72,5] баллов, у 2-й группы - 35,0 [25,0-45,0] баллов ($p=0,03$), соответственно, что, вероятно, обусловлено коморбидностью данных патологий и влиянием АГ на течение основного заболевания.

Проведен анализ влияния среднего прожиточного минимума на одного члена семьи на показатели КЖ (табл. 3).

Таблица №3.

**Сравнительный анализ показателей качества жизни
в зависимости от прожиточного минимума (Ме [Q₂₅,-Q₇₅])**

КЖ	1-я группа ХОБЛ (n=28)		2-я группа ХОБЛ + АГ (n=57)		3-я группа АГ (n=40)	
	I. Средний	II. Низкий	I. Средний	II. Низкий	I. Средний	II. Низкий
ОЗ	66,0 [40,0-77,0]	37,5 [22,5-53,5]	35,0 [20,0-45,0]	35,0 [20,0-45,0]	60,0 [52,0-70,0]	52,0 [40,0-67,0]
	p=0,03		p=0,6		p=0,4	
pI 1,2=0,009 pI 1,3=0,8 pI 2,3=0,001 pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,008 pII 2,3=0,002						
ФА	82,55 [50,0-95,0]	35,0 [25,0-65,0]	35,0 [20,0-65,0]	35,0 [20,0-45,0]	90,0 [80,0-95,0]	92,5 [85,0-95,0]
	p=0,02		p=0,8		p=0,7	

Окончание табл. 3.

pI 1,2=0,09 pI 1,3=0,05 pI 2,3= 0,001 pII 1,2=0,3 pII 1,3=0,01 pII 2,3=0,002						
РФ	50,0 [10,0-90,0]	25,0 [10,0-50,0]	15,0 [10,0-50,0]	10,0 [5,0-25,0]	75,0 [25,0-90,0]	50,0 [25,0-95,0]
	p=0,4		p=0,4		p=0,5	
pI 1,2=0,07 pI 1,3=0,9 pI 2,3=0,01 pII 1,2=0,4 pII 1,3=0,05 pII 2,3=0,02						
РЭ	90,0 [34,0-95,0]	34,0 [10,0-67,0]	34,0 [20,0-90,0]	34,0 [10,0-67,0]	80,0 [34,0-95,0]	67,0 [34,0-95,0]
	p=0,09		p=0,2		p=0,5	
pI 1,2=0,3 pI 1,3=0,5 pI 2,3=0,6 pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,03 pII 2,3=0,02						
СА	50,0 [38,0-60,0]	50,0 [38,0-55,0]	50,0 [38,0-63,0]	40,0 [38,0-50,0]	50,0 [38,0-60,0]	46,0 [38,0-50,0]
	p=0,9		p=0,2		p=0,8	
pI 1,2=0,7 pI 1,3=0,3 pI 2,3=0,6 pII 1,2=0,7 pII 1,3=0,5 pII 2,3=0,7						
Б	62,0 [36,0-92,0]	46,0 [31,0-74,0]	41,0 [40,0-62,0]	41,0 [31,0-62,0]	62,0 [41,0-90,0]	74,0 [52,0-95,0]
	p=0,4		p=0,9		p=0,9	
pI 1,2=0,5 pI 1,3=0,4 pI 2,3=0,06 pII 1,2=0,5 pII 1,3=0,4 pII 2,3=0,2						
ЖС	72,5 [22,5-77,5]	37,5 [25,0-57,5]	45,0 [35,0-60,0]	35,0 [25,0-50,0]	65,0 [50,0-75,0]	55,0 [35,0-80,0]
	p=0,19		p=0,1		p=0,4	
pI 1,2=0,4 pI 1,3=0,7 pI 2,3=0,004 pII 1,2=0,7 pII 1,3=0,01 pII 2,3=0,006						
ПЗ	75,5 [34,0-78,0]	44,0 [36,0-68,0]	52,0 [36,0-64,0]	44,0 [28,0-64,0]	66,0 [48,0-80,0]	60,0 [52,0-84,0]
	p=0,2		p=0,4		p=0,8	
pI 1,2=0,3 pI 1,3=0,8 pI 2,3=0,06 pII 1,2=0,6 pII 1,3=0,09 pII 2,3=0,1						

Примечание: ОЗ – общее здоровье, ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, СА – социальная активность, Б – боль, ЖС – жизнеспособность, ПЗ – психическое здоровье.

Выявлены внутригрупповые статистически значимые различия ($p < 0,05$) по шкале общего здоровья и физического функционирования среди пациентов с изолированной ХОБЛ, показатели которых были ниже у лиц с низким прожиточным минимумом, по остальным шкалам отмечалась тенденция к снижению всех показателей. Статистически значимых различий среди пациентов 2^{-й} группы получено не было, что возможно обусловлено коморбидностью данных патологий и влиянием АГ на течение ХОБЛ. Сопоставление межгрупповых результатов по отдельным шкалам опросника SF-36 показало, что в большей степени на уровень КЖ влияет ХОБЛ, при этом как физический, так и психоэмоциональный статус респондентов. Однако следует отметить, что у лиц с низким прожиточным

минимумом имеется тенденция к более низким показателям КЖ по всем шкалам опросника SF-36. Подводя итог установлено, что социально-экономический статус оказывает существенное влияние на КЖ респондентов, при чем как в целом, так и на отдельно составляющие его части.

Выводы

В ходе проведенного исследования выявлено снижение КЖ по всем параметрам у пациентов с ХОБЛ и в большей степени у лиц при коморбидности ХОБЛ и АГ, что вероятнее всего связано с прогрессированием и большей выраженностью клинической симптоматики. Наиболее значимой сферой отношений на всех стадиях является социально-экономический статус, значимость которого увеличивается по мере нарастания тяжести болезни. Более низкие значения по шкалам, характеризующим как физический, так и психосоциальный статус респондентов, регистрировались у неработающих лиц. КЖ прямо пропорционально снижалось ($p < 0,05$), при наличии группы инвалидности, при чем более выражено у пациентов при коморбидности ХОБЛ и АГ. Рассматривая влияние среднего прожиточного минимума, из расчета на одного члена семьи, на уровень КЖ, статистически значимые внутригрупповые отличия были получены среди пациентов с ХОБЛ без АГ по шкалам общего здоровья и физического функционирования ($p < 0,05$).

Список литературы

1. Алексеев И.А., Харьков Е.И., Иванов А.Г. и др. Особенности показателей качества жизни до и после проведения школы по артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста // В мире научных открытий. 2018. Т. 10, № 4. С. 204–222.
2. Асланян Я.А., Перцева М.В., Перцев А.В. Оценка качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на фоне применения комплексной лечебно-профилактической программы // Молодежный инновационный вестник. 2018. Т. 7. № S1. С. 54–55.
3. Ахмедова Э.Б., Марданов Б.У., Бадейникова К.К., Мамедов М.Н. Исследование качества жизни и параметров клинко-биохимического спектра у больных артериальной гипертензией и коморбидными состояниями // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13, № 1. С. 31–35.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2014. 92 с.

5. Давыдов Е.Л. Вопросы тревожно-депрессивных состояний у больных артериальной гипертонией старших возрастных групп // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22, № 9-10. С. 22–23.
6. Давыдов Е.Л., Ульянова И.О. Медико-социальные аспекты больных артериальной гипертонией в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22, № 9-10. С. 24–25.
7. Ермакова М.К., Капустина Н.Р., Ермаков Г.И. и др. Качество жизни как показатель степени адаптации к болезни на примере бронхиальной астмы у детей и хронической обструктивной болезни легких у взрослых // Общественное здоровье и здравоохранение. 2013. № 1. С. 65–71.
8. Игнатова Г.Л., Антонов В.Н., Родионова О.В. и др. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких при двойной бронходилатационной терапии // Практическая пульмонология. 2016. № 4. С. 9–14.
9. Козлов Е.В. Структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у пациентов, страдающих артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких // Сибирское медицинское обозрение. 2016. № 3 (99). С. 56–66.
10. Козлов Е.В. Тревожно-депрессивные расстройства при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертонии // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 1 (85). С. 19–25.
11. Козлов Е.В., Деревянных Е.В., Балашова Н.А. и др. Хроническая обструктивная болезнь легких как социально-экономическое бремя взрослого населения (научный обзор) // В мире научных открытий. 2018. Т. 10, № 3. С. 180–199.
12. Козлов Е.В., Петрова М.М., Харьков Е.И. Качество жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией // Забайкальский медицинский вестник. 2014. № 4. С. 6–13.
13. Ремизов Е.В., Давыдов Е.Л., Корепина Т.В. Проблемы качества жизни пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Военно-медицинский журнал. 2012. № 5. С. 64.
14. Степашкин К.Н., Петрова М.М., Демко И.В. Влияние коморбидной кардиоваскулярной патологии на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 4 (82). С. 66–69.
15. Филимонова Л.А., Борисенко Н.А., Алексеев И.А. и др. Мониторинг качества жизни у пациентов артериальной гипертонии старших возрастных групп // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 1. С. 2.

