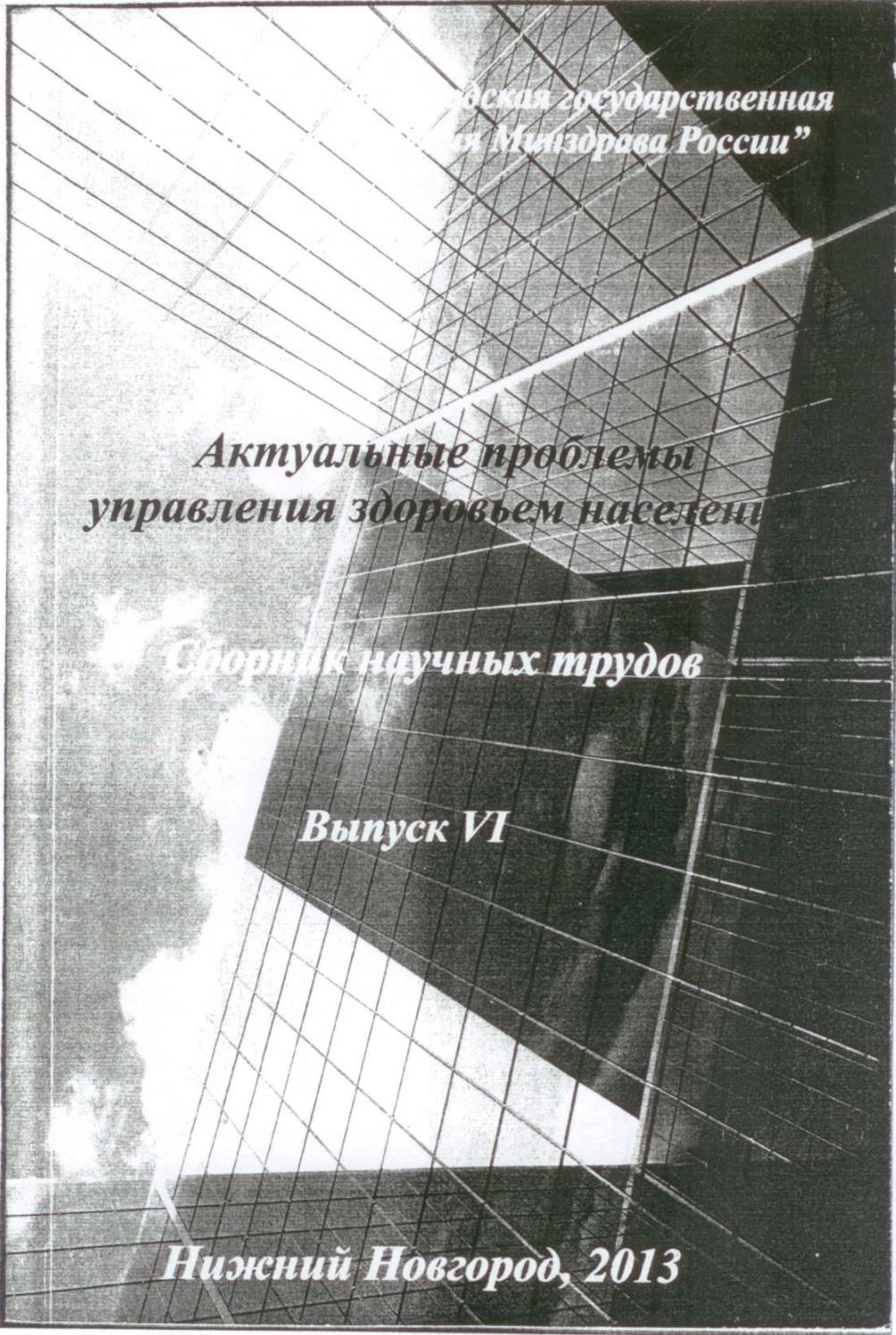




Федеральная государственная  
научная организация "Институт Минздрава России"

**Актуальные проблемы  
управления здоровьем населения**

**Сборник научных трудов**

**Выпуск VI**

**Нижний Новгород, 2013**

«Актуальные проблемы управления здоровьем населения». Сборник научных трудов. Выпуск VI, 2013 г., г. Нижний Новгород /Под общей редакцией И.А. Камаева.- Нижний Новгород, 2013.- 396 с.

