

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

1`2023

Учредитель:

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
“Читинская государственная медицинская академия”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Главный редактор:
Зайцев Д.Н.

Заместители главного редактора:
Ларёва Н.В.,
Горбунов В.В.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Байке Е.Е.,
Богомолова И.К., Витковский Ю.А.,
Говорин Н.В., Говорин А.В.,
Емельянова А.Н., Евстафьева Ю.В.,
Лобанов С.Л., Миromanов А.М.,
Миromanова Н.А., Мочалова М.Н.,
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.,
Писаревский Ю.Л., Романова Е.Н.,
Сахаров А.В., Серебрякова О.В.,
Дударева В.А., Солпов А.В.,
Цепелев В.Л., Цыбиков Н.Н.,
Шаповалов К.Г., Щербак В.А.

Ответственный секретарь – Макеева Л.Н.
Технический редактор – Чернова Ю.Г.
Корректор – Бальчинова Д.Г.

Подписано в печать 24.03.2023
Бумага офсетная
Формат 60x84/8
Усл. изд. л. 5,6
Тираж 100

Адрес редакции:
672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 306
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E-mail: chgmazabmed@mail.ru

© ЧГМА, 2023

**Ежеквартальное
научно-практическое
издание**



СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Жуков А.К., Филёв А.П., Зайцев Д.Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА

КАК СКРИНИНГ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА.....4

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ, ГОТОВЯЩИХСЯ

К ЭСТЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....7

Троицкая Н.И.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА A8202G ГЕНА MMR9

С УРОВНЕМ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 9

ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....9

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С., Батомункуева С.З., Першин В.А.

МЕХАНИЗМЫ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ВОЗБУДИМОСТИ

ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ.....11

Просьяник В.И., Серебрякова О.В., Серкин Д.М., Гринь Н.О.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГИСТРА

САХАРНОГО ДИАБЕТА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....15

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Батоева Ц.А., Шишова А.С., Харинцева С.В., Доржиева Т.В.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ОЗУРДЕКС®

ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕМ ИРИДОЦИКЛИТЕ И МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ.....19

Михайличенко М.И., Фомин Д.П., Коваль А.О., Азаров Б.В., Гочеев С.Г., Доржиев Б.Д.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА СЕЛЕЗЕНКИ

НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....22

МАТЕРИАЛЫ I ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ДОСТУПНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – БЕЗБАРЬЕРНАЯ СРЕДА»

Богомолова И.К., Зайцев Д.Н., Сахаров А.В., Шаповалов К.Г., Жилина А.А., Долина А.Б.,

Мироманова Н.А., Ладнич Н.А., Кириллова О.А., Емельянов А.С., Полищук А.Г.

РАЗВИТИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.....25

Богомолова И.К., Михно В.А., Емельянова О.Н., Перегоедова В.Н., Чаванина С.А.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ

ПЕДИАТРИИ ЛЕЧЕБНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ.....27

Бурякова Т.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СТУДЕНТОВ

С ОРГАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....27

Власова А.Н., Потапова Н.Л., Андреева Е.В.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В РАМКАХ ДИСЦИПЛИНЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ.....29

Емельянова Н. М.

ЭЛЕКТРОННЫЕ БИБЛИОТЕЧНЫЕ СИСТЕМЫ

И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ РАБОТЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОГРАНИЧЕНИЯМИ ПО ЗДОРОВЬЮ.....30

Ладнич Н.А.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

В ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.....31

Намоконов Е.В., Артамонова З.А., Шемякина Н.А. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ С ОРГАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	33
Обыденко В.И., Баясхаланова Ц.Б. МЕТОДЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН.....	34
Остроухова К.В., Кочерга В.Г., Агаджанян А.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО ЗРЕНИЮ В ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» МИНЗДРАВА РОССИИ.....	35
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Яшнова Н.Б., Турчина Е.В. ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	36
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Яшнова Н.Б. ПОДГОТОВКА К ОЛИМПИАДЕ КАК ФОРМА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ.....	38
Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С. РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ «ОБУЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ ОБУЧЕНИЕ» В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ.....	39
Поротников В.В. ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОЛОНТЁРСТВА В ДОБРОВОЛЬЧЕСКОМ ДВИЖЕНИИ ФГБОУ ВО ЧГМА «ТЫ НЕ ОДИН!».....	41
Сандакова Д.Ц., Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ОРГАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ.....	42
Филиппович М.С. ДОБРОВОЛЬЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОРГАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ В КОНТЕКСТЕ ДОВЕРИЯ.....	44
Шивкова Е.А., Романова Е.М., Бакалова Ю.В. ОЦЕНКА РОЛИ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ И ТВОРЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПАТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ К УСЛОВИЯМ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.....	46
Юданова Т.В. ИНКЛЮЗИВНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ.....	47
ЮБИЛЕЙ	
К юбилею заведующей кафедрой физической культуры Лизандер Ольги Афанасьевны.....	49
К юбилею Шаповаловой Нины Михайловны.....	50
Кафедре факультетской хирургии с курсом урологии 65 лет.....	51
ЖИВЫЕ СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
95 лет со дня рождения первого комсомольского секретаря и сталинского стипендиата ЧГМИ, ассистента кафедры нормальной анатомии ЧГМИ, врача-невропатолога Ф.Ф. Бурьянова.....	54
80 лет со дня рождения анестезиолога-реаниматолога, ассистента кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ЧГМИ, организатора городской службы гравитационной хирургии крови В.И. Савельева.....	57
ИНФОРМАЦИЯ	
Информация о IX Конференции акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Клинические протоколы и контраверсии в акушерстве, гинекологии, репродуктологии».....	60

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**УДК: 616.133 : 616.12-07**

Жуков А.К., Филёв А.П., Зайцев Д.Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА КАК СКРИНИНГ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания остаются наиболее частой причиной смертности в Российской Федерации [7] и в мире [10]. Среди них нагрузкой на здравоохранение по прежнему являются нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия [8]. Актуальна также проблема инвалидизации больных с этими заболеваниями [6]. Возраст является главным немодифицируемым фактором риска сосудистых заболеваний. Одним из важнейших факторов старения человека служит биологический возраст сосудов [2]. Сосудистый возраст - это хронологический возраст «идеального» пациента с таким же уровнем абсолютного риска, как и у обследуемого, но без модифицируемых факторов риска [5]. Важной проблемой существующих шкал сердечно-сосудистого риска являются их абстрактность и трудность для больных, что не способствует повышению приверженности к изменению образа жизни и назначаемой терапии. Однако, следуя рекомендациям врача, эпигенетический возраст возможно снизить [5]. Увеличение толщины комплекса интима-медиа является не только следствием развития атеросклеротического процесса, но и ответом на увеличение потока и напряжения артериальной стенки при артериальной гипертензии, что может приводить к ремоделированию артерии [1]. Ультразвуковая оценка наличия атеросклеротических бляшек может рассматриваться как маркер каротидного атеросклероза [1]. Для оценки сосудистого возраста инструментально измеряется толщина комплекса интима-медиа сонных артерий [2]. Всем пациентам с ИБС без ранее верифицированного атеросклероза любой локализации рекомендуется дуплексное сканирование экстракраниальных отделов сонных артерий [3]. Систематическое использование толщины комплекса интима-медиа для улучшения оценки риска не рекомендуется [4]. Поэтому высока потребность в скрининговых методах оценки сосудистого возраста, которые

бы позволили эффективно оценивать сердечно-сосудистый риск и при этом были бы просты для понимания пациентом. В связи с этим, целью нашего исследования стало создание скринингового метода расчета сосудистого возраста для оценки сердечно-сосудистого риска.

Методы и материалы. В исследование были включены 60 пациентов: 30 мужчин и 30 женщин с диагнозом «Ишемический инсульт по атеротромботическому типу», подтвержденный методами сосудистой визуализации: КТ-ангиография головного мозга и ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий на аппарате Syntrop. Средний возраст мужчин составил $67 \pm 0,75$ лет, женщин $71 \pm 0,58$ год. Сосудистый возраст определяли по данным ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, а именно – толщине комплекса интима-медиа. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Office Excel - использовался метод линейного регрессионного анализа. Разработка программы производилась с помощью Microsoft Visual Studio 2022.

Результаты и обсуждение. В настоящее время одним из действенных способов диагностики сосудистых изменений является УЗИ сонных артерий. Так, у пациентов исследуемой группы по полученным данным ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий было выявлено опережение сосудистого возраста над биологическим. Данные изменения имеют гендерные различия – они более выражены у мужчин (20,7 лет), чем у женщин (14,5 лет) (Рисунки 1-3). Сосудистый возраст пациентов был подсчитан путем сравнения референсных значений средней толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии, установленных в исследовании Carotid Atherosclerosis Progression Study: 0,756 мм в 45 лет; 0,837 мм в 55 лет; 0,921 мм в 65 лет; 1,028 мм 75 лет; 1,208 мм в 85 лет [9].

Далее для расчета сосудистого возраста, используя метод линейной аппроксимации из показателей шкалы SCORE, были выведены формулы у мужчин и у женщин.

Формула расчета сосудистого возраста у женщин = $0,8941x + 75,037$
($R^2 = 0,899$).

Формула расчета сосудистого возраста у мужчин = $0,8165x + 78,345$
($R^2 = 0,8971$)
 $x = \% \text{ SCORE}$.

Биологический возраст	Женщины		Биологический возраст	Мужчины	
	Толщина интимы по УЗИ	Сосудистый возраст		Толщина интимы по УЗИ	Сосудистый возраст
56	1	75	37	1,2	85
53	1,1	80	64	1,1	80
60	1,1	80	60	1,1	80
61	1,1	80	71	1,1	80
79	1,1	80	78	1,1	80
84	1,1	80	58	1,2	85
88	1,1	80	67	1,2	85
55	1,2	85	61	1,2	85
58	1,2	85	64	1,2	85
57	1,2	85	66	1,2	85
64	1,2	85	61	1,3	>85
66	1,2	85	58	1,3	>85
70	1,2	85	62	1,3	>85
73	1,2	85	66	1,3	>85
68	1,2	85	71	1,3	>85
71	1,2	85	67	1,3	>85
61	1,3	>85	70	1,3	>85
68	1,3	>85	81	1,3	>85
82	1,3	>85	71	1,3	>85
84	1,3	>85	49	1,4	>85
76	1,3	>85	68	1,4	>85
79	1,4	>85	70	1,4	>85
76	1,4	>85	77	1,4	>85
81	1,4	>85	81	1,4	>85
82	1,4	>85	82	1,4	>85
83	1,4	>85	66	1,6	>85
87	1,4	>85	65	1,5	>85
64	1,5	>85	76	1,5	>85
79	1,5	>85	70	1,6	>85
81	1,5	>85	72	1,7	>85

Рис. 1. Сосудистый возраст пациентов, рассчитанный с помощью ультразвукового исследования

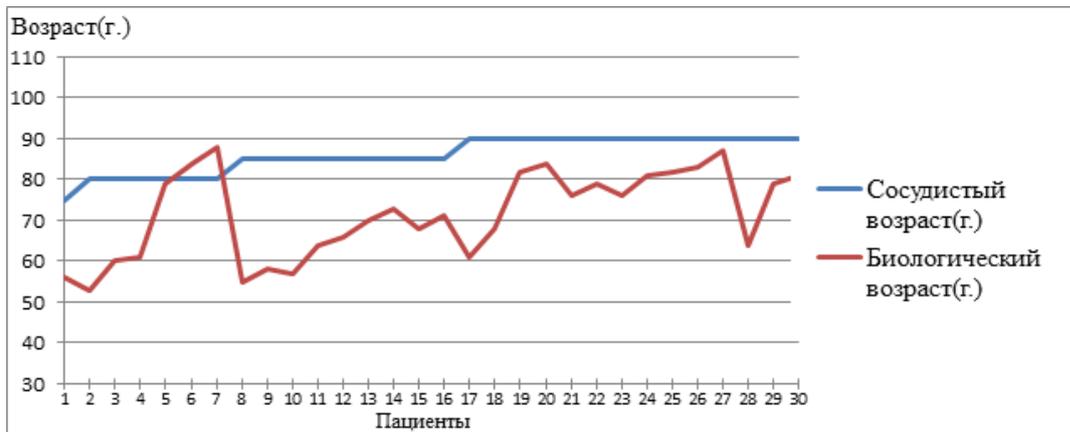


Рис. 2. опережение сосудистого возраста над биологическим у женщин

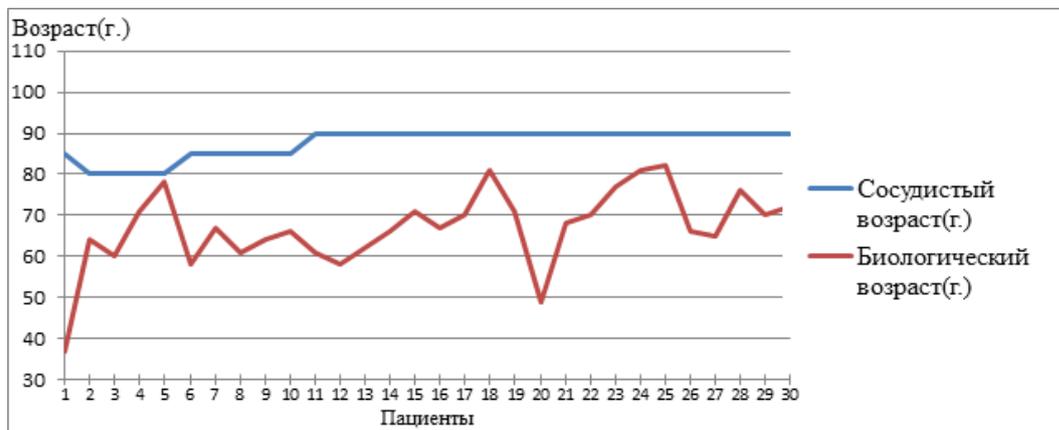


Рис. 3. опережение сосудистого возраста над биологическим у мужчин

Клинический пример.

Пациент Д., 65 лет в январе 2020 поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с нарушениями мозгового кровообращения Городской клинической больницы № 1 с диагнозом:

Основной: Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии. Выраженный гемипарез справа. Корковая дизартрия.

Фоновый: Мультифокальный атеросклероз. Гемодинамически значимый стеноз внутренней сонной артерии справа. Гипертоническая болезнь 3 стадия неконтролируемое течение риск 4. Осложненный криз от 17.01.2020. Сахарный диабет 2 тип целевой уровень HbA1c < 7,5%. Диабетическая энцефалопатия, полинейропатия, нефропатия ХБП 3А (СКФ 50,4 мл/мин).

Сопутствующий: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 2 ф.кл. ХСН с сохраненной ФВ (52%), стадия 2а, ФК II. Атеросклероз аорты, клапанного аппарата.

Липидный профиль: общий холестерин 7,6 ммоль/л, триглицериды 2,1 ммоль/л, ЛПНП 4,6 ммоль/л, ЛПВП 0,4 ммоль/л, ЛПОНП 0,5 ммоль/л. Индекс массы тела = 30,1. Сердечно-сосудистый риск по SCORE = 10%.

По данным дуплексного сканирования: общая сонная артерия справа: диаметр 7,5 мм., толщина комплекса интима-медиа 1,2 мм., ЛСК 44 см/сек. Общая сонная артерия слева: диаметр 7,7 мм., толщина комплекса интима-медиа 0,9 мм., ЛСК 38 см/сек. Внутренняя сонная артерия слева: толщина комплекса интима-медиа 1,0 мм., ЛСК 42 см/сек. Внутренняя сонная артерия справа: толщина комплекса интима-медиа 1,2 мм., ЛСК 46 см/сек.

Сосудистый возраст, определенный по толщине комплекса интима-медиа на УЗИ = 85 лет.

Сосудистый возраст, рассчитанный по формуле:

$$0,8165 \times 10 + 78,345 = 86,5 \text{ лет}$$

Разница между сосудистым возрастом и хронологическим = 20 лет

Данный клинический случай наглядно демонстрирует проблему опережения сосудистого возраста перед хронологическим и определяет раннее старение пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

Заключение. Разработанный метод может служить скрининговым исследованием,

позволяющим определять сосудистый профиль пациентов, руководствуясь физикальными и лабораторными данными, доступными в амбулаторных условиях. Мотивация «снизить свой сосудистый возраст на несколько лет» с помощью отказа от курения, модификации питания и постоянного медикаментозного лечения может оказаться более действенной, чем рекомендация «уменьшить свой сердечно-сосудистый риск на несколько процентов». В результате абстрактная величина абсолютного риска трансформируется в более понятный параметр, что позволяет лучше донести до пациента необходимость изменений и улучшает приверженность к лечению. Поэтому рекомендуется включить сосудистый возраст в диагноз как один из параметров, определяющих сердечно-сосудистый риск.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балахонова Т.В., Трипотень М.И., Погорелова О.А.. Ультразвуковые методы оценки толщины комплекса интима-медиа артериальной стенки. SonoAce Ultrasound №21.2010; 57-58.
2. Драпкина О.М., Манджиева Б.А. Сосудистый возраст. Механизмы старения сосудистой стенки. Методы оценки сосудистого возраста. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13(5): 74–75.
3. Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» Российское кардиологическое общество. 2020 С.23.
4. Рекомендации ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2021. Российский кардиологический журнал. 2022;27(7):5155.
5. Троицкая Е.А., Вельмакин С.В., Кобалава Ж.Д. Концепция сосудистого возраста: новый инструмент оценки сердечно-сосудистого риска. Артериальная гипертензия. 2017; 23(2):161-162.
6. Федеральная служба государственной статистики: Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr4-2.xls> (24 января 2023)
7. Федеральная служба государственной статистики: Число умерших по основным классам причин смерти [Электронный

- ресурс]. - Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo24-1_2021.xls (24 января 2023)
8. Федеральная служба государственной статистики: Число умерших по причинам смерти [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo24-2_2021.xlsx (24 января 2023)
 9. Lorenz M.W. [et al.]. Carotid intima-media thickening indicates a higher vascular risk across a wide age range: prospective data from the carotid atherosclerosis progression study (CAPS) // Stroke. – 2006. – Vol. 37, N 1. – P. 87– 92.
 10. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (24 января 2023)

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.
**ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС
 ПАЦИЕНТОВ, ГОТОВЯЩИХСЯ
 К ЭСТЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ
 В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Введение. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица значительно влияют на психо-эмоциональное состояние человека, его характер и социальную адаптацию (2, 4). Травмирующее воздействие нередко проявляется повышенной психической ранимостью, обидчивостью, раздражительностью пациентов. У них возникают мысли о собственной неполноценности, формируются стойкие депрессивные расстройства, иногда вплоть до суицидальных действий. Эстетические операции в челюстно-лицевой области (ЧЛО), как правило, приводят к быстрому и стойкому улучшению состояния, изменению собственной самооценки, повышению общественно-социальной значимости человека (1). Успешное оперативное устранение косметического дефекта приводит к значительному оздоровлению душевного состояния пациента. Исключения к проведению хирургических косметических операций составляют лишь люди с абсолютными психическими противопоказаниями: бредовые идеи, дисморфобии и другие грубые психические расстройства. Пациенты с жалобами на необычные и тягостные ощущения в области лица, не связанные с органической патологией также требуют тщательного психиатрического обследования. Иногда необычные жалобы могут указывать на наличие психического заболевания, проявляющегося сенестопатиями (4).

Цель. Установить особенности психического состояния лиц, обратившихся к пластическому хирургу.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели необходимо было определить доминирующие мотивы, личностные свойства, уровень тревожности данного контингента больных, а также выявить наличие у них собственно психопатологических расстройств.

Все 145 пациентов, обратившихся на консультацию к пластическому хирургу, заполняли анонимные анкеты-опросники. В них содержались вопросы о возрасте, поле, образовании, профессии, семейном положении,

причинах обращения к пластическому хирургу и др. Для определения личностной ситуативной тревожности использованы многофакторный опросник Р. Кэттэла, опросный лист Лири и тест Спилберга.

Полученные результаты. Обследованию подверглось 145 человек, обратившихся в Клинику ЧГМА. У 79 (54,5%) из них косметические дефекты были обусловлены последствиями травм, воспалительных и онкологических заболеваний, а у остальных – возрастными изменениями лица или их не удовлетворяла собственная внешность. Из всех обследуемых женщины составили 82,0%, а мужчины 18%. В возрасте до 20 лет было 13 (9%), 21-40 лет – 73 (59%), 41-60 лет – 39 (27%), от 61 года и старше – 20 (13,8%) пациентов. Почти половина исследуемых лиц (72) не состояла в браке, 20 (13,8%) – были разведены, 46 (32%) замужем или женаты и 7 (4,8%) вдовы. Неполное среднее образование из обратившихся имело 4,8%, среднее специальное – 54,4%, среднее – 13,8%; высшее – 27%.

В процессе исследования личностных характеристик по опроснику Р. Кэттэлла выявлено, что интеллектуальные и эмоционально-волевые особенности, коммуникативные свойства и виды межличностного взаимодействия в большинстве наблюдений находились на уровне средних величин и не выходили за пределы нормы. При этом у больных с последствиями травм при исследовании личностных характеристик выявлено значительное преобладание эмоциональной неустойчивости, а у лиц с последствиями онкологических заболеваний заметно доминировали признаки к эмоциональной несдержанности с низкой способностью к прогнозированию последствий своих поступков. В то же время, у людей, желающих выглядеть моложе, отмечались признаки повышенной доверчивости, внутренней расслабленности, умения ладить с людьми и заниженная самооценка.

Данные, полученные по опроснику Лири, указывали на то, что у многих обследуемых ведущими качествами характера являются бескорыстие и дружелюбие. В то же время, у больных с посттравматическими последствиями лица преобладало доминирование в межличностных отношениях, самоуверенности и агрессивности, а у пациентов с онкологическими дефектами, деформациями ЧЛО – бескорыстие и повышенная подчиняемость.

Оценка результатов по опроснику Спилберга выявила, что у большинства больных уровень ситуативной тревоги не превышал средних значений, а состояние личностной тревоги было чуть выше среднего показателя. Между тем установлено, что уровень показателя ситуативной тревоги в группе лиц с последствиями травм лица был ниже, чем уровень личностной тревоги. У пациентов с последствиями онкологических заболеваний состояние ситуативной тревоги превышало уровень личностной тревоги. Следует обратить внимание на то, что у людей, неудовлетворенных своей внешностью, личностная тревога значительно превосходила ситуативную.

Заключение. Таким образом, изучение личностных психо-эмоциональных особенностей у пациентов убедительно указывает на тесную связь эмоциональных, характерологических и поведенческих реакций с внешностью человека, обусловленной врожденными и приобретенными дефектами и деформациями ЧЛО. В частности, у них в личностных свойствах преобладает доминирование бескорыстия и дружелюбия, а уровень ситуативной и личностной тревоги определяется как средний. В то же время у многих пациентов нами психопатологических расстройств (дисморфоманический синдром, неврозоподобные расстройства, психопатии и др.) не выявлено. Более того, большинство из них обратилось за консультацией пластического хирурга для устранения дефектов и деформаций ЧЛО по явно обоснованным поводам. Следует отметить, что воспалительные и онкологические заболевания лица вызывают у людей наиболее высокую ситуативную и личностную тревогу, а у пациентов, недовольных своей внешностью, общий уровень тревоги наименьший.

Между тем, определение показаний к пластической операции является одним из важнейших этапов деятельности пластического хирурга. В определенной степени это зависит от знания индивидуальных психо-эмоциональных особенностей людей, обратившихся за косметологической помощью. Именно поэтому участие психолога (психиатра) является необходимым при решении вопроса о целесообразности проведения косметических операций, а также для проведения психотерапевтической подготовки пациентов к операции с целью их дальнейшей реадaptации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб.: Гиппократ, 1998. Стр. 571–573
2. Нгуен Д.К. Обзор методов оценки психоэмоционального состояния человека / Д.К. Нгуен, М.М. Южаков // VI Научно-практическая конференция «Информационно-измерительная техника и технологии», 27-30 мая 2015 г.- Томск, 2015.- С. 109-112
3. Петрова Н.Н. Личностно-психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии / Н.Н. Петрова, Ю.А. Спесивцев, О.М. Грибова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. 2013; (1): С. 94-103.
4. Петрова Н.Н. Клиническая и психосоциальная характеристика пациентов пластической хирургии / Н.Н. Петрова, Н.В. Калакуцкий, О.М. Палатина // Российский медицинский журнал, 2017; 23(6): С. 315-320.

УДК 616.379-008.64

Троицкая Н.И.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА A8202G ГЕНА MMP9 С УРОВНЕМ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 9 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Введение. Сахарный диабет является одной из неинфекционных патологий, увеличение заболеваемости которой за последние десятилетия приобрели масштаб мировой эпидемии [1, 2]. У 4-25 % больных сахарным диабетом отмечается развитие синдрома диабетической стопы, сопровождающегося высоким риском гангрены [3, 4]. Выполнение высоких ампутаций у данной группы пациентов часто сопровождается развитием осложнений (до 37 %) и высокой послеоперационной летальностью – 9-23 % [3].

В патогенезе развития синдрома диабетической стопы важная роль принадлежит процессам ремоделирования сосудистого русла, немаловажную роль в котором играют матриксные металлопротеиназы, участвующие в процессе ангиогенеза и регулирующие деятельность ростовых факторов [5, 6]. На степень активности биологически активных

веществ существенное влияние оказывает уровень экспрессии генов, кодирующих их выработку.

В связи с вышеизложенным, изучение роли генетических компонентов в развитии синдрома диабетической стопы, их влияния на выработку активных соединений и механизмов взаимодействия с ними, позволит улучшить понимание патогенеза развития синдрома диабетической стопы.

Цель работы: оценить взаимосвязь полиморфизма A8202G гена MMP9 с уровнем матриксной металлопротеиназы 9 при различных вариантах течения сахарного диабета.

Материалы и методы. Исследование выполнялось на базе ГУЗ Городская клиническая больница № 1 г. Читы в период с 2016 по 2018 гг. В клинические группы вошли 199 пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы и 198 больных с течением неосложненным сахарным диабетом.

Генотипирование исследуемого полиморфизма проводилось на базе НИИ Молекулярной медицины ФГБОУ ВО ЧГМА методом полимеразной цепной реакции с использованием соответствующего набора реактивов согласно инструкции производителя.