16. Чазова И.Е., Чучалин А.Г., Зыков К.А., Ратова Л.Г. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Российского респираторного общества // Системные гипертензии. 2013. №1. С. 5–34.
17. Яскевич Р.А. Особенности влияния нейросенсорной тугоухости на качество жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22, № 9-10. С. 73–74.
18. Яскевич Р.А. Особенности показателей качества жизни в различные периоды реадaptации к новым климатическим условиям у пожилых мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией // Клиническая геронтология. 2017. Т. 23, № 9-10. С. 81–83.
19. Яскевич Р.А., Игнатова И.А., Шилов С.Н. и др. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни слабослышащих мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 279.
20. Arabyat R.M., Raisch D.W. Relationships Between Social/Emotional Support and Quality of Life, Depression and Disability in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Analysis Based on Propensity Score Matching // Ann. Behav. Med. 2019. Vol.19. pii: kaz002.
21. Boueri F.M. Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD // Chest. 2001. Vol. 119. P. 77–84.
22. Celli B., Blasi F., Gaga M. et al. Perception of symptoms and quality of life - comparison of patients and physicians views in the COPD MIRROR study. // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. 2017. Vol.12. P. 2189–2196.
23. Jones G.L. Quality of life changes over time in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Curr. Opin. Pulm. Med. 2016. Vol.22, N.2. P. 125–129.
24. Kontodimopoulos N., Stamatopoulou E., Brinia A. et al. Are condition-specific utilities more valid than generic preference-based ones in asthma? Evidence from a study comparing EQ-5D-3L and SF-6D with AQL-5D // Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018. Vol.18, N.6. P. 667–675.
25. Milanowska J., Mackiewicz B., Węgorowski P. et al. The quality of life of farmers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) // Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2017. Vol.24, N.2. P. 283–287.
26. Mroczek B., Sitko Z., Augustyniuk K. et al. Socioeconomic Indicators Shaping Quality of Life and Illness Acceptance in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Adv. Exp. Med. Biol. 2015. Vol.861. P. 19–30.

References

1. Alekseev I.A., Har'kov E.I., Ivanov A.G. i dr. Osobennosti pokazatelej kachestva zhizni do i posle provedeniya shkoly po arterial'noj gipertonii u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Features of quality of life indicators before and after school for arterial hypertension in elderly and senile people]. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the world of scientific discoveries]. 2018. V. 10. № 4. P. 204–222.
2. Aslanyan YA.A., Perceva M.V., Percev A.V. Ocenka kachestva zhizni pacientov s hronicheskoj obstruktivnoj bolezn'yu legkih na fone primeneniya kompleksnoj lechebno-profilakticheskoj programmy [Assessment of the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease on the background of the application of a comprehensive treatment and prevention program]. *Molodezhnyj innovacionnyj vestnik* [Molodezhny Innovative Bulletin]. 2018. V. 7. № S1. P. 54–55.
3. Ahmedova EH.B., Mardanov B.U., Badejnikova K.K., Mamedov M.N. Issledovanie kachestva zhizni i parametrov kliniko-biohimicheskogo spektra u bol'nyh arterial'noj gipertenziej i komorbidnymi sostoyanijami [Study of the quality of life and parameters of the clinical and biochemical spectrum in patients with arterial hypertension and comorbid conditions]. *Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii* [Rational pharmacotherapy in cardiology]. 2017. V. 13. № 1. P. 31–35.
4. *Global'naya strategiya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki hronicheskoj obstruktivnoj boleznii legkih (peresmotr 2014 g.)* [The global strategy for the diagnosis, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (revision 2014)]. Per. s angl. pod red. A.S. Belevskogo. M.: Russian Respiratory Society. 2014. 92 p.
5. Davydov E.L. Voprosy trevozhno-depressivnyh sostoyanij u bol'nyh arterial'noj gipertoniej starshih vozrastnyh grupp [Issues of anxiety-depressive states in patients with arterial hypertension of older age groups]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical gerontology]. 2016. V. 22. № 9-10. P. 22–23.
6. Davydov E.L., Ul'yanova I.O. Mediko-social'nye aspekty bol'nyh arterial'noj gipertoniej v pozhilom vozraste [Medical and social aspects of patients with arterial hypertension in old age]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical gerontology]. 2016. V. 22. № 9-10. P. 24–25.
7. Ermakova M.K., Kapustina N.R., Ermakov G.I. i dr. Kachestvo zhizni kak pokazatel' stepeni adaptacii k boleznii na primere bronhial'noj astmy u detej i hronicheskoj obstruktivnoj boleznii legkih u vzroslyh [Quality of life as an indicator of the degree of adaptation to the disease on the example of bronchial asthma in children and chronic obstructive pulmonary disease in adults]. *Obshchest-*

- vennoe zdorov'ie i zdravoohranenie* [Public Health and Health Care]. 2013. № 1. P. 65–71.
8. Ignatova G.L., Antonov V.N., Rodionova O.V. i dr. Kachestvo zhizni pacientov s hronicheskoy obstruktivnoj bolezn'yu legkih pri dvojnoj bronhodilacionnoj terapii [The quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease with dual bronchodilation therapy]. *Prakticheskaya pul'monologiya* [Practical pulmonology]. 2016. № 4. P. 9–14.
 9. Kozlov E.V. Strukturno-funkcional'nye izmeneniya serdechno-sosudistoj sistemy u pacientov, stradayushchih arterial'noj gipertoniej v sochetanii s hronicheskoy obstruktivnoj bolezn'yu legkih [Structural and functional changes in the cardiovascular system in patients suffering from arterial hypertension in combination with chronic obstructive pulmonary disease]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2016. № 3 (99). P. 56–66.
 10. Kozlov E.V. Trevozhno-depressivnye rasstrojstva pri komorbidnosti hronicheskoy obstruktivnoj boleznii legkih i arterial'noj gipertonii [Anxiety-depressive disorders in comorbidity of chronic obstructive pulmonary disease and arterial hypertension]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2014. № 1 (85). S. 19–25.
 11. Kozlov E.V., Derevyannyh E.V., Balashova N.A. et al. Hronicheskaya obstruktivnaya bolezn' legkih kak social'no-ehkonomicheskoe bremya vzroslogo naseleniya (nauchnyj obzor) [Chronic obstructive pulmonary disease as a socio-economic burden of the adult population (scientific review)]. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the world of scientific discoveries]. 2018. V. 10, № 3. P. 180–199.
 12. Kozlov E.V., Petrova M.M., Har'kov E.I. Kachestvo zhizni u bol'nyh hronicheskoy obstruktivnoj bolezn'yu legkih v sochetanii s arterial'noj gipertoniej [Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with arterial hypertension]. *Zabajkalskij medicinskij vestnik* [Transbaikalian Medical Journal]. 2014. № 4. P. 6–13.
 13. Remizov E.V., Davydov E.L., Korepina T.V. Problemy kachestva zhizni pacientov starshih vozrastnyh grupp s arterial'noj gipertoniej [Problems of quality of life of patients in older age groups with arterial hypertension]. *Voeno-meditsinskij zhurnal* [Military Medical Journal]. 2012. № 5. P. 64.
 14. Stepashkin K.N., Petrova M.M., Demko I.V. Vliyanie komorbidnoj kardiovaskulyarnoj patologii na kachestvo zhizni bol'nyh hronicheskoy obstruktivnoj bolezn'yu legkih [Influence of comorbid cardiovascular pathology on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2013. № 4 (82). P. 66–69.

15. Filimonova L.A., Borisenko N.A., Alekseev I.A. i dr. Monitoring kachestva zhizni u pacientov arterial'noj gipertonii starshih voznrastnyh grupp [Monitoring the quality of life in patients with arterial hypertension in older age group]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2017. № 1. P. 2.
16. Chazova I.E., Chuchalin A.G., Zykov K.A., Ratova L.G. Diagnostika i lechenie pacientov s arterial'noj gipertoniej i hronicheskoy obstruktivnoj bolezny legkih (Rekomendacii Rossijskogo medicinskogo obshchestva po arterial'noj gipertonii i Rossijskogo respiratornogo obshchestva [Diagnostics and treatment of patients with arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease (Recommendations of the Russian Medical Society on arterial hypertension and the Russian Respiratory Society)]. *Sistemnye gipertenzii* [Systemic hypertension]. 2013. №1. P. 5–34.
17. Yaskevich R.A. Osobennosti vliyaniya nejrosensornoj tugouhosti na kachestvo zhizni u pozhilyh migrantov Krajnego Severa [Features of the impact of neurosensory hearing loss on the quality of life in elderly migrants of the Far North]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical gerontology]. 2016. V. 22. № 9-10. P. 73–74.
18. Yaskevich R.A. Osobennosti pokazatelej kachestva zhizni v razlichnye periody readaptacii k novym klimaticheskim usloviyam u pozhilyh migrantov Krajnego Severa s arterial'noj gipertoniej [Features of indicators of quality of life in different periods of readaptation to new climatic conditions in elderly migrants of the Far North with arterial hypertension]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical gerontology]. 2017. V. 23. № 9-10. P. 81–83.
19. Yaskevich R.A., Ignatova I.A., Shilov S.N. i dr. Vliyanie trevozhno-depressivnyh rasstrojstv na kachestvo zhizni slaboslyshashchih migrantov Krajnego Severa v period readaptacii k novym klimaticheskim usloviyam [The influence of anxiety-depressive disorders on the quality of life of hearing impaired migrants of the Far North in the period of adaptation to new climatic conditions]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2014. № 4. P. 279.
20. Arabyat R.M., Raisch D.W. Relationships Between Social/Emotional Support and Quality of Life, Depression and Disability in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Analysis Based on Propensity Score Matching. *Ann. Behav. Med.* 2019. Vol.19. pii: kaz002.
21. Boueri F.M. Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest.* 2001. Vol. 119. P. 77–84.

