

Этот факт можно объяснить тем, что студенты медицинского вуза уже с первого курса обучения сталкиваются с людьми других национальностей и принимают их как людей, имеющих свои недостатки и достоинства, что определяет особенности их общения и взаимодействия.

Выводы.

Результаты частотного анализа позволили построить психологический профиль студентов медицинской специальности. Студенты-медики проявляют толерантные и интолерантные черты в зависимости от ситуации, достаточно толерантно относятся к представителям других этнических групп, у них присутствуют позитивные установки в сфере межкультурного взаимодействия, обладают высоким уровнем общей и коммуникативной толерантности.

Обнаруженные положительные корреляционные взаимосвязи позволяют предположить: чем устойчивее установки