Исследование матриксной металлопротеиназы 9 (MMP 9) проводилось в Лаборатории экспериментальной и клинической биохимии и иммунологии НИИ Молекулярной медицины ФГБОУ ВО ЧГМА методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Оценка статистической значимости различий показателей исследования проводилась за счет построения произвольной таблицы сопряженности с использованием критерия хи-квадрат Пирсона. Зависимость относительных показателей оценивалась путем сравнения полученного значения критерия хи-квадрат с критическим (определяло уровень значимости р). Оценка нормальности распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка. Полученные данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала (Me (25%; 75%)). Для описания наблюдаемых тенденций при сравнении групп попарно использован критерий Манна-Уитни с применением поправки Бонферрони при оценке значения р. Статистически значимые отличия считались при $p < 0,05$. Для определения степени параллелизма выполнялся корреляционный анализ с определением непараметрического

коэффициента корреляции Спирмена (ρ), его доверительного интервала (95% CI). Сила связи и ее направление определялись по шкале Чеддока. Значение уровня $p < 0,05$ рассматривалось как статистически значимое. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «IBM SPSS Statistics Version 25.0».

Результаты. Исследованный нами полиморфизм A8202G гена MMP9 соответствовал равновесию Харди-Вайнберга.

Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота генотипов полиморфизма A8202G гена MMP9 в исследуемых группах ($df = 2$)

Генотипы	Пациенты с СД n = 198	Пациенты с СДС n = 199	χ^2	p
Генотип А/А	35,4 % (70/198)	30,1 % (60/199)	3,238	0,199
Генотип А/Г	35,8 % (71/198)	32,7 % (65/199)		
Генотип G/G	28,8 % (57/198)	37,2 % (74/199)		

Примечание: n – количество обследованных, χ^2 – хи-квадрат, p – уровень значимости между группами.

По данным нашего исследования, у пациентов сравниваемых групп не было выявлено статистически значимых отличий частоты распространенности генотипов полиморфизма A8202G гена MMP9. Среди пациентов с сахарным диабетом гомозиготный генотип А/А исследованного полиморфизма гена MMP9 встречался в 35,4 %, при развитии диабетической стопы в 30,1 %. Гетерозиготный генотип А/Г полиморфизма A8202G указанного гена был выявлен у 35,8 % в группе с неосложненным течением сахарного диабета и 32,7 % в группе с диабетической стопой. Гомозиготный генотип G/G полиморфизма A8202G гена MMP9 у обследуемых пациентов определялся в 28,8 % случаев при неосложненном сахарном диабете и 37,2 % при развитии синдрома диабетической стопы.

Далее нами был исследован уровень MMP9. Полученные данные представлены в таблице 2.

По данным нашего исследования, достоверно значимых отличий уровня MMP9 у пациентов с диабетической стопой и неосложненным сахарным диабетом не выявлено.

Таблица 2

Показатели MMP9 при различных вариантах течения сахарного диабета ((Me (25-й; 75-й))

Показатель	1 группа – сахарный диабет без диабетической стопы (n = 30)	2 группа – сахарный диабет с диабетической стопой (n=30)	Критерий Манна-Уитни
MMP 9, нг/мл	465,4 (319,1 – 844,35)	478,7 (279,3 – 691,5)	0,567

Примечание: n – число обследованных; p – уровень значимости различий между группами.

Далее нами была оценена степень взаимосвязи между полиморфизмом A8202G гена MMP9 и уровнем MMP9. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Корреляция полиморфизма A8202G гена MMP9 с уровнем MMP9 при различных вариантах течения сахарного диабета

Показатель	ρ	p	95 % CI	Сила связи
MMP 9, нг/мл	-0,308*	0,022	0,185-0,502	Обратная умеренная

Примечание: ρ – коэффициент корреляции Спирмена; p – уровень значимости различий между группами; 95% CI – 95% доверительный интервал ρ ; *корреляция значима на уровне 0,05.

По результатам нашего исследования, выявлена значимая обратная умеренная степень согласованности между значением MMP9 и полиморфизмом A8202G гена MMP9 ($\rho = -0,308$, $p = 0,022$, CI95 % 0,185 – 0,502).

Заключение. Наличие корреляции изменений концентрации MMP9 и полиморфизма A8202G гена MMP9 у обследованных больных позволяет предположить наличие глубокого ремоделирования сосудистого русла при развитии синдрома диабетической стопы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 7th Edition. 2015:144. ISBN: 978-2-930229-81-2.
2. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions. Diabetes Care. 2017;40(1):4-5. doi: 10.2337/dc17-S003
3. Amin N., Doupis J. Diabetic foot disease: From the evaluation of the “foot at risk” to the novel diabetic ulcer treatment modalities. World J.

Diabetes. 2016;7(7):153-164. DOI: 10.4239/wjd.v7.i7.153.

4. Veves A., Giurini J. M., Guzman R.J. The Diabetic Foot. Medical and Surgical Management Fourth Edition. Humana Press. 2018:514. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-89869-8> Library of Congress Control Number: 2018949324.
5. Серебренников Р.В., Гришина И.Ф., Лягаева А.Г. Ремоделирование сосудистой стенки эндотелиальная функция у пациентов с артериальной гипертензией и дефицитом массы тела. Уральский медицинский журнал. 2016;11(144):67 – 73.
6. Singh K., Agrawal N.K., Gupta S.K., Singh K.A. Functional single nucleotide polymorphism -1562C>T in the matrix metalloproteinase-9 promoter is associated with type 2 diabetes and diabetic foot ulcers. Int. J. Low. Extrem. Wounds. 2013;12(3):199–204. doi: 10.1177/1534734613493289

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю.,
Найданова И.С., Батомункуева С.З., Першин В.А.
**МЕХАНИЗМЫ
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
ВОЗБУДИМОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ**
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Напряженное и нестабильное положение в современном обществе в наибольшей степени влияет на психосоматическое здоровье человека. Стрессы, хронические тревожные расстройства во многом обуславливают у населения проблемы со здоровьем. Жевательный аппарат одним из первых реагирует на эти изменения, а число пациентов, обращающихся к стоматологу по поводу парафункций жевательной мускулатуры, существенно возросло. Парафункции жевательной мускулатуры могут проявляться явлениями бруксизма (стискивание челюстей, стискивание и скрип зубами) на фоне нарушения электрофизиологической возбудимости жевательных мышц. В связи с этим изучение тонких механизмов электрофизиологии жевательных мышц становится особенно актуальным.

Основоположником экспериментальной электрофизиологии по праву является итальянский врач, анатом, физиолог и физик Луиджи Гальвани. Именно он первым исследовал электрические явления при мышечном сокращении и уже тогда назвал его термином «животное электричество». Так, в 1771 году он начал опыты по изучению мышечного сокращения и вскоре открыл феномен сокращения мышц препарированной лягушки под действием электрического тока. В 1791 году Л. Гальвани описал свое знаменитое открытие в «Трактате о силах электричества при мышечном движении». Сами явления, открытые Л. Гальвани, долгое время в учебниках и научных статьях назывались «гальванизмом». Это термин и сегодня продолжает жить в стоматологии.

Способ регистрации и анализа биоэлектрической активности мышц носит название «электромиография». Суть электромиографии заключается в регистрации электрических потенциалов, которые появляются при возбуждении мышцы, а точнее – мышечных волокон, когда по ним распространяется волна

возбуждения (потенциал действия). В связи с этим считается, что электромиография является надежным методом регистрации активности мышц. То есть, посредством электромиографии можно судить о том, является ли мышца активной (возбужденной) или пассивной (расслабленной). Зарегистрированные электрические потенциалы мышечных волокон называют электромиограммой (ЭМГ).

Впервые в нашей стране клиническая электромиография была применена в середине 20 столетия доктором биологических наук, физиологом Юдифь Самойловной Юсевич. Результаты клинических наблюдений были опубликованы ею в 1958 году в монографии «Электромиография в клинике нервных болезней» [1].

Автор выделила четыре основных типа электромиограмм, записанных при помощи накожных электродов: 1-й тип (интерференционный) – нормальные электрофизиологические характеристики мышечной ткани, характеризуются частыми колебаниями (50-100 колебаний в секунду); 2-й тип (ритмические залпы колебаний) – редкие колебания потенциала (6-40 колебаний в сек.), чаще наблюдается при тоническом напряжении мышц и поражении переднего рога; 3-й тип – низковольтные (4-10 колебаний в сек., нечеткие «залпы» на фоне интерференционной электромиограммы при ригидности), наблюдается при экстрапирамидных гиперкинезах и ригидности мышц (хорея, паркинсонизм); 4-й тип – «полное биоэлектрическое молчание», которое говорит о гибели большей части мотонейронов – вялые параличи.

Разобраться в ответной реакции жевательных мышц на эти неблагоприятные факторы представляет большие трудности для клинициста. В этих условиях особую актуальность приобретает электромиография жевательных мышц.

Цель исследования. Оценить возможности клинической электромиографии в оценке нарушений нейрофизиологических процессов в жевательной мускулатуре при их парафункциях.

Собственно-жевательные и височные мышцы располагаются непосредственно под кожей, и это обеспечивает доступность и простоту их исследования. Для исследования нарушений нейрофизиологических процессов в собственно-жевательных и височных мышцах используется поверхностная (глобальная)

электромиография. Основными достоинствами поверхностной электромиографии как метода функционального исследования являются: неинвазивность, доступность, возможность качественной регистрации исследования в виде таблиц и диаграмм. Это позволяет проводить сравнительную характеристику исследуемых мышц по всем показателям в динамике лечения.

Материалы и методы. Для изучения состояния жевательной мускулатуры использовали электромиограф «Viking Quest» на базе отдела функциональных методов исследования ГАУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы» [2]. Электромиограф состоит из предусилительного блока с преобразователем, 4-канального усилителя, дисплея, компьютерного блока, стимулятора, соединительных проводов. Обследование собственно-жевательных и височных мышц проводили с помощью поверхностных электродов, в положении пациента сидя. Локализацию электродов определяли в области моторных точек. Регистрация производилась одновременно с обеих сторон: в состоянии относительного физиологического покоя; при максимальном волевом сжатии челюстей в положении привычной окклюзии (продолжительностью 5 сек); при заданном жевании стандартного ореха фундука (весом 0,8 г). Период между пробами составляет 5 минут во избежание эффекта усталости мышц.

Основными показателями биоэлектрической активности является амплитуда, частотность и периодичность осцилляций. В норме при максимальном волевом сжатии челюстей в положении привычной окклюзии определяется интерференционная кривая без признаков разрежения и гиперсинхронизации (рис. 1).

Последнее характеризуется частыми колебаниями (от 50 до 150 осцилляций в секунду в начале мышечного сокращения) и может достигать 1000-3000 мкВ (на высоте сокращения). Но, цифры эти у разных людей могут отличаться, так как напрямую зависят от возраста человека и степени его физического развития. Снижение максимальной амплитуды осцилляций может свидетельствовать о наличии первично-мышечной патологии в жевательных мышцах. Урежение осцилляций характерно для поражения нервной системы. При проведении жевательной пробы, помимо оценки величины амплитуды, частотности и периодичности осцилляций, рассматривают время периодов



Рис. 1. Электромиография при максимальном волевом сжатии челюстей

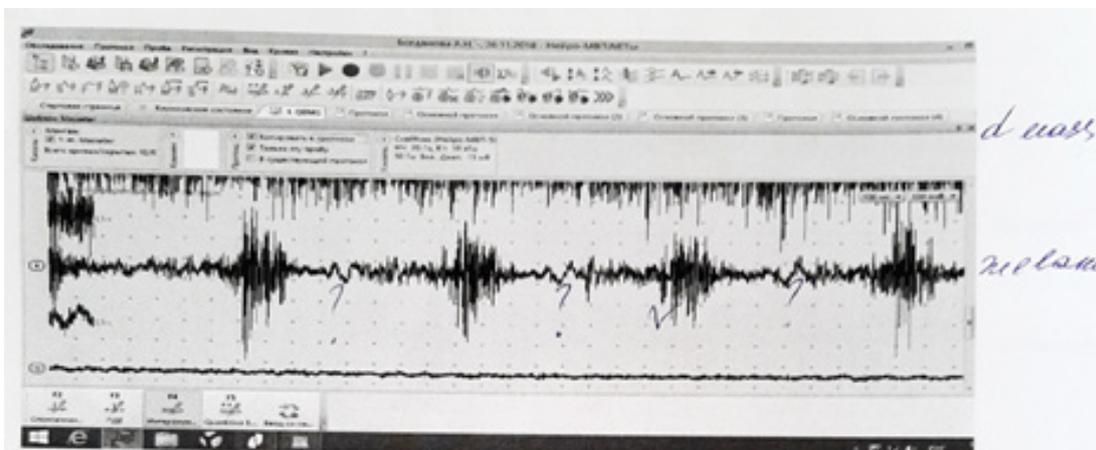


Рис. 2. Электромиография при заданном жевании стандартного ореха фундука

активности и покоя жевательных мышц (рис. 2). Существует прямая зависимость между временем активности и временем покоя БЭА исследуемой мышцы при проведении стандартной жевательной пробы.

Результаты исследований. В качестве примера можно рассмотреть результаты наших исследований в разных клинических группах. В группе пациентов, где укорачивается период активности исследуемой мышцы, увеличивается период покоя биоэлектрической активности. И, напротив, при увеличении времени БЭА мышцы, укорачивается время покоя.

Однако, не следует забывать, что основная функция собственно-жевательных и височных мышц, равно как и медиальной крыловидной мышцы, поднимание нижней челюсти. Основные движения нижней челюсти, которые присутствуют при парафункциях, боковые и вперед-назад, осуществляют латеральные крыловидные мышцы. В связи с этим, наибольшую ценность для получения представлений о нарушениях

нейрофизиологических процессов в жевательных мышцах представляет исследование парных латеральных крыловидных мышц (ЛКМ).

Существует методика для проведения поверхностной ЭМГ латеральных крыловидных мышц. Для этого предварительно снимают оттиск с верхней челюсти и из самотвердеющей пластмассы изготавливают индивидуальную ложку. Ложка предусматривает возможность касательного прижима в проекции нижней головки латеральных крыловидных мышц, где в специальные выемки устанавливают 2 стандартных круглых электрода, провода от которых проходят по наружным сторонам ложки, где располагаются фиксаторы в виде крючков [3].

На базе Клиники Читинской государственной медицинской академии для электромиографии используется аппаратно-программный диагностический комплекс «Нейромиостом» (ЦНИИ стоматологии МЗ РФ). При этом поверхностные электроды позволяют регистрировать только суммарную активность

мышцы, представляющей собой интерференцию потенциалов действия многих сотен мышечных волокон, а также, что не исключено, активность соседних мышц. В связи с этим, наибольшую информацию можно получить при изучении отдельной двигательной единицы. Однако получить параметры отдельных мышечных волокон латеральной крыловидной мышцы с помощью поверхностной ЭМГ не представляется возможным. Для исследования ДЕ ЛКМ необходимо проведение локальной (игольчатой) ЭМГ [4].

Для максимального расслабления жевательной мускулатуры, пациента располагали на кушетке в горизонтальном положении на спине. Для регистрации биопотенциалов использовали одноразовые концентрические электроды, которые выполнены тонкой полый иглой диаметром 0,45 мм с проволокой внутри, изолированной от внешней оболочки на всем протяжении за исключением кончика. Электроды вводили поочередно, на расстоянии 16 мм от середины основания козелка уха по Камперовской горизонтали до упора в шейку головки нижней челюсти, затем оттягивали на себя на 1 мм. Перед введением и после выведения электрода поверхность кожи в области вкола обрабатывалась 70% раствором этилового спирта. Заземляющий электрод фиксировали на руке пациента.

Обследование латеральных крыловидных мышц проводили одновременно справа и слева в состоянии относительного покоя и при заданной нагрузке (максимально возможное выдвижение нижней челюсти вперед) в течение 10 сек. Так, в состоянии относительного физиологического покоя двигательной единицы ЛКМ здорового человека нам не удалось выявить какой-либо биоэлектрической активности, что подтверждается наличием равномерной изолинии. Случаи обнаружения залпов спонтанной активности в ЛКМ имеют диагностическое значение, свидетельствуют о наличии патологии в мышце и требуют интерпретации.

Интерпретацию результатов электромиограмм латеральных крыловидных мышц при заданной нагрузке осуществляли по ПДЕ. Форма ПДЕ диагностического значения не имеет и оценивается только по количеству фаз в потенциале. В норме ПДЕ имеет 3 фазы (рис. 3). Основными параметрами потенциалов двигательных единиц (ПДЕ)

являются их длительность и амплитуда. Именно длительность ПДЕ определяет уровень поражения периферического нейромоторного аппарата. Для каждой мышцы имеются свои величины нормы, которые зависят от возраста человека. Средняя длительность считается нормальной, если она отличается от величины нормы на $\pm 12\%$. Как правило, при неврогенных заболеваниях длительность ПДЕ увеличивается, при первично-мышечных заболеваниях — уменьшается.

Амплитуда ПДЕ — вспомогательный, но очень важный параметр при анализе ПДЕ. При неврогенных заболеваниях она, как правило, повышена и нарастает параллельно увеличению их длительности. При первично-мышечных заболеваниях она может быть, как сниженной, так и нормальной, а иногда и значительно повышенной.

Если ПДЕ имеет 5 фаз и более, он расценивается как полифазный, что указывает на изменение структуры двигательной единицы в мышце (рис. 4). В норме число полифазных ПДЕ не превышает 15%.

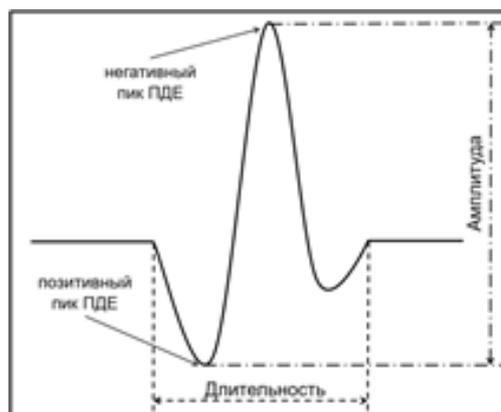


Рис. 3. Потенциал двигательной единицы (ПДЕ)

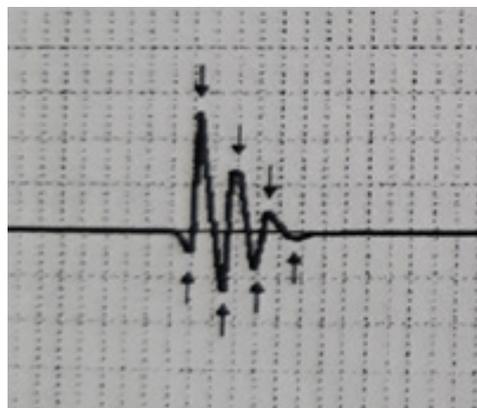


Рис. 4. Полифазный ПДЕ

Таким образом, с помощью как поверхностной, так и игольчатой ЭМГ можно решить многие вопросы, вызывающие затруднения у врача-стоматолога при клиническом осмотре больного и позволяющие исключить возможность ошибочной диагностики. Решающее значение она имеет в дифференциальной диагностике неврогенных и первично-мышечных заболеваний жевательного аппарата. Сам метод не требует никакой специальной подготовки, абсолютных противопоказаний для его проведения нет.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Юсевич Ю.С. Электромиография в клинике нервных болезней / Ю.С. Юсевич. – М.: Медгиз. – 1958. – 128 с.
2. Характеристика потенциала действия двигательных единиц ЛКМ и биопотенциалов жевательных мышц по данным электромиографии / Ю.Л. Писаревский, И.С. Найданова, М.В. Марченко, И.Ю. Писаревский // Стоматология. – 2019. - № 6. – С 71-78.
3. Патент RU 2312588. Способ электромиографии латеральных крыловидных мышц: заявл.17.07.2006 : бюл. №35 / А.Ф. Хайрутдинова
4. Патент №1250246 СССР. Способ электромиографии мышц лица : заявл.15.08.86 : бюл. № 30 / А. А. Никитин, В. А. Хватова, Т. С. Лагутина, Е.Ю. Шевченко

Просьяник В.И., Серебрякова О.В.,
Серкин Д.М., Гринь Н.О.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечается значимый рост распространенности сахарного диабета (СД). По данным федерального регистра СД в РФ на начало 2022 г. состояло на диспансерном учете более 4.8 млн человек (3,34% населения), из них: 92,3% – СД 2 типа, 5,6% – СД 1 типа и 2,1% – другие типы СД [1]. Однако эти данные недооценивают реальное количество пациентов. Так, по данным национального эпидемиологического

исследования NATION [1], включившего более 26 тыс. человек в 63 субъектах РФ, показано, что СД 2 типа диагностируется лишь 54% случаев. Таким образом, реальная численность пациентов с СД в РФ не менее 10 млн. человек (около 7% населения), что представляет чрезвычайную угрозу для долгосрочной перспективы, так как пациенты не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития сосудистых осложнений.

Колоссальные экономические затраты и социальный ущерб, связанные с высокой распространенностью сахарного диабета (СД), ранней инвалидизацией и смертностью, обуславливают необходимость организации системы учета и мониторинга клинико-эпидемиологических сведений о данном заболевании [2, 3].

Государственный регистр сахарного диабета (ГРСД) был создан Приказом Министерства Здравоохранения РФ №404 от 10 декабря 1996 года в рамках реализации Федеральной целевой программы «Сахарный диабет». В настоящее время название ГРСД рассматривается как историческое в связи с переименованием в Федеральный регистр пациентов с СД [1,2].

С 2000 г. клинико-эпидемиологический мониторинг СД в Российской Федерации осуществлялся посредством Государственного регистра больных СД и представлял собой одномоментный срез на период окончания календарного года. При этом отсутствовала возможность системного контроля за такими важными параметрами, как качество введения данных в регистр и регулярность обновления информации [2].

С 2014 г. инициирован перевод Государственного регистра СД на online-программное обеспечение с целью повышения эффективности работы регистра в качестве научно-аналитической платформы. В настоящее время клинико-эпидемиологический мониторинг больных СД в РФ осуществляется методологическим и организационным референс-центром ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, который предусматривает наблюдение за пациентом от момента его включения в регистр на протяжении всего периода заболевания, регистрацию наличия и вида осложнений, показателей углеводного обмена и других лабораторных параметров,

оценки структуры терапии в динамике, а также анализа структуры смертности пациентов [4].

Необходимо отметить, что, кроме практической значимости в качестве базового статистического инструмента, регистр представляет собой уникальную аналитическую платформу для оценки не только эпидемиологических сведений, но и многих других медицинских, организационных и научных аспектов, в том числе определения затрат на лечение, планирования обеспечения лекарственными средствами и кадрами [4]. Согласно приказа МЗ РФ от 13.02.2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации», приложения к приказу № 66 от 13.02.2016 г. «Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации», в качестве основного этапа реализации «Стратегии» утверждены положения функционирования регистров: ведение регистра пациентов на федеральном и региональном уровнях, обеспечивающего принятие решений по льготному обеспечению с учетом персональных данных и формирование единого регистра лиц, имеющих право на лекарственное обеспечение бесплатно или со скидкой при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Работа online-регистра осуществляется в полном соответствии с нормами Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г., в соответствии с Приказами Минздрава РФ № 193 от 31.05.2000 г., № 405 от 15.11.2001 г. и № 899н от 12.11.2012 г. [1, 2, 3].

Общая численность пациентов сахарным диабетом в Забайкальском крае (ЗК) на 01.01.2022 г. составила 26 240 тыс (2,6% населения ЗК), в том числе: СД1 – 6,2 % (1 595 тыс. чел), СД2 – 91,6% (24 645 тыс. чел).

Ключевыми параметрами оценки качества данных регистра являются: заполнение данных гликированного гемоглобина (HbA1c); заполнение данных о сахароснижающей терапии; заполнение данных о наличии диабетических осложнений; количество дублей пациентов и «ошибочных социально-демографических характеристик»; % обновления данных в текущем году (необходимым является заполнение 1-го визита в год, включая регистрацию как минимум 1-го значения HbA1c, изменений в сахароснижающей терапии, развития/ прогрессирования осложнений) [1].

За последний год мы можем констатировать существенную положительную динамику оценки гликемического контроля: в 2022 г. гликированный гемоглобин внесен в Регистр у 15765 чел (61%), тогда как в 2020 г. – имелись данные только у 19% больных СД. При этом отметим, что заполняемость данными HbA1c составило только 25%, от общего количества больных сахарным диабетом, стоящих на диспансерном учете. Отмечается увеличение количества пациентов сахарным диабетом с целевым уровнем HbA1c: менее 7,0% – 35,4%, 7-7,9% – 37,4%, 8,0-8,9% – 12,6%, более 9,0% – 14,6%. Приходится признать, что большая доля пациентов с СД остается вне зоны контроля эффективности сахароснижающей терапии, а соответственно, и прогноза в отношении риска развития осложнений. Это факт требует консолидации усилий органов здравоохранения и всех медицинских специалистов, работающих с пациентами с СД, направленных на повышение доступности исследования HbA1c вне зависимости от места жительства пациента и увеличение кратности измерения данного параметра – в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи [4].

Регистрация осложнений в регистре осуществляется согласно современной классификации, представленной в «Алгоритмах специализированной медицинской помощи» [1]. Выделяют острые и хронические осложнения сахарного диабета – микро- и макрососудистые, полинейропатия. К острым осложнениям СД относят диабетический кетоацидоз, гиперосмолярное гипергликемическое состояние, лактатацидоз и гипогликемию. В классификации микрососудистых осложнений сахарного диабета выделяют ретинопатию и нефропатию. В регистре фиксируется уровень альбуминурии, проводится автоматический расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI, что позволяет установить диагноз хронической болезни почек (ХБП) в соответствии с современными стандартами диагностики в автоматическом режиме. При анализе заполняемости микрососудистых осложнений в регистре, количество их за прошедшие три года существенно не меняются, так количество больных СД 1 типа в 2022 г. с диабетической ретинопатией составило 29,4%, с нефропатией – 19%, с полинейропатией – 45% больных. Диабетическая ретинопатия при

СД2 типа в 2022 г. зарегистрирована у 18,4% больных, нефропатия в 15,9% случаев.