22. Celli B., Blasi F., Ganga M. et al. Perception of symptoms and quality of life - comparison of patients and physicians views in the COPD MIRROR study. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2017. Vol.12. P. 2189–2196.
23. Jones G.L. Quality of life changes over time in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2016. Vol.22. N.2. P. 125–129.
24. Kontodimopoulos N., Stamatopoulou E., Brinia A. et al. Are condition-specific utilities more valid than generic preference-based ones in asthma? Evidence from a study comparing EQ-5D-3L and SF-6D with AQL-5D. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018. Vol.18. N.6. P. 667–675.
25. Milanowska J., Mackiewicz B., Węgorowski P. et al. The quality of life of farmers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine.* 2017. Vol.24. N.2. P. 283–287.
26. Mroczek B., Sitko Z., Augustyniuk K. et al. Socioeconomic Indicators Shaping Quality of Life and Illness Acceptance in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2015. Vol.861. P. 19–30.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Козлов Евгений Вячеславович, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии, заведующий пульмонологическим отделением, кандидат медицинских наук
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ; КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»
ул. Партизана Железняка, 1а, Красноярск, 660022, Российская Федерация; ул. Курчатова, 17, г. Красноярск, 660062, Российская Федерация
kev-pulmonolog@mail.ru

Деревянных Евгений Валерьевич, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии, кандидат медицинских наук
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
ул. Партизана Железняка, 1а, Красноярск, 660022, Российская Федерация
rusene@mail.ru

Балашова Наталья Арленовна, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии, кандидат медицинских наук, доцент
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

ул. Партизана Железняка, 1а, Красноярск, 660022, Российская Федерация
balashova-61@mail.ru

Яскевич Роман Анатольевич, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии, ведущий научный сотрудник группы патологии сердечно-сосудистой системы, кандидат медицинских наук, доцент ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»
ул. Партизана Железняка, 1а, Красноярск, 660022, Российская Федерация; ул. Партизана Железняка, 3г, Красноярск, 660022, Российская Федерация
cardio@imprn.ru

Москаленко Ольга Леонидовна, старший научный сотрудник, кандидат биологических наук
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»
ул. Партизана Железняка, 3г, Красноярск, 660022, Российская Федерация
gre-ll@mail.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Kozlov Evgeny Vyacheslavovich, associate professor at department of prope-
deutics of internal diseases and therapy, head of pulmonology depart-
ment, candidate of medical science
*Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-
Yasenezkiy; Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency
Medical Care. N.S. Karpovich*
*1а, P. Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation; 17,
Kurchatov St., Krasnoyarsk, 660062, Russian Federation*
kev-pulmonolog@mail.ru

Derevyannich Evgeny Valeryevich, associate professor at department of pro-
peutics of internal diseases and therapy, candidate of medical science
*Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voi-
no-Yasenezkiy*

*Ia, P. Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
rusene@mail.ru*

Balashova Natalia Arlenovna, associate professor at department of propedeutics of internal diseases and therapy, candidate of medical science, docent

Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenezkiy

*Ia, P. Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
balashova-61@mail.ru*

Yaskevich Roman Anatolyevich, associate professor at department of propedeutics of internal diseases and therapy, leading researcher of the group pathology of the cardiovascular system, candidate of medical science, docent

Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenezkiy; Federal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Research Institute of medical problems of the North

*Ia, P. Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation; 3g, P. Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
cardio@impn.ru*

Moskalenko Olga Leonidovna, Senior Researcher, Candidate of Biological Sciences

Federal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Research Institute of medical problems of the North»

*3g, P. Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation
gre-ll@mail.ru*

DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-121-144

УДК 614.23

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА ПОДГОТОВКУ ПО ПРОФИЛЮ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Решетников В.А., Творогова Н.Д., Козлов В.В.,
Соколов Н.А., Херсонский И.И., Дробышев Д.А.*

Цель. Изучение особенностей эмоционального интеллекта студентов, характерных для обучающихся ориентированных на подготовку по профилю «Общественное здоровье и здравоохранение».

Материалы и методы. Исследование проведено на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко, Центра Магистерских программ и Высшей школы управления здравоохранением МГМУ им. И.М. Сеченова. Участниками исследования (242 человека) представлены студентами Сеченовского Университета, проходившими подготовку по направлению медико-профилактическое дело, а также магистрантами и ординаторами, проходившими обучение по профилю «Общественное здоровье и здравоохранение».

В исследование было включено 80 мужчин (33,1%) и 162 женщины (66,9%). Группы не различались по половозрастному признаку.

Испытуемые были включены в 3 группы:

- группа 1 (группа сравнения 1) – 66 человек, проходивших постдипломное обучение (интерны, ординаторы, магистры);
- группа 2 (группа сравнения 2) – 104 студента медико-профилактического факультета Сеченовского Университета,
- группа 3 (основная) – 72 студента, которые прошли курс «Фабрики лидеров здравоохранения».

В ходе исследования оценивали показатели эмоционального интеллекта (эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, эмпатия, самомотивация, распознавание эмоций других людей). Также была выполнена балльная оценка самоактуализации личности (стремление к самоактуализации, ориентация во времени, ценности, взгляд на природу

человека, потребность в познании, креативность, автономность, спонтанность, самопонимание, аутосимпатия, контактность, гибкость в общении).

Результаты. Результатом проведенного исследования является оценка характеристик эмоционального интеллекта обучающихся, ориентированных на подготовку по профилю «Общественное здоровье и здравоохранение», для выявления способностей понимания отношений личности, репрезентируемых в эмоциях и управления эмоциональной сферой на основе принятия решений.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют, что параметры, включенные в дискриминантные модели множественного логистического регрессионного анализа могут быть использованы в качестве возможных предикторов оценки параметров эмоционального интеллекта и теста самоактуализации личности, что в свою очередь, с высокой долей чувствительности и специфичности моделируют принадлежность студентов к группе прошедших отбор и обучавшихся по программе Фабрика Лидеров Здравоохранения. На основании данных моделей можно предположить, что среди студентов параметры эмоционального интеллекта тесным образом ассоциированы с лидерскими качествами. Данные модели могут быть использованы при проведении тестирования обучающихся для выявления на ранних этапах обучения студентов, обладающих лидерскими качествами, с целью наиболее полного раскрытия их потенциала при обучении по программам подготовки лидеров здравоохранения.

Ключевые слова: лидерство в здравоохранении; подготовка организаторов здравоохранения; эмоциональный интеллект; самоактуализация личности; множественный логистический регрессионный анализ.

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND THE LEVEL OF PROFESSIONAL SKILLS OF STUDENTS ORIENTED TO BECOME A HEALTH CARE MANAGERS

Reshetnikov V.A., Tvorogova N.D., Kozlov V.V., Sokolov N.A., Khersonskiy I.I., Drobychev D.A.

Background. To Investigate features of emotional intelligence of students oriented to become health care managers.

Materials and methods. The study was conducted at the Department of Public Health and Health Care Service named after N.A. Semashko, the Center

for Master's Programs and the Graduate School of Health Care of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. The study involved 242 students of Sechenov University who were trained in the field of medical and preventive care, as well as master students and residents who were trained to become health care managers. The study included 80 men (33.1%) and 162 women (66.9%). The groups did not differ by sex and age.

The subjects were included in 3 groups:

- group 1 (comparison group 1) – 66 people who underwent postgraduate training (interns, residents, masters);
- group 2 (comparison group 2) – 104 students of the medical and preventive faculty of Sechenov University,
- group 3 (core) – 72 students who completed the course “Factory of Health Leaders”.

During the study, indicators of emotional intelligence (emotional awareness, managing one's emotions, empathy, self-motivation, recognition of other people's emotions) were evaluated. Evaluation using scoring system was also based on personality self-actualization (the desire for self-actualization, time orientation, values, a look at the nature of a person, the need for knowledge, creativity, autonomy, spontaneity, self-understanding, autosympathy, contact, flexibility in communication).

Results. The result of the study is an assessment of characteristics of the students' emotional intelligence, who are training in the “Public Health and Health Care” program, which are valuable for identification of the abilities of understanding personality relationships that are represented in emotions and in management of the emotional sphere based on decision-making.

Conclusion. The results of the study indicate that the parameters included in the discriminant models of multiple logistic regression analysis can be used as possible predictors for evaluating the parameters of emotional intelligence and the test of personality self-actualization, which, in turn, with a high degree of sensitivity and specificity determine students' membership in the selected group and students of the Health Leaders Factory program. Based on these models, it can be assumed that among students the parameters of emotional intelligence are closely associated with leadership qualities. These models can be used during testing of students for identification of students with leadership qualities in the early stages of training in order to fully reveal their potential when studying in training programs for health leaders.

Keywords: leadership in healthcare; training for health care managers; emotional intelligence; self-actualization; multiple logistic regression analysis.

Введение

В настоящее время в качестве одной из приоритетных задачи медицинского образования многие авторы рассматривают подготовку руководителей здравоохранения, разносторонне образованных, готовых к организации и поддержке инновационной деятельности, владеющих современными управленческими технологиями, обладающих навыками, позволяющими организовывать команды эффективно функционирующих специалистов [1–4]. Важнейшим аспектом этой деятельности является формирование будущих лидеров учреждений здравоохранения, в рамках которого все больше внимания исследователи уделяют изучению различных характеристик эмоционального интеллекта (ЭИ) и его взаимосвязи с выработкой и проявлениями лидерских качеств [3, 5, 6].

Созданная в отечественном медицинском образовании система подготовки руководителей здравоохранения и формирования у них лидерских качеств, предусматривает последовательное прохождение ими ряда этапов [7, 8]. Однако лидерские качества данные специалисты могут развивать по индивидуальному плану в процессе получения второго высшего образования, при обучении в магистратуре по направлению подготовки «Общественное здравоохранение», обучаясь в аспирантуре и выполнив диссертационную работу по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», освоив различные программы «Мастер делового администрирования», а также в процессе самообразования с использованием массовых открытых онлайн-курсов и других источников информации [2, 8].

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко медико-профилактического факультета Сеченовского Университета с 2016 г. реализуется образовательный проект подготовки студентов в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения». В рамках этого проекта основе компетентностного подхода разработана программа профессионального маршрута обучающихся на этапах высшего и дополнительного медицинского образования для подготовки конкурентоспособного специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В свете активного изучения различных характеристик эмоционального интеллекта будущих руководителей здравоохранения для повышения эффективности проводимого обучения представляется целесообразным анализ его характеристик, результаты которого будут способствовать совершенствованию отбора в ФЛЗ, а также повышению эффективности профессиональной подготовки этого контингента обучающихся на этапах высшего и дополнительного медицинского образования.

Цель работы: изучение особенностей эмоционального интеллекта студентов, характерных для обучающихся в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения».

Материалы и методы

Исследование проведено на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко, Центра Магистерских программ и Высшей школы управления здравоохранением МГМУ им. И.М. Сеченова. Участниками исследования (**242 человека**) представлены студентами Сеченовского Университета, проходившими подготовку по направлению медико-профилактическое дело, а также магистрантами и ординаторами, проходившими обучение по профилю «Общественное здоровье и здравоохранение».