Под общей редакцией заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «НиЖГМА Минздрава России», доктора медицинских наук, профессора И.А. Камаева

#### Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор И.А. Камаев; д.м.н. В.Н. Датарев; д.м.н., профессор С.А. Анатольев; д.м.н., профессор М.А. Позднякова; д.м.н. Т.В. Поддеса; к.м.н., доцент В.М. Леванов; д.м.н. М.С. Гурьянов; к.м.н., доцент Н.И. Гурвич; к.м.н., старший преподаватель М.Н. Гриб; к.м.н., старший преподаватель Е.А. Червешенцев.

В сборнике представлены научные статьи и сообщения аспирантов, молодых ученых, а также врачей практического здравоохранения Приволжского федерального округа, других регионов Российской Федерации, а также стран ближнего и дальнего зарубежья.

Издание предназначено для медицинских вузов и колледжей, а также руководителей здравоохранения и практикующих врачей.

#### Ответственные за выпуск:

к.м.н., старший преподаватель М.Н. Гриб  
к.м.н., старший преподаватель Е.А. Червешенцев

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов.

Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

#### Оглавление

|                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| РАЗДЕЛ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»                                                                                                            |    |
| ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ<br>ДЕФОРМАЦИИ Личности И.В. Тарновская О.С.                                                                       | 13 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ<br>СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО<br>МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВЕДОМСТВЕННОГО<br>ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | 18 |
| Абакин А.М., Подушкина И.В., Тарновская О.С.                                                                                                                |    |
| НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ<br>ПОМОЩИ В МУНОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ РЕСПУБЛИКИ ИЕМЕН                                                      | 22 |
| Абулсалам М.А. Аль-Дараси                                                                                                                                   |    |
| ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ,<br>РАСТРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ<br>НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2002 – 2011 Г.Г.           | 25 |
| Алексеева А.В., Игнатова Е.А., Солович К.В.                                                                                                                 |    |
| АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ<br>СЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН                                                                                 | 30 |
| Алиева Л.М., Абулрашидова Л.Б.                                                                                                                              |    |
| ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЛИЯНИЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА<br>ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКА                                                                                       | 32 |
| Анатолий С.А.                                                                                                                                               |    |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ<br>МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН<br>НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ                               | 39 |
| Битменов И.М.                                                                                                                                               |    |
| ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ<br>ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА                                                                           | 41 |
| Брылякова Д.И., Кирасирова А.И.                                                                                                                             |    |
| КОМПЛЕКСНОЕ ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИИ                                                                                                        | 44 |
| Вавильев А.С., Непряхин Д.В., Костроминцев А.В., Тарадайко В.С.                                                                                             |    |
| ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМ<br>ГРАЖДАНСКОГО И ВЕДОМСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ<br>РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ                                           | 48 |
| Вавильев А.С., Костроминцев А.В., Абалаев В.Б., Шуркин Д.А.                                                                                                 |    |
| АНАЛИЗ ВОПРОСОВ, ВОЛНУЮЩИХ ВЫПУСКНИКОВ<br>НИЖЕГОРОДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО БАЗОВОГО КОЛЛЕДЖА                                                                     | 51 |
| Воробьева О.Д.                                                                                                                                              |    |
| ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ<br>ПОМОЩИ НА 2013 ГОД ПО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ<br>ЗАБОЛЕВАНИЯМ                                                       | 56 |
| Воронцов Т.Н.                                                                                                                                               |    |
| ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В<br>САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ                                                                                      | 59 |
| Гиниятулина Р.И.                                                                                                                                            |    |

|                                                                                                                                            |                       |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Болезни системы кровообращения<br>В том числе: ишемический<br>кардит<br>Ревматизм неактивная фаза.<br>Ювенильный<br>ревматоидный<br>артрит | 176<br>51<br>67<br>58 | 15,7<br>28,9<br>38,0<br>32,9 |
| Болезни уха и соединительного<br>отростка                                                                                                  | 92                    | 13,7                         |
| Болезни нервной системы                                                                                                                    | 80                    | 11,9                         |
| Болезни костно<br>мышечной<br>системы                                                                                                      | 65                    | 9,3                          |
| Болезни органов пищеварения                                                                                                                | 19                    | 2,8                          |
| Болезни органов дыхания                                                                                                                    | 6                     | 0,8                          |
| Болезни эндокринной системы                                                                                                                | 4                     | 0,6                          |
| Болезни мочеполовой системы                                                                                                                | 12                    | 1,7                          |
| Состояния, возникшие в<br>перинатальном периоде                                                                                            | 4                     | 0,6                          |
| <b>Итого</b>                                                                                                                               | <b>671</b>            | <b>100,0</b>                 |