К макрососудистым осложнениям принято относить ишемическую болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) и заболевания периферических артерий (ЗПА), как острые, так и хронические формы. К сожалению, при ведении Федерального регистра на уровне Забайкальского края, макрососудистые осложнения из года в год неактивно вносятся в данные регистра. Пациенты с сочетанием СД и клиническими исходами заболеваний системы кровообращения предоставляют собой одну из наиболее высоких категорий риска смертности, поэтому важно фиксировать данные состояния у пациента и своевременно корректировать имеющуюся терапию. Так за 2022 год – количество зарегистрированных макрососудистых осложнений у пациентов СД 2 типа составило всего 2,2% (рис. 2), при СД 1 типа – 4,3% (рис. 1), что не соответствует реальной распространённости данных осложнений среди пациентов сахарным диабетом. В настоящее время идет активная работа со специалистами по усилению работы с регистром и внесению данных о микро- и макрососудистых осложнениях.

К сожалению, приходится констатировать преимущественное назначение ССП в виде монотерапии, что свидетельствует о замедленных темпах интенсификации сахароснижающей терапии, а это является одним из ключевых факторов недостижения целевого уровня гликемического контроля. По

данным регистра СД в Забайкальском крае в 2022 г. сахароснижающую терапию получали 17614 больных, которая у 50,35% больных СД 2 типа представлена преимущественно в виде монотерапии, комбинацию из 2 ССП получали 20% пациентов, из 3 препаратов – 2,8% пациентов. При анализе данных регистра за 2022 г. отмечается тенденция к увеличению доли комбинированной сахароснижающей терапии: 2 сахароснижающих препарата получают – 22,7% больных СД 2 типа, доля пациентов на 3х компонентной терапии в 2022 г составила 3,4%.

Самые назначаемые сахароснижающие препараты – метформин, доля которого составила 61% в виде монотерапии, а также при комбинированной терапии. По данным регистра препараты сульфаниламочевины занимают второе место по назначаемости – 30% при монотерапии. Доля глиптинов (ингибиторы ДПП-4) и глифлозинов (ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа) – невысока, но имеется хорошая тенденция к росту назначений в 2022г – назначения ДПП-4 составило 7,4%, глифлозинов – 1,2%. Количество пациентов с СД2 на инсулинотерапии в 2022 г. составило 23%, из которых 39% пациентов получали комбинированную терапию инсулинами в сочетании с различными ССП и 59% находились на монотерапии инсулинами (базис-болюсная схема инсулинотерапии, включая смеси).

Необходимо активнее вести работу и актуализировать данные по интенсификации терапии в регистре, так как реальное назначение препаратов данной категории намного выше,



Рис. 1. Распространённость диабетических осложнений у больных сахарным диабетом 1 типа

Распространенность диабетических осложнений по краю, 2020-2022гг

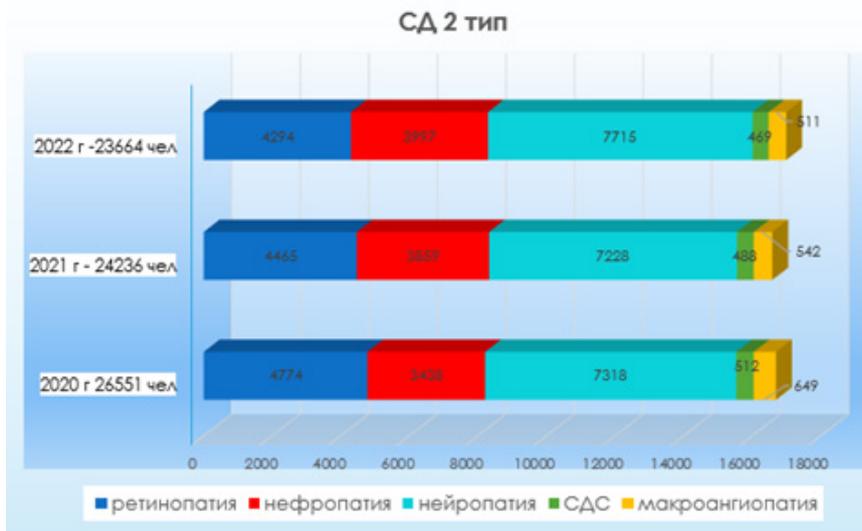


Рис. 2. Распространённость диабетических осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа

судя по данным заявки на лекарственное обеспечение льготной категории граждан в Забайкальском крае. В 2023 г планируется принятие Федеральной программы «Сахарный диабет» и дальнейшее лекарственное обеспечение пациентов с сахарным диабетом в Российской Федерации будет проводиться согласно данным Федерального регистра сахарного диабета. В соответствии с этим к 2024 году в регистре сахарного диабета необходимо актуализировать сведения по лекарственной терапии больных, согласно Клиническим рекомендациям по сахарному диабету.

Выводы. 1. Онлайн-формат ведения регистра позволяет осуществлять наблюдение за пациентом от момента его включения в регистр на протяжении всего периода заболевания и проводить многоуровневый мониторинг ключевых клинико-эпидемиологических показателей СД: динамику распространенности, заболеваемости, смертности, состояния контроля углеводного обмена, структуры сахароснижающей терапии. 2. Данные регистра позволяют не только увидеть фактическое состояние диабетологической помощи и оценить соответствие реальной клинической практики стандартам ведения пациентов, но и провести анализ причин, препятствующих достижению целевых показателей контроля СД, определить приоритетные направления развития диабетологической службы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 10-й выпуск – М.; 2021. – 222 с. DOI: 10.14341/DM12802
2. Шестакова М.В. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за последнее десятилетие? / М.В. Шестакова О.К. Викулова, А.В. Железнякова, М.А. Исаков, И.И. Дедов // Терапевтический архив. – № 10. – 2019. – С. 4-13 DOI: 10.2644/2/00403660.2019.10.000364
3. Калашников В.Ю. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом, по данным Федерального регистра Российской Федерации (2013–2016 гг.) / В.Ю. Калашников О.К. Викулова, А.В. Железнякова, М.А. Исаков, И.З. Бондаренко, М.В. Шестакова, И.И. Дедов // Сахарный диабет. - 22(2). – 2019. – С. 105-114 DOI: 10.14341/DM10167
4. Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, О.К. Викулова, А.В. Железнякова, М.А. Исаков // Сахарный диабет. – № 21(3). – 2018. – С. 144-159 DOI: 10.14341/DM9686

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Батоева Ц.А., Шишова А.С.,
Харинцева С.В., Доржиева Т.В.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ОЗУРДЕКС® ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕМ ИРИДОЦИКЛИТЕ И МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Актуальность. Иридоциклит или передний увеит является воспалением переднего отдела сосудистой оболочки глаза, а именно её частей – радужки и цилиарного тела. [1]. Основные признаки иридоциклита: миаз, пальпаторная болезненность в глазу, изменение цвета радужки и помутнение влаги передней камеры. [1]. Заболевание нередко может осложниться развитием катаракты, глаукомы и отслойки сетчатки [1]. Длительно персистирующий, клинически значимый макулярный отек (МО) значительно нарушает анатомию фовеа и снижает функции артифакичного глаза. Известно, что длительное существование МО приводит к необратимым изменениям пигментного эпителия и фоторецепторов макулярной сетчатки и, как следствие, к необратимому снижению зрительных функций [2].

Цель наблюдения: оценка состояния левого глаза на фоне лечения препаратом Озурдекс® при вялотекущем иридоциклите, осложненным макулярным отеком.

Механизм действия Озурдекса. В 2012 г. в России был сертифицирован препарат Озурдекс®, содержащий микроионизированный дексаметазон 0,7 мг и сополимер молочной и гликоевой кислот 0,116 мг и 0,35 мг, который вводится интравитреально, что обеспечивает пролонгированное действие основного вещества, высокую локальную концентрацию и поступление небольшого количества в системный кровоток [3]. Показано, что имплантат Озурдекс® эффективен в течение 6 месяцев и уменьшает потребность в повторных периокулярных или интравитреальных инъекциях кортикостероидов [3].

Препарат представлен в виде имплантата в пластиковом аппликаторе в форме ручки, который состоит из корпуса с защитным колпачком из поликарбоната, иглы из нержавеющей стали

для подкожных инъекций калибра 22, актуатора и фиксатора. Противовоспалительное действие дексаметазона обусловлено несколькими факторами: он тормозит транскрипцию генов цитокинов и фактора некроза опухоли, которые стимулируют воспалительный ответ и участвуют в повышении проницаемости сосудистой стенки; препарат ингибирует транскрипцию генов коллагеназы и эластазы, участвующих в процессах рубцевания, а также угнетает синтез простагландинов, которые являются медиаторами развития макулярного отека. В исследованиях было отмечено, что дексаметазон в стекловидном теле определяется на протяжении 6 месяцев с момента введения препарата. Количественно дексаметазон распределялся следующим образом: сетчатка > радужка > ресничное тело > витреальная жидкость > водянистая влага > плазма [3, 5]. Что касается повышения внутриглазного давления, в ходе исследования в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского было выявлено, что офталмотонус повышался чаще после первой инъекции, в то же время не было выявлено корреляции между гипертензией и числом инъекций Озурдекс® [4]. В ряде случаев пациентам потребовалась комбинированная терапия, а у половины пациентов с офтальмогипертензией в течение 3-15 месяцев после интравитреального введения офталмотонус компенсировался самостоятельно [5]. Также во время клинических исследований установлено, что пациенты, которые получали лечение имплантатом Озурдекс®, достигли улучшения остроты зрения с максимальной коррекцией менее 15 символов через 90 дней после инъекции одного имплантата, по сравнению с исходными данными [7].

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ пациентки Е., 64 года г. Читы.

Из анамнеза: у пациентки был ранее выставлен диагноз – глаукома обоих глаз, постоянно капала в оба глаза препарат азарга – 2 р в день. С августа 2021 г. стали беспокоить оба глаза, обратилась за медицинской помощью, где был выставлен диагноз острый иридоциклит обоих глаз, по поводу чего с этого времени стала проходить курс амбулаторного лечения в течение 2-х месяцев. В периоде лечения улучшений не отмечала, а с января 2022 г. развилось обострение хронического увеита обоих глаз,

вновь назначено противовоспалительное лечение в виде глазных капель, но эффекта от них не отмечает, ухудшилось зрение на оба глаза. В феврале 2022 г. при повторном обращении и обследовании, выставлен диагноз отслойка сетчатки обоих глаз, гемофтальм правого глаза. С учетом длительно существовавшего воспалительного процесса в обоих глазах, было принято решение о проведении оперативного вмешательства на лучше видящий левый глаз: задняя витректомиа, ФЭК с имплантацией ИОЛ на левый глаз. После проведенной операции зрение на обоих глазах сохранялось низким. Продолжала капать в оба глаза азарга – 2 р в день, люксфен – 2 р в день. При контрольном осмотре у окулиста в апреле 2022 года выставлен диагноз вторичная катаракта левого глаза, при проведении Оптической когерентной томографии (ОКТ) макулы левого глаза выявлен отек макулы. ОКТ – это метод детального исследования структур глаза путем получения изображения слоев сетчатки, диска зрительного нерва и переднего отдела глаза. Позволяет исследовать очень мелкие изменения структуры сетчатки, которые невозможно увидеть, используя другие методы обследования, получить уникальную информацию о состоянии нормальных структур глаза и о патологических проявлениях [8].

В связи с данным состоянием пациентка госпитализирована в плановом порядке в офтальмологическое отделение.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 нк

Visus OS = 0,15 нк

Оба глаза: При пальпации выявлена цилиарная болезненность, ярко выраженная смешанная инъекция обоих глаз. На эндотелии роговиц обоих глаз множественные точечные и пылевидные преципитаты. Влага передней камеры опалесцирует, зрачки неправильной формы, при лекарственном мидриазе расширение неполное, неравномерное, реакция зрачков на свет отсутствует. Хрусталик правого глаза полупрозрачный, ИОЛ в задней камере, локализована правильно, на ИОЛ и задней капсуле хрусталика множество преципитатов и пигмента, грубое помутнение задней капсулы хрусталика. Глазное дно левого глаза при офтальмоскопии с линзой Гольдмана: под флером, детально не офтальмоскопируется: ДЗН монотонный, бледно – серый, экскавация до 0,7, глубокая, границы четкие. Артерии суженные, извитые, склерозированные. Вены

расширенные, извитые, склерозированные. А:В = 1:3. В макуле рефлексы сглажены, отек макулы. Крайняя периферия патологических изменений нет. Глазное дно правого глаза с линзой 90 дптр под флером, не офтальмоскопируется за счет гемофтальма. Пациентка госпитализирована в стационар в плановом порядке 26.04.22г. с диагнозом:

Основной диагноз: вялотекущий иридоциклит обоих глаз, стадия неполной ремиссии. Макулярный отек левого глаза. Открытоугольная, развитая с умеренно повышенным внутриглазным давлением, глаукома обоих глаз, субкомпенсированная, со смешанным режимом капель. Оперированная отслойка сетчатки левого глаза. Авитрия левого глаза. Старый тотальный гемофтальм правого глаза. Неполная осложненная катаракта правого глаза. Артифакция левого глаза. Ретролентальная пленка задней капсулы хрусталика левого глаза.

Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь I ст, 2 ст, риск 2. ХСН 0. Атеросклероз церебральных артерий. Хронический пиелонефрит, латентное течение. ХБП 0. ДЭП I ст.

Результаты: на период стационарного лечения, врачом были назначены местно и системно антибактериальные (метронидазол, цефтриаксон) препараты, стероидные противовоспалительные также местно и системно (дексаметазон, преднизолон), антигипертензивные препараты. Пациентка прошла дополнительный курс лечения в отделении гравитации крови: плазмофорез, озонотерапия. Также ей было в дальнейшем рекомендовано интравитреальное введение препарата Sol. Depo – Dexamethasone 0,7 мл (озурдекс®) в левый глаз в плановом порядке. После купирования обострения воспалительного процесса на левом глазу, планоно было проведено оперативное лечение 04.05.22г.: интравитреальное введение препарата Sol. Depo – Dexamethasone 0,7 мл (озурдекс) в левый глаз. После которого пациентка отмечает улучшение остроты зрения на левом глазу.

Visus OD = 0,02 нк

Visus OS = 0,1 ск + 2,75Д = cyl - 1,75Д ax 52 = 0,2.

В следствие положительной динамики и достижения целей госпитализации пациентка выписывается из стационара под диспансерным наблюдением у окулиста по месту жительства от 13.05.22 г.

В дальнейшем через месяц после

выписки в июне 2022 г. была вновь планово госпитализирована для проведения операции – лазерная капсулотомия ретролентальной пленки задней капсулы хрусталика левого глаза.

При контрольном осмотре у окулиста острота зрения на левом глазу дает динамику улучшения: Visus OS = 0,2 ск + 1,75Д = 0,5.

Заключение. Местная терапия глюкокортикоидными является перспективным методом лечения пациентов с заболеванием заднего отрезка глаза. В основу эффективности препарата заложен метод его применения – интравитреальное введение, что дает пролонгированный эффект. Результаты исследования убедительно свидетельствуют о клинической эффективности применения дексаметазона.

Особенностью рассмотренного случая явилось улучшение остроты зрения, на фоне интравитреального введения Sol. Depo – Dexamethasone 0,7 мл (Озурдекс®) в левый глаз, причиной которой явился макулярный отек, что показывает особую значимость назначения препарата пациентам с таким диагнозом [9]. Интравитреальное введение имплантата Озурдекс® позволяет проводить реабилитацию пациентов с данной патологией более безопасно и эффективно [5].

Таким образом, выше приведенный клинический пример подтверждает его высокий клинический эффект, безопасность и хорошую переносимость при лечении макулярного отека.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федоров С.Н., Ярцева Н.С., Исманкулов А.О. Глазные болезни: учебник для студентов медицинских вузов.- 2-е изд., перепаб. и доп.- М., 2005-218с.
2. Васильев А.В., Егорова А.В., Худяков А.Ю. Клинический случай успешного лечения макулярного отека, развившегося на фоне увеита в авитреальном артифакичном глаз. Вестник ВолгГМУ. 2019. 2 (70). 58-61. DOI 10.19163/1994-9480-2019-2(70)-58-61
3. Будзинская М.В., Шеланкова А.В., Нуриева Н.М. Оценка эффективности интравитреального введения имплантата дексаметазона у пациентов с макулярным отеком вследствие окклюзии ретинальных вен. Современные технологии в офтальмологии. 2020. 1 (32). 298-302.
4. Сахнов С.Н., Заболотный А.Г., Соголовская Е.Е., Козина Е.В. Терапия макулярного отека посттромботического генеза интравитреальным ведением фармпрепарата озурдекс®. 2018. 1.307-311
5. Хомякова Е.Н., Лоскутов И.А., Аслан Д.А. Влияние интравитреального введения пролонгированных кортикостероидов на динамику внутриглазного давления. Национальный журнал Глаукома. 2021; 20(4): 38-44. DOI: 10.53432/2078-4104-2021-20-4-38-44
6. Акулов С.Н., Кабардина Е.В., Бронникова Н.С. Оценка эффективности двухэтапного хирургического лечения пациентов с осложненной двусторонней увеальной катарактой. Современные технологии в офтальмологии 2019. 1. 17-19 DOI: 10.25276/2312-4911-2019-1-17-19
7. Артемьева О.В., Самойлов А.Н., Жернаков С.В. Описание опыта клинического применения препарата Озурдекс. Русский медицинский журнал. [Электронный ресурс]. Сентябрь. 2013. https://www.rmj.ru/articles/oftalmologiya/Opisanie_opyta_klinicheskogo_primeneniya_preparata_Ozurdeks/ (дата обращения: 22.02.2023).
8. Сорокин Е.Л. Современные методы исследования в офтальмологии (обзор литературы) / Е.Л. Сорокин, А.А. Филь, А.Г. Таболова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2022. – № 3. – С. 119-128.
9. Соколов К.В., Смирнов А.К. Интравитреальное введение имплантата дексаметазона: анализ клинической эффективности и субъективной удовлетворенности пациентов с посттромботическим макулярным отеком // ТМЖ. 2020. № 3 (81) (дата обращения: 26.02.2023).
10. Леонова Е.С., Щёкотов Е.В. Лечение посттромботического макулярного отека сетчатки с использованием биоразлагаемого имплантата пролонгированного дексаметазона //International Journal of Medicine and Psychology. – 2019. – Т. 2. – №. 4. – С. 33-38.

Приложение 1

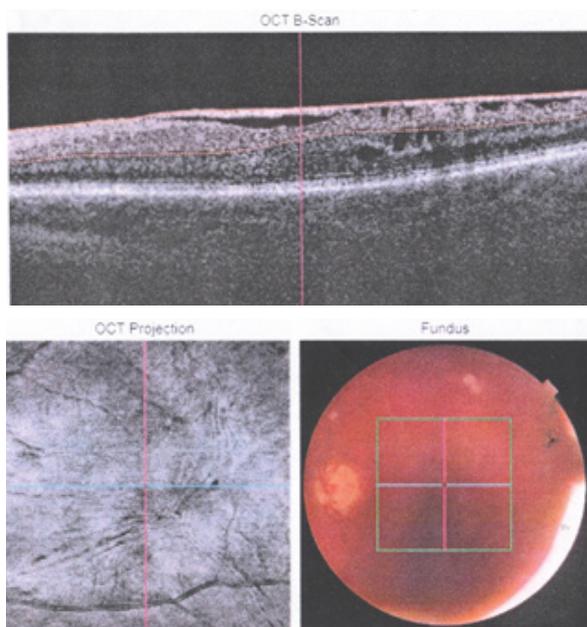


Рис. 1. (ОТК макулы OL 11.05.2022)

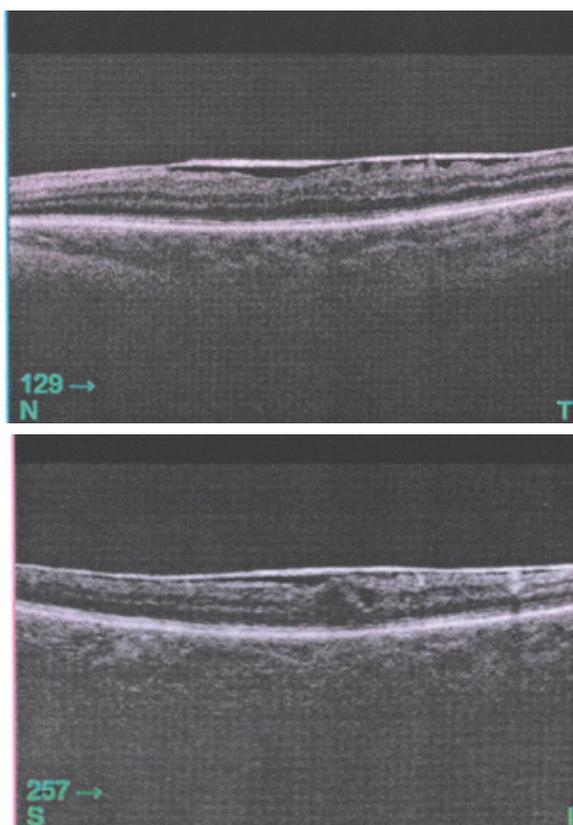


Рис. 2. (ОКТ макулы OL 26.05.2022)

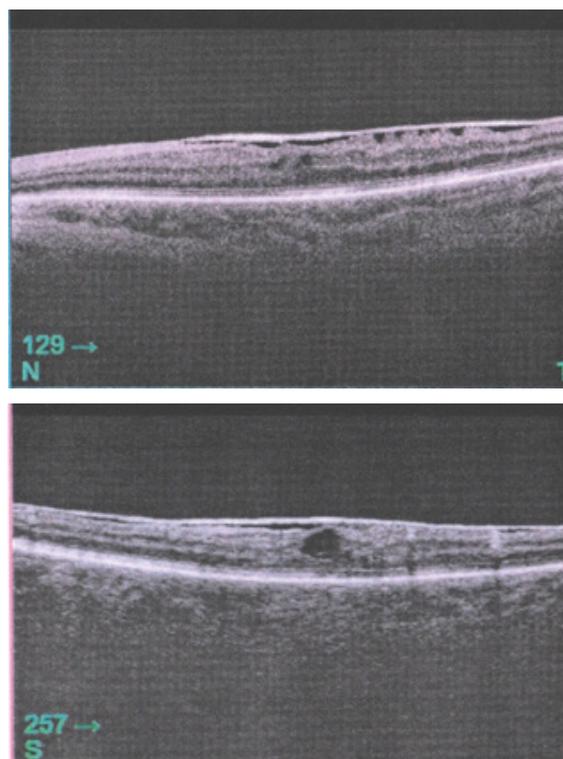


Рис. 3. (ОКТ макулы OL 20.06.2022)

УДК: 616.346.2-089.87

Михайличенко М.И.¹, Фомин Д.П.², Коваль А.О.²,
Азаров Б.В.², Гочеев С.Г.², Доржиев Б.Д.²

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА
СЕЛЕЗЕНКИ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ГУЗ «Красная клиническая больница» МЗ РФ. И.о. главного врача – Д.Б. Нардин

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла определенные коррективы с современную ургентную медицину. Доказано, что системная дисфункция эндотелия, развивающаяся при COVID-19, во многом определяет и нарушения системы гемостаза [1, 3]. Интенсивная адгезия и агрегация тромбоцитов с формированием тромбоцитарных агрегатов, которые выявляются у больных, умерших от COVID-19, нарушения функциональной активности системы фибринолиза могут определяться активацией и тяжелой дисфункцией эндотелия, которая неизбежно приводит к магистральному тромбообразованию

и неблагоприятным сосудистым событиям.

В современной литературе описаны многочисленные исследования о тромбозе глубоких магистральных вен и фатальной массивной ТЭЛА на фоне COVID-19 [2, 3, 4, 5], однако описательных случаев тромбоз-ассоциированных поражений паренхиматозных органов практически нет. Нами накоплен существенный опыт лечения и последующего наблюдения пациентов с внутрибрюшными катастрофами на фоне COVID-19.

Клинический случай. Вашему вниманию представлен клинический случай выявленного некроза селезенки с абсцессом и развитием распространенного перитонита у женщины 79 лет с тяжелым и неблагоприятным послеоперационным периодом.

Пациентка Н. 1939 г.р. обратилась за медицинской помощью 14.12.2022 г., через двое суток с момента начала заболевания, с жалобами на постоянные выраженные боли во всех отделах живота, тошноту, рвоту, резкую слабость. Незначительные боли появились около 2 недель назад в левом подреберье, начало заболевания связывает с перенесенной накануне лабораторно подтвержденной коронавирусной инфекцией с комплексным лечением в инфекционном стационаре. При этом стационарно отмечала появление периодических тянущих болей в правом подреберье, которые купировались самостоятельно. Хронические заболевания отрицает.

При осмотре – состояние тяжелое, t тела $38,7^{\circ}$. Пациент нормостенического телосложения. Язык сухой, обложен налетом. Кожные покровы обычного цвета, сухие; ЧДД – 22 в мин., ЧСС – 100 ударов в мин., АД – 140/90 мм рт. ст. Живот симметричный, вздут, не участвует в дыхательных движениях, напряжен, глубокой пальпации недоступен, во всех отделах отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины, особенно в левом подреберье. Поясничная область не изменена, безболезненна. Перистальтика крайне вялая, газы не отходят, ампула прямой кишки пустая. Мочеиспускание безболезненное, самостоятельное. Диурез достаточный.

В ходе клинического лабораторного обследования обнаружены следующие изменения: общий анализ крови – Hb 89 г/л, лейкоциты – $18,6 \cdot 10^9$ /л (с. 50, п. 12, м. 8, л. 3); общий анализ мочи – без патологии; биохимический анализ крови – AST – 21 ед/л,

ALT – 19 ед/л, билирубин общий – 7,4 мкМ/л, амилаза – 97 ед/л, сахар – 5,8 ммМ/л, мочевины – 4,2 ммМ/л, креатинин – 101 мкМ/л. Выполнено УЗИ абдоминальное для возможной визуализации какого-либо патологического процесса, но изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. На КТграмме органов брюшной полости обнаружен пневмоперитонеум и смешанная кишечная непроходимость.

Выявленная клиническая картина часто встречается в ургентной хирургической практике на госпитальном этапе. Инструментальные обследования не всегда способствуют быстрой и верной постановке клинического диагноза ввиду сложности в диагностике и особенностей течения многих патологических процессов [6]. В связи с этим основная верификация патологии и решение вопроса о дальнейшей тактике принимается интраоперационно.

Как известно, клинические признаки распространенного перитонита в сочетании с пневмоперитонеумом наблюдаются в ургентных хирургических стационарах довольно часто. Причины широко изучены и известны [8, 9]. Среди них самыми частыми являются – перфоративные язвы гастродуоденальной зоны, повреждения различных отделов тонкой кишки инородными телами, злокачественные новообразования ЖКТ с распадом и перфорацией [10].