В исследование было включено 80 мужчин (33,1%) и 162 женщины (66,9%). Группы не различались по половозрастному признаку.

Испытуемые были включены в 3 группы:

- группа 1 (группа сравнения 1) – 66 человек, проходивших постдипломное обучение (интерны, ординаторы, магистры);
- группа 2 (группа сравнения 2) – 104 студента медико-профилактического факультета Сеченовского Университета,
- группа 3 (основная) – 72 студента, которые прошли курс «Фабрики лидеров здравоохранения».

В ходе исследования оценивали показатели эмоционального интеллекта (эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, эмпатия, самомотивация, распознавание эмоций других людей). Также была выполнена балльная оценка самоактуализации личности (стремление к самоактуализации, ориентация во времени, ценности, взгляд на природу человека, потребность в познании, креативность, автономность, спонтанность, самопонимание, аутосимпатия, контактность, гибкость в общении).

Статистическая обработка результатов выполнена на персональном компьютере при помощи пакета программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 10.0 (StatSoft, США). При этом для выявления различий в группах по количественным показателям проводили апостериорные попарные сравнения с применением критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Пороговое значение уровня статистической достоверности нулевой гипотезы составляло 0,05.

Для прогнозирования принадлежности студентов к группе, прошедших обучение по программе ФЛЗ, был использован метод множественного ло-

гистического регрессионного анализа. В качестве возможных предикторов рассматривались результаты балльной оценки параметров эмоционально-го интеллекта и теста самоактуализации личности.

Построение логистической регрессионной модели осуществлялось методами пошагового включения прогностических факторов с определением и оценкой значения коэффициента детерминации (R^2), показывающего долю влияния всех предикторов, включенных в модель на дисперсию зависимой переменной.

Проверка статистической значимости модели осуществлялась при помощи критерия χ^2 Вальда. При значении $p < 0,05$, нулевая гипотеза о незначимости модели отвергалась.

Соответствие модели использованным данным характеризовали с помощью критерия согласия Хосмера-Лемешева. При $p > 0,05$ принималась гипотеза о согласованности модели.

Интерпретация параметров логистической регрессии производилась на основе величины $\exp(b)$, соответствующей отношению шансов вероятности наступления прогнозируемого события к вероятности его отсутствия (OR, odds ratio). При положительном коэффициенте b , значение OR превышает 1 и шансы наступления прогнозируемого события возрастают. Отрицательный коэффициент b и величина $OR < 1$ указывают на снижение шансов. Отношение шансов оценивают, как статистически значимое, если в его доверительный интервал не попадает единица.

Чувствительность и специфичность предикторов оценивалась при помощи ROC-анализа. Количественная интерпретация результатов проводилась при помощи построения ROC-кривых с оценкой показателя AUC (Area under ROC curve – площадь под ROC-кривой), изменяющегося в диапазоне от 0 до 1.

Использовался пошаговый отбор информативных признаков на обучающей выборке с получением решающих правил в виде линейных классификационных и канонических дискриминантных функций. Качество выработанных правил оценивалось сопоставлением результатов классификации наблюдений с исходной классификацией объектов в обучающей матрице.

Результаты исследования

Оценка значения шкалы «Эмоциональная осведомленность» показала, что в группе студентов значение данного критерия находится на среднем уровне – $11,2 \pm 3,0$ баллов, что, по-видимому, обусловлено недостаточным личным жизненным и профессиональным опытом взаимодействия с разными людьми. У респондентов из группы ФЛЗ значение этого показателя

составило $14,0 \pm 3,2$ баллов, у респондентов группы магистров и ординаторов – $15,1 \pm 2,6$ баллов, полученные уровни были статистически значимо выше ($p < 0,05$ для обоих сравнений) соответствующего значения в группе студентов (табл. 1).

Таким образом, критерий «эмоциональная осведомленность» у обучающихся групп ординаторов и магистров, а также ФЛЗ, был на высоком уровне. Полученные данные свидетельствуют о том, что данные респонденты умеют понимать себя, распознавать негативные и позитивные чувства и эмоции. Также обучающиеся из этих групп способны понимать не только причину возникновения тех или иных чувств и эмоций, но и анализировать взаимосвязи между собственными чувствами и действиями. Высокий уровень эмоциональной осведомленности позволяет распознавать и контролировать собственные эмоции, что крайне необходимо в практической деятельности врача и организатора. Другой важнейшей составляющей эмоциональной осведомленности является понимание того, что чувствуют другие люди, умение сопереживать им.

Таблица 1.

**Результаты балльной оценки исследуемых по тесту определения
самоактуализации личности, баллы, $M \pm \sigma$ (n=242)**

Показатели самоактуализации личности	Группа 1 (ПО) (n=66)	Группа 2 (Студенты) (n=104)	Группа 3 (ФЛЗ) (n=72)
Эмоциональная осведомленность	$15,1 \pm 2,6$	$11,2 \pm 3,6^*$	$14,0 \pm 3,2\#$
Управление своими эмоциями	$14,0 \pm 1,8$	$10,9 \pm 1,5^*$	$12,9 \pm 2,9^* \#$
Самомотивация	$13,1 \pm 3,1$	$10,5 \pm 2,2^*$	$13,7 \pm 2,4\#$
Эмпатия	$13,7 \pm 2,0$	$10,4 \pm 2,0^*$	$12,9 \pm 2,5\#$
Распознавание эмоций других людей	$15,4 \pm 2,3$	$10,9 \pm 2,9^*$	$13,3 \pm 3,3^* \#$
Интегральный показатель	$71,9 \pm 5,1$	$54,0 \pm 6,6^*$	$66,3 \pm 9,2\#$

Примечание:

* – различия статистически значимы (при $p < 0,05$) по сравнению со значением в группе 1

– различия статистически значимы (при $p < 0,05$) по сравнению со значением в группе 2

Характеристика «Управление своими эмоциями» подразумевает под собой эмоциональную отходчивость и эмоциональную гибкость, то есть произвольное владение собственными эмоциями. Анализ данных, полученных по этой шкале, показал, что наиболее высокий уровень управления своими эмоциями был характерен для группы ординаторов и магистрантов – $14,0 \pm 1,8$ баллов. В группе ФЛЗ отмечен значимо менее высокий уровень данного параметра – $12,9 \pm 2,9$ балла ($p = 0,022$). Оба значения были

статистически достоверно выше ($p < 0,05$) такового в группе студентов – $10,9 \pm 2,0$ балла.

На наш взгляд, здесь следует обратить особое внимание на два качества, которые являются весьма важными для будущего организатора здравоохранения: эмоциональная отходчивость и гибкость. Специалисту необходимо уметь относительно быстро восстанавливать своё эмоциональное состояние после стрессовых ситуаций, весьма частых в повседневной управленческой деятельности.

Как показывает практика, подобные навыки управления собственным эмоциональным состоянием приобретаются со временем, по мере накопления практического опыта работы. Именно поэтому этот параметр оказался наиболее высоким в группе респондентов, многие из которых имели опыт самостоятельной практической деятельности.

Это подтверждает и низкий уровень показателя шкалы «Управление своими эмоциями» у студентов, значение которого составило $10,9 \pm 1,5$ баллов. Полученный результат свидетельствует о том, что большинство респондентов данной группы характеризуются недостаточной эмоциональной гибкостью. Последнее вполне объяснимо как возрастными особенностями респондентов, так и недостаточным уровнем практической подготовки на момент тестирования.

Третьим компонентом эмоционального интеллекта является «Самомотивация». Самомотивация связана, прежде всего, с жизненными приоритетами убеждений и стремлений конкретной личности, эта характеристика является одним из основных качеств эффективной личности, как в профессиональных, так и в личностных аспектах её развития, при условии самореализации.

Установлено, что значения показателя этой шкалы групп респондентов ФЛЗ и ординаторов статистически значимо не различались ($p = 0,399$) и составили соответственно $13,1 \pm 3,1$ и $13,7 \pm 2,4$ балла. Полученный результат характеризуется как средний уровень. Оба значения были статистически значимо выше такового в группе студентов – $10,5 \pm 2,2$ балла. При этом высокие показатели самомотивации свидетельствуют о том, что респонденты обладают способностью добиваться реализации своих жизненных планов, ставить перед собой чёткие цели и достигать их. Средние уровни показателей данной шкалы в свою очередь свидетельствуют о том, что респонденты распознают и понимают свои эмоции и чувства, обладают способностью управлять своими внутренними ощущениями в тех случаях, когда ситуация угрожает реализации жизненных планов.

Отсутствие различий между группой ФЛЗ и ординаторами свидетельствуют, по нашему мнению о высокой эффективности разработанных программ обучения.

Четвертый компонент эмоционального интеллекта, который был проанализирован у обучающихся в рамках нашего исследования – шкала «Эмпатии». Как известно, эмпатия представляет собой одно из важных личностно-профессиональных качеств врача. Это качество подразумевает умение сопереживать и воспринимать чувственные состояния другого, то есть способность к эмпатии, а также наличие навыков установления адекватных и эмоционально благоприятных отношений с пациентами и коллегами, умение анализировать свое поведение и поведение окружающих, человеческое отношение к больному, этичность, наличие глубокой интуиции.

Исследование показало, что в группах респондентов значения показателя данной шкалы были следующими: ФЛЗ – $12,9 \pm 2,5$ балла, студенты – $10,4 \pm 2,0$ балла, магистры и ординаторы – $13,7 \pm 2,0$ балла ($p < 0,05$). При этом статистически значимых различий между группой 1 (ПО) и группой 3 (ФЛЗ) выявлено не было ($p = 0,060$). В то же время обе эти группы статистически значимо отличались по оценке эмпатии от группы 2 (Студенты) ($p < 0,001$).

Следует отметить, что установленный в рамках нашего исследования средний уровень эмпатии характерен для большинства людей и характеризуется тем, что такие респонденты стараются держать под контролем свою эмоциональную сферу, не показывая истинные чувства посторонним.