Анализ объема и характера работы ДС показал, что на каждые 100 лечившихся детей 58 получили внутривенные капельные инфузии; 56 – внутримышечные инъекции; 94 – внутримышечные и подкожные инъекции; 10 таблетированные препараты и др. Всем больным ДС были проведены лабораторные обследования, 97% сделано – УЗИ; 48% – рентгенокопия, и 40% получили восстановительное лечение и др.

Средняя длительность лечения больных в дневном стационаре составила 11,7 дня, это несколько ниже сроков лечения в профильных отделениях стационара круглосуточного пребывания больных (14,1 дня). Следует отметить, что средние сроки лечения больных в ДС, по сравнению со сроками лечения в условиях больницы, ниже почти по всем классам, что связано с тем, что в условиях ДС лечился контингент детей с менее тяжелой и не осложненной патологией.

Показатели деятельности ДС представлены в таблице 2.

Таблица 2  
Основные показатели деятельности ДС на базе РДКП г. Махачкала

| Профиль<br>больных   | Прописано<br>больных |              | Число койко-<br>дней |            | Средняя<br>длительность<br>лечения |
|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|------------|------------------------------------|
|                      | абс                  | %            | абс                  | %          |                                    |
| Педиатрические       | 45                   | 6,7          | 537                  | 6,8        | 11,9                               |
| Хирургические        | 292                  | 43,5         | 337                  | 42,9       | 11,5                               |
| Кардиологическ<br>ие | 254                  | 37,8         | 303                  | 39,0       | 12,9                               |
| Неврологические      | 80                   | 11,9         | 909                  | 11,5       | 11,3                               |
| <b>Всего:</b>        | <b>671</b>           | <b>100,0</b> | <b>786</b>           | <b>100</b> | <b>11,7</b>                        |

В заключение следует отметить, что организация дневного стационара на базе РДКП является позитивной формой работы с позиции медико-социальной эффективности. Следует решить вопрос работы ДС в 2 при 2 сменном режиме работы будет еще ниже.

#### Литература

1. Калининская А.А., Дзугаев А.К., Стукалов А.Ф., Гусева С.А. Объем и характер деятельности, нормативная базисная стационара // Российский медицинский журнал, 2010. - № 4. - С. 7-12.

### УПРАВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРОЙ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНОЙ СТРУКТУРОЙ ДЕФЕКТА НА ЗАНЯТИЯХ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В ШКОЛЕ VIII ВИДА

Воронина Н. С.

ФГБОУ ВПО «Нижегородский государственный педагогический университет имени Козьмы Минина», г. Нижний Новгород

Д.С. Выготский установил, что первичные дефекты – это дефекты, связанные с повреждением биологических систем (различных отделов ЦНС, анализаторов и др.) симптомы, которых представляют собой первичные нарушения (например: недоразвитие высших психических функций: речи и мышления у глухих; опосредованная память у детей с олигофренией; восприятия и пространственная ориентировка у слепых). А вторичные дефекты возникают со стороны поведения и не связаны

непосредственно с основным дефектом, но обусловлены им. Соотношение первичного и вторичного дефекта усложняет структуру дефекта.

В материалах данной работы хотелось бы затронуть проблему особенностей организации занятий лечебной физической культурой детей с тяжелой степенью олигофрения, так как эти дети чаще всего даже в коррекционной школе находятся на индивидуальном обучении на дому из-за сложности ведения образовательного процесса. Действительно эти дети требуют индивидуального подхода, так как, не смотря на одинаковость выставленных диагнозов (аутизм, синдром Аспергера и т. д.), поведение и возможности как психические, так и физические совершенно разные.

Одни дети – «отчужденные», с низким уровнем сознания и серьезными нарушениями поведения: агрессией, стереотипиями, манипулятивной игрой. Другие – «апатичные», с крайне ограниченными социальными контактами, не получающие удовольствия от предлагаемого общения, и с частой непосредственной хладильей. Третьи – «активные», но «странные», с недостаточным развитием социального сознания и отклонениями в поведении, но более сложные: повторное разрывание одних и тех же ситуаций, абстрактные интересы при полном отсутствии интереса ко всему остальному и отсутствии практической направленности в действиях [2].