Пациентка Н. госпитализирована в отделение гнойной хирургии ГУЗ ККБ с предварительным диагнозом «Перфорация полого органа» для проведения экстренного оперативного вмешательства по мере проведения должной предоперационной подготовки в условиях отделения гнойно-септической реанимации. После этого больная взята в ургентную операционную, выполнена средне-срединная лапаротомия с последующей ревизией всех отделов брюшной полости.

Интраоперационно обнаружены явления тотального перитонита: большое количество мутного сероватого гноя (до 500 мл.), инъекция сосудов париетальной и висцеральной брюшины с наложением фибрина фактически во всех отделах живота. При ревизии селезенка резко увеличена в размере (15 см на 22 см на 17 см), фактически черного цвета, плотной консистенции с наложением фибрина на видимых участках. Перифокально определяется рыхлый инфильтрат, состоящий из большого сальника, париетальной брюшины, петель тонкой кишки

и нисходящей толстой кишки. Инфильтрат разделен «тупым» путем. Опорожнился небольшой абсцесс, полость которого располагалась в нижней полюсе селезенки. Осмотрены ближайшие лимфоузлы, печень. Патологии не выявлено. Интраоперационно решено выполнить спленэктомию. В ходе мобилизации обнаружено рассыпное строение селезеночной ножки. Последняя представлена разветвленной частью сосудистого пучка в области ворот описываемого органа. Сосудистый сегмент на видимых участках – три селезеночные артерии с одноименными венами. При парциальном выделении и пересечении сосудов установлено, что селезеночные вены тромбированы с выделением из просвета оформленных тромбомасс при пересечении последних. Выделена и осмотрена магистральная селезеночная вена – заполнена оформленными тромбами. Патологии со стороны поджелудочной железы на видимых участках не обнаружено. Операция закончена санацией и дренированием брюшной полости.

Выявленная в операционной ситуация расценена как тромбоз селезеночной вены с некрозом селезенки, формированием абсцесса в нижнем полюсе, прорывом его брюшную полость и развитием фибринозно-гнойного перитонита. Гистологически диагноз подтвержден. При исследовании макропрепарата обнаружен тотальный тромбоз внутренних селезеночных вен формированием венозной гангрены указанного органа.

Послеоперационный период протекал тяжело. В первые несколько часов состояние расценивалось как крайне тяжелое, отмечалась нарастающая полиорганная дисфункция. Проводилась комплексная терапия, однако ответа со стороны макроорганизма получено не было. На вторые сутки на фоне нарастания полиорганной недостаточности и последствий тотального воспаления брюшины констатирована биологическая смерть.

Заключение. Таким образом, выявленное вероятное осложнение перенесенной коронавирусной инфекции у пожилой женщины еще раз заставляет обратить внимание на проблему последствий этого грозного инфекционного заболевания ведущих к необратимым последствиям даже при своевременном выявлении.

В связи с этим, особая роль сейчас возлагается на амбулаторное звено. Именно

в поликлинику обращаются пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию, и пытаются указать на незначительные боли без четкой локализации особо не нарушающие качество их жизни. Настороженностей и понимание ситуации врачей первичного звена особенно в современных реалиях – один из важнейших базисов и фундамент многих спасенных жизней...

ЛИТЕРАТУРА:

1. C.L. Bacon. COVID19 coagulopathy in Caucasian patients. Br. J. Haematol. – 2020. – Vol. 189, P. - 1044–1049.
2. J. M. Connors. Thromboinflammation and the hypercoagulability of COVID-19. J. Thromb. Haemost. – 2020. – Vol.18, P. - 1559–1561.
3. S. Bilaloglu. Thrombosis in hospitalized patients with COVID-19 in a New York City health system. JAMA. - 2020. – Vol. 324, P. - 799–801.
4. N.R. Smilowitz. Thrombosis in hospitalized patients with viral respiratory infections versus COVID-19. Am. Heart J. – 2020. – Vol. 231, P - 93–95.
5. E. Yuriditsky. Thromboelastography profiles of critically ill patients with coronavirus disease 2019. Crit. Care Med. – 2020. – Vol. 48, P - 1319–1326.
6. G. Goshua. Endotheliopathy in COVID-19-associated coagulopathy: Evidence from a single-centre, cross-sectional study. Lancet Haematol. – 2020. – Vol. 7, P. - 575–582.
7. Modrich P. Mechanisms in eukaryotic mismatch repair. J. Biol. Chem. 2006. Vol. 281. P. 30305–9. DOI: 10.1074/jbc.R600022200.
8. Evaluation of prognosis in patients, with perforation peritonitis using Mannheim, s peritonitis index / Tushar Dani, L. Ramachandra, Rajesh Nair, Digvijoy Sharma // International Journal of Scientific and Research Publications. 2015. – Vol. 5. - Issue 5. - P. 4-38.
9. Jiricny J. The multifaceted mismatch-repair system. Nat. Rev. Mol. Cell Biol. 2006. Vol. 7. P. 335–346.
10. Li G.M. Mechanisms and functions of DNA mismatch repair. Cell Res. 2008. Vol. 18. P. 85–98.

**МАТЕРИАЛЫ I ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ДОСТУПНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ –
БЕЗБАРЬЕРНАЯ СРЕДА»**

Богомолова И.К., Зайцев Д.Н., Сахаров А.В., Шаповалов К.Г., Жилина А.А., Долина А.Б.,
Мироманова Н.А., Ладнич Н.А., Кириллова О.А., Емельянов А.С., Полищук А.Г.

**РАЗВИТИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия**

Реализации инклюзивного образования в высшей медицинской школе требует комплексного подхода, основанного на скоординированном взаимодействии всех участников образовательного процесса и направленного на обеспечение особых образовательных потребностей обучающихся с учетом их индивидуальных возможностей [1, 2]. Согласно требованиям Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования вузы обязаны предоставлять особые условия обучения лицам с инвалидностью, включая особый порядок освоения дисциплин (модулей) по физической культуре и спорту, выбор мест прохождения практики с учетом особенностей здоровья, а также обеспечивать образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям здоровья нуждающихся [3, 4, 5]. Основной стратегической задачей вуза стало создание условий обучения и адаптации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Развитие инклюзивного образования в Читинской государственной медицинской академии Минздрава России (далее – ЧГМА, Академия) сосредоточено на решении ряда актуальных вопросов, связанных, во-первых, с формированием образовательного и коммуникативного пространства; во-вторых, подготовкой зданий вуза, часть из которых отнесены к историческим памятникам, для создания безбарьерной среды

В соответствии с Программой развития ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России на 2022-2026 годы совершенствуется стратегия повышения привлекательности Академии у абитуриентов с инвалидностью и ОВЗ, эффективного психологического и технического обеспечения особых образовательных потребностей данной категории граждан. Особое внимание в этом направлении уделяется профориентационной работе на довузовском этапе. Знакомство с Академией начинается на официальном сайте www.chitgma.ru, где отражена необходимая информация о наличии и развитии специальных условий в разделах «Абитуриентам»; «Приемная комиссия»; «Сведения об образовательной организации» – подраздел «Доступная среда»; «Центр довузовской подготовки» – абитуриенту о факультетах – Профориентационные субботы; «Обучение» – подраздел «Инклюзивное образование». Разработана версия сайта для слабовидящих. На этапе проведения вступительных испытаний осуществляется индивидуальное консультирование лиц с ОВЗ и их родителей по вопросам приема и обучения в вузе.

Развитие инклюзивной среды ЧГМА тесно сопряжено с учебно-методическим обеспечением образовательного процесса. В вузе разработаны макеты адаптированных основных профессиональных образовательных программ. Реализуемые программы специалитета содержат адаптационный компонент, характеризующий особенности организации образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Установлен особый порядок освоения дисциплины «Физическая культура», разработаны рабочие программы по физической культуре для лиц с особенностями состояния здоровья, не позволяющими заниматься физической культурой в соответствии с обычной программой. По каждой специальности (31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия, 31.05.03 Стоматология) реализуются 6 адаптационных программ по физической культуре, в полном объеме обеспеченные учебно-методическими материалами. Основными компонентами электронной информационно-образовательной среды, адаптированными к потребностям лиц с ОВЗ, являются официальный сайт Академии, электронные учебно-методические комплексы и образовательные ресурсы, электронная библиотечная система вуза <https://chitgma.ru/medlibrary/vebs>, внешние электронные библиотечные системы.

Организация образовательного процесса и комплексное сопровождение лиц с инвалидностью и ОВЗ начинается с определения потребности студентов в создании специальных условий

обучения и направлений социального сопровождения с помощью анкетирования. При этом все студенты ориентированы на обучение в группе со студентами без ограничений по здоровью как наиболее удобной формы обучения для получения знаний, навыков, компетенций. Сотрудниками деканата формируются индивидуальные учебные планы (по заявлению), обеспечивается контроль за посещаемостью занятий, помощь в организации самостоятельной работы, в том числе, в случае заболевания. Длительно отсутствующим обучающимся организуются индивидуальные консультации. Осуществляется контроль прохождения промежуточной аттестации: сдачи зачетов, экзаменов, мониторинг ликвидации академической задолженности. Организована и совершенствуется профилактическая работа, проводимая со стороны деканов, кураторов курсов и групп по предупреждению академических и социальных проблем.

Большое внимание уделяется психолого-педагогическому сопровождению обучающихся с инвалидностью и ОВЗ. На протяжении десяти лет функционирует Центр развития личности студента, где осуществляется психологическое консультирование и коррекция, просвещение обучающихся, в том числе инвалидов и лиц с ОВЗ с учетом индивидуальных особенностей.

Важным направлением образовательной деятельности, воспитательной работы и молодежной политики в ЧГМА служит формирование инклюзивной компетентности будущих врачей, профессиональной позиции сопричастности, способности толерантно воспринимать индивидуальность каждого человека, социальные, личностные и культурные различия, оказывать психологическую помощь и поддержку студентам с ОВЗ. В рамках волонтерского движения ЧГМА «Ты не один» получило развитие направление «Инклюзивное волонтерство». Ведется обучение в рамках школы тьютора по сопровождению обучающихся с инвалидностью и ОВЗ, проводится разъяснительная работа со студентами по вопросам толерантности и помощи людям с инвалидностью и ОВЗ.

Ключевая роль в реализации образовательного процесса принадлежит педагогу. В условиях инклюзивного пространства преподаватели должны обладать необходимыми профессиональными компетенциями, уметь использовать соответствующие методики и технологии в образовательном процессе. В ЧГМА проводится систематическая работа по обучению профессорско-преподавательского состава и других сотрудников академии вопросам взаимодействия с лицами, имеющими инвалидность, в процессе оказания им образовательных услуг.

Организована работа по созданию условий для беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ. В Академии выделены места для парковки автотранспортных средств инвалидов, осуществляется комплекс мер по совершенствованию материально-технической базы и техническому оснащению вуза в соответствии с требованиями доступности.

Академия принимает активное участие в организации и проведении общественно значимых мероприятий в сфере инклюзивного образования и здравоохранения. Так, в 2022 году в Чите состоялся I Региональный социальный форум «Меняем мир вместе!», организованный Региональным отделением Общероссийской общественной организации «Всероссийская организация родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями, нуждающихся в представительстве своих интересов» (РО ВОРДИ) при поддержке ВОРДИ и Фонда президентских грантов, а также при содействии регионального отделения Общероссийского Народного Фронта в Забайкальском крае. Преподаватели академии выступали в качестве экспертов по вопросам здравоохранения и просветительских мероприятий для родителей, проведенных в рамках Форума. В работе форума задействовали студентов – представителей волонтерского движения «Ты не один».

Таким образом, отмечая достигнутые успехи в создании инклюзивной образовательной среды ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, следует признать необходимость её дальнейшего развития, создания благоприятного социально-психологического климата, повышения эффективности всей системы образования, что будет способствовать построению инклюзивного общества с равными возможностями для каждого человека.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 21.11.2022) «Об образовании в Российской Федерации» (режим доступа <https://ovmf2.consultant.ru/cgi/online>, дата обращения 30.11.2022)
2. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.11.2021) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

3. Приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 N 988 (ред. от 26.11.2020) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело»
4. Приказ Минобрнауки России от 17.08.2015 N 853 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета)»
5. Приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 N 984 (ред. от 26.11.2020) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология»

Богомолова И.К., Михно В.А., Емельянова О.Н., Перегоедова В.Н., Чаванина С.А.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ЛЕЧЕБНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

На современном этапе развития общества отмечается рост количества детей с ограниченными возможностями, что диктует необходимость развития инклюзивного образования не только в общеобразовательных учреждениях, но и в организациях среднего профессионального и высшего образования. Организация инклюзивного образования предусматривает совместное обучение и качественное образование для всех обучаемых, что обеспечивается созданием образовательного пространства, которое соответствует различным потребностям всех студентов.

Целью внедрения инклюзивного обучения на кафедре педиатрии лечебного и стоматологического факультетов является включение каждого студента с ограниченными возможностями в образовательную среду.

Материалы и методы: Гибкость и индивидуальный подход в организации учебного процесса детей с ограниченными возможностями предусматривает занятия в небольших группах, при необходимости выделяется дополнительное время для выполнения работ и консультации преподавателей. В 2022 году на кафедре прошли обучение 4 студента с ограниченными возможностями, что составило 2% от общего количества студентов (200 человек).

Полученные результаты: На кафедре используется индивидуальный подход к обучению каждого студента с ограниченными возможностями в инклюзивной среде. Организация учебного процесса и необходимые формы поддержки обсуждаются на кафедральных совещаниях. Процесс обучения студентов с ограниченными возможностями происходит совместно со студентами, не имеющими инвалидности. Имеются специальные технические средства для обучения (электронные учебные пособия, видеоматериалы), разработанные с учетом особенностей ограничений. Формы обеспечения инклюзивного образования на кафедре показали свою эффективность. Все студенты с ограниченными возможностями допущены к экзамену по педиатрии, средний балл составил 4,25 балла, что указывает на хороший уровень подготовки студентов данной группы.

Выводы: Обеспечение инклюзивного образования в высших учебных заведениях позволяет обеспечить интеграцию лиц с ограниченными возможностями здоровья к профессиональной деятельности, в том числе и в педиатрии.

Бурякова Т.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СТУДЕНТОВ С ОВЗ ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Среди общепризнанных прав и свобод человека особое место занимает его право на образование. Каждый человек может воспользоваться этим правом, наличие заболевания или физического недостатка не может стать препятствием на пути его реализации. Право на высшее профессиональное образование закреплено в Федеральном законе от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Профессиональное становление в условиях инклюзии – это наиболее действенный способ реальной социализации инвалидов, позволяющий максимально обеспечить самостоятельность и жизненную активность.

В академии обучается 26 студентов с инвалидностью по различным нозологиям, которым оказывается социально-психологическая поддержка.

Социально-психологическая поддержка студентов с ОВЗ в ЧГМА – это специально организованный процесс, предполагающий создание оптимальной доступной и воспитывающей среды, в которой возможно формирование общекультурных, профессиональных компетенций и развитие психологически здоровой личности. Психологическая поддержка является системой социально-психологических способов и методов, способствующих социально-профессиональному самоопределению личности, ценностных ориентаций и самосознания, повышению ее конкурентоспособности на рынке труда и адаптированности к условиям реализации собственной профессиональной карьеры.

В Читинской государственной медицинской академии работает «Центр психологической поддержки студентов», в котором осуществляются индивидуальные психологические (психотерапевтические) консультации при депрессиях, тревожных проявлениях, трудностей в адаптации к учебной деятельности. Работа Центра построена на принципе анонимности, консультации для студентов являются бесплатными! Консультативные приемы проводят кандидаты медицинских наук, врачи психотерапевты. Также осуществляет разнообразные направления, формы и методы работы по адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья «Центр развития личности студента ЧГМА». Групповые формы работы, тренинги на сплочение, решение конфликтных ситуаций, развитие мотивации к учебной деятельности, психологическая профилактика – основные направления работы центра.

Студенты с ОВЗ адаптируются к условиям обучения с большей сложностью, чем здоровые студенты. Их заболевания усложняют процесс привыкания к обучению в высшем учебном заведении, и в результате этого появляется множество поводов для обращения за психологической помощью. Но, несмотря на кажущуюся логичность данного утверждения, мы наблюдаем иную ситуацию – далеко не все студенты с ОВЗ обращаются за помощью к специалисту, поэтому во многих вопросах помогают разобраться старосты групп 1 курса. Именно с ними в начале учебного года проводится обучающая встреча и обсуждается работа с данными студентами. Староста студенческой группы является формальной главой группы и выполняет некоторые административные функции, поэтому может оказать индивидуальную помощь по административным, социальным, юридическим вопросам в академии.

Очень часто заниженная самооценка и неуверенность в себе мешает студентам с ОВЗ обращаться за помощью к преподавателю, куратору. Студент не проявляет активность в учебной деятельности. Данные ограничения существенно усложняют процесс социально-психологической адаптации и поэтому, в вопросах повседневной организации образовательного процесса помогают тьюторы, которые проходят обучение в «Школе тьютора» и владеют необходимыми компетенциями для работы со студентами с ОВЗ.

Инклюзивное добровольчество – это особое направление волонтерской деятельности, которое, с одной стороны, направлено на помощь людям (студентам) с ограниченными возможностями здоровья, а с другой – на их интеграцию в добровольческую деятельность. В добровольческом движении ФГБОУ ВО ЧГМА «Ты не один!» активно развивается данный вид волонтерства. Студенты с заболеваниями являются участниками волонтерских отрядов, что позволяет им реализовать себя в социально-значимой деятельности. Совместная деятельность способна укрепить дружеские отношения и взаимопонимание между студентами.

Вузы, работающие по программе инклюзивного образования, позволяют студентам с ОВЗ полноценно включиться в процесс обучения и студенческую жизнь. Социально-психологическое сопровождение, помощь подготовленных педагогов и однокурсников, включенность в активную деятельность помогают студентам с ОВЗ лучше адаптироваться к обучению в вузе и найти работу по профессии.

Власова А.Н., Потапова Н.Л., Андреева Е.В.

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В РАМКАХ ДИСЦИПЛИНЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия**

По законодательству Российской Федерации получение образования является неотъемлемым и гарантированным правом человека, как в общеобразовательных, так и в высших учебных заведениях. Инклюзивное образование дает возможность каждому ребенку с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью, имеющим одинаковые права наравне с другими детьми, удовлетворить свою потребность в образовании.

Целью данной работы явилось изучение возможности внедрения инклюзивного образования на кафедре поликлинической педиатрии с курсом медицинской реабилитации.

Методы исследования. Проведено исследование по типу непосредственного наблюдения. Объектом исследования явились студенты с отклонениями в состоянии здоровья разной степени тяжести и патологии, обучающиеся на кафедре поликлинической педиатрии с курсом медицинской реабилитации ФГБОУ ВО ЧГМА в разные годы. Студенты с ОВЗ занимались в группах с остальными на общих условиях, с использованием индивидуального подхода к практической части занятия.

В ходе наблюдения и анализа работы студентов с ОВЗ и инвалидностью, были предложены альтернативные варианты прохождения теоретической и практической части занятий.

Полученные результаты. На кафедре поликлинической педиатрии с курсом медицинской реабилитации обучались разные студенты, в том числе с ОВЗ и установленной инвалидностью. Степень выраженности нозологической патологии варьировала от легкой до средней степени тяжести (заболевания опорно-двигательного аппарата, а также соматическая патология - сахарный диабет 1 типа, эпилепсия, бронхиальная астма).

На цикле применяются традиционные формы обучения в соответствии с учебной образовательной программой:

- Лекция;
- Традиционное занятие, состоящее из теоретической и практической части.

В свою очередь, теоретическая часть занятия включает в себя:

- Словесный метод (разбор тематики, устный ответ студентов);
- Наглядно-иллюстрационный метод (выполнение тестовых и ситуационных заданий, работа у доски, работа с учебными пособиями, нормативно-правовыми документами, клиническими рекомендациями, стандартами ведения пациентов, работа с медицинской документацией).

Практическая часть занятия как практико-ориентированный подход включает в себя: активные методы обучения по типу деловой игры, практическая часть занятия, направленная на контакт с пациентом и его родителями, курация, осмотр, заполнение медицинской документации.

В зависимости от нозологической патологии студентов с ОВЗ или инвалидностью применялся индивидуальный подход. Студент с легкой степенью заболевания опорно-двигательного аппарата посещал лекционные занятия, и теоретическую часть занятия совместно с другими. Однако, были внесены коррективы в практическую часть занятия: студент с ОВЗ не совершал патронажи на дальние расстояния, включался в работу совместно с педиатром в поликлинике на приеме, проводил осмотр пациентов, заполнял медицинскую документацию.

Для студентов с таким заболеванием, как эпилепсия, проводился обязательный контроль за состоянием здоровья. При проведении теоретической части занятия, акцент был сделан на наглядно-иллюстративный метод обучения (студент не мог сконцентрировать внимание слухового анализатора, проще заучивал и запоминал наглядный материал). В связи с особенностями состояния студента, была организована работа практики в поликлинике на приеме совместно с участковым педиатром. Студент заполнял медицинскую документацию и осматривал пациентов.

В обоих случаях студенты справлялись с учебной программой с учетом индивидуального подхода к занятиям.

Для реализации инклюзивного обучения предлагается организовать лекции и теоретическую часть занятия по следующим методам:

1. Словесный метод – для всех обучающихся. У студентов с легкой и средней степенью выраженности нарушения, например, зрения, выбрать как наиболее адаптированный метод усвоения материала;

2. Наглядно-иллюстративный метод – для всех обучающихся. У студентов с легкой и средней степенью нарушения, например, слуха, выбрать как наиболее адаптированный метод усвоения материала.

Проведение лекции для студентов с ОВЗ и инвалидностью предлагается организовывать как в очной, так и в дистанционной форме.

Для организации практической части занятия предлагается использовать фронтальную форму работы (2-3 студента в группе: 2 студента без ОВЗ+1 студент с ОВЗ или инвалидностью), практико-ориентированный метод – для всех обучающихся, адаптированный в зависимости от состояния и возможностей студента:

- Лица с нарушением зрения (в зависимости от степени выраженности заболевания) – осуществление курации – осмотра пациентов на дому или работа в поликлинике совместно с участковым врачом – педиатром. В случае легкой степени тяжести заболевания у обучающегося – заполнение соответствующей документации.

- Лица с нарушением слуха (в зависимости от степени выраженности заболевания) – вариативность курации пациентов (на дому или в поликлинике).

Нарушение слуха средней или тяжелой степени – заполнение медицинской документации без курации пациентов (с возможностью проведения индивидуального занятия).

- Лица с нарушением опорно-двигательного аппарата (в зависимости от степени выраженности заболевания): легкая степень – традиционная курация пациентов с последующим заполнением медицинской документации. Средняя степень заболевания – вариативность курации без посещения пациента на дому. Работа в поликлинике совместно с врачом участковым - педиатром, заполнение медицинской документации.

Вопрос реализации инклюзивного образования напрямую зависит от доступности среды для лиц с ОВЗ и инвалидностью. В первую очередь, это касается доступной городской среды (безопасность и доступность перемещения). Огромное значение играет реализация доступности обучения в ВУЗе: доступность локаций, перемещения, организация рабочего места обучающегося. Немаловажную роль играет доступная среда на базе прохождения практических занятий (детские поликлинические отделения).

Таким образом, развитие инклюзивного образования невозможно обеспечить без постоянного внедрения в практику методических разработок, методических руководств по организации деятельности студентов с ОВЗ и инвалидностью, с привлечением образовательных учреждений, включенных в инклюзивный процесс, а также служб психолого-педагогического сопровождения.

Выводы:

1. Для реализации инклюзивного образования необходима систематизация образовательных программ, методических разработок с учетом индивидуальных особенностей студентов с ОВЗ и инвалидностью, создание альтернативных методик проведения теоретических и практических занятий.
2. Требуется организация доступной среды в месте проведения занятия с учетом патологии студентов, организация работы на клинических базах, а также в аудиториях ВУЗа.

Емельянова Н. М.

ЭЛЕКТРОННЫЕ БИБЛИОТЕЧНЫЕ СИСТЕМЫ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ РАБОТЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ОГРАНИЧЕНИЯМИ ПО ЗДОРОВЬЮ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Для улучшения качества жизни инвалидов, повышения уровня доступности объектов и услуг, совершенствования системы адаптации создаются специальные условия для обучения в вузах лиц с ограниченными возможностями. Библиотека оказывает услуги в получении информации, предоставлении качественного библиотечного обслуживания, проведении в стенах библиотеки различных встреч с носителями культуры, образования, науки, во взаимодействии с учреждениями социальной сферы.

Главными составляющими библиотечной поддержки становятся: использование определенных форм предоставления библиотечно-библиографической информации, от которых зависит специфика соответствующего информационного ресурса; - формирование технологических алгоритмов дистанционной передачи информационного библиотечного контента, созданного для каждой категории пользователей; - разработка методических рекомендаций библиотечной поддержки и сопровождения учебного процесса лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Реализация инклюзивного образования в Научной библиотеке ЧГМА заключается в формировании доступной образовательной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Проведенное наблюдение электронных библиотечных систем позволяет сделать вывод, что предложенные ресурсы адаптивны для лиц с ограничениями по здоровью, позволяют прослушивать и просматривать контент с учетом особенностей здоровья граждан. Все эти возможности позволяют образовательным учреждениям применять электронные библиотечные системы в учебном процессе для обеспечения получения образования любым категориям учащихся.

Научная библиотека, в соответствии со спецификой образовательной деятельности ЧГМА, старается максимально комфортно организовать библиотечное обслуживание для пользователей. Сайт ЧГМА адаптирован для слабовидящих людей, удалённое обслуживание организовано для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, приобретённые электронные библиотечные системы имеют возможности синтезатора речи и прослушивания информации.

Ладнич Н.А.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
В ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В современном мире право на образование признано одним из основных прав человека, независимо от имеющихся физических или интеллектуальных особенностей. К настоящему времени инклюзивное образование имеет обширное нормативно-правовое основание. В системе профессионального образования обеспечение прав обучающихся лиц с инвалидностью гарантируется статьей 43 Конституции Российской Федерации и Федеральным законом от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Получение медицинского профессионального образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья обеспечивается Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования по специальностям группы «Здравоохранение» в части составления учебных программ и прохождения практики. Обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в медицинском вузе регламентируются приказами министерств Российской Федерации, например, Приказом Минобрнауки РФ от 05.04.2017 г. № 301 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры», Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.12.2018 № 765 «Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных» и др.

