

16. Nicolini P., Ciulla M.M., De Asmundis C., MAGRINI F. and Brugada P. The Prognostic Value of Heart Rate Variability in the Elderly, Changing the Perspective: From Sympathovagal Balance to Chaos Theory Pacing and Clinical Electrophysiology. 2012; 35 (5):621–637.

17. Шляхто Е.В. Трансляционные исследования как модель развития современной медицинской науки//Трансляционная медицина. 2014;2:5-18.

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВИЧНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Горбань В.В., Коваленко Ф.А.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

На современном этапе государственная программа сбережения здоровья населения Российской Федерации предполагает наравне с внедрением и совершенствованием высокотехнологичных методов лечения организацию эффективной системы медицинской профилактики [6]. Согласно данным ВОЗ, здоровье индивида зависит на 50% от приверженности здоровому образу жизни и лишь на 10-15% - от деятельности системы здравоохранения [5].

Четыре группы хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) - сердечно-сосудистых, онкологических, респираторных и метаболических – являются ведущими причинами заболеваемости и 80%-летальности, часто преждевременной, во всем мире [2]. Эти заболевания наносят значительный социальный и финансово-экономический ущерб. Основными (четырьмя) факторами риска (ФР) развития ХНИЗ являются табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность [5]. Исходя из того, что вышеперечисленные ФР являются не

только универсальными, но и модифицируемыми, задачей современной профилактики является не только их раннее выявление, но и последующий постоянный длительный контроль [3]. На уровне высшего медицинского образовательного учреждения возникает необходимость дополнительного обучения выпускников, которые в скором времени, согласно программе ФГОС-3+, будут осуществлять функции врачей первичного звена здравоохранения, включая профилактические - раннее обнаружение и контроль ФР НИЗ [1,4].

Программа занятия по обучению студентов методам профилактического осмотра и первичному профилактическому консультированию требует соблюдения общепринятых стандартов оснащения оборудованием и обследования в учебно-методическом профилактическом кабинете [3].

Исходя из вышеизложенного, в рамках дисциплины «поликлиническая терапия» неотъемлемыми стали следующие разделы программы обучения:

Освоение студентами медицинского ВУЗА методов обследования стандартизированным оборудованием медико-профилактического кабинета;

Проведение ролевой ситуационной игры: «врач – пациент»;

Изучение распространенности модифицируемых факторов риска развития ХНИЗ - табакокурения, ненормального употребления алкогольных напитков, низкой физической активности, неправильного питания, а также повышенной массы тела и/или ожирения, артериальной гипертензии (АГ), уровней стресса и тревоги, значений лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) среди студентов медицинского университета.

Методы профилактического обследования включали:

Анкетирование предусматривало выяснение уровней стресса по трем степеням выраженности отдельно среди мужчин и женщин: низкий (3,01–4 балла для мужчин и 2,83 - для женщин), сред-

ний (2,01–3 и 1,83–2,82 балла, соответственно) и высокий уровень (1–2 и 1–1,82 балла, соответственно);

Степень физической активности определялась анкетированием, предусматривающим указание респондента на один из трех уровней физической активности: 1-й - низкий уровень (ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день), 2-й - средний уровень (быстрая ходьба, плавание, езда на велосипеде по ровной местности, танцы более 30 минут не менее 5 раз в неделю), 3-й - высокий уровень (бег, занятия аэробикой, плавание на дистанцию, езда на велосипеде в гору не менее 3-4 раз в неделю);

Пристрастие к табакокурению выявлялось анкетированием с определением давности привычки и количества выкуриваемых в день сигарет;

Анкетирование пищевого поведения предусматривало выявление употребления как вредных, так и полезных питательных ингредиентов с последующим соотношением их к одной из форм питания: рационального, нерационального и смешанного;

Определение уровня СО в выдыхаемом воздухе смокелайзером являлось объективным методом подтверждения табакокурения и примерной степени пристрастия в зависимости от концентрации СО: 0-6 ppm – некурящий; 7-10 ppm – незаядлый курильщик; 11-20 ppm – заядлый курильщик; >20 ppm – крайне заядлый курильщик;