Одной из задач уроков ДФК является коррекция имеющихся ортонеурических дефектов. Для решения этой задачи очень важно, что бы дети выполняли корректные упражнения методически правильно, что очень сложно добиться от детей с определенными особенностями поведения и от детей непонимающих речь. Возникающими проблемами так же является то, что на урок приходит не один ребенок (как в реабилитационных центрах), а 5 - 6 человек и то, что меньшинство прочесть необходимо адаптировать к условиям общеобразовательного учреждения, где есть учебный план.

Существует проблема того, что одни дети в классе адекватно реагируют на задания преподавателя, а другие (в силу индивидуальных особенностей) отказываются заниматься, проявляют признаки агрессии, как на самого себя, так и на окружающих, выбегают из зала, кричат, хлопают в ладоши и т.д. Поэтому в урок были введены специальные приемы для управления таким поведением.

Исследование проводилось на базе МКС (К) ОУ школы-интернат VIII вида №39 г. Нижнего Новгорода в классах детей со сложной структурой дефекта. Для сохранения здоровья и создания безопасной среды на классе работают 2 учителя, что позволяет работать в группе, формировать навыки межличностного взаимодействия детей, проводить игры.

Для избежания негативных реакций со стороны учащихся перед уроком составляется операционная карта урока или план урока (фото 1), при помощи привычных для детей карточек с изображением предметов (пиктограмм), которые они используют в обычной жизни. На верхней линии наклеиваются части урока в виде цифр 1, 2, 3 (подготовительная,

основная, заключительная соответственно), на средней линии наклеиваются изображения того предмета с которым дети будут заниматься в определенный момент урока или изображение действия (картинка подвижной игры). Здесь ориентирujemy на выбор учителя. По мере прохождения части урока изображение с доски снимается и убирается. На третьей линии выкладываются пиктограммы с изображением основных потребностей ребенка (пить, туалет, есть и т.д.), так как в классах есть дети с отсутствием речи и детей, не использующих речь как средство коммуникации.

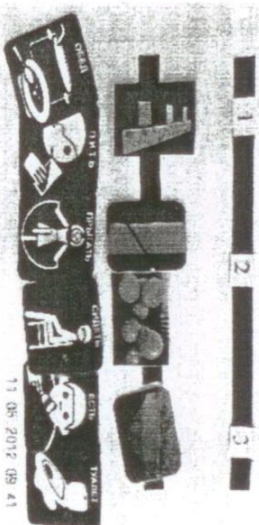


Фото 1. Операционная карта урока

Для визуализации время выполнения двигательного задания детям даются, например, кирпичики конструктора LEGO, одеваются резинки на руку или даются кружочки, количество которых должно соответствовать количеству раз выполнения задания. По мере выполнения задания фигурки убираются, резинки снимаются с руки и т.д. Ребенок видит, сколько раз ему осталось выполнить задание и у него не возникает желания убежать, до тех пор, пока конструктор в руках не кончится, а если убежит, то при помощи оставшихся фигурок мы можем управлять поведением ребенка.

В условиях быстрой эмоциональной и энергетической истощаемости у всех аутичных детей развивается тенденция дополнительной аутистимуляции приятными впечатлениями. Проявляются в виде повторно совершающихся действий (прыжки с размахиванием руками, хлопки в ладоши, кружение с ленточкой и т.д.). Эти впечатления поддерживают необходимый минимум психического тонуса и задушают дискомфорт и страхи ребенка. Что бы не нарушать процесс урока один из учителей берет ребенка за руки и ограничивает время аутистимуляции.

Например, Ребенок выполнял задание и вдруг вскочил и побежал, взял фитбол и прыгал на нем. Один из педагогов подходит к нему берет его за обе руки и спокойным голосом говорит: «Ты сейчас 5 раз прыгнешь и идешь заниматься. Посмотри сколько у тебя резиночек на руке осталось?». Второй педагог продолжает, как ни в чем не бывало вести урок, концентрируя внимание остальных детей на себе. Педагог, который

ушел с ребенком в это время раскачивает ребенка на мяче и говорит громко, четко: «Ват, два, три, четыре, пять - встали, идем заниматься». Далее педагог возвращает ребенка обратно в группу детей. Если начинать отбирать мяч или запрещать все действия связанные с аутистическими, то ребенок отреагирует агрессией, криком в итоге весь класс начнет его копировать, и тут уже речи не будет стоять о дальнейшем проведении урока.