Деятельность медицинских вузов по инклюзивному обучению детально регулируется нормативными документами локального характера. Например, в Читинской государственной медицинской академии, к ним относятся: Положение об обучении в ГБОУ ВПО ЧГМА Минздрава РФ инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья от 31.08.2015 г., утвержденное Протоколом заседания Ученого совета № 1; Положение о порядке организации и осуществления образовательной деятельности по основным профессиональным образовательным программам – программам специалитета в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России от 11.02.2020 г., утвержденное Протоколом заседания Ученого совета № 7; Порядок обучения по индивидуальному плану лиц,

обучающихся в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России от 11.02.2020 г., утвержденное Протоколом заседания Ученого совета № 7; Порядок проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам специалитета, реализуемым в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России от 11.02.2020 г., утвержденное Протоколом заседания Ученого совета № 7 и другие документы, учитывающие особенности инклюзивного обучения.

Анализируя сведения о количестве зачисленных и обучающихся лиц с особенностями здоровья в Читинской государственной медицинской академии, можно отметить двукратный рост числа инвалидов в период с 2018 года по 2022 год. Нозологические группы таких обучающихся включают, преимущественно, лиц с соматическими заболеваниями и с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Такие лица, как правило, не имеют особых образовательных потребностей и наравне с другими категориями обучающихся имеют возможность выполнения в полном объеме требований к освоению программ специалитета по специальностям 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия и 31.05.03 Стоматология.

Несмотря на отсутствие лиц с особыми образовательными потребностями, развитие инклюзивного образования в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России осуществляется поступательно, в соответствии с ежегодно утверждаемой Дорожной картой (планом мероприятий) по организации деятельности в сфере развития инклюзивного образования во взаимодействии с отраслевым ресурсным учебно-методическим центром по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Реализация инклюзивного образования и создание соответствующих условий для обучающихся в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России согласуются с теми образовательными потребностями, о которых заявляют учащиеся-инвалиды или лица с ограниченными возможностями здоровья. Начинается эта деятельность на этапе приема абитуриентов в ряды обучающихся академии. Дальнейшее сопровождение обучающихся с инвалидностью может включать в себя (в заявительном порядке) формирование индивидуальных учебных планов для коррекционных или реабилитационных действий.

В целях обеспечения образовательных условий инвалидов в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России преподаватели и сотрудники вуза регулярно проходят обучение по программам повышения квалификации, реализуемым при содействии РУМЦ Минздрава России, а также в рамках обучения на вузовских курсах повышения квалификации.

Организационно-методическое сопровождение инклюзивного образования в академии включает разработку адаптированных рабочих программ дисциплин и практик. Так, для освоения дисциплины «Физическая культура» в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России разработаны и внедрены в образовательный процесс подготовки специалистов рабочие программы дисциплины «Адаптивная физическая подготовка» для специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология».

Адаптация учебно-методических материалов для обучающихся с инвалидностью и ОВЗ стала возможной благодаря созданию и внедрению в учебный процесс ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России электронных учебно-методических комплексов дисциплин. Опыт использования ЭУМК дисциплин в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 показал эффективность внедрения элементов электронного обучения в сложившуюся систему подготовки всего контингента будущих врачей, но, для обучающихся с особыми образовательными потребностями, разработанные электронные комплексы превратились в средства индивидуального обучения, обеспечивающие учёт особенностей состояния здоровья.

Система оперативного управления образовательным процессом подготовки (ИСМА ЧГМА) позволяет обеспечивать подробную фиксацию хода образовательного процесса, результатов освоения образовательной программы обучающимся с инвалидностью. Наполнение ресурса начинается на этапе подачи заявления о зачислении абитуриента с инвалидностью. Далее в личном кабинете студента накапливается информация о наличии и сроках установления инвалидности, о необходимости или об отказе от специальных условий обучения, об обучении по адаптированной программе, и, в целом, об образовательном маршруте обучающегося. В ресурсе также представлена актуальная информация о посещаемости занятий, о наличии или отсутствии академической задолженности, о результатах освоения образовательной программы, что, в конечном итоге, позволяет принимать своевременные решения о коррекции тех или иных затруднений, возникающих при обучении у студентов-инвалидов.

Вывод: Организация комплексного сопровождения обучающихся с инвалидностью в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России с учетом нозологических групп включает в себя адаптацию образовательных программ, электронную информационно-образовательную среду вуза, специальную подготовку педагогических кадров, систему тьюторского, психолого-педагогического и медицинского сопровождения. Опираясь на анализ результатов трудоустройства выпускников академии, в том числе лиц с инвалидностью, можем утверждать, что организация инклюзивного образовательного процесса в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России позволяет сформировать конкурентоспособного на рынке труда специалиста с инвалидностью.

Намоконов Е.В., Артамонова З.А., Шемякина Н.А.

**ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ
С ОРГАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
ХИРУРГИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

На сегодняшний день проблема инклюзивного образования, особенно при обучении хирургическим специальностям очень актуальна. Для успешного образования студентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью необходимо иметь на кафедрах хирургического профиля доступную среду с организацией современной системы обучения по программам высшего профессионального медицинского образования.

Цель. В связи с этим одной из главных задач медицинских кафедр, реализующих инклюзивное образование, является формирование компетенции преподавателей кафедры, то есть готовности их к работе в условиях инклюзивного образования с психолого-педагогической точки зрения.

Результаты и обсуждение. Инклюзивное образование таких хирургических дисциплин, как общая хирургия на третьем курсе лечебного, педиатрического факультетов и стоматологического факультетов для студентов с ОВЗ и инвалидностью имеет свои инновационные педагогические технологии, включая различные методы и формы обучения с учетом знания индивидуальных особенностей обучающихся. В связи с этим, каждый преподаватель кафедры прошел курсы и инструктаж по вопросам обеспечения доступности объектов и услуг для лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, с оказанием при этом необходимой помощи.

Для реализации образовательного процесса на клинической базе хирургического стационара у профессорско-преподавательского состава кафедры выбор средств и методов базируется на содержании обучения, уровне профессиональной подготовки реализаторов, методической и материально-технической базах, а также особенностях восприятия учебной информации обучающихся с инвалидностью и ОВЗ.

В первую очередь, это конечно электронные образовательные ресурсы, к которым обеспечивается доступ инвалидов и лиц с ОВЗ. Учебные методические материалы с версией для слабовидящих расположены в дистанционном формате на официальном сайте академии в разделе «Электронная библиотека». Учебные аудитории оборудованы компьютерной техникой, аудиотехникой (колонки), видеотехникой (мультимедийные проекторы, телевизионные панели). Для студентов с нарушениями зрения может по мере необходимости применяться компьютерная техника, использующая электронные лупы, экранные клавиатуры, программы – синтезаторы речи.

Также возможно проведение учебных занятий в формате видеоконференцсвязи с использованием платформы «Zoom» во время демонстрации хирургической операции в реальном времени. То есть в то время как большинство студентов находится в операционной, студенты с ОВЗ и инвалидностью могут наблюдать хирургические манипуляции с экранов мониторов из учебной аудитории. Беспрепятственный доступ в здание хирургического корпуса, где располагается учебная комната оснащен пандусом с противоскользящими тактильными указателями и с контрастной поверхностью. При необходимости возможно волонтерское сопровождение из числа обучающихся на кафедре студентов.

Выводы. Таким образом, материально-техническая база, социально активные, рефлексивные методы обучения и телекоммуникационные технологии способствуют установлению полноценных

межличностных отношений лиц с ОВЗ с преподавателями, пациентами и другими студентами и созданию комфортного профессионального и психологического климата на кафедре, так необходимые в будущей профессиональной деятельности врача.

Обыденко В.И., Баясхаланова Ц.Б.

МЕТОДЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

В Конституции Российской Федерации статья 43 провозглашает право каждого на образование. Согласно Конвенции, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2006 году, которая была ратифицирована в 2008 году, начался переход от идеи оказания помощи студентам с ограниченными возможностями к их интеграции в среду обучения на равных, созданию одинаковых возможностей для получения высшего образования.

По данным федерального реестра инвалидов на 1 сентября 2022 года в Забайкальском крае в возрастной категории от 18 до 30 лет зарегистрировано 4190 человек. Эта когорта населения потенциально является основными потребителями образовательных услуг. Собственно, это и подчеркивает актуальность внедрения и развития в высших учебных заведениях методов инклюзивного образования.

Федеральный государственный образовательный стандарт современного поколения предусматривает формирование определенных профессиональных компетенций, освоение которых является обязательным для всех категорий выпускников. Парадигма инклюзивного образования заключается в создании условий для освоения компетенций, а их реализация возлагается на производителя образовательных услуг.

Согласно одной из профессиональных компетенций, формируемой на морфологических дисциплинах медицинских вузов, выпускник должен быть способен оценивать морфофункциональные процессы в организме человека для решения профессиональных задач. Спецификой освоения данных дисциплин является большая зрительная нагрузка, связанная с работой с микроскопом для оценки морфологических структур, представленных микропрепаратами. Данная особенность затрудняет освоение компетенций студентами с нарушениями зрения. Так, целью настоящей работы явилась разработка методов обучения для работы со слабовидящими студентами в условиях реализации инклюзивного обучения.

Результаты. Для достижения цели и создания оптимальных условий обучения таких студентов, сотрудниками кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии Читинской государственной медицинской академии предлагается несколько вариантов работы с микропрепаратами с меньшей нагрузкой на зрительный аппарат.

Одним из вариантов визуализации препаратов является прямая передача изображения на встроенный дисплей микроскопа с возможностью зумирования (т.е. способностью приближения и удаления) исследуемой структуры. Такая форма микроскопирования больше подходит для индивидуальной работы.

Некоторые модели микроскопов предусматривают подключение к широкоформатному экрану и вывод на него изображения микропрепарата в режиме реального времени. Такая форма изучения препарата позволяет с минимальной нагрузкой для глаз смещать поля зрения и использовать объективы различного увеличения. Данный способ позволяет преподавателю взаимодействовать со студентами при фронтальном опросе.

Наиболее современным методом изучения морфологии является работа с оцифрованными микропрепаратами. В этом случае изображение структур тканей органов выводится на экран индивидуального компьютера. Данный способ позволяет воспроизводить последовательное многократное увеличение без привязки к кратности увеличения объектива. Кроме того, возможно изменение контрастности, применение фильтров для лучшей цветопередачи. Приведенные выше первые два метода помимо изучения морфологии позволяют освоить технику микроскопирования в отличии от последнего.

Выводы. Таким образом, вышеперечисленные методы позволяют в полной мере овладеть навыками оценки гистологических структур и сформировать основную компетенцию, реализуемую на морфологических дисциплинах, студентам с ограниченными возможностями зрительного анализатора.

Остроухова К.В., Кочерга В.Г., Агаджанян А.В.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПО ЗРЕНИЮ В ФГБ ПОУ
«КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России, Кисловодск, Россия**

ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России ведет подготовку лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению по специальности «медицинский массаж» с 1958 года и является уникальным профессиональным образовательным учреждением. Поскольку колледж является федеральным профессиональным учреждением, в нем обучаются студенты из всех регионов Российской Федерации и стран ближнего зарубежья. В этом году обучаются 219 инвалидов из них по специальности 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) и 204 инвалида по зрению, поэтому образовательные программы по всем реализуемым специальностям являются адаптированными и позволяют обучать студентов с различными типами нарушения здоровья (при наличии заявлений от обучающихся). С этой целью разработана также образовательная программа, которая учитывает принципы тифлопедагогики и тифлопсихологии. При обучении используются информационные технологии для инвалидов по зрению, которые обеспечивают доступ незрячих и слабовидящих находить информацию в Интернете, пользоваться электронной почтой. В библиотеке колледжа имеется фонотека, что позволяет обеспечить информационную безбарьерную среду. Помимо этого, фонотека включает специальную и художественную литературу, классическую и современную музыку. Учебное заведение расширяет свои социальные функции, решая не только профессионально-образовательные, но и реабилитационные задачи. Обучение студентов с ограниченными возможностями зрения в колледже, являясь инклюзивным, имеет ряд особенностей:

- учебный процесс основан на личностно-ориентированном подходе и психолого-педагогическом сопровождении;
- процессы обучения, воспитания, профессиональной деятельности студентов едины и непрерывны;
- наличие возможностей для формирования личности студентов, воспитания их гражданской позиции через формы самоуправления, развития их творческого потенциала;
- наличие в колледже сферы обслуживания студентов: общежития (объединенного с учебным корпусом), медицинского кабинета и др. На занятиях используется нестандартный дидактический материал и особые средства наглядности, позволяющие расширить рамки доступности учебной информации, способствующие систематизации и обобщению знаний, активизации мыслительной деятельности студентов со зрительной депривацией. В учебном процессе активно применяются кинестетические методы, так как они развивают пространственное представление у слепых и слабовидящих, формируют профессиональные действия, повышают интерес к изучаемому учебному материалу. Преподавателями осуществляется индивидуальный подход в зависимости от состояния зрения. Особенно это касается студентов без остатка зрения, которые должны уметь чувствовать руки преподавателя и движения пальцев при выполнении приема, называемого «метод наложения рук». Именно постановке рук массажиста придается первостепенное значение. Применяемые при обучении медицинскому массажу методы формируют специфические двигательные стереотипы, необходимые для практики массажных техник. Приоритетным направлением профессионального образования является сохранение здоровья обучающегося. В связи с этим при проведении занятий по физической культуре большое значение уделяется организации и подбору специальных методик и средств физической культуры, которые позволяют обеспечить улучшение психоэмоционального состояния незрячих, а также ускорение процесса реабилитации и социальной интеграции инвалидов по зрению. На протяжении всего периода

обучения в колледже осуществляется психолого-педагогическое сопровождение, которое направлено на создание наиболее благоприятных условий для обучения, проживания и свободного времяпрепровождения. Для этого в колледже имеются:

- объекты, на которых обеспечено дублирование информации, необходимой для инвалидов, в звуковой и зрительной форме, а также имеются надписи, знаки и иная текстовая и графическая информация, выполненные рельефно-точечным шрифтом Брайля и на контрастном фоне;
- установлены пандусы, при необходимости сменные кресла-коляски;
- учитывается достаточная ширина дверных проемов в стенах, лестничных маршей, площадок;
- созданы необходимые условия для лиц с сахарным диабетом, с сердечно-сосудистыми и иными заболеваниями, требующие особые условия организации режима занятий, питания, проживания. На базе колледжа проводятся Чемпионаты России с международным участием по массажу среди лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению. Преподаватели колледжа делятся уникальным опытом, проводя мастер-классы, анкетирования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ по вопросу удовлетворенности условиями организации образовательной деятельности, готовя участников регионального и Национального конкурсов профессионального мастерства среди лиц с инвалидностью «Абилимпикс». Применение учебно-методических пособий для обучающихся с инвалидностью по использованию адаптированных средств обучения и воспитания, информационно-коммуникационным технологиям. Преподавателями изданы учебники: Классический массаж основы теории и практики, Теория и практика массажа в педиатрии, Анатомия и физиология, с полным аудио-видео сопровождением помогают студентам легче освоить изучаемый материал. Колледжем приобретены: программы чтения экрана с речевым интерфейсом, которые проговаривают все текстовые блоки на экране, названия ярлыков и пунктов меню, программы оптического распознавания текстов. Данные программы анализируют сканированные изображения и выделяют из них текстовые массивы с сохранением форматирования. Это позволяет незрячим людям сканировать плоскочечатные тексты и, после соответствующей обработки данными программами, прослушать их с помощью синтезатора речи или прочитать на брайлевском дисплее, редактировать и выполнять всевозможные операции с полученным текстом. Отделением дополнительного профессионального образования нашей образовательной организации успешно реализуется программа повышения квалификации «Развитие профессионально-педагогической компетентности преподавателя. Инклюзивное образование и создание доступной среды для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе СПО и ДПО». За период 2021-2022 года по данной программе обучены 20 сотрудников нашей образовательной организации и 16 Инжинирингового колледжа НИУ «БелГУ».

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А, Яшнова Н.Б., Турчина Е.В.
**ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Самостоятельная работа студентов (СРС) – планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время при методическом руководстве преподавателя. СРС в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Она играет важную роль в технологии обучения. Обучение в ВУЗе включает две, практически одинаковые по объему части – процесс обучения и процесс самообучения. К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных навыков (компетенций) и умений самостоятельно добывать знания из разных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов. При этом СРС играет решающую роль в ходе учебного процесса.

Ведущая цель организации и осуществления СРС совпадает с целью обучения студента

– подготовкой специалиста с высшим образованием. Целью СРС является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. СРС способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются: а) систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов; б) углубление и расширение теоретических знаний; в) формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу; г) развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности; д) формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации; е) развитие исследовательских умений; ж) использование материала, собранного и полученного в ходе СРС на семинарах и практических занятиях, при написании рефератов и подготовке к зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

В современном образовательном процессе СРС рассматривается как важный элемент формирования будущих специалистов. Преподаватель во время практической деятельности студента из транслятора знаний превращается в менеджера образовательного процесса, организуя и направляя его познавательную деятельность. При освоении дисциплины «Хирургическая стоматология» и «Челюстно-лицевая хирургия», возможны следующие виды СРС:

- 1) СРС во время основных аудиторных занятий (лекций, практических занятий);
- 2) СРС под контролем преподавателя в форме консультаций, творческих контактов, зачетов и экзаменов;
- 3) внеаудиторную СРС при выполнении домашних заданий учебного и творческого характера.
- 4) внеаудиторную СРС на производственной практике в должности «Помощника врача хирурга-стоматолога».

Заявленная в новых стандартах образования обязательной и обеспеченная определенным объемом учебной нагрузки, СРС нуждается сегодня в педагогическом сопровождении и методическом обеспечении. В связи с чем данный вид работы обучающихся необходимо соотносить с организующей ролью преподавателя, предполагающей постоянный мониторинг процесса СРС. Правильно организованная СРС непременно сопровождается усложнением и увеличением трудоемкости, что обеспечивает её развивающий характер. Понимание сущности различных видов СРС, в зависимости от их функционального назначения, предоставляет возможность планировать и использовать эту деятельность студентов как оптимальное средство обучения и развития. При этом необходимо учитывать предпочтения студентов в плане организации и содержания работы.

Система подготовки специалистов стоматологического профиля в новых условиях должна выработать эффективную схему обучения, при которой учащийся получает максимальное количество теоретических знаний в сочетании с сугубо практическими навыками, которые обеспечат будущему специалисту социальную защищенность, а также быструю и успешную адаптацию в социуме. Для будущих стоматологов, специализирующихся по такой клинической дисциплине, как «стоматология хирургическая», практическая часть обучения является главенствующей. Современные рыночные условия и особенности учебного процесса на профильных стоматологических кафедрах, с одной стороны, требуют, чтобы будущие стоматологи овладевали не только теоретическими знаниями, но и приобретали практические навыки и умения. Однако сегодня прием пациентов студентами затруднен из-за нежелания пациентов быть «живыми манекенами или тренажерами», а также потому, что они не являются сертифицированными специалистами и не имеют права проводить хирургические манипуляции в полости рта пациентов. Решением данной проблемы является работа на симуляторах. На кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ в распоряжении студентов есть компьютерный класс на 12 рабочих мест и современный фантомный класс, оборудованный симуляторами. Для клинического приема имеется лечебный хирургический кабинет с 4 стоматологическими установками. Студенты присутствуют на консультациях ассистентов кафедры и приеме практических врачей, где разбираются клинические случаи и демонстрируются пациенты на различных этапах хирургического стоматологического лечения пациентов. Студенты

при этом выполняют роль помощников врачей-стоматологов: оформляют документацию, проводят перевязки, снимают швы и т.д. Обучающиеся могут своими руками попробовать провести разные виды местного обезболивания, выполнять операцию удаления зуба.

При этом нельзя забывать, что каждый обучающийся имеет свой уровень освоения навыков. Работа на симуляторах и в учебном классе на моделях позволяет будущему стоматологу развивать уверенность в собственных силах, способствует желанию достигнуть хороших результатов. Работа на фантомах позволяет провести сравнение полученных результатов с предполагаемыми, т.е. развивать осознанное отношение к результатам своего труда. Задачей преподавателей кафедры является не допустить, чтобы среди студентов формировались личности с низкой самооценкой, неверием в свои силы, развитием комплекса неполноценности, низким уровнем учебной мотивации и притязаний. Для таких студентов организуются дополнительные практические занятия.

Подготовку будущего стоматолога следует рассматривать как способ формирования его профессионального потенциала, включающего интеллектуальную мобильность, умение аналитически мыслить, интерпретировать полученную информацию и самостоятельно работать, совершенствовать общекультурные и профессиональные компетенции. Именно в процессе СРС проявляется его творческая мотивация, целеполагание и целенаправленность, индивидуализация стиля учебной и учебно-исследовательской деятельности, самоактуализация, самоорганизация, самостоятельность, самоконтроль, самоуправление, саморазвитие и другие важные личностные качества, которые необходимы для первоначального освоения опыта на этапе вузовского периода подготовки врача.

При анкетировании студентов на кафедре хирургической стоматологии отмечены предпочтения в выборе форм СРС. Многие обучающихся предпочитают работу на производственной практике и непосредственное общение с больными. Они считают, что в ЧГМА созданы все условия для успешного ведения СРС. Однако студенты указывают на необходимость больше уделять внимания использованию компьютерных технологий. Кроме того, существенному улучшению СРС могут способствовать четкое планирование и контроль данного вида деятельности, повышение требования со стороны преподавателя за выполнением СРС. Предложенные виды СРС, по мнению студентов, являются приемлемыми. Для плодотворной СРС необходим контроль со стороны педагога как важный мотивирующий фактор. По мнению многих респондентов, следует совершенствовать формы обучения, более широко использовать на занятиях современные информационные технологии.

По мнению студентов, кафедра хирургической стоматологии достаточно обеспечена учебными и учебно-методическими материалами для успешной организации СРС. В самообразовательной деятельности студенты чаще используют традиционные источники знаний: лекционные материалы, рекомендуемые учебники и методические разработки преподавателей. Важно отметить, что студенты желают постоянно пополнять знания, рационально используя время, отводимое на СРС. Часто при выполнении СРС обращаются за помощью к преподавателям по таким вопросам: как овладеть практическими навыками врачебной деятельности, как успешно решать ситуационные задачи, как планировать и организовывать СРС. Большинство студентов считают, что СРС является непременным условием для будущей успешной профессиональной деятельности врача.

Таким образом, улучшению выработки мануальных навыков и укреплению в будущих стоматологах веры в свои силы, формированию положительного отношения к такой клинической дисциплине, как стоматология хирургическая, и к будущей специальности способствует развитие такого направления, как работа на новейших технологиях, высококачественных современных симуляторах.

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Катман М.А., Яшнова Н.Б.

ПОДГОТОВКА К ОЛИМПИАДЕ

КАК ФОРМА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Подготовка студентов начинается с 4 курса за год до проведения олимпиады.

До проведения олимпиады производится отбор студентов среди обучающихся 4 курса стоматологического факультета. В критерий отбора входит рейтинг студента по дисциплинам,

средний балл зачетной книжки, хорошая подготовка в период семинарских занятий, активность в практической части занятия, прием пациентов.

Сотрудниками кафедр составляется тематический план олимпиады, в который входит 3 темы.

Первая тема включает в себя подготовку пациентов к операции имплантации, состоящая из сбора жалоб, развития заболевания, анамнеза жизни, анализа компьютерной томограммы челюстей, составления плана лечения с выбором видов имплантов и техники операции.

Вторая тема включает разбор и отработку техники наложения швов на слизистую оболочку и кожу челюстно-лицевой области.

Наряду с этим, в структуру третьей темы входят операции на мягких тканях лица при хирургическом лечении заболеваний пародонта.

В период подготовки к олимпиаде студенты проходят ряд этапов. В структуру подготовки входит обучение и отработка анализа интерпретации компьютерной томограммы челюстей в различных программах (Planmeca, RadiAnt DICOM Viewer, Vision). При этом они учатся оценивать высоту и ширину альвеолярного отростка, качество и структуру костной ткани в области будущей операции. Расположение важных анатомических структур (дно верхнечелюстной пазухи, канал нижнечелюстного и резцовых нервов, состояние соседних зубов, зубов-антагонистов, наличие или отсутствие хронических очагов воспаления и новообразований в ЧЛО).

Вместе с тем, обучающиеся проходят теоретическую подготовку в форме лекций, семинаров и консультаций. При этом отработка и совершенствование практических навыков проводится на фантомах и муляжах. Необходимо отметить, что закрепление полученных практических навыков проводится на головах свиньи или барана.

В течение всего периода подготовки к олимпиаде обучающиеся ассистируют врачам хирургам-стоматологам на разноплановых операциях, что позволяет наглядно проследить все этапы подготовки к манипуляциям, ход операции, а также реабилитацию и послеоперационное ведение пациентов. Кроме того студенты участвуют в составлении плана лечения и выборе методов операции.

Непосредственно перед проведением олимпиады студенты выполняют творческое задание, а именно, видеокартонку, которая включает в себя данные об учащемся, его достижениях, информацию о ВУЗе в виде сценки, песни, видеоклипа. Это задание студенты готовят в течение года и предоставляют портфолио со своими практическими работами.

По итогу обучения проводится экзамен, в результате которого происходит выбор лучших студентов для участия в международных или всероссийских олимпиадах.

Необходимо отметить, что по полученным результатам олимпиад последних лет, студенты стоматологического факультета ЧГМА занимают призовые места на всероссийских и международных олимпиадах.

Таким образом, заблаговременная и качественная подготовка студентов к олимпиаде играет важную роль в получении высоких результатов по итогу проведения олимпиады и освоении профессиональных компетенций.

Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С.

РОЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ «ОБУЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ ОБУЧЕНИЕ» В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Цель. Обосновать роль педагогической модели «обучение через обучение» в социальной адаптации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Методы исследования. В качестве педагогических моделей были использованы интерактивные мероприятия, предусматривающие самостоятельную подготовку и представление нового теоретического и практического материала обучающимися для обучающихся. Качество представления материала оценивали сами обучающиеся без участия преподавателей.

Полученные результаты. Обучение на стоматологическом факультете предъявляет высокие требования к физическому и психическому здоровью обучающихся. Вместе с тем, отдельные, компенсируемые для данной специальности ограничения возможностей по здоровью, допускаются.

Педагогический коллектив в таких ситуациях должен способствовать у основного контингента студентов формированию общественного сознания и толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья.