Регистрация электрокардиограммы в 12 стандартных отведениях;

При измерении АД учитывался минимальный результат из трех последовательных измерений на обеих руках. За границы нормы принимались величины систолического давления менее 140 мм рт.ст. и диастолического менее 90 мм рт.ст.;

При выполнении биоимпедансметрии (Tanita BC 418MA) автоматически определялись уровни жировой, безжировой массы и висцерального жира (в нор-

ме 1-9 усл. ед.). Вычисление индекса массы тела ($ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$) предусматривало следующие градации этого показателя: дефицит массы тела ($ИМТ < 18,5 \text{ кг/м}^2$); нормальная масса тела ($ИМТ 18,5-24,9 \text{ кг/м}^2$); избыточная масса тела ($ИМТ 25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$); ожирение 1-й степени ($ИМТ 30,0-34,9 \text{ кг/м}^2$); ожирение 2-й степени ($ИМТ 35,0-39,9 \text{ кг/м}^2$); ожирение 3-й степени ($ИМТ \geq 40 \text{ кг/м}^2$).

Допплеровское сканирование сосудов (Smart Dop 30 EX) производилось с целью определения ЛПИ в покое, не менее чем через час после прекращения физической нагрузки и приема пищи. Систолическое АД определялось однократно на обеих лучевых, задних большеберцовых и артериях тыла стопы. При отсутствии ассиметрии АД на руках (менее 10 мм рт.ст.) в качестве показателя «давления на плече» использовалось среднее арифметическое значение для двух рук, а при наличии ассиметрии АД выбиралось максимальное из двух значений. Лодыжечно-плечевой индекс определялся, как отношение значений «давление на лодыжке/давление на плече» справа и слева. За фиксированный результат принимали минимальное из двух значений. Общепринятым диапазоном нормы считаются значения ЛПИ в пределах от 0,9 до 1,4 [7,8].

Внутриглазное давление измеряли (транспальпебральный тонометр ИГД 2 «ПРА») в положении лежа на кушетке, шестикратно на обоих глазных яблоках, с учетом среднего арифметического для каждого. За норму принимали диапазон от 12 до 25 мм.рт.ст.;

Спирометрией (универсальный спирометр MicroLab) определялись жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха, пиковую скорость выдоха и среднего экспираторного потока.

Проводилось исследование (экспресс-анализатор периферической крови) уровней холестерина (в норме менее 5 ммоль/л) и глюкозы крови (в норме ме-

нее 6,1 ммоль/л) и триглицеридов (в норме менее 1,7 ммоль/л) [3].

Обследованию предшествовал разбор со студентами по группам (в группе в среднем 10-12 человек) правил проведения профилактического осмотра, обработки полученных результатов и их интерпретации. Разделившись по два человека, каждый из участников занятия имел возможность самостоятельно, под контролем преподавателя, обследовать своего коллегу и провести первичное профилактическое консультирование. Затем студенты менялись ролями – обследуемого (пациента) и обследующего и консультирующего (врача).

Всестуденты, участвовавшие в исследовании, теоретически и практически освоили методику работы в медико-профилактическом кабинете и перечисленные выше методы исследовательской работы. Одним из результирующих итогов проведения практических занятий в учебно-методическом кабинете профилактики НИЗ и здорового образа жизни явился целенаправленный отбор студентов для занятий в студенческом научном обществе.

Последующее (в течение учебного года) обследование 227 студентов (141 женщин и 76 мужчин) в возрасте от 17 до 31 лет, подвергнутых анкетированию для выявления статуса табакокурения, уровней стресса и физической активности, определению АД и внутриглазного (ВГД) давления, биоимпедансметрии, вычислению индекса массы тела, доплеровскому сканированию сосудов, определению концентрации холестерина и глюкозы в периферической крови и измерению концентрации СО в выдыхаемом воздухе позволило обнаружить следующую последовательность (в порядке убывающей частоты) распространенности ФР: 1) низкий уровень физической активности (41,4%), 2) повышенный ЛПИ (38,3%), 2) средней интенсивности стресс (38,2%), 3) избыточная масса тела и/или ожирение (23,8%), 4) табакокурение (11,5%), 5) повышенное АД (11,4%).