Безусловно, умение сопереживать и воспринимать эмоциональное состояние другого человека является важным качеством для медицинского специалиста, особенно для начинающего врача. Высокие характеристики эмпатии свидетельствуют о том, что такой человек не способен отделять свои эмоции и чувства от проблем, эмоций и чувств других людей, следствием чего может быть сильная эмоциональная чувствительность, душевная ранимость, чувство вины и раздражительность. Низкий уровень эмпатии, напротив, свидетельствует о неспособности к сопереживанию и принятию других людей. В то же время для будущего организатора, по-видимому, оптимальным является средний уровень эмпатии, который и был более характерен для респондентов групп ФЛЗ, а также ординаторов и магистров.

Пятый компонент эмоционального интеллекта «Распознавание эмоций других людей». Исследование показало, что в группе ординаторов и магистров значение показателя данной шкалы было максимальным и составило $15,4 \pm 2,3$ балла, что было статистически значимо выше ($p < 0,001$), чем в группе студентов – $10,9 \pm 2,9$ балла. Уровень данного показателя у

респондентов группы ФЛЗ – $13,3 \pm 3,3$ балла, также достоверно превышал ($p < 0,001$) таковой в группе студентов, но в то же время, значимо отличался от значения показателя в группе 1 (ПО).

Полученные данные шкалы «Распознавание эмоций других людей» свидетельствуют о том, что респонденты с высоким уровнем показателя могут оказывать эффективное воздействие на эмоциональное состояние других людей, что, несомненно, является важным профессиональным качеством будущего организатора здравоохранения.

Проведенное исследование показало, что у обучающихся в ФЛЗ интегральный показатель составил $66,3 \pm 9,2$ балла и был значимо выше ($p < 0,001$), чем в группе студентов, где значение его уровень составил $54,0 \pm 6,6$ балла. В группе магистров и ординаторов интегральный уровень оценки был выше, чем в группе ФЛЗ – $71,9 \pm 5,1$ балла ($p < 0,001$).

Таким образом, у студентов, входящих в группу ФЛЗ были отмечены статистически значимые различия по всем показателям эмоционального интеллекта с группой 2 (Студенты). В то же время, с группой ординаторов и магистрантов не было отмечено значимых различий по 3 из 5 критериев оценки эмоционального интеллекта. В целом полученные данные свидетельствуют о том, что высокие уровни показателей эмоционального интеллекта у лиц, обучающихся по программе «Фабрики лидеров здравоохранения», ассоциированы с выраженными лидерскими качествами и высоким уровнем психологической устойчивости.

В дополнение к оценке эмоционального интеллекта респондентам, входящим в исследуемые группы было предложено пройти тестирование по методу определения самоактуализации личности (САМОАЛ), показатели которого также в значительной степени связаны с лидерскими качествами и эмоциональным интеллектом.

Результаты балльной оценки параметров самоактуализации личности представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты балльной оценки исследуемых по тесту определения самоактуализации личности, $M \pm \sigma$ (n=242)

Показатели самоактуализации личности, баллы	Группа 1 (ПО) (n=66)	Группа 2 (Студенты) (n=104)	Группа 3 (ФЛЗ) (n=72)
Ориентация во времени	$7,9 \pm 1,6$	$5,1 \pm 1,3^*$	$7,5 \pm 1,8\#$
Ценности	$11,7 \pm 2,1$	$6,3 \pm 2,1^*$	$10,3 \pm 2,9\#$
Взгляд на природу человека	$7,7 \pm 1,8$	$5,8 \pm 1,8^*$	$7,5 \pm 1,8\#$

Окончание табл. 2.

Потребность в познании	7,8±1,4	5,4±1,3*	7,4±1,7**
Креативность (стремление к творчеству)	12,1±2,0	7,0±2,2*	10,8±2,7* #
Автономность	11,6±1,9	6,7±1,9*	10,9±2,4#
Спонтанность	11,4±1,9	6,8±2,1*	10,7±2,5#
Самопонимание	8,3±1,3	5,6±1,8*	7,6±1,6*
Аугосимпатия	12,5±2,0	6,6±1,7*	11,1±2,6* #
Контактность	7,3±1,5	5,3±1,3*	7,2±1,8#
Гибкость в общении	7,5±1,4	5,4±1,3*	7,2±1,6 #
Стремление к самоактуализации	105,4±10,5	66,1±9,8*	97,6±17,2*#

Примечание:

* – различия статистически значимы (при $p < 0,05$) по сравнению со значением в группе 1# – различия статистически значимы (при $p < 0,05$) по сравнению со значением в группе 2

Обращает на себя внимание высокая статистическая значимость различий уровней оценки показателей первой группы (ПО) и третьей группы (ФЛЗ) относительно группы студентов ($p < 0,001$). В группе студентов все, без исключения сопоставления свидетельствовали о более низком уровне развития качеств самоактуализации личности относительно двух других групп.

При сравнении группы 1 (ПО) и группы 3 (ФЛЗ) по шкале ориентации во времени статистически значимых различий выявлено не было ($p = 0,166$). Данный параметр показывает ориентацию на будущие свершения, уверенность в себе.

Шкала ценностей указывает на стремление к гармоничному бытию и здоровым отношениям с людьми, далекое от желания манипулировать ими в своих интересах, самодостаточность человека. По данному параметру были выявлены статистически значимые различия между группой 1 (ПО) и группы 3 (ФЛЗ) – 12,1±2,0 против 10,8±2,7 баллов ($p < 0,001$), обусловленные большим жизненным и практическим опытом. опытом ординаторов и магистрантов.

Параметр «взгляд на природу человека», являющийся весьма важным для организатора здравоохранения, описывает веру в людей, в человеческие возможности, высокий его уровень свидетельствует о доверии к людям, честности, непредвзятости, доброжелательности. По данной шкале между группой ординаторов и магистрантов и группой ФЛЗ статистически значимых различий отмечено не было ($p = 0,196$). Аналогично, по шкале потребности в познании балльная оценка для данных групп существенно не различалась ($p = 0,281$).

Средний уровень параметра «креативность», отражающего творческое отношение к жизни, в группе ординаторов и магистрантов несколько превышал аналогичный в группе ФЛЗ – $12,1 \pm 2,0$ против $10,8 \pm 2,7$ баллов ($p=0,004$).

Автономность, по мнению большинства психологов, является главным критерием психологического здоровья личности, ее целостности и полноты, спонтанность – это качество, вытекающее из уверенности в себе и доверия к окружающему миру. По каждой из этих шкал, не было получено значимых различий между группой ординаторов и магистрантов и группой ФЛЗ (соответственно $p=0,213$ и $p=0,113$).

Низкий балл по шкале самопонимания свойственен людям неуверенным, ориентирующимся на мнение окружающих. В группе ФЛЗ уровень этого показателя, превосходя с высоким уровнем значимости его значения у студентов ($p<0,001$), все же уступал значениям балльной оценки в группе ординаторов и магистрантов $7,6 \pm 1,6$ против $8,3 \pm 1,3$ баллов ($p=0,007$).

Аутосимпатия является естественной основой психологического здоровья и цельности личности. Аутосимпатия представляет собой свойство, служащее источником устойчивой адекватности самооценки. Данный показатель демонстрировал более существенное развитие в группе ординаторов и магистрантов – $12,5 \pm 2,0$ против $11,1 \pm 2,6$ баллов ($p=0,015$).

Шкала контактности, как уровень коммуникативных способностей личности и навык эффективного общения, не имела значимых отличий между респондентами первой и третьей групп ($p=0,979$).

Высокие показатели шкалы гибкости в общении свидетельствуют об аутентичном взаимодействии с окружающими, способности к самораскрытию. Люди с высокой оценкой по этой шкале ориентированы на личностное общение, не склонны прибегать к фальши или манипуляциям. Представители группы ФЛЗ по данному параметру значимо не отличались от группы ординаторов и магистрантов ($p=0,268$).

Таким образом, группа прошедших обучение по программе ФЛЗ по всем параметрам оценки самоактуализации личности статистически значимо превосходила группу студентов. Несмотря на то, что группа ФЛЗ значимо уступала группе ординаторов по суммарной оценке стремления к самоактуализации личности, по 7 из 11 шкал ее составляющих статистически значимых различий между группой ФЛЗ и группой 1 (ПО) отмечено не было.

На основании полученных данных было выполнено определение предикторов принадлежности студентов к группе, прошедших обучение по программе ФЛЗ с использованием логистического регрессионного анализа. В качестве возможных предикторов рассматривались результаты бал-

льной оценки параметров эмоционального интеллекта (эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, эмпатия, самомотивация, распознавание эмоций других людей), балльная оценка самоактуализации личности (стремление к самоактуализации, ориентация во времени, ценности, взгляд на природу человека, потребность в познании, креативность, автономность, спонтанность, самопонимание, аутосимпатия, контактность, гибкость в общении), а так же результаты теста на определение эффективности и гибкости стиля руководства (по П. Херси и К.Х. Бланшар), в соответствии с которой выделяют 3 ранга оценки: 1 – очень гибкий; 2 – умеренно гибкий; 3 – консервативный.

В качестве предполагаемых предикторов оценивали результаты оценки параметров эмоционального интеллекта. На основании данных наблюдения 176 студентов была построена соответствующая прогностическая регрессионная модель, включающая четыре статистически значимых предиктора:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-13,427 + 0,190x_1 + 0,356x_2 + 0,322x_3 + 0,233x_4)}}$$

где

p – вероятность принадлежности студента к группе ФЛЗ,

x_1 – Эмоциональная осведомленность, баллы;

x_2 – Самомотивация, баллы;

x_3 – Эмпатия, баллы;

x_4 – Распознавание эмоций других людей, баллы;

b_0 – константа модели.

Модель является статистически значимой ($\chi^2=89,853$; $p<0,001$) и согласованной с исходными данными (по Хосмеру-Лемешеву $p=0,180$) На четвертом шаге построения модель характеризуют следующие параметры (табл. 3).

Таблица 3.