Метод «обучение через обучение» (LdL: Lernen durch Lehren), предусматривает изучение материала обучающимся, чтобы затем преподавать его другим обучающимся. Большую популярность метод получил в начале 19 века для обучения бедных детей, когда старшие дети учили младших тому, чему они уже научились сами. Метод LdL отличается от традиционного преподавания тем, что наряду с обеспечением того, чтобы учащиеся усвоили материал, другой целью метода является обучение учащихся жизненным навыкам, таким, как уважение к другим людям, решение проблем, умение держаться на публике и навыки общения. Метод LdL используется также для обучения эмпатии, способности понимать или чувствовать то, что испытывает другой человек, исходя из его системы взглядов, то есть способность ставить себя на место другого.

Метод LdL внедрен в педагогический процесс на кафедре ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА в ряде интерактивных мероприятий. К этим мероприятиям относятся психологические тренинги «Дорога во взрослую жизнь»; мастер-классы по наиболее сложным разделам ортопедической стоматологии; публичная защита историй болезни; конкурс опорных схем; олимпиады по ортопедической стоматологии. Сценарии мероприятий, критерии оценивания поставленных задач, выбор жюри, оценка представленных результатов полностью осуществляются самими обучающимися, независимо от возможностей их здоровья. Профессорско-преподавательский состав не принимает участия ни в подготовке мероприятий, ни в оценивании полученных результатов, являясь исключительно наблюдателями.

Психологические тренинги рассматривают вопросы толерантности и эмпатии к людям, которые по тем или иным причинам имеют ограниченные возможности по физическому или психологическому здоровью. Тренинг «Свой среди чужих, чужой среди своих» позволил многим ребятам поверить в себя и начать работать над собой. Робость, неуверенность в своих силах, скрытые комплексы из детства вполне можно считать ограниченными возможностями психологического здоровья. Доказательством этому является то, что, спустя много лет, кафедра ортопедической стоматологии получает письма от выпускников следующего содержания: «... У меня всегда только приятные воспоминания о нашей родной ЧГМА. Та конференция дала толчок и веру в себя в сфере личностного роста и развития. Сейчас работаю в сети клиник. Спасибо Вам». Психологический тренинг «Кризисы молодой студенческой семьи» помог студентам в сообществе понятных и понятых сверстников обсудить и обдумать ряд сложных психологических и социальных вопросов, за ответы на которые они друг другу говорили «Спасибо!».

Мастер-классы по наиболее сложным разделам ортопедической стоматологии аргументируют студентов настолько досконально разобраться в изучаемом материале, чтобы сделать его понятным и доступным для восприятия другими студентами. Качество изложения и демонстрации учебного материала оценивают сами студенты по заранее разработанным критериям. Студенты демонстрируют сложные мануальные навыки, отточенные до автоматизма путем многочисленных тренировок. Успех мероприятия даёт чувство удовлетворения и удовольствия для всех участников мероприятия. Данное мероприятие предоставляет равные возможности студентам, имеющим сложности с речью (заикание, расщелина твердого и мягкого неба).

Публичная защита историй болезней пользуется высокой популярностью у всех студентов стоматологического факультета на кафедре ортопедической стоматологии. Она включает доклад полного обследования пациента, постановку диагноза, составление плана лечения и клинико-лабораторные этапы. Особое внимание уделяется выполнению лицевых и дентальных фото, которые в последующем студенты подвергают компьютерной обработке. Данное мероприятие позволяет студенту публично раскрыть и продемонстрировать уровень своей теоретической и практической подготовки. Вопросы, дискуссии, споры, оценивание – всё это неотъемлемая часть данного мероприятия, никого не оставляющего равнодушным.

Конкурс опорных схем, которые являются неотъемлемой частью при подготовке студентов к каждому практическому занятию на кафедре ортопедической стоматологии, проводится в конце каждого семестра. В течение всего семестра студенты готовятся к конкурсу на звание «Лучшая опорная схема семестра». И, что самое главное, студенты сами оценивают соблюдение всех

технологических требований к опорным схемам, наполнение и содержание опорных схем, дизайн и эстетику опорной схемы. За время обучения на кафедре ортопедической стоматологии каждый студент имеет возможность поучаствовать в конкурсе опорных схем 6 раз.

Олимпиады на кафедре ортопедической стоматологии также готовят самостоятельно студенты. Формируется жюри, в состав которого входит и независимый эксперт от старшего курса с высоким академическим рейтингом и пользующийся непререкаемым авторитетом среди студенческого сообщества и, в обязательном порядке, опытный зубной техник. Олимпиада проходит в 3 этапа, в финал выходят 4 победителя, которые вступают в соревнование друг с другом за первое место. Почетное первое место дает право обучающемуся претендовать на участие вне конкурса в олимпиаде всероссийского/международного уровня.

Выводы:

1. Метод «обучение через обучение» (LdL) предусматривает изучение материала обучающимся, чтобы затем преподавать его другим обучающимся. Метод LdL используется также для обучения эмпатии, способности понимать или чувствовать то, что испытывает другой человек, исходя из его системы взглядов, то есть способность ставить себя на место другого. Метод LdL внедрен в педагогический процесс на кафедре ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА в ряде интерактивных мероприятий.
2. Психологические тренинги рассматривают вопросы толерантности и эмпатии к людям, которые по тем или иным причинам имеют ограниченные возможности по физическому или психологическому здоровью.
3. Мастер-классы по наиболее сложным разделам ортопедической стоматологии аргументируют студентов настолько досконально разобраться в изучаемом материале, чтобы сделать его понятным и доступным для восприятия другими студентами.
4. Публичная защита историй болезней, конкурс опорных схем, олимпиады позволяют студентам публично раскрыть и продемонстрировать уровень своей теоретической и практической подготовки.

Поротников В.В.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОЛОНТЁРСТВА В ДОБРОВОЛЬЧЕСКОМ ДВИЖЕНИИ ФГБОУ ВО ЧГМА «ТЫ НЕ ОДИН!»

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Человек с ограниченными возможностями здоровья выступает субъектом, участником волонтерской деятельности и в тоже время, выступает объектом волонтерской деятельности, получателем помощи и поддержки волонтеров.

Цель формирования направления: развитие у будущих волонтеров из числа студентов академии инклюзивной культуры и компетенций, необходимых для взаимодействия с людьми с инвалидностью и их сопровождения, организации добровольческого движения в сфере инклюзии в академии, а также привлечение в добровольчество лиц с ОВЗ.

Задачи по формированию направления:

- формирование теоретических и нормативно-правовых основ инклюзивного волонтерства;
- способствование осознанию волонтерами ценности инклюзии и этики взаимодействия с людьми с инвалидностью;
- освоение способов взаимодействия волонтеров с людьми с инвалидностью и их сопровождения в зависимости от особенностей и потребностей;
- способствование осознанию студентами роли и моделей деятельности добровольца в инклюзивном образовании, своей роли в инклюзивном волонтерстве;

Инклюзивная добровольческая деятельность подразумевает освоение ряда компетенций в рамках обучающей подготовки волонтеров:

- формирование позитивных установок у волонтеров на добровольческую деятельность;
- изучение специфики психического и физического развития лиц с инвалидностью по нозологиям;
- освоение курса социального проектирования и апробация на практике полученных знаний – разработка проектной инициативы;

- психологический блок, направленный на формирование эмоциональной стабильности, стрессоустойчивости волонтера;
- разработка механизмов взаимодействия добровольческого движения с образовательными организациями и учреждениями социального обслуживания, реализующих принцип инклюзии.

Также планируется обучение волонтеров ФГБОУ ВО ЧГМА, в ресурсном центре ЗабГУ, совместно со специалистами Всероссийского общества инвалидов.

На сегодняшний день по официальной статистике в академии обучается 26 лиц с ОВЗ, им оказывается комплексная помощь и поддержка.

Опыт по инклюзивному волонтерству в ЧГМА:

- Оказание адресной помощи лицам с ОВЗ и организациям;
- Организация мероприятий и помощь в их проведении;
- Просветительская работа и социально-психологическая помощь;
- Взаимодействие с Всероссийскими обществами слепых, Всероссийским обществом глухих, Всероссийским обществом инвалидов. ВОД «Волонтеры-Медики» активно сотрудничают с Краевым госпиталем ветеранов, взаимодействуют с Всероссийским обществом слепых, помогают в организации мероприятий и сопровождение лиц с ОВЗ.

Активно волонтеры работают с Всероссийской организацией родителей и детей инвалидов, сопровождают детей и их родителей на конференциях и тренингах.

Сандакова Д.Ц., Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Кукушкин В.Л., Кукушкина Е.А.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

Каждый ребёнок по мере своего взросления мечтает о своём будущем и выбирает из множества профессиональных дорог ту единственную, с которой хочет связать свою дальнейшую жизнь. Право выбора каждого человека, вступающего во взрослую жизнь, независимо от его психофизического состояния и способностей охраняется множеством законов, одним из основных среди которых является Федеральный закон «Об образовании в РФ», статья 79.

Вопросы инклюзивного образования в высшем учебном заведении детей с ограниченными возможностями организма (ОВЗ), инвалидностью, достаточно актуальны на сегодняшний день. А путь адаптации к условиям обучения в высшей школе нелёгок из-за множества препятствий психологического и физического характера.

Обучение в медицинском ВУЗе имеет свои особенности, трудности, а обучение на стоматологическом факультете вдвойне сложнее в связи с тем, что помимо теоретических знаний требуется усвоение и приобретение мануальных навыков, которые являются сложными для студентов, имеющих ограниченные возможности здоровья.

За время работы на факультете нам приходилось видеть среди своих студентов людей с разными нозологиями, относящимися к ОВЗ. При поступлении абитуриенты имеют право не информировать об имеющихся заболеваниях, поэтому зачастую преподаватели не знают об особенностях своих студентов, если нет видимых нарушений здоровья. Реальное количество студентов с ОВЗ, выбравших профессию врача - стоматолога намного больше, чем указано в личных делах студентов, включая такие серьезные заболевания, как например ДЦП, эндокринные патологии, нарушения слуха, устной речи и т.д.

Цель исследования: рассмотреть актуальные проблемы и условия инклюзивного обучения на стоматологическом факультете ФГБОУ ВО ЧГМА.

Методы исследования. Нами проведен анализ журналов учёта посещаемости студентов для уточнения данных о студентах с ОВЗ, обучавшихся на факультете в период с 2010 по 2022 гг., а также опрос преподавателей для получения информации о студентах с ОВЗ, для выявления проблем в их обучении.

Результаты исследования. При проведении данного этапа мы выделили следующие группы студентов с ОВЗ:

- 1) лица с ДЦП, с нарушениями речевой, двигательной активности;

- 2) лица с нарушениями слуха (тугоухость, глухота);
- 3) лица с нарушениями устной речи (ринолалия, заикание, послоговое и позвуковое произношение вследствие нарушений слуха);
- 4) лица с заболеваниями эндокринной системы: ожирение 3-4 степеней, сахарный диабет;

Какие же сложности встречаются на пути обучения данных студентов и каким образом они решаются? И решаемы ли они полностью?

Студенты с данными нарушениями, получая образование по ОПОП, имели равные права и условия обучения наравне со здоровыми студентами.

Освоение профессиональных знаний и навыков начинается с младших курсов на этапе обучения на курсе протезирования. Ознакомление с инструментарием терапевтического, хирургического, ортопедического назначения, пломбирочными материалами, правилами замешивания, внесения в кариозную полость, воспроизведение анатомии зубов путем лепки из пластилина, формирования и восстановления зубов отрабатывается студентами с ОВЗ неплохо. Контроль и помощь преподавателя в обретении мануальных навыков на фантомном курсе являются базой для дальнейшего обучения. Проблематичным является индивидуальный подход при собеседовании к данным обучающимся из-за большого количества человек в группе на начальных курсах. Студенты имеют возможность показать теоретическую подготовку путём оценивания работ как в письменной, так и в устной формах.

Основные затруднения начинаются с 3 курса при обучении на клинических базах, когда студенты допускаются к приёму пациентов. Самое главное из которых – общение с больным в процессе проведения стоматологического обследования.

Студенты с нарушениями речи, слуха затрудняются в проведении данного этапа, а выяснение жалоб, сбора анамнеза являются очень важными пунктами для постановки правильного диагноза. Для усвоения алгоритма обследования, последовательного проведения данных этапов, установления должного контакта «врач-пациент» больший акцент времени и внимания преподаватель отводит студентам с ОВЗ. Для лиц с нарушениями слуха, речи, когда зрительное восприятие информации повышено, обязательным является мультимедийное сопровождение занятий. С этой целью преподавателями разработаны и сняты видеофильмы с подробным алгоритмом проведения тех или иных методов обследования и лечения стоматологических больных.

Учитывая большое количество сложных и «ювелирных» манипуляций в полости рта пациента, таких как удаление зубных отложений, препарирование зуба, эндодонтическое лечение, техника проведения проводникового обезболивания, операция удаления зуба, обработка зубов под ортопедические конструкции и др. у студентов, имеющих ДЦП, с нарушениями двигательной активности, координации движения, имеется риск причинения пациенту травм разного характера. В этой связи вопрос допуска к сложным манипуляциям, в некоторых случаях, ограничен, а работу выполняет преподаватель, проводя «мастер-класс», с подробным описанием каждого этапа лечения.

Стоматологическое лечение требует длительного вынужденного положения врача и, по нашему мнению, студенты, имеющие эндокринную патологию и, как следствие этого, ожирение разной степени тяжести, оказывались в затруднительной ситуации, так как отмечалась нагрузка на органы дыхания, усиливались процессы потоотделения, что вызывало дискомфорт для них самих и для пациента, а процесс работы в полости рта становился трудновыполнимым. В таких ситуациях преподаватель рекомендует лицам с ОВЗ работать в качестве ассистента, используя технику «в четыре руки», для выполнения несложных манипуляций под курацией преподавателя.

Вопросы теоретической подготовки студентов с тяжелыми формами ОВЗ и инвалидности также имеют свои особенности, когда у студентов есть нарушения слуха, устной речи, таких как ринолалия, заикание, послоговое и позвуковое произношение вследствие врожденных аномалий челюстно-лицевой области, нарушения слуха. Устное собеседование с такими студентами затруднительно, поэтому используется письменный ответ студента. Для слабослышащих мы можем использовать портативные аудиосистемы.

При необходимости проводятся индивидуальные занятия со студентами во внеурочное время, для того, чтобы они могли показать свою теоретическую подготовку, мыслительную деятельность, но уже без ограничения во времени.

Следует отметить, что основная клиническая база для обучения студентов стоматологического профиля, в клинике ФГБОУ ВО ЧГМА, адаптирована под Государственную программу РФ за №

175 от 17.03.2015 г. «Доступная среда» и обустроена пандусами, лифтами, указательными знаками и надписями, продублированными на языке Брайля, портативными информационными системами для слабослышащих.

Каждое рабочее место преподавателя в учебном и лечебном кабинетах оснащено компьютерами или ноутбуками для просмотра видеофильмов, презентаций и т.д.

Условия для претворения инклюзивного образования на факультете есть, необходимо только периодически анализировать данный опыт обучения и, учитывая их, внедрять новые методы, улучшать, не ограничиваясь имеющимися.

Наше государство даёт одинаковые права на получение образования всем людям. По нашим данным, некоторые выпускники с ОВЗ, не имели возможность продолжить профессиональную деятельность по причине сложностей в устройстве на работу и выполнении профессиональных функций врача-стоматолога. Мы считаем, что семья, близкие люди, школьные педагоги и психологи, другие социальные работники должны помогать детям с ограниченными возможностями здоровья правильно и адекватно выбирать свою профессию и дело своей жизни, реально оценивая свои возможности, чтобы полученное образование действительно помогло реализоваться в социуме и явилось источником получения материального и эмоционального удовлетворения в жизни.

Выводы:

1. Условия, предоставленные студентам на стоматологическом факультете, позволяют обучение по ОПОП людям с ОВЗ без тяжелых функциональных нарушений здоровья с дальнейшим продолжением врачебной деятельности.
2. Некоторые нозологии должны явиться ограничением для обучения лиц с ОВЗ с целью получения профессии «врач-стоматолог», так как не позволяют в дальнейшем работать по специальности из-за сложности выполнения профессиональных функций.

Филиппович М.С.

ДОБРОВОЛЬЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ В КОНТЕКСТЕ ДОВЕРИЯ

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Социальная сфера в образовательном процессе занимает наиболее важную часть взаимодействия человека с окружающей академической средой. В этой среде в настоящее время происходит переход к инклюзивному образованию, подразумевающее обеспечение равного доступа к образованию всех обучающихся.

Однако, помимо учебной деятельности некоторая часть обучающихся включается в дополнительную сферу: научную, творческую и/или добровольческую. Для студентов с ОВЗ и/или инвалидностью добавить к основной деятельности одну из вышеперечисленных составляет определенный труд в силу известных обстоятельств: низкий уровень коммуникативных навыков, психологические особенности и так далее.

Обучающиеся с ОВЗ, инвалидностью в образовательных учреждениях обеспечиваются равными возможностями для развития в соответствии с образовательными стандартами и нормативными актами. Такая мера способствует более успешной адаптации обучающихся и вовлечение их в общественно значимую деятельность, которая позволяет расширить и укрепить коммуникативный, социальный, познавательный и иные формы потенциала.

Участие в социально значимых проектах, волонтерском движении университета стимулируют обучающихся с ОВЗ и/или инвалидностью принять решение, которое сопряжено с вызовом привычному укладу жизни.

Психолого-педагогическая литература рассматривает адаптацию в качестве сферы бесконфликтной интеграции в отличную от привычной для обучающегося с инвалидностью среду. Г.А. Кручинина и Н.Н. Дарьенкова выделяют четыре ведущих показателя, которые влияют на успешность протекания адаптационных процессов: отношение к избранной профессии, уровень психосоматического здоровья, организационно-структурные характеристики учебного процесса, бытовой уклад и жизненную организацию студентов.

В ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России обучается порядка ста студентов, имеющих ограничения по здоровью. В этой связи специалист по социальной работе социального центра имеет постоянный контакт с каждым обучающимся из этой категории, следит за изменениями в их потребностях, в том числе оказывает социально-психологическое сопровождение.

На базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России в 2021 году было проведено исследование, касающееся влияния инвалидности и общего состояния здоровья на выбор приоритетной сферы деятельности. В результате более сорока процентов респондентов ответили, что именно инвалидность повлияла на выбор деятельности обучающихся. Можно сказать, что опрос позволил предположить сознательность респондентов при выборе приоритетной деятельности.

Сознательность выбора коррелирует с отношением к самому себе, то есть насколько «я могу довериться себе, чтобы совершить некий выбор». Энтони Гидденс выдвигает концепцию, в которой социальная неопределенность преодолевается путем лавирования между риском и доверием. Новая форма взаимоотношений человека с другим человеком может обернуться любым способом, но существуют механизмы, позволяющие минимизировать риск. Они построены на личных обязательствах и доверии к абстрактным системам.

Для обучающегося с ограниченными возможностями здоровья личные обязательства служат средством стабильности социальных связей и на личностном уровне проявляются через дружбу, симпатию. В процессе выстраивания отношений с одноклассниками и, тем более, попадая в новую среду, то есть занимаясь дополнительной деятельностью, обучающемуся необходимо преодолеть барьер, принять вызов. Это может происходить через второй механизм – абстрактные системы – то есть основываться на вере в символические знаки.

Если обучающийся с ОВЗ замечает, как взаимодействуют другие обучающиеся, включенные в дополнительную деятельность, например волонтерство, сопряженной с поддержанием и продвижением социальных и гуманистических ценностей, то он скорее доверится этой деятельности и станет ее частью.

Несложно заметить, что обучающиеся с ОВЗ обладают социальной уязвимостью и «обходят» включенность в неакадемическую деятельность. Тем не менее, в рамках Школы добровольчества «Движение вверх» проявляется положительная тенденция: обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья активно участвуют в прохождении обучающих блоков и осваивают их наравне с другими участниками школы.

Можно предположить, что система социальных отношений и ценностей внутри школы имеет такие символические знаки, проявляющиеся в вербальной и невербальной коммуникации, которые позволяют обучающимся с ОВЗ формировать доверительное отношение к дополнительной деятельности, тем самым повышая уровень социально-психологической адаптации в академической среде.

Список литературы:

1. Алюшина, Д. С. К вопросу профессионального самоопределения и профессиональной ориентации студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья медицинского университета / Д. С. Алюшина, А. С. Заднепровский // Коллекция гуманитарных исследований. – 2021. – № 3(28). – С. 36-41. – DOI 10.21626/j-chr/2021-3(28)/5. – EDN TTEPRX.
2. Козловская, Г. Ю. Организация онлайн-тьюторинга процесса адаптации первокурсников с ОВЗ и инвалидностью / Г. Ю. Козловская, Е. А. Эм // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2020. – № 5(80). – С. 172-177. – DOI 10.37493/2307-907X.2020.5.19. – EDN GPFWOC.
3. Филиппович, М. С. Базовое доверие как личное обязательство / М. С. Филиппович // Социальные регуляторы обменных процессов : сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции, посвященной 30-летию социальной работы в России, Курск, 16 декабря 2021 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2021. – С. 23-26. – EDN OAWEKE.
4. Филиппович, Ю. С. Скрытые барьеры социальной инклюзии в Мексике / Ю.С. Филиппович, Х. М. А. Хуан // Межведомственное взаимодействие по вопросам сопровождения инклюзивного образования, профориентации и трудоустройства лиц с ОВЗ и инвалидностью в системе здравоохранения : сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Курск, 02 декабря 2021 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2021. – С. 158-164. – EDN TPBDEJ.

Шивкова Е.А., Романова Е.М., Бакалова Ю.В.
**ОЦЕНКА РОЛИ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ
И ТВОРЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПАТАЦИИ СТУДЕНТОВ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
К УСЛОВИЯМ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия

При реализации программ инклюзивного профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов большое значение имеет их адаптация и социализация в среде вуза. Лучшие практики, которые эксперты предложили из своего педагогического опыта следующие: участие студентов-инвалидов в творческих конкурсах, научных конференциях, спортивных состязаниях, дискуссионных клубах, инклюзивных спектаклях, волонтерской деятельности. Все это способствует выходу из изоляции, раскрепощению и развитию их творческих и интеллектуальных способностей, повышают их самооценку, что позволяет обрести большую самостоятельность мышления и действий, а также разрушить коммуникативные барьеры. Непременным условием инклюзивного профессионального образования должна стать совместная деятельность студентов с ограниченными возможностями здоровья (далее- ОВЗ) и их здоровых сверстников.

Цель работы: оценить роль и возможности волонтерского движения и творческих коллективов Читинской государственной академии в социальной адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям высшего учебного заведения.

Материалы и методы: исследование проводилось в форме опроса для студентов, участвующих в волонтерском движении и творческой жизни Читинской государственной медицинской академии. Участие в опросе являлось добровольным и анонимным. Была разработана авторская анкета с использованием Google формы, включающая 12 вопросов с выбором одного или нескольких вариантов ответов из числа предложенных. Все сведения, внесенные в опросник, вводились в электронную базу данных. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Microsoft Excel 2010.

Полученные результаты: в ходе исследования было проанкетировано 53 студента, являющихся участниками 16 волонтерских отрядов и 9 творческих коллективов. Наибольшее количество студентов, принявших участие в опросе, состоят в волонтерских отрядах: «Забайкальский штаб Всероссийского объединения волонтеры-медики» – 12 студентов, что составило 22,6% от общего числа опрошенных, «Среда обитания» – 9 студентов, что составило 17%, «Береги свое сердце» – 8 студентов -15,1%. Из творческих коллективов основное количество, принявших участие в анкетировании составили представители Ансамбля русского народного танца «Орнамент» 11 человек-20,8%. Анализ ответов опрошенных на вопросы, касающиеся совместного обучения здоровых студентов и студентов с ОВЗ, показывает, что 69,8 % настроены положительно, 30,2% опрошенных относятся нейтрально, отрицательных ответов не было. На вопрос о том, на каких условиях должны обучаться студенты с ограниченными возможностями здоровья, 75,5 % проанкетированных ответили, что такие студенты должны обучаться вместе с остальными обучающимися с созданием специальных условий и индивидуальных программ, 24,5% ответили, что обучение должно проходить совместно со всеми наравне, студентов решивших, что обучение должно быть раздельным, не оказалось. При оценке готовности оказать помощь обучающимся с ограниченными возможностями здоровья с целью их социальной адаптации и интеграции 92,5% респондентов ответили, что готовы оказать необходимую помощь, 7,5% затруднились в своем ответе. Ответы на вопрос «Какие виды деятельности могут предложить волонтерские отряды и творческие коллективы студентам с ОВЗ?» разделились следующим образом: информационная (общение, изготовление тактильных и звуковых подсказок для удобства перемещения) – 67,9%, организационно-посредническая с включением студентов в процесс мероприятий, акций, выставок, творческих площадок – 79,2%.

Инклюзивный образовательный процесс в вузе должен учитывать все физиологические и психологические особенности студента с ОВЗ, что требует специальной подготовки. 84,9% опрошенных согласны с тем, что такая подготовка необходима, из них 83,7% готовы пройти обучение с целью приобретения необходимых навыков взаимодействия. Большинство респондентов (88,7%)

ответили, что главные трудности, которые испытывает студент с ОВЗ при адаптации к условиям вуза, связаны с преодолением психологического барьера (смена обстановки, дискомфорт при общении со сверстниками, преподавателями), 73,6% считают что проблемы возникают при перемещении таких студентов в пространстве, в свою очередь 73,6% опрошенных уверены в том, что препятствия в адаптации связаны с особым отношением к ним остальных участников образовательного процесса. Немаловажный вклад в приспособление студентов с ОВЗ к среде вуза приносит их привлечение к социально-значимой и творческой деятельности совместно со здоровыми студентами, 97,7% опрошенных готовы принять студента с ограниченными возможностями здоровья в рядах своего волонтерского отряда или творческого коллектива, из них 37,7% считают, что для участия необходим учет индивидуальных возможностей студента и создание специальных условий. Респондентам также был задан вопрос о том, какие виды деятельности может предложить их волонтерский отряд/творческий коллектив студенту с ОВЗ. Большая часть опрошенных (36%) ответили, что могут предложить организаторскую работу (разработка сценических образов, написание сценариев, организация культурно-массовых мероприятий), 62,3% считают, что студенты с ограниченными возможностями могут принимать самостоятельное участие в творческих номерах. Одним из самых популярных видов деятельности, которую могут предложить опрошенные, оказалась психосоциальная помощь (оказание различных видов помощи людям оказавшимся в трудной жизненной ситуации, а также помощь студентам также имеющим ограниченные возможности здоровья) – 29%. Общение со студентами с ОВЗ позволяет приобрести множество полезных качеств и необходимых навыков. 38% опрошенных предполагают, что в процессе работы с людьми, имеющими инвалидность, они смогут получить знания, умения в области социально-психологической работы, 35% считают, что получают полезный опыт взаимодействия для дальнейшей профессиональной деятельности, 31% надеются в процессе работы развить в себе ориентацию на помощь людям.