Таким образом, организация в медицинском образовательном учреждении учебно-методического кабинета по обучению методам медицинской профилактики, здорового образа жизни позволяет не только повысить медицинское техническое мастерство, но овладеть навыками профилактической работы, такой необходимой в их дальнейшей профессиональной деятельности.

Преподавание в ВУЗе с использованием самих будущих врачей поочередно в качестве «врач-пациент», в игровом формате, снимает данную деонтологическую проблему, повышает инструментальный профессионализм и мотивирует к самостоятельной работе в системе оказания первичной медико-санитарной помощи, по крайней мере, в ее профилактическом аспекте.

Литература:

1. Алексеенко С.Н., Горбань В.В., Бурба Л.В., Черноглазов К.С. Концептуальные подходы к профилактике универсальных модифицируемых факторов риска в медицинской образовательной среде // Профилактическая медицина. - 2014. - Т. 17 (2). - С. 20-25.
2. Борисов Ю.Ю. Валеологические аспекты подготовки бакалавра сестринского дела //IV Общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование—2013» / Сборник тезисов конференции (4–5 апреля 2013 года, г. Москва). - М. : Издательство Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, 2013. С. 75-77.
3. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать» к «как делать». Профилактическая медицина. - 2012. - № 2. - С. 3-10.
4. Горбань В.В., Бурба Л.В., Корольчук И.С., Филипченко Е.М., Тлехас М.М. Возможности центров здоровья в выявлении факторов риска внутренней патологии у студентов г. Краснодара // Вестник российской военно-

медицинской академии. - 2011. - № 1 (33). - С. 68.

5. Концепция ВОЗ в области укрепления здоровья//Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2006. № 3. - С. 5-18.

6. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации от 25 апреля 2005г.

7. Сумин А.Н. Субклинический атеросклероз артерий нижних конечностей: диагностика, прогностическое и клиническое значение // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2010. - № 3. - С. 52- 59.

8. Criqui M.H., Ninomiya J.K., Wingard D.L. et al. Progression of peripheral arterial disease predicts cardiovascular disease morbidity and mortality. // JACC. - 2008. - Т. 52(21). - Р. 1736- 1742.

МЕСТО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГРАДУАЛЬНОЙ ФОРМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Горбань В.В., Тегай А.В., Тыщенко О.Т., Каруна Ю.В.

*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия*

Необходимость комплексной реабилитации пациента для максимального восстановления нарушенных функций при повреждениях органов и систем является неоспоримой. Конечный результат лечения пациента зависит от правильной и своевременной реабилитации в такой же степени, как и от оптимально подобранной терапии. Тем не менее, обучению реабилитации в градуальных формах медицинского образования до последнего времени не уделялось должного внимания. Эта проблема, как и обучение оказанию должной профилактической помощи населению, требует своего незамедлительного разрешения. В последние годы медицинским сообществом были инициированы основные положения, зако-

ны и рекомендации, касающиеся проведения реабилитационных мероприятий на разных этапах оказания медицинской помощи. Медицинская реабилитация больных - это строго научное и клиническое направление медицины, имеющее цели, задачи, структуру и четкие критерии эффективности. В Федеральном законе 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6] медицинская реабилитация занимает приоритетное положение, целевыми индикаторами которой обозначены доступность и высокое качество реабилитации.

Медицинская реабилитация осуществляется в плановом и экстренном порядках в рамках специализированной (в том числе высокотехнологичной) стационарной помощи, первичной медико-санитарной, целенаправленной реабилитационной, курортной, а также превентивной медицинской помощи.

Разделение медицинской реабилитации на три этапа [5] позволяет осуществить преемственность среди лечебно-профилактических учреждений различного уровня с целью достижения максимального эффекта:

1. Первый этап медицинской реабилитации проводится в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций;

2. Второй этап медицинской реабилитации проводится в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций;

3. Третий этап медицинской реабилитации проводится в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в различ-