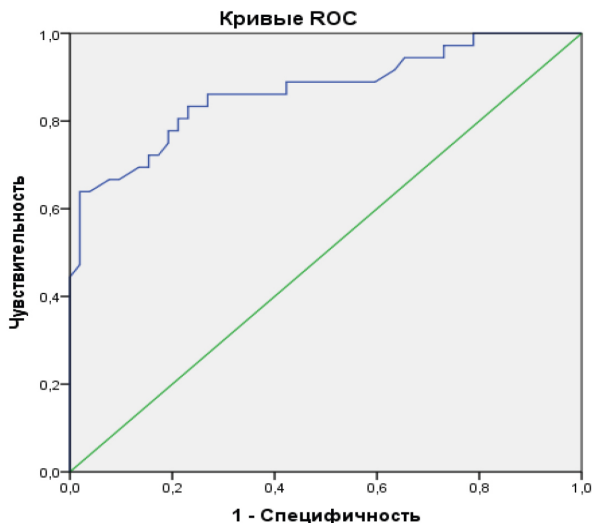
Сводные данные по регрессионной модели принадлежности студентов к группе ФЛЗ на основании балльной оценки параметров эмоционального интеллекта

Предикторы	Коэфф. регрессии (b)	Стд. ошибка	Статистика Вальда χ^2	Значимость (p)	OR	95% ДИ для OR	
						Нижняя	Верхняя
Эмоциональная осведомленность	0,190	0,078	5,876	0,015	1,209	1,037	1,409
Самомотивация	0,356	0,092	15,016	<0,001	1,428	1,192	1,709
Эмпатия	0,322	0,105	9,347	0,002	1,381	1,123	1,698

Окончание табл. 3.

Распознавание эмоций других людей	0,233	0,075	9,701	0,002	1,263	1,090	1,463
Константа	-13,427	1,979	46,029	<0,001	0,001		

Для данной модели коэффициент детерминации (R^2) составил 0,539, что показывает статистически значимое объяснение данными предикторами дисперсии переменной отклика на 53,9%. При этом модель обладает 86,5%-ной специфичностью в плане предсказания принадлежности студентов к группе, не относящихся к ФЛЗ. Чувствительность модели в плане определения принадлежности к группе ФЛЗ составила 69,4%. Общий процент корректных предсказаний достигает 79,5%. По результатам построения ROC-кривой показатель AUC составил $0,868 \pm 0,029$ (ДИ 95% 0,812-0,925; $p < 0,001$), что соответствует в целом очень хорошему качеству прогностической модели (рис. 1).



Диагональные сегменты формируются совпадениями.

Рис. 1. ROC-кривая прогнозирования принадлежности студентов к группе ФЛЗ на основании балльной оценки параметров эмоционального интеллекта

Далее, на основании данных тех же студентов, были протестированы предиктивные качества теста оценки самоактуализации личности. Поша-

говым методом была построена регрессионная модель, основанная только на показателях, вносящих статистически значимый вклад в результаты прогнозирования. В регрессионную модель вошли три статистически значимых параметра:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-12,757 + 0,374x_1 + 0,476x_2 + 0,631x_3)}}$$

где

p – вероятность принадлежности студента к группе ФЛЗ,

x_1 – Креативность, баллы;

x_2 – Автономность, баллы;

x_3 – Аутосимпатия, баллы;

b_0 – константа модели.

Модель является согласованной с исходными данными (по Хосмеру-Лемешеву $p=0,186$) и статистически значимой ($\chi^2=149,224$; $p<0,001$).

Сводные данные по регрессионной модели на 2-м шаге построения представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Сводные данные по регрессионной модели принадлежности студентов к группе ФЛЗ на основании балльной оценки самоактуализации личности

Предикторы	Кoeff. регрессии (b)	Стд. ошибка	Статистика Вальда χ^2	Значимость (p)	OR	95% ДИ для OR	
						Нижняя	Верхняя
Креативность	0,374	0,125	8,962	0,003	1,453	1,138	1,856
Автономность	0,476	0,137	12,004	0,001	1,610	1,230	2,108
Аутосимпатия	0,631	0,172	13,420	< 0,001	1,880	1,341	2,636
Константа	-12,757	1,985	41,302	<0,001	0,001		

Коэффициент детерминации (R^2) для данной модели составил 0,771, что указывает на статистически значимое объяснение изменений переменной отклика выбранными предикторами на 77,1%. При этом специфичность модели составляет 94,2%. Точность прогнозирования отношения студентов к группе ФЛЗ (чувствительность) – 88,9%. Общий процент корректных предсказаний составил 92,0%.

По результатам построения ROC-кривой показатель AUC составил $0,964 \pm 0,013$ (ДИ 95% 0,939 - 0,988; $p<0,001$), что указывает на отличное качество прогностической модели (рис. 2).

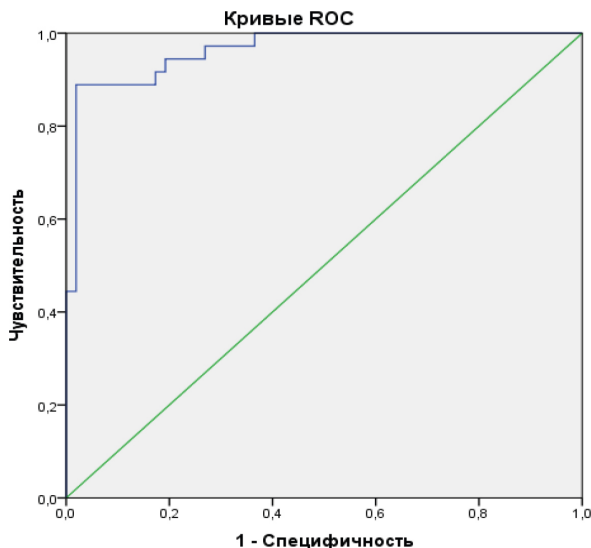


Рис. 2. ROC-кривая прогнозирования принадлежности студентов к группе ФЛЗ на основании балльной оценки самоактуализации личности

Далее была сформирована итоговая регрессионная модель, для построения которой использовались все методы, показавшую свою прогностическую эффективность при формировании предыдущих логистических моделей. Пошаговым методом было отобрано четыре наиболее значимых показателя, в совокупности обеспечивших максимальную предиктивную точность полученной модели.

При этом в итоговую модель не попала оценка студентов по тесту по П. Херси и К.Х. Бланшар, а из вошедших параметров два представляли оценку эмоционального интеллекта (эмоциональная осведомленность, распознавание эмоций других людей) и два параметра (стремление к самоактуализации, аутосимпатия) принадлежали к оценке самоактуализации личности. Полученное уравнение имеет следующий вид:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(-43,879 + 0,960x_1 + 0,525x_2 + 0,147x_3 + 1,459x_4)}}$$

где

p – вероятность принадлежности студента к группе ФЛЗ,

x_1 – Эмоциональная осведомленность, баллы;

x_2 – Распознавание эмоций других людей, баллы;

x_3 – Стремление к самоактуализации, баллы;

x_4 – Аутосимпатия, баллы;

b_0 – константа модели.

Согласованность модели подтверждена критерием Хосмера-Лемешева ($p=0,983$). Модель является статистически значимой по критерию хи-квадрат ($\chi^2=193,209$; $p=0,001$).

Данные о предикторах модели представлены в табл. 5.

Таблица 5.

Сводные данные по регрессионной модели прогнозирования принадлежности студентов к группе ФЛЗ на основании параметров эмоционального интеллекта и самоактуализации личности

Предикторы	Коэфф. регрессии (b)	Стд. ошибка	Статистика Вальда χ^2	Значимость (p)	OR	95% Доверит. интервал для OR	
						Нижняя	Верхняя
Эмоциональная осведомленность	0,960	0,300	10,215	0,001	2,610	1,449	4,702
Распознавание эмоций других людей	0,525	0,183	8,214	0,004	1,690	1,181	2,420
Стремление к самоактуализации	0,147	0,047	9,888	0,002	1,159	1,057	1,270
Аутосимпатия	1,495	0,415	12,995	<0,001	4,458	1,978	10,047
Константа	-43,879	11,287	15,112	<0,001	0,001		

Наибольшую прогностическую значимость с точки зрения показателя OR имеет показатель самоактуализации личности «аутосимпатия» – 4,485 (ДИ 95% 1,978-10,047) и показатель эмоционального интеллекта «эмоциональная осведомленность» – 2,610 (ДИ 95% 1,449-4,702).

Коэффициент детерминации (R^2) модели составил 0,899, что указывает на статистически значимое объяснение выбранными предикторами 89,9% дисперсии зависимой переменной. Модель характеризует очень высокая специфичность (предсказание принадлежности к группе студентов – в 96,2%) и чувствительность (правильное отнесение к группе ФЛЗ) – 94,4%. Общая доля корректных предсказаний составила 95,5%. Показатель AUC составил $0,989 \pm 0,005$ (ДИ 95% 0,980-0,999; $p < 0,001$), что свидетельствует об отличном качестве прогностической модели (рис. 3).

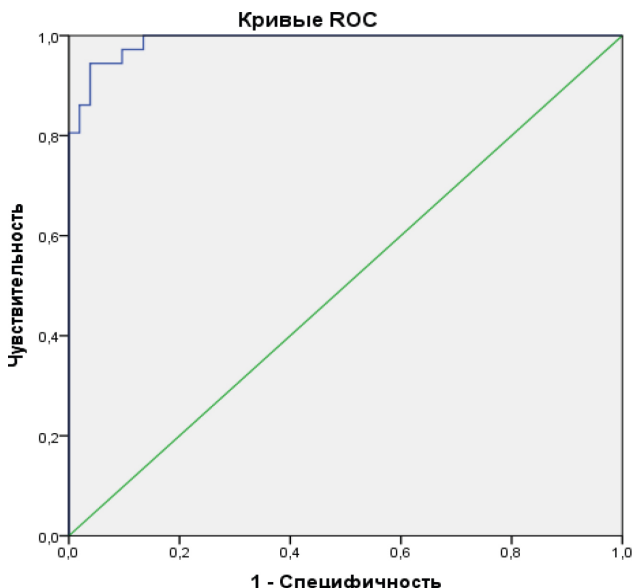


Рис. 3. ROC-кривая прогнозирования принадлежности студентов к группе ФЛЗ на основании параметров эмоционального интеллекта и самоактуализации личности

Обсуждение результатов

В настоящее время ряд авторов считают, что для воспитания новых лидеров действующие руководители должны методикой их воспитания, в частности обладать «передаваемой точкой зрения» (teachable point of view). В целом эффективность лидера в значительной степени обусловлена его умением мотивировать последователей и обладанием выраженным, постоянно совершенствуемым ЭИ [9-11]. Так, Vender R.J. (2015) определяет лидерство как «комбинацию обязанностей, отношений, навыков и поведенческих особенностей, которые позволяют личности (индивидууму) выделять лучшие качества в персонале организации для обеспечения устойчивого развития» [12].