Выводы: Большинство волонтеров и участников творческих коллективов Читинской государственной медицинской академии (69,8%) положительно относятся к совместному обучению со студентами, имеющими ОВЗ. Из них 75,5% уверены, что для таких студентов должны быть организованы специальные условия для улучшения их адаптации в среде вуза. Основная масса опрошенных (92,5%) готова оказать всю необходимую поддержку студентам с ОВЗ. Самыми популярными видами предложенной помощи оказались информационная и организационно-посредническая 79,2%. 84,9% респондентов считают, что для работы со студентами с ОВЗ нужна специальная подготовка, из них 83,7% готовы пройти обучение с целью приобретения необходимых навыков для совместного взаимодействия. Участники творческих объединений и волонтерского движения предполагают, что студенты с ОВЗ испытывают трудности, связанные с преодолением психологического барьера (88,7%), перемещением в пространстве (73,6%) и особым отношением к себе остальных участников образовательного процесса (73,6%). Они готовы принять в свои ряды студентов с ОВЗ и предложить им организаторскую работу (36%), творческую работу (62,3%), а также оказать психосоциальную помощь (29%). Большинство проанкетированных отметили, что работа со студентами с ОВЗ может помочь в приобретении полезных личностных качеств, а также необходимых навыков для дальнейшей профессиональной деятельности.

Юданова Т.В.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет Минздрава России, Рязань, Россия

Инклюзивное здравоохранение – это кадровый состав сферы здравоохранения от абитуриента и студента-медика до практикующих специалистов. Для развития и расширения этого потенциала необходимы ресурсные возможности.

В 2018 году был создан Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – Ресурсный центр) на базе Рязанского государственного медицинского университета для обеспечения эффективного функционирования системы инклюзивного образования посредством обобщения и передачи передового опыта по работе с обучающимися с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, таким образом,

оказывая ресурсную поддержку единого инклюзивного образовательного пространства.

В сфере среднего профессионального и высшего образования для людей с инвалидностью, в приоритете качество образования, его доступность и непрерывность. Важная роль отводится профориентационной работе с молодыми инвалидами. Профориентационные мероприятия должны качественно трансформироваться в непрерывную продолжительную «эстафетную» программу сопровождения профессионального самоопределения личности. Так, Ресурсный центр разработал «Атлас медицинских профессий», одной из задач которого стало преодоление стигматизации и устаревших идеологических установок, что человек с инвалидностью не может обучаться в медицинском вузе. В дополнение к «Атласу медицинских профессий» разработаны методические рекомендации «Профессиональная ориентация в системе инклюзивного медицинского образования», в которых описаны пути профессиональной ориентации людей с инвалидностью на всех этапах получения медицинского образования.

Перед организациями высшего образования стоит задача по полноценному включению лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья в образовательный процесс и формированию у них необходимых профессиональных компетенций, поэтому одной из ключевых является проблема создания специальных условий для обучения таких студентов. И с целью повышения качества инклюзивного образования посредством модификации архитектурно-информационно-образовательной среды было разработано практическое руководство «Модификация образовательной среды для лиц с особыми потребностями», где выделены наиболее значимые мероприятия, способствующие созданию инклюзивной среды.

Не только непрерывная и правильная профориентация и организация образовательного процесса являются эффективными подходами в подготовке высококвалифицированных кадров, но и здоровьесбережение будущих кадров, как неотъемлемая часть инклюзивного подхода в образовательном процессе. В связи с этим, Ресурсный центр разработал методические рекомендации по медицинско-оздоровительному сопровождению студентов, в том числе с инвалидностью, где описана организация многоаспектной работы в рамках медицинско-оздоровительного сопровождения.

Комплексный подход в инклюзивном здравоохранении заключается и в «прививании» культуры людей с инвалидностью и снятии коммуникационных барьеров. Хорошая коммуникация – один из основных компонентов качественной медицинской помощи, но при этом порой остается серьезным барьером. С целью приобретения студентами навыков общения с пациентами с нарушением слуха Рязанский государственный медицинский университет совместно с Учебно-методическим центром Всероссийского общества глухих разработали элективную дисциплину «Основы профессиональных коммуникаций со слабослышащими пациентами на приеме у врача».

Инклюзивное здравоохранение не может строиться только на будущих кадрах, поэтому для совершенствования предоставляемой медицинской помощи и навыков практикующих медицинских работников Ресурсным центром разработаны рекомендации по организации медицинского обслуживания граждан с нарушением слуха в медицинских организациях, которые определяют основные шаги по повышению доступности.

Для большей осведомленности медицинских работников в области культуры и языка глухих, а также с целью продуктивного взаимодействия между медицинскими работниками и людьми с нарушением слуха был разработан словарь медицинских терминов на русском жестовом языке. Словарь является наглядным описанием общеупотребительных медицинских понятий с помощью жестов, доступных для понимания лицами с нарушением слуха

Система инклюзивного здравоохранения не может быть эффективной без адаптации объектов и услуг. С целью совершенствования у медицинских работников теоретических и практических знаний, умений и навыков, касающихся обеспечения доступности объектов инфраструктуры системы здравоохранения для лиц с инвалидностью, а также повышения эффективности оказываемых медицинских услуг данной категории лиц, Ресурсным центром разработаны дополнительные профессиональные программы в сфере организации доступной образовательной среды и сопровождения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в организациях здравоохранения.

Таким образом, спектр деятельности Ресурсного центра охватывает не только процесс обучения студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, но и абитуриентов и специалистов, работающих с ними, условно здоровых студентов, преподавателей, практикующий состав медицинских работников, а также работодателей.

ЮБИЛЕЙ**К ЮБИЛЕЮ ЗАВЕДУЮЩЕЙ
КАФЕДРОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ****ЛИЗАНДЕР
ОЛЬГИ АФАНАСЬЕВНЫ**

*Спортсмен может добиться
высоких результатов и без природного таланта, но
никогда без трудолюбия и упорства*

Петр Квятковский

Ольга Афанасьевна родилась 14 января в п. Арбагар Шилкинского района Читинской области. С 1970 по 1980 гг. обучалась в школе № 16 г. Читы. С первого класса начала активно заниматься спортивной гимнастикой. Входила в состав сборной команды Читинской области. Именно тогда в дневнике маленькой спортсменки появилась запись: «Спорт – это жизнь, целая жизнь и даже немного больше!» За успехи в учебе и спорте была премирована путевкой во Всесоюзный лагерь «Артек».

Сомнений в выборе профессии не было никогда. С 1980 по 1984 гг. обучалась в Читинском государственном педагогическом институте им. Н.Г. Чернышевского на факультете физического воспитания. С первого курса института начала заниматься легкой атлетикой, успешно совмещая учебу с ежедневными тренировками по 3-4 часа в день.

Ольга Афанасьевна – неоднократная рекордсменка и чемпионка Читинской области и Республики Бурятия, участник и призер зональных соревнований, Всероссийских и Всесоюзных соревнований в отдельных видах легкой атлетики и в легкоатлетическом семиборье, а также в многоборье ГТО в период 1980-1988 гг., чемпионка Центрального

совета «Локомотив» в 7-борье г. Донецк 1986 г. Имеет рекорды Забайкальского края в легкоатлетическом семиборье, в беге на 100 м с барьерами, прыжках в высоту, прыжках в длину с разбега, которые остаются непобедимыми до сегодняшнего времени.

С 1983 по 1985 гг. работала в должности тренера отделения легкой атлетики в спортивной школе при ДСО «Локомотив» г. Читы. С 1985 по 1987 гг. была призвана в ряды Советской армии Забайкальского военного округа при СКА-19.

С 1987 г. трудовая деятельность Ольги Афанасьевны непрерывно связана с Читинской государственной медицинской академией и посвящена физкультурно-спортивному воспитанию студенческой молодежи вуза. С первых дней работы в ЧГМА она отвечает за подготовку студенческой сборной команды по легкой атлетике, легкоатлетическим кроссам и многоборью ГТО. Является судьей 1-й категории.

Ольга Афанасьевна воспитала славную плеяду талантливых спортсменов-студентов ЧГМА. Среди её учеников чемпионы и рекордсмены Забайкальского края по легкой атлетике, кандидаты в мастера спорта России: Гасангусейнова Эльвира (годы учебы в ЧГМА 2004-2010 гг.), Бердыбаева Ольга (годы учебы в ЧГМА 2007-2014 гг.), Мочалов Андрей, аспирант ЧГМА. Мастера спорта России: Шилин Дмитрий (годы учебы в ЧГМА 2012-2020 гг.), Навродская Анастасия (студентка ЗаБГГУ). Рекорды и высшие достижения этих спортсменов действительно по сей день!

Ольга Афанасьевна является инициатором многих внутривузовских соревнований среди курсов и факультетов ЧГМА. Неоднократно команды ЧГМА становились чемпионами и призерами Городской спортивной студенческой лиги, фестиваля «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача» среди медицинских и фармацевтических вузов России и других соревнований городского и Всероссийского значения.

За 35 лет Ольга Афанасьевна прошла трудовой путь от старшего лаборанта кафедры физвоспитания до заведующей кафедрой физической культуры, которую возглавила в сентябре 2019 г. Имеет богатый опыт методической и организационной работы в сфере физической культуры и спорта. Уделяет большое внимание развитию спортивной базы, является пропагандистом и практиком здорового образа жизни, приобщая студентов и сотрудников ЧГМА к физической культуре и спорту.

Работа на кафедре неотъемлемо связана с физкультурно-оздоровительной работой в летнее время на базе отдыха «Медик». Не одно поколение детей сотрудников академии выросло на мероприятиях, проводимых Ольгой Афанасьевной.

Ольга Афанасьевна – постоянный участник соревнований среди профессорско-преподавательского состава вузов Забайкальского края. Является профоргом кафедры физической культуры, членом профсоюзного комитета академии, членом совета лечебного факультета.

Сын Ольги Афанасьевны – Лизандер Роман Андреевич в 2013 г. окончил Читинскую государственную медицинскую академию. Все годы обучения играл в сборной по волейболу ЧГМА. Имеет 1 разряд по этому виду спорта. В 2015 г., после окончания ординатуры по специальности «Онкология», работал врачом онкологом, радиологом в Краевом онкологическом диспансере, Краевой клинической больнице, МЦ Здоровье плюс. С 2022 г. живет и работает врачом онкологом-радиологом в г. Санкт-Петербург.

Ольга Афанасьевна – автор более 10 научных статей и учебно-методических пособий. Активно принимает участие в качестве научного руководителя в студенческих конференциях.

За высокий профессионализм, многолетний добросовестный труд в сфере физической культуры, воспитания, развития и оздоровления студенческой молодежи Ольга Афанасьевна неоднократно награждалась:

- Благодарственными письмами и грамотами ректора ЧГМА;
- Благодарственными письмами губернатора Забайкальского края;
- Благодарственными письмами и грамотами Министерства спорта Забайкальского края;
- Благодарственным письмом Министерства здравоохранения РФ;
- Благодарственным письмом Администрации городского округа «Город Чита»;
- Грамотами профсоюза ЧГМА;
- В 2022 г. в Ежегодной профессиональной премии «Профессия=жизнь» победила в номинации «О, спорт! Ты жизнь!»

*Капустина Наталья Викторовна,
заведующая информационно-библиографическим отделом библиотеки
Пляскина Наталья Валерьевна,
к.м.н., доцент кафедры терапевтической
стоматологии с курсом пропедевтики
стоматологических заболеваний*

К ЮБИЛЕЮ



НИНЫ МИХАЙЛОВНЫ ШАПОВАЛОВОЙ

Шаповалова Нина Михайловна родилась 18 февраля 1943 года в крестьянской многодетной семье в деревне Малая Кирка Заларинского района Иркутской области.

После обучения в семилетней школе поступила в Черемховское медицинское училище, окончив которое в 1960 году, в возрасте 17 лет получила направление в таежное село Иркутской области заведующей фельдшерским пунктом. Необходимо было обслуживать 5 населенных пунктов, где не было электричества, радио и телефонной связи. Ближайшая участковая больница находилась в 25 км, до районной больницы и аптеки нужно было добираться за 70 км. Приходилось вести прием больных, обслуживать вызовы на дом к взрослым и детям, принимать роды на дому, снабжать население медикаментами. За три года работы много испытаний выпало на долю молодого фельдшера: принимать сложные роды, оказывать помощь при ложном крупе, видеть смерть детей от дифтерии и пневмонии, заболевания крови.

В 1964 году Нина Михайловна поступает на стоматологический факультет Читинского государственного медицинского института. По окончании учебы приглашена в клиническую ординатуру на кафедру терапевтической стоматологии, руководил которой к.м.н., доцент А.Д. Носков. С 1971 г. работала врачом терапевтом-стоматологом.

В начале 1976 года Нина Михайловна назначена заместителем главного врача. В стоматологической клинике располагались кафедры, имелась возможность расти профессионально: проводились совместные

консультации, конференции, ежемесячно проходили заседания Общества стоматологов. Все это способствовало тому, что Нина Михайловна становится консультантом по сложным разделам терапевтической стоматологии. Имеет научные статьи и рацпредложения. В течение нескольких лет являлась внештатным экспертом по стоматологии в лицензионной комиссии Читинского областного отдела здравоохранения. Была аттестована по высшей категории врача стоматолога.

Шаповалова Н.М. многократно получала благодарности и Почетные грамоты, имеет звание «Ветеран труда». В 1989 году награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

В 2003 году перешла на работу в Читинский медицинский колледж преподавателем стоматологии. На протяжении многих лет Нина Михайловна читает лекции студентам и ведет практические занятия. Обладая широким диапазоном знаний и богатой врачебной практикой ее занятия со студентами проходят интересно, живо и доходчиво.

Шаповалова Н.М. активно занималась профориентационной работой в школах города Читы и Читинского района. Много лет курировала группы студентов. До сего времени руководит научно-практическими работами студентов, которые выступают с докладами на конференциях, занимают призовые места. Занимается методической работой, формирует рабочие программы, методические разработки, учебно-методические комплексы.

Нина Михайловна является преподавателем высшей категории. Имеет множество благодарностей и грамот от руководства медицинского колледжа, министерства здравоохранения Забайкальского края.

В 2018 году под авторством Шаповаловой Н.М. вышла монография «Из прошлого в будущее», в которой представлена история создания, становления и развития клиники Читинской государственной медицинской академии.

В течение 2022 года были изданы публикации Шаповаловой Н.М.:

- в сборнике «Теория и практика современной стоматологии» – 3 статьи, одна из которых посвящена специальности «Стоматология профилактическая»;
- в ежегодном издании «Календарь знаменательных дат истории здравоохранения Забайкальского края» – 2 статьи;
- в Забайкальском медицинском журнале № 3 и № 4 – 2 статьи.

КАФЕДРЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ УРОЛОГИИ 65 ЛЕТ

Осенью 2022 года исполнилось 65 лет кафедре факультетской хирургии Читинской государственной медицинской академии. Кафедра была основана в 1957 году на базе 1-ой Городской клинической больницы г. Читы. До 1978 г. она являлась кафедрой госпитальной хирургии, впоследствии (в 1978 г.) переведена в статус в кафедры факультетской хирургии, без передислокации баз и коллектива. Первым заведующим кафедрой был профессор Руф Петрович Постников, приглашенный из города Ленинграда в связи с открытием Медицинского института в г. Чите. В 1961 году кафедру принял доцент Михаил Олзоевич Петушинов, который через год стал Министром здравоохранения Бурятской ССР. В 1962-1963 годах кафедру по совместительству курировал профессор Владимир Васильевич Попов, сделавший много для развития хирургии в Забайкалье.

С июля 1963 кафедру возглавил доцент, а в дальнейшем профессор Борис Сергеевич Гудимов, выпускник Новосибирского мединститута, военный хирург. Участник Великой отечественной войны, прошедший большую фронтную хирургическую школу. В 1966 г. ему была присуждена ученая степень доктора медицинских наук, в 1967 г. – утвержден в ученом звании профессора. Оставался в должности заведующего кафедрой вплоть до 1969 г., в дальнейшем избран на должность заведующего кафедрой Саратовского медицинского института. В 1969 г. от кафедры отделилась и стала самостоятельной кафедра травматологии, ортопедии и военно – полевой хирургии.

В 1970-1984 годах кафедру возглавлял профессор Дмитрий Иванович Даренский, фронтовик, отличный клиницист и прекрасный педагог, вырастивший целое поколение врачей хирургов. В 1985-1990 годах заведующий кафедрой был доцент, а затем доктор медицинских наук Сергей Валентинович Дзасохов, приехавший из города Москвы. Человек очень активный, внес значительный вклад в развитие коллектива. В частности, он занимался эндолимфатической терапией при различных гнойных заболеваниях. С 1990 года кафедру возглавляет выпускник Читинского Государственного медицинского института,

д.м.н. профессор Сергей Леонидович Лобанов. Под его руководством кафедра ведет научные исследования и внедряет в клиническую практику новые методы диагностики и лечения больных с неотложной патологией брюшной полости, метод эндоскопической хирургии. Успешно работают сотрудники кафедры: завуч кафедры доцент, к.м.н. Ольга Геннадьевна Коновалова, д.м.н., доцент Максим Игоревич Михайличенко, асс. к.м.н., доцент Юрий Сергеевич Лобанов, доцент, к.м.н. Алексей Александрович Яшнов. СНК кафедры возглавляет доцент, к.м.н. Юлия Сергеевна Ханина. Совмещают работу на кафедре с основной деятельностью: доцент, к.м.н. Лобанов Леонид Сергеевич, зам.главного врача по хирургии городской клинической больницы № 1; асс. к.м.н. Саклаков Алексей Викторович, депутат Законодательного собрания Забайкальского края. Курс урологии возглавляет ассистент Дударев Виктор Николаевич. За последние десять лет сотрудниками кафедры опубликовано свыше 300 печатных работ. Из них 83 в журналах, рекомендованных ВАК, а также представленных в международных базах цитирования Scopus, Web of science. Защищены 5 кандидатских и две докторские диссертации. Завершены и представлены к защите кандидатская и докторская диссертация. Получено 10 патентов на изобретения и 3 свидетельства о разработке программ для ЭВМ. Изданы 5 монографий, а также свыше 20 учебных пособий по различным разделам хирургии. Внедряются новые технологии в учебный процесс. На кафедре осуществляется постдипломное обучение врачей, по специальности: «Хирургия», «Эндоскопическая хирургия». За прошедшие годы подготовлены сотни врачей-хирургов. Метод эндохирургии

внедрен под руководством профессора С.Л. Лобанова во многих лечебных учреждениях Забайкальского края. По инициативе кафедры на базе городской больницы № 1 в 1995 году создан и работает центр эндоскопической хирургии. Ежегодно выполняется свыше тысячи оперативных вмешательств с помощью эндовидеотехнологий. Практически все хирурги городской больницы № 1 прошли обучение в интернатуре или клинической ординатуре на базе кафедры факультетской хирургии. Многие наши ученики успешно работают в различных ЛПУ Забайкальского края, а также в других



Фото 2. Профессор С.Лобанов – III съезд хирургов Забайкальского края 2016 г.

регионах, в том числе в клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Твери, Краснодарского края, Бурятии и т.д.

Традиционно сложились замечательные взаимоотношения с коллективом и администрацией городской клинической больницы № 1. Все сотрудники кафедры являются совместителями и консультантами хирургических отделений. Кафедра активно участвует в работе хирургического



Фото 1. Коллектив кафедры, июнь 2018 г.



Фото 3. Коллектив кафедры, март 2023 г.

сообщества. Профессор С.Л. Лобанов с 2009 г. является председателем общества хирургов Забайкальского края. За указанный период ежегодно проводятся Всероссийские и межрегиональные конференции хирургов с проведением мастер-классов и приглашением ведущих ученых страны. С 2009 г. в состав кафедры включен курс урологии, который динамично развивается, являясь центром подготовки врачей урологов в клинической ординатуре. По инициативе центра урологии проводится большая учебно-методическая работа, внедряются новые технологии в лечении урологических заболеваний.



Фото 4. Межрегиональная конференция по эндохирургии 2019 г.

В разные годы на кафедре работали яркие ученые, высококвалифицированные хирурги Альберт Федорович Лакеев, Нина Николаевна Трибурт, Мария Васильевна Бубенко,

Константин Михайлович Прудников, Анна Алексеевна Булдакова, Леонид Сергеевич Дручков, Анна Ханановна Левикова, Таисия Алексеевна Корчагина, Юрий Константинович Кокотов, Игорь Борисович Кривоногов, Олег Владимирович Терехов, Баир Дугарович Дугаржапов, Валерий Иванович Осипов, Виктор Валентинович Кришталь, Александра Васильевна Вихляева и другие.

В последние годы значительно расширилась лечебная база кафедры. В городской клинической больнице № 1 построен новый лечебный корпус. Открылось новое отделение – сосудистая хирургия. Расширились отделения гнойной хирургии и урологии. Приобретено новое современное оборудование. Выполняются сложные оперативные вмешательства. Сотрудники кафедры являются кураторами всех отделений хирургического профиля, способствуют оптимизации лечебного процесса и внедрению новых методов диагностики и лечения, являются наставниками для клинических ординаторов и молодых докторов.

*Заведующий кафедрой
факультетской хирургии
с курсом урологии ФГБОУ ВО ЧГМА,
Заслуженный врач РФ
д.м.н., профессор Лобанов С.Л.*

ЖИВЫЕ СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

21 марта 95 лет со дня рождения первого комсомольского секретаря и сталинского стипендиата ЧГМИ, ассистента кафедры нормальной анатомии ЧГМИ, врача-невропатолога



**Федора Федоровича Бурьянова
(21.03.1928 г. – 29.11.2013 г.)**

Благородная мечта – лечить людей!

Федор Федорович родился 21 марта 1928 года в селе Никольское Курской области (ныне Белгородская область) в крестьянской семье. В связи с началом Великой Отечественной войны школа, где он начал учиться, была закрыта и после ухода на фронт отца, ему пришлось работать в госпитале вместе с матерью. После окончания 7 класса в суровую осень 1943 г. он был принят на фельдшерское отделение в Белгородское медицинское училище.

Несмотря на все трудности военного времени, успешно сдав выпускные экзамены, Федор Федорович в 1947 году получает звание фельдшера и направление на работу в Читинскую область заведующим здравпунктом Могойтуйского детского дома. Администрация района оказала теплый прием молодому специалисту, обеспечив теплой одеждой и обувью, оказав помощь в организации бытовых условий. Закипела работа – был организован изолятор для больных детей, систематизировано обследование и оздоровление воспитанников с хроническими заболеваниями. Федор Федорович, как неравнодушный человек с активной гражданской позицией, совмещал лечебную и профилактическую работу с воспитательными мероприятиями, был

наставником у детдомовских ребят, находил себя в общественной деятельности.

Получив весной 1950 года повестку из райвоенкомата для прохождения воинской службы, Федор Федорович отправляется в Читу и при распределении по частям Читинского гарнизона назначается внештатным фельдшером в медсанчасть. Во время службы в рядах Советской армии он занимается санпросветительной работой среди солдат и курсантов, в течение 3-х лет избирается секретарем комсомольской организации части.

В 1952 году Федор Федорович вступил в ряды КПСС, и медицинским отделом Забайкальского Военного округа был командирован в военный госпиталь в г. Улан-Удэ на курсы подготовки офицеров среднего медицинского состава. Федор Федорович увлекается учебой, мечтая поступить в военно-медицинскую академию, но демобилизовавшись в 1953 году в звании старшины, сдает вступительные экзамены и зачисляется на 1 курс Читинского медицинского института, параллельно осуществляя трудовую деятельность в должности лаборанта кафедры анатомии. Как одному из самых активных первокурсников, Федору Федоровичу доверяют выступить на торжественном собрании, посвященном открытию мединститута и началу учебного года. Так начинаются его яркие и незабываемые годы студенческой жизни. На первом комсомольском собрании по рекомендации партийной организации и Обкома ВЛКСМ он был избран секретарем комсомольской организации вуза.

Преодолены сложности учебы 3 курса и отлично сданы экзамены. В 1955 г. Федору Федоровичу впервые в истории Мединститута была назначена Сталинская стипендия – очень почетная и значимая награда. Подготовка к занятиям, работа на кафедре, заседания комитета комсомола, организация строительных бригад на строительстве общежития и учебного корпуса, создание агитбригад для поездки в подшефные колхозы с лекциями и концертами, шефская работа в школах, оказание помощи колхозам в уборке урожая, в строительстве животноводческих помещений, создание художественной самодеятельности мединститута, репетиции кружков и хора – это не полный перечень ежедневных мероприятий студента Бурьянова Ф.Ф. Большое внимание уделялось в институте успеваемости и дисциплине будущих врачей. Большую помощь Федору Федоровичу в организации

общественной работы со студентами оказывали Ю.Д. Рыжков, ректор института, и А.А. Гончарова, первый секретарь партийного бюро, много сил, энергии и времени отдававших сплочению коллектива.

Уже будучи студентом 6 курса, Федор Федорович работал преподавателем кафедры нормальной анатомии, погружившись в научно-исследовательскую и экспериментальную деятельность под руководством мудрых преподавателей и ученых – доцента А.С. Цветкова, первого заведующего и основателя кафедры, доцента А. Н. Милейковского, хирурга, успешно практиковавшего дидактические методы обучения, профессора А. П. Лаврентьева, зав. кафедрой и организатора экспериментальной лаборатории, активизировавшего научно-исследовательскую работу, студенческий научный кружок, канд. мед. наук, доцента П. Ф. Степанова, возглавившего кафедру в 1958 г.

Наряду с преподавательской работой Бурьянов Ф.Ф. занимался научными исследованиями, продолжал общественную деятельность, занимался комсомольской работой и избирался секретарем партийной организации, членом бюро Горкома ВЛКСМ, членом Обкома ВЛКСМ. По совместительству работал преподавателем нормальной анатомии на спортивном факультете Читинского педагогического института.