Оценка эффективности введения вышеперечисленных приемов в урок ЛФК проводилась методом наблюдения за детьми начальной школы классов со сложной структурой дефекта. Учитывалось количество детей негативно относившихся к занятиям (частые приступы агрессии, выбегания из зала, частые аутистические) и количество детей без особенностей в реакции на занятия в начале года и в конце года. Данные представлены в таблице 1 и рисунке 1.

Поведение детей на уроках ЛФК до и после введения приемов

| класс            | Начало года      |            | Конец года       |            |
|------------------|------------------|------------|------------------|------------|
|                  | без особенностей | негативным | без особенностей | негативным |
| Подготовительный | 1                | 4          | 4                | 1          |
| 1 А              | 0                | 3          | 2                | 1          |
| 1 В              | 1                | 4          | 3                | 2          |
| 3 А              | 1                | 2          | 1                | 1          |
| 4 А              | 2                | 3          | 4                | 1          |
| 4 В              | 0                | 2          | 1                | 1          |

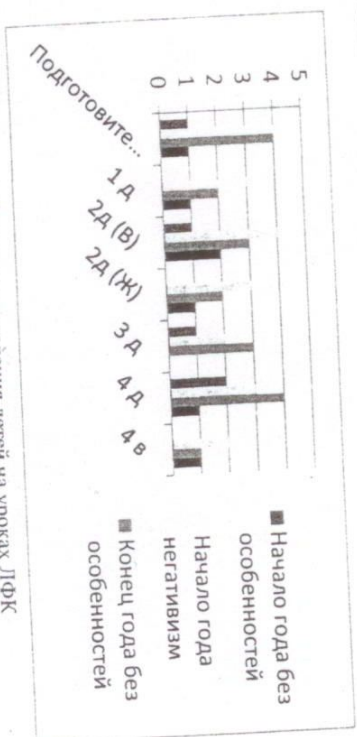


Рисунок 1. Динамика поведения детей на уроках ЛФК

Из данных таблицы и рисунка видно, что введение в урок коррекционных приемов несет положительную динамику в управлении поведением детей на уроке. Так в классе первого года обучения (подготовительный класс) в начале года 4 человека из пяти прыгали и бегали по залу, при этом кричали, то в конце года остались только один человек. Конечно, это можно объяснить выработкой привычки, но надо учесть, что в конце учебного года у многих детей произошло обострение основного заболевания и накапливается усталость, следовательно несомненно негативизм усиливается.

Так же можно отметить, что благодаря введению приемов процесса адаптации детей, посещающих школу не первый год, после летних каникул сократились с трех недель до двух недель. Процесс адаптации детей первого года обучения – с месяца до трех недель. Дети быстрее понимают назначение всего инвентаря кабинета, адаптируются к учителям и самому помещению.

#### Литература:

1. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология / Е.Т.Лильин, В.А.Доскин. – М.: Литтера, 2011. – 640 с. ISBN 978-5-4235-0018-4
2. Питере Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию: Книга для педагогов – дефектологов / пер. с англ. М.М.Щербаковой; под науч. ред. Л.М.Шиниловой. Д.Н.Исакян. М.: Уманит, изд. Центр ВЛД/ЮС, 2003. 240 с. ISBN 5-691-00907-9

### ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ДЕТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Дуктчев С.А., Халецкая О.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», Нижний Новгород

Городская ЦРБ - Заволжская городская больница, Нижегородская область.

**Актуальность.** В 80-х годах 20 века по данным Всемирной организации здравоохранения число людей, у которых отмечался дефицит железа, достигло во всем мире 200 млн. человек. В развитых странах Европы и на территории России около 30% женщин имело железодефицитные состояния, в том числе около 10% - железодефицитную анемию [1]. В начале 21 века железодефицитные состояния отмечаются уже у 1,5-2,0 млрд. человек, что свидетельствует о многократном росте данной патологии за относительно короткий период времени [2, 3, 4]. Категориями, наиболее склонными к развитию данной патологии являются дети раннего возраста, подростки, женщины фертильного возраста, особенно беременные и кормящие женщины. В