С учетом вышеизложенного в рамках настоящей работы мы оценивали характеристики эмоционального интеллекта обучающихся, ориентированных на подготовку по профилю «Общественное здоровье и здравоохранение», для выявления способностей понимания отношений личности, репрезентируемых в эмоциях и управления эмоциональной сферой на основе принятия решений.

Проведенное исследование показало, что созданные для реализации данного проекта условия обучения в рамках программы ФЛЗ позволяют реализовать дальнейшее развитие качеств эмоционального интеллекта, которые в данной группе более выражены, чем в группе студентов. На наш взгляд, именно выявленные отличия являются предпосылкой успешного формирования у обучаемых управленческих навыков, позволяя проводить с этими обучающимися профессиональную ориентацию для определения наиболее способных молодых людей к последующему поступлению в ординатуру по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Исследование показало, что наиболее точной прогностической моделью по достигнутому уровню чувствительности и специфичности, является регрессионная модель, основанная использовании четырех выбранных параметров эмоционального интеллекта и самоактуализации личности (эмоциональная осведомленность, распознавание эмоций других людей, стремление к самоактуализации, аутосимпатия). Сравнение полученных моделей при помощи ROC-анализа указывает на существенную прогностическую ценность данной модели для предсказания принадлежности к группе студентов, подтвердивших обладание лидерскими качествами в большей степени, чем у представителей контрольной группы студентов. Данная модель может быть рекомендована для выявления на ранних этапах обучения студентов, которым присущи лидерские качества, с целью наиболее полного раскрытия их потенциала.

Известно, что высокие уровни характеристик эмоционального интеллекта способствует повышению эффективности лидерства [5, 9]. В исследовании Tichy N. et al. (2007) были сформулированы критерии успешности лидера, при этом автором было показано, что для успешных организаций характерно наличие лидеров на всех уровнях, для обеспечения эффективного лидерства в учреждении на различных уровнях лидеры более высоких уровней должны воспитывать лидеров более низких ступеней управления [4].

Результаты нашего исследования свидетельствуют, что параметры, включенные в дискриминантные модели (стремление к самоактуализации, взгляд на природу человека, потребность в познании, аутосимпатия, эмоциональная осведомленность, распознавание эмоций других людей, оценка эффективности и гибкости стиля руководства по П. Херси и К.Х. Бланшар) с высокой долей чувствительности и специфичности моделируют принадлежность студентов к группе прошедших отбор и обучавшихся по программе ФЛЗ. На основании данных моделей можно предположить, что среди студентов параметры эмоционального интеллекта тесным образом

ассоциированы с лидерскими качествами. Данные модели могут быть использованы при проведении тестирования обучающихся для выявления на ранних этапах обучения студентов, обладающих лидерскими качествами, с целью наиболее полного раскрытия их потенциала при обучении по программам подготовки лидеров здравоохранения.

Список литературы

1. Лившиц С.А., Гуров А.Н. Основные направления формирования эффективного руководства и стили руководства медицинской организацией // Менеджер здравоохранения. 2017. № 3. С. 55–62.
2. Куделина О.В. Творчество и лидерство. Идеи распределенного лидерства в управлении учреждениями здравоохранения // Экономика и управление. 2016. № 2. С. 39–42.
3. Филонович С.Р. Лидерство как интегральная проблема наук о поведении // Российский журнал менеджмента. 2007. № 5 (4). С. 91–100.
4. Tichy N.M., Bennis W.G. Making judgment calls. The ultimate act of leadership // Harv Bus Rev., 2007, 85 (Suppl. 10), pp. 94–102.
5. Hsieh J.G., Kuo L.C., Wang Y.W. Learning medical professionalism – the application of appreciative inquiry and social media // Med Educ Online., 2019. vol. 24(1):1586507. doi: 10.1080/10872981.2019.1586507.
6. Mukunda N., Moghbeli N., Rizzo A., Niepold S., Bassett B., DeLisser H.M. Visual art instruction in medical education: a narrative review // Med Educ. Online., 2019. vol. 24(1):1558657. doi: 10.1080/10872981.2018.1558657.
7. Сизова Ж.М., Трегубов В.Н., Малахова Т.Н. Актуальные вопросы подготовки врачей-стоматологов к аккредитации специалистов // Стоматология. 2017. № 96 (2). С. 66–69.
8. Решетников В.А., Трегубов В.Н., Микерова М.С. Российский опыт профессиональной подготовки врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» // Проблемы здоровья и экологии. 2017. № 2 (52). С. 80–84.
9. Nori R., Signore S., Bonifacci P. Creativity Style and Achievements: An Investigation on the Role of Emotional Competence, Individual Differences, and Psychometric Intelligence // Front Psychol. 2018. vol. 9: 1826. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01826.
10. Pohontsch N.J., Stark A., Ehrhardt M., Kotter T., Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year // BMC Med Educ. 2018. vol. 18(1): 231. doi: 10.1186/s12909-018-1335-7.

11. Сибурин Т.А., Князев А.А. Стратегический резерв руководящих кадров: Результаты эмпирического анализа и рекомендации по формированию (на примере здравоохранения) // Менеджмент и бизнес-администрирование. 2013. № 3. С. 142–162.
12. Vender R.J. Leadership: an overview // Am J Gastroenterol. 2015. vol. 110(3):362-7. doi: 10.1038/ajg.2014.199.

References

1. Livshits S.A., Gurov A.N. The main directions of formation of effective leadership and leadership styles of the medical organization. *Health Manager*, 2017, vol. 3, pp. 55–62.
2. Kudelina O.V. Creativity and Leadership. Distributed leadership in managing health care institutions. *Economics and Management*, 2016, vol. 2, pp. 39–42.
3. Filonovich S.R. Leadership as an integral problem of behavioral sciences. *Russian Management Journal*, 2007, vol. 5, no. 4, pp. 91–100.
4. Tichy N.M., Bennis W.G. Making judgment calls. The ultimate act of leadership, *Harv Bus Rev*, 2007, vol. 85, no. 10, pp. 94–102.
5. Hsieh J.G., Kuo L.C., Wang Y.W. Learning medical professionalism – the application of appreciative inquiry and social media. *Med Educ Online*, 2019, vol. 24, no. 1. 1586507. doi: 10.1080/10872981.2019.1586507.
6. Mukunda N., Moghbeli N., Rizzo A., Niepold S., Bassett B., DeLisser H.M. Visual art instruction in medical education: a narrative review. *Med Educ Online*, 2019, vol. 24, no. 1. 1558657. doi: 10.1080/10872981.2018.1558657.
7. Sizova Zh.M., Tregubov V.N., Malakhova T.N. Essential questions of training of dentists for accreditation. *Dentistry*, 2017, vol. 96, no. 2, pp. 66–69.
8. Reshetnikov V.A., Tregubov V.N., Mikerova M.S. The Russian experience of medical training in the specialty «Health organization and public health». *Problems of Health and Ecology*, 2017, vol. 2, no. 52, pp. 80–84.
9. Nori R., Signore S., Bonifacci P. Creativity Style and Achievements: An Investigation on the Role of Emotional Competence, Individual Differences, and Psychometric Intelligence. *Front Psychol*, 2018, vol. 9 : 1826. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01826.
10. Pohontsch N.J., Stark A., Ehrhardt M., Kotter T., Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Med Educ*, 2018, vol. 18, no.1. 231. doi: 10.1186/s12909-018-1335-7.
11. Siburina T.A., Knyazev A.A. Strategic reserve of leadership: The results of an empirical analysis and recommendations for the formation (for example, health care). *Management and business administration*, 2013, vol. 3, pp. 142–162.

12. Vender R.J. Leadership: an overview. *Am J Gastroenterol*, 2015 Mar, vol. 110, no. 3. 362-7. doi: 10.1038/ajg.2014.199.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Решетников Владимир Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ул. Трубецкая, 8, стр.2, г. Москва, 119991, Российская Федерация
resh1960@mail.ru*

Творогова Надежда Дмитриевна, д.психол.н., профессор, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии Института психолого-социальной работы

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ул. Трубецкая, 8, стр.2, г. Москва, 119991, Российская Федерация
n.tvorogova@gmail.com*

Козлов Василий Владимирович, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ул. Трубецкая, 8, стр.2, г. Москва, 119991, Российская Федерация
kvv.doc@gmail.com*

Соколов Никита Александрович, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ул. Трубецкая, 8, стр.2, г. Москва, 119991, Российская Федерация
sokolov.na@1msmu.ru*

Херсонский Илья Игоревич, ассистент кафедры педагогики и медицинской психологии Института психолого-социальной работы
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ул. Трубецкая, 8, стр.2, г. Москва, 119991, Российская Федерация
kosmos086@mail.ru*

Дробышев Дмитрий Александрович, студент Института общественного здоровья по программе Медико-профилактическое дело
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
ул. Трубецкая, 8, стр.2, г. Москва, 119991, Российская Федерация
dmitriy.drobychev@icloud.com*