Еще на втором курсе Федор Федорович женился на Ларисе Филипповне Угловой, трудившейся к тому времени заместителем заведующего Читинского облздравотдела. В 1954 году родился сын Александр, а в 1959 году – сын Евгений. В 1963 году Федор Федорович назначен ординатором неврологического отделения Областной клинической больницы им. В.И. Ленина. После окончания ординатуры на кафедре нервных болезней под руководством зав. кафедрой профессора Мельничука П.В., Федору Федоровичу присвоена квалификация врача-невропатолога. Так сбылась его заветная мечта – стать врачом и спасти жизнь людей!

В 1964 году у старшего сына диагностировано заболевание, и после операции настоятельно рекомендована смена места жительства на территории с более мягким климатом. Начинаются семейные сборы и длительные переговоры с Белгородским облздравотделом о трудоустройстве и жилье. Так, в 1966 году Федор Федорович возвращается на Родину, в Белгород, получает назначение ординатором в областную больницу, где избирается секретарем

партийной организации и секретарем общества невропатологов и психиатров.

В Белгороде Федор Федорович продолжает активно совмещать лечебную, консультационную и научно-исследовательскую деятельность, в числе первых внедрив электроэнцефалографический метод исследования головного мозга. В 1968 г. аттестационной комиссией облздравотдела ему присвоена 1-я квалификационная категория невропатолога, а в 1980 году – высшая категория. За большой вклад в развитие здравоохранения Федор Федорович был отмечен многочисленными наградами, в том числе и значком «Отличник здравоохранения». В 1977 году Федор Федорович назначается главным городским невропатологом и заведующим неврологическим отделением 1-ой городской больницы, являющейся базой для подготовки врачей-интернов. За время работы Бурьяновым Ф.Ф. подготовлено более тридцати высококвалифицированных невропатологов.

Наряду с лечебной работой Федор Федорович продолжает активное участие в общественной жизни. С 1977 г. и до выхода на пенсию в 1988 г. он ежегодно избирался зам. секретаря партийной организации, членом общества «Знание», занимался пропагандой медицинских знаний на предприятиях, в школах. В 1988 году, уже после выхода на пенсию, Федор Федорович переведен на работу в областной Центр восстановительного лечения, где в течение 12 лет занимался иглоукалыванием, принимая активное участие в организации и становлении восстановительного Центра.

Умер Федор Федорович 29.11.2013 г.

Воспоминания об отце Александра и Евгения Бурьяновых

«Незаметно летит время. Вот уже более десяти лет прошло после смерти нашего папы Бурьянова Федора Федоровича, замечательного человека, врача от Бога, посвятившего всю свою жизнь любимому делу – лечить людей! С детства он мечтал стать врачом, и его заветная мечта исполнилась.»

Несмотря на вынужденный переезд в г. Белгород, Забайкалье, читинские коллеги и друзья всегда были и остаются в памяти нашей семьи! Суровое воспитание Забайкальем и душевная атмосфера в отношениях с людьми – в нас навсегда. На семейных праздниках родители рассказывали гостям о наших просьбах вернуться в Читу, где они встретились и полюбили друг друга, где учились и работали, где прошли наши детства

и юность! Мы, сыновья Федора Федоровича, Александр и Евгений, не продолжили династию врачей. Александр стал учёным, профессором, доктором технических наук, а младший Евгений - ведущим инженером на крупнейшем заводе в г. Белгороде. И ранее с родителями, и до сих пор первый бокал в новогоднюю ночь мы поднимаем по читинскому времени!

Трудовая деятельность папы и мамы в Белгороде складывалась успешно. Более 20 лет мама посвятила Белгородскому областному онкологическому диспансеру - одному из лучших медицинских учреждений Белгородской области. Папа многие годы возглавлял неврологическое отделение первой городской больницы, был главным городским невропатологом. Успехи, ученики, тысячи благодарных пациентов, награды, орден Трудового Красного Знамени и девять медалей.

Осенью 1988 года мы с родителями путешествовали на автомобиле по Болгарии. В кемпинге под г. Созополь папа ходил с учебником и заучивал на китайском языке название точек для иглоукалывания, которое он решил освоить! И выучил! И освоил! И успешно применял! Как и лечение гипнозом, которым он обладал и умело пользовался! Тяга к познанию, к изучению нового, желание все постичь, докопаться до глубин - отличительные черты натуры и характера нашего удивительного папы. Мы до сих пор не перестаем удивляться и восхищаться папой! ОН ВСЕ УМЕЛ и всё ЗНАЛ!!

По приезду в Белгород, родители познакомились с земляками из Читы, которые уже сформировали чудесное «Читинское землячество». Начались совместные маевки, праздники, торжества. Именно там папе предложили взять земельный участок. Дачным этот участок можно назвать с большим трудом! Шесть соток на косогоре в лощине между двумя лесопосадками. Но напротив два «читинских» участка – Сенокосовых и Кусовых. Вот тут-то и проявилась вторая натура нашего папы любовь к работе на земле! В культивировании сельхозпродукции, в агротехнике наш папа достиг высот совсем не меньших, чем во врачевании! Великолпные урожаи помидоров весом более килограмма, огурцы, баклажаны, выставочные яблоки, груши, черешня, абрикос, виноград... А с осени начиналась ежедневная работа с семенами. Проверка на всхожесть, отбор, посеы семян, высадка рассады. Дачного участка папе явно было мало! И когда городской больнице выделили садовые участки, папа был в числе

первых, желающих! Тут уже пошли рекорды – 500 кустов помидоров, 200 кустов перцев, картофель разных сортов, виноградные лозы. Борьба с кротами и колорадским жуком, зайцами и зверями в человеческом обличье. Долгие годы отец вел журнал метеонаблюдений: отмечал температуру воздуха три раза в день, ветер, облачность, дождь, снег, потом анализировал, сравнивал с прошлыми периодами. А летом шла заготовка продукции на зиму, и, если в Чите это была кадушка с квашеной капустой в сарае и картошка там же в яме, то в Белгороде - соленья, варенья, компоты, сушеные фрукты. Вся квартира была отдана под урожай, добрая часть которого отправлялась и внукам!

А в августе 2013 года младший сын Евгений уехал отдыхать на море. На следующий день после его отъезда я на машине поехал к родителям и подоспел к обеду, чему папа очень обрадовался. Мы втроем еще успели съездить на огород, где папа поливал чайником капусту и тяпochкой рыхлил редьку. Заехали там же на родник за водой. Вечером посидели, позвонили Жене. Все было спокойно, но утром папе стало очень плохо. Он всю ночь не спал, был очень возбужден. Выяснилось, что ему после обеда нужно к врачу. Я пошел за машиной и на вопрос, куда едем, он ответил – в онкодиспансер. Уже там от лечащего врача я с ужасом узнал, что у папы онкология и он уже год проходит лечение.! Папа говорил, что посещает обследования и процедуры в ветеранском госпитале и запрещал маме сообщать нам диагноз. Его госпитализировали, оказали необходимое лечение. В палате отца очень уважали, больные подходили к нам с братом и говорили о том, как удивителен и красив наш папа. После выписки он прожил еще три месяца дома, показав нам необычайный пример силы духа и силы воли.

Мужественный человек, прекрасный врач, замечательный муж, отец и дедушка, лучший сосед, до последних дней принимавший больных, консультировавший по телефону, поддерживающий жильцов всей округи- это наш любимый Федор Федорович!»

О.И. Илюхина

сотрудник научной библиотеки ЧГМА

Литература:

1. Смекалов В.П. Судьба первого комсомольского секретаря и сталинского стипендиата ЧГМИ // Забайкальский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 58-63.
2. Личное дело Бурьянов Федор Федорович. (оригинал – архив ЧГМА).

**13 ФЕВРАЛЯ 80 ЛЕТ
СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА,
АССИСТЕНТА КАФЕДРЫ
ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И
ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ ЧГМИ,
ОРГАНИЗАТОРА ГОРОДСКОЙ СЛУЖБЫ
ГРАВИТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ КРОВИ**



САВЕЛЬЕВА В.И.
(1943-2012 ГГ.)

*Защищая людей от боли,
Ты проводишь в работе дни.
Уважением и любовью
Отвечают тебе они.*

Борис Макаров

Виктор Иннокентьевич родился 13 февраля 1943 г. в поселке Никольском Приморского края в интеллигентной семье. Отец – военнослужащий, мать – домохозяйка, на долю семьи выпали тяжелые годы войны и послевоенное время. Из троих детей Виктор был самым старшим и помогал родителям. По роду службы отца семья часто меняла место жительства, поэтому мальчику приходилось переходить из одной школы в другую. В 1959 г. он закончил школу № 4 в Чите. С юных лет Виктор Иннокентьевич начал свою трудовую деятельность, работал слесарем и фрезеровщиком, одновременно учился в Томском политехническом университете. Со 2-го курса он был призван в ряды Советской армии. В 1963 г. поступил в Читинский государственный медицинский институт, который успешно окончил в 1969 г. Свое обучение он умело совмещал с практикой, работая на скорой помощи сначала санитаром, затем фельдшером. После института Савельев В. И. был принят на

должность врача анестезиолога-реаниматолога городской клинической больницы № 1. Виктор Иннокентьевич стоял у самых истоков развития анестезиологии-реанимации в Забайкалье. Городская клиническая больница №1 всегда несла основную нагрузку по оказанию неотложной помощи пациентам г. Читы и близлежащих населенных пунктов. Условия работы были непростые: 2 палаты для тяжелых больных, ночные дежурства не предусматривались для анестезиологов-реаниматологов, отсутствовала качественная наркозная и дыхательная аппаратура, наркотическая смесь подавалась часто капельно на маску Эсмарха в течение всей операции, вентиляцию легких проводили вручную в течение суток, меняя друг друга. Молодой, грамотный, перспективный доктор быстро влился в коллектив и завоевал уважение не только своих коллег по больнице, но и врачей других стационаров города. Часто его вызывали на консультации и для проведения анестезиологического пособия в роддома, детские больницы, в том числе и в районы области.

По инициативе главного врача Лескова В.Н., начмеда стационара Дружининой З.Н., заведующего кафедрой травматологии профессора Рожинского М.М. 18 февраля 1970 г. министром здравоохранения РСФСР был подписан приказ об открытии отделения анестезиологии-реанимации в городской клинической больнице №1 г. Читы. Создавать и организовывать отделение пришлось практически с нуля. Первыми врачами нового отделения анестезиологии-реаниматологии стали Щегольков А.М., Савельев В.И., а также старшая медсестра Старицина Т.С. Из воспоминаний Почетного анестезиолога-реаниматолога Забайкальского края Калганова Геннадия Дмитриевича: «Осенью 1971 года мы начали строить отделение. К нам пришла еще анестезиолог Светлана Григорьевна Тюменцева. Вот они с Виктором Иннокентьевичем идут в операционную, а мы с Александром Максимовичем строим. Переодевались полностью в рабочую одежду, некоторые стены сносили, что-то строили, переделывали. В это сейчас сложно поверить, но это было именно так. В итоге получилось помещение для шести коек – это одна палата и реанимационный зал, маленькая ординаторская, перевязочная, помещение для медсестер. Очень радовались своему рабочему месту. Так работали до 1986

года. Тесно, конечно, но мы были молодые, здоровые, жизнерадостные». Большую помощь в работе оказывали хорошо обученные грамотные медсестры, которые могли подменить во время наркоза врача, а то и сами дать масочный наркоз. Эти незаменимые помощницы – Самойлова Г.Т., Нечаева Н.Н., Сизоненко Г.А., Выскубова Т. и Попова С.А.

Савельев Виктор Иннокентьевич проявил себя как врач-специалист высшего профессионального уровня, обладал огромной работоспособностью, дисциплинированностью, тактичностью, высокими организаторскими способностями. В 1971 г. он был назначен заведующим отделением анестезиологии-реанимации городской клинической больницы № 1 г. Читы.

Виктору Иннокентьевичу выпала честь работать с такими опытными хирургами как Лесков В.Н., Кольман С.Б., Кузьмин Ю.А., Муравко О.М., Непомнящих В.А., Мартьянов А.П. и Прудников К.М. Учитывая становление большой хирургии, необходимо было осваивать новые методики анестезиологических пособий и послеоперационного ухода за больными. Отделение тогда было многопрофильное, здесь проходили хирургические, терапевтические, травматологические, токсикологические и ожоговые больные, а также дети с месячного возраста. Заведующий В.И. Савельев, врачи и сестры отделения пользовались огромным уважением среди коллег. Он создал дружный работоспособный коллектив, в основе которого была взаимовыручка, доброжелательность, готовность всегда прийти на помощь в трудных ситуациях. Разбирались ошибки, проводилось обучение среднего медицинского персонала. Старший товарищ и добрый советчик – таким его знали работники отделения. Специалист высшей категории, он постоянно работал над повышением своей квалификации, неоднократно проходил усовершенствования в ГИДУВах Москвы, Новокузнецка, Ленинграда. Выступал на заседаниях обществ анестезиологов, участвовал в конференциях. В 1975 году в отделение пришел молодой доктор Бурдинский Е.Н. Под руководством В.И. Савельева было начато внедрение катетеризации центральных вен, что значительно облегчило лечение тяжелых больных. Виктор Иннокентьевич не только сам повышал свой профессиональный уровень, но и требовал этого же от персонала.

В 1976 г., уже имея обширные знания и

огромный практический опыт, пройдя серьезный конкурс, Виктор Иннокентьевич становится ассистентом кафедры травматологии ЧГМИ, где открылся курс анестезиологии-реанимации, заведующим кафедрой был Рожинский Марк Михайлович. План занятий 6-дневного цикла на лечебном факультете включал: изучение механизмов боли, действия анестетиков, анальгетиков, миорелаксантов, стадии наркоза, осложнения, проведение сердечно-легочной реанимации, оказание помощи при утоплении, комах различной этиологии. В дальнейшем, по мере создания интернатуры по терапии, хирургии, акушерству-гинекологии, изменились продолжительность и программа обучения.

С субординаторами-терапевтами изучались обезболивание при кардиогенном шоке, нарушения сердечного ритма, ТЭЛА, комы различной этиологии с решением ситуационных задач. У акушеров-гинекологов рассматривались вопросы патологии II половины беременности, обезболивания родов, анестезиологические пособия при операции кесарева сечения, интенсивная терапия при преждевременной отслойке плаценты, атонических кровотечениях, легочно-сердечная реанимация. Хирурги обращали внимание на различные виды анестезии, вопросы интенсивной терапии больных с различной патологией, инфузионно-трансфузионную терапию и реанимационное пособие при критических состояниях. Для обучения ассистенты использовали большое количество слайдов, фильм, интубационный муляж, 2 тренажера для легочно-сердечной реанимации. Из воспоминаний заведующего кафедрой общей и специализированной хирургии, д.м.н., профессора Намоконова Е.В.: «... В те далекие годы врачей для анестезиологического пособия всех операций не хватало как в крупных клиниках города Читы, так и почти во всех районах нашей Читинской области. Поэтому низкий поклон преподавателям курса анестезиологии и реанимации того времени Ольге Ивановне Ракиной и Виктору Иннокентьевичу Савельеву, которые, понимая всю остроту проблемы, занимаясь с группами хирургов-интернов, просто натаскивали нас на выполнение различных методов регионарной, проводниковой и местной анестезий. Учили проведению масочного и внутривенного наркоза, введению ларингоскопа, катетеризации подключичной вены и мочевого пузыря. Благодаря этому хирурги имели возможность

справляться сами, делая достаточно сложные операции и манипуляции на различных органах и системах человеческого организма».

В течение 10 лет, совместно с Ракиной О.И., Виктор Иннокентьевич воспитывал студентов, щедро делаясь своими знаниями и прививая им качества, необходимые для врача, обучая не только лечебной работе, но и умению сопереживать, чувствовать чужую боль. Многие его воспитанники давно уже самостоятельно работают в различных стационарах города, в районах, а также в других регионах России.

Умение творчески мыслить, аналитически обобщать результаты практических наблюдений легли в основу 3 печатных статей о проведении перидуральной анестезии при операциях на нижних конечностях.

В 1986 г. Виктор Иннокентьевич вернулся в больницу врачом анестезиологом-реаниматологом. Большой практический опыт, целеустремленность, стремление познать новое и внедрить его в лечебную работу позволили ему организовать и открыть в 1991 г. отделение гравитационной хирургии крови, в котором успешно были освоены специальные методы лечения больных – фотомодификация крови, гемосорбция, плазмаферез.

Он неоднократно поощрялся администрацией больницы, а также органами здравоохранения. В 1990 г. награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

В.И. Савельева отличали высокий профессионализм, ответственность, чувство долга за порученное дело, человечность. Помимо работы увлекался путешествиями, рыбалкой, отлично разбирался в технике, сам мог починить электрооборудование, был дачником и грибником. Он любил жизнь во всех ее проявлениях! Любил людей, боль и страдания

каждого пациента он пропускал через себя. Виктор Иннокентьевич прилагал максимум усилий, делал все от него зависящее, чтобы помочь больному человеку, не взирая на его социальный статус, материальные возможности и т.п. Все это не могло не отразиться на его собственном здоровье. 17 июля 2012 г. после продолжительной болезни Савельев Виктор Иннокентьевич скончался. Он оставил после себя тысячи спасенных жизней, десятки учеников, которые продолжают его деятельность, добрую и очень светлую память о себе. Был женат, дочь также пошла по его стопам – она врач-окулист.

*В.Х. Гурулева,
сотрудник научной библиотеки ЧГМА.*

Выражаю огромную благодарность Савельевой Наталье Николаевне за содействие в создании материала.

Литература:

1. Калганова С.К. 13 февраля 65 лет со дня рождения заведующего отделением гравитационной хирургии крови Городской клинической больницы №1 В.И. Савельева (1943 г.) / С.К. Калганова // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2008 год / ред.-сост. Р.И. Цуприк. – Чита : Читинская типография, 2008. – С. 21-23.
2. Летопись анестезиологии-реаниматологии Забайкалья / под ред. К.Г. Шаповалова. – Чита : Экспресс-издательство, 2013. – 184 с.
3. Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина : энциклопедия / гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск : Наука, 2011. – С. 406.
4. Намоконов Е.В. Учитель медицины / Е.В. Намоконов. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2022. – С. 17.

ИНФОРМАЦИЯ

ИНФОРМАЦИЯ О IX КОНФЕРЕНЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ «КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ И КОНТРАВЕРСИИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ, РЕПРОДУКТОЛОГИИ»

15-16 марта 2023 года состоялась конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Клинические протоколы и контраверсии в акушерстве, гинекологии, репродуктологии», организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация «Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗОАГ)», Ассоциация медиков «Забайкальская медицинская палата», Министерство Здравоохранения Забайкальского края. Конференция проходила в очном формате с видеотрансляцией и включала лекции профессорско-преподавательского состава медицинских вузов России, организаторов здравоохранения Забайкальского края, практических врачей, мастер-класс с видеотрансляцией из операционной.

Основной задачей данного образовательного мероприятия было улучшение профессиональных компетенций врачей с целью повышения качества оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» за счет внедрения эффективных клинических практик и инновационных технологий.



За два дня конференции в ней приняли участие 279 человек: 211 – в очной форме и 68 – в формате он-лайн. В состав участников входили: врачи акушеры-гинекологи и организаторы здравоохранения г. Читы, Забайкальского края, г. Новосибирска, г. Санкт-Петербурга г. Иркутска и Иркутской области, г. Кемерово, г. Красноярска, г. Улан-Удэ, преподаватели и клинические ординаторы Читинской медицинской академии.

Открыла конференцию Министр Здравоохранения Забайкальского края Немакина Оксана Владимировна. Она тепло поприветствовала участников, горячо поблагодарила врачей за самоотверженный труд в условиях пандемии COVID-19 и озвучила приоритетные цели и задачи текущего периода, которые стоят перед службой охраны материнства и детства Забайкальского края в сложных современных демографических и политических условиях.



Председатель Законодательного собрания Забайкальского края Кон Ен Хва в своей речи осветил демографические проблемы современности, насущные вопросы охраны здоровья граждан, с которыми жители края обращаются к депутатам краевого парламента и вручил награды Законодательного Собрания Забайкальского края доктору медицинских наук, профессору кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета и факультета ДПО врачу акушеру-гинекологу высшей категории Иозефсону Сергею Абрамовичу; кандидату медицинских наук, доценту кафедр акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов, педиатрического факультета и факультета ДПО Мудрову Виктору Андреевичу; врачам акушерам-гинекологам:



врачу гинекологического отделения Краевой клинической больницы Куклину Сергею Иннокентьевичу, врачам перинатального центра Краевой клинической больницы Кузьминой Любови Анатольевне и Зубаревой Людмиле Сергеевне, врачам Забайкальского краевого перинатального центра Жихаревой Антонине Сергеевне и Коровиной Марине Михайловне, врачам Городского родильного дома Конновой Евгении Николаевне и Улыбышевой Оксане Анатольевне, врачу Агинской окружной больницы Жамсарановой Цырендулма Дабасамбуевне.

Заседание 1. Акушерско-гинекологическая служба в эпоху перемен – вызовы современности. Пленарный доклад главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Минздрава России в Дальневосточном федеральном округе, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета и ФДПО, профессора Белокриницкой Т.Е. (Чита) «Материнская смертность в ДФО в доэпидемический и пандемический период: структура и резервы снижения» включал глубокий анализ статистических показателей, проблем службы и ключевые выводы о возможностях управления акушерскими и перинатальными исходами.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Забайкальского края Брум Ольга Юрьевна (Чита) представила доклад «Анализ деятельности акушерско-гинекологической службы Забайкальского края в 2022 г.» с детальной характеристикой кадров и инфраструктуры службы охраны материнства и детства, основных показателей работы, на основании которых были

четко сформулированы первоочередные задачи для безотлагательного решения основных проблем.

Актуальные проблемы повседневной клинической практики были освещены в докладах доцента Мочаловой М.Н. (Чита) «Дистресс плода: основные аспекты проекта клинических рекомендаций», доцента Ахметовой Е.С. (Чита) «Рациональные подходы к ведению многоплодной беременности», профессора Крмарского В.А. (Иркутск) «Прогнозирование метода повторного родоразрешения после операции кесарева сечения». В ходе междисциплинарного диалога по проблеме нарушений углеводного обмена у беременных были представлены доклады ассистента Чупровой А.А. (Чита) «Гестационный сахарный диабет, критерии диагностики, лечение – взгляд эндокринолога» и Горяшиной Е.А. (Чита) «Акушерские и перинатальные осложнения гестационного диабета, ошибки диагностики и тактики – взгляд акушера-гинеколога».



Завершил первое заседание конференции мастер-класс с разбором клинических случаев «Антитромботическая профилактика при беременности (в свете клинических рекомендаций РОАГ-2021)», проведенный профессором Стуровым В.Г. (Новосибирск).

Заседание 2. Актуальные проблемы репродуктивной медицины и гинекологической практики. Образовательная программа включала лекции профессора Стурова В.Г. (Новосибирск) «Репродуктивные потери и патология гемостаза: расставляем правильные акценты» и «Анемический синдром у женщин репродуктивного возраста в свете



современных реалий», к.м.н. Басоса А.С. (Санкт-Петербург) «Эндометриоз, принципы хирургии инфильтративных форм» и «Персонализированный подход к лечению пациенток с миомой матки».

Заседание 3. Мастер-класс с трансляцией из операционной «Новейшие технологии в хирургическом лечении эндометриоза, миомы матки, пролапса гениталий» провел к.м.н. Басос А.С. (Санкт-Петербург). Врачи имели уникальную возможность участвовать в операциях и наблюдать за их ходом прямо в операционной. Трансляция из операционной для врачей также велась в актовом зале



Забайкальского краевого перинатального центра. После операций состоялся дебрифинг и активная дискуссия.

Заседание 4. Современные алгоритмы менеджмента в нестандартных клинических ситуациях: между протоколами и персонализированным подходом. Образовательная программа включала лекции главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Минздрава России в Сибирском федеральном округе, профессора Артымук Н.В. (Кемерово) «Женское бесплодие через призму федеральных клинических рекомендаций». Были заслушаны и активно обсуждены доклады «Редкие формы внематочной беременности: как избежать диагностических ошибок и критических состояний» (д.м.н. Иозефсон С.А., Чита), «Тромботические осложнения на фоне КОК и МГТ: миф или реальность?», «Актуальные вопросы клинической сексологии в практике акушера-гинеколога (откровенно о сокровенном)» (профессор Стуров В.Г.,

Новосибирск), «Предгравидарная подготовка женщин с ановуляторной формой бесплодия» (профессор Базина М.И., Красноярск), «Вагинальные инфекции как фактор риска (обзор клинических рекомендаций)» (профессор Белокриницкая Т.Е., Чита), «Герпетическая инфекция как междисциплинарная проблема» (доцент Сормолотова И.Н., Чита). Все доклады сопровождались активными дискуссиями и ответами на многочисленные вопросы, которые поступали от врачей.

При подведении итогов конференции участники мероприятия поблагодарили организаторов конференции и спикеров за насыщенную и очень полезную тематическую направленность докладов, отметили, насколько важно для современного врача своевременно получать компетентную профессиональную информацию

и иметь возможность лично участвовать в клинических разборах и проведении операций на мастер-классах. Иногородние участники конференции подчеркнули активное участие Забайкальских врачей в обсуждениях докладов, их высокий уровень компетентности в сложных вопросах акушерства, гинекологии, репродуктологии.

В финале заседания были обсуждены и приняты ключевые позиции резолюции конференции.

Фотоотчет прилагается

*Президент ЗОАГ профессор Белокриницкая Т.Е.
Член ЗОАГ, член оргкомитета конференции,
д.м.н. доцент Фролова Н.И.
Секретарь ЗОАГ, член оргкомитета
конференции Смольянова О.Н.*

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала «Забайкальский медицинский журнал» принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:

- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу;
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция «Забайкальского медицинского журнала» просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль – 14. Размеры полей: левое – 30 мм, правое – 10 мм, верхнее и нижнее – каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций – 12-15 страниц, случаев из практики – 2-4 страниц, кратких сообщений – 2-3 страниц.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; список литературы.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Правила направления статьи

1. Файл статьи (в формате MS Word) отправляется по электронной почте на e-mail chgkazabmed@mail.ru.
2. В распечатанном виде (с визой члена редколлегии на первой странице) материалы для опубликования сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, каб. 231.