DATA ABOUT THE AUTHORS

Reshetnikov Vladimir Anatolevich, MD, Professor, Head of the Department for Health Care and Public Health
*Sechenov First Moscow State Medical University
8 bld.2, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation
resh1960@mail.ru
SPIN-code: 4016-2059
ORCID: 0000-0002-7853-7356
ResearcherID: P-2353-2015
Scopus Author ID: 57207622775*

Tvorogova Nadezhda Dmitrievna, MD, Professor, Head of the Department of Pedagogy and Medical Psychology

*Sechenov First Moscow State Medical University
8 bld.2, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation
n.tvorogova@gmail.com*

Kozlov Vasilii Vladimirovich, PhD, assistant professor of the Department for Health Care and Public Health

*Sechenov First Moscow State Medical University
8 bld.2, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation
kvv.doc@gmail.com
SPIN-code: 7703-0013
ORCID: 0000-0002-2389-3820
ResearcherID: B-2647-2017
Scopus Author ID: 57191536076*

Sokolov Nikita Aleksandrovich, assistant of the Department for Health Care and Public Health

*Sechenov First Moscow State Medical University
8 bld.2, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation
sokolov.na@1msmu.ru
SPIN-code: 6421-1741
ORCID: 0000-0002-7275-283X*

Khersonskii Ilia Igorevich, assistant of the Department of Pedagogy and Medical Psychology

*Sechenov First Moscow State Medical University
8 bld.2, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation
kosmos086@mail.ru*

Drobyshev Dmitrii Aleksandrovich, student of the Public Health Institute

*Sechenov First Moscow State Medical University
8 bld.2, Trubetskaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation
dmitriy.drobyshev@icloud.com
ORCID: 0000-0001-5813-3437*

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

(<http://discover-journal.ru/guidelines.html>)

В журнале публикуются статьи, научные обзоры и сообщения проблемного и научно-практического характера, представляющие собой результаты завершенных исследований о важнейших достижениях в основных разделах фундаментальных и прикладных исследований, обладающие новизной и представляющие интерес для широкого круга читателей журнала, а также передовой опыт в области клинической, профилактической медицины, биологии и сельского хозяйства.

Требования к оформлению статей

Объем рукописи	7-24 страницы формата А4, включая таблицы, иллюстрации, список литературы; для аспирантов и соискателей ученой степени кандидата наук – 7-10.
Поля	все поля – по 20 мм
Шрифт основного текста	Times New Roman
Размер шрифта основного текста	14 пт
Межстрочный интервал	полutorный
Отступ первой строки абзаца	1,25 см
Выравнивание текста	по ширине
Автоматическая расстановка переносов	включена
Нумерация страниц	не ведется
Формулы	в редакторе формул MS Equation 3.0
Рисунки	по тексту
Ссылки на формулу	(1)
Ссылки на литературу	[2, с.5], цитируемая литература приводится общим списком в конце статьи в порядке упоминания

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ССЫЛКИ-СНОСКИ ДЛЯ УКАЗА-
НИЯ ИСТОЧНИКОВ**

Обязательная структура статьи

УДК

ЗАГЛАВИЕ (на русском языке)

Автор(ы): фамилия и инициалы (на русском языке)

Аннотация (на русском языке)

Ключевые слова: отделяются друг от друга точкой с запятой (на русском языке)

ЗАГЛАВИЕ (на английском языке)

Автор(ы): фамилия и инициалы (на английском языке)

Аннотация (на английском языке)

Ключевые слова: отделяются друг от друга точкой с запятой (на английском языке)

Текст статьи (на русском языке)

1. Введение.
2. Цель работы.
3. Материалы и методы исследования.
4. Результаты исследования и их обсуждение.
5. Заключение.
6. Информация о конфликте интересов.
7. Информация о спонсорстве.
8. Благодарности.

Список литературы

Библиографический список по ГОСТ Р 7.05-2008

References

Библиографическое описание согласно требованиям журнала

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Фамилия, имя, отчество полностью, должность, ученая степень, ученое звание

Полное название организации – место работы (учебы) в именительном падеже без составных частей названий организаций, полный юридический адрес организации в следующей последовательности: улица, дом, город, индекс, страна (на русском языке)

Электронный адрес

SPIN-код в SCIENCE INDEX:

DATA ABOUT THE AUTHORS

Фамилия, имя, отчество полностью, должность, ученая степень, ученое звание

Полное название организации – место работы (учебы) в именительном падеже без составных частей названий организаций, полный юридический адрес организации в следующей последовательности: дом, улица, город, индекс, страна (на английском языке)

Электронный адрес

AUTHOR GUIDELINES

(<http://discover-journal.ru/en/guidelines.html>)

In the World of Scientific Discoveries publishes papers of problematic nature, as well as scientific reviews that reflect the most important achievements in the main fields of both the fundamental and applied research in medicine, biology and agricultural sciences.

Requirements for the articles to be published

Volume of the manuscript	7-24 pages A4 format, including tables, figures, references; for post-graduates pursuing degrees of candidate and doctor of sciences – 7–10.
Margins	all margins –20 mm each
Main text font	Times New Roman
Main text size	14 pt
Line spacing	1.5 interval
First line indent	1,25 cm
Text align	justify
Automatic hyphenation	turned on
Page numbering	turned off
Formulas	in formula processor MS Equation 3.0
Figures	in the text
References to a formula	(1)
References to the sources	[2, p.5], references are given in a single list at the end of the manuscript in the order in which they appear in the text

**DO NOT USE FOOTNOTES
AS REFERENCES**

Article structure requirements

TITLE (in English)

Author(s): surname and initials (in English)

Abstract (in English)

Keywords: separated with semicolon (in English)

Text of the article (in English)

1. Introduction.

2. Objective.

3. Materials and methods.

4. Results of the research and Discussion.

5. Conclusion.

6. Conflict of interest information.

7. Sponsorship information.

8. Acknowledgments.

References

References text type should be Chicago Manual of Style

DATA ABOUT THE AUTHORS

Surname, first name (and patronymic) in full, job title, academic degree, academic title

Full name of the organization – place of employment (or study) without compound parts of the organizations' names, full registered address of the organization in the following sequence: street, building, city, postcode, country

E-mail address

SPIN-code in SCIENCE INDEX:

СОДЕРЖАНИЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ
РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ
БЕРЕМЕННОСТИ
**Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н.,
Виноградов К.А., Миронова А.А.** 12
- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ
**Курбанисмаилов Р.Б., Наркевич А.Н.,
Виноградов К.А., Миронова А.А.** 26
- АЛКОГОЛИЗМ КАК УГРОЗА СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
Яковенко Н.В., Федотов В.И., Михно В.Б., Сафонова И.В. 39
- БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: МОНИТОРИРОВАНИЕ
КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ВРАЧОМ
АЛЛЕРГОЛОГОМ-ИММУНОЛОГОМ
Ганцева Х.Х., Ханова А.К., Явгильдина А.М. 54
- ДИАГНОСТИКА КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА
Ганцева Х.Х., Ханова А.К., Явгильдина А.М. 69
- СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ *Mycobacterium*
tuberculosis (СРАВНЕНИЕ С РАНДОМИЗИРОВАННОЙ
ВЫБОРКОЙ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН)
Чубарян В.Т., Саенко Г.И., Худогонов И.Ю., Модебадзе Е.В. 85

**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ
КОМОРБИДНОСТИ**

**Козлов Е.В., Деревянных Е.В., Балашова Н.А.,
Яскевич Р.А., Москаленко О.Л. 103**

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И УРОВЕНЬ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ,
ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА ПОДГОТОВКУ ПО ПРОФИЛЮ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**Решетников В.А., Творогова Н.Д., Козлов В.В.,
Соколов Н.А., Херсонский И.И., Дробышев Д.А. 121**

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ 145

CONTENTS

PUBLIC HEALTH AND PREVENTIVE MEDICINE

THE PREVALENCE OF EXTRAGENITAL RISK FACTORS AND THEIR IMPACT ON ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES Kurbanismailov R.B., Narkevich A.N., Vinogradov K.A., Mironova A.A.	12
THE PREVALENCE OF OBSTETRIC RISK FACTORS AND THEIR IMPACT ON ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES Kurbanismailov R.B., Narkevich A.N., Vinogradov K.A., Mironova A.A.	26
ALCOHOLISM AS A THREAT TO SOCIAL SAFETY OF THE POPULATION IN THE VORONEZH REGION Yakovenko N.V., Fedotov V.I., Mikhno V.B., Safonova I.V.	39
BRONCHIAL ASTHMA: MONITORING THE QUALITY OF DISPENSIONIZATION OF PATIENTS BY THE ALLEROLOGIST-IMMUNOLOGY Gantseva Kh.Kh., Khanova A.K., Yavgildina A.M.	54
DIAGNOSTICS OF QUALITY TRAINING PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN PROFESSIONAL ACTIVITY OF A DOCTOR ALLERGOLOGIST-IMMUNOLOGY Gantseva Kh.Kh., Khanova A.K., Yavgildina A.M.	69
SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PULMONARY MDR/XDR TB MALE PATIENTS (COMPARISON WITH A RANDOMIZED SAMPLE OF HEALTHY MEN) Chubaryan V.T., Saenko G.I., Khudonogov I.Yu., Modebadze E.V.	85

THE EFFECT OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS
ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC
OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE IN CONDITIONS
OF COMORBIDITY

**Kozlov E.V., Derevyanykh E.V., Balashova N.A.,
Yaskevich R.A., Moskalenko O.L. 103**

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND THE LEVEL
OF PROFESSIONAL SKILLS OF STUDENTS ORIENTED
TO BECOME A HEALTH CARE MANAGERS

**Reshetnikov V.A., Tvorogova N.D., Kozlov V.V., Sokolov N.A.,
Khersonskiy I.I., Drobychev D.A. 121**

RULES FOR AUTHORS 145

Подписано в печать 01.11.2019. Дата выхода в свет 01.11.2019. Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 10,97. Тираж 5000 экз. Свободная цена. Заказ SJLSA113/019. Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии «Издательство «Авторская Мастерская». Адрес типографии: ул. Пресненский Вал, д. 27 стр. 24, г. Москва, 123557 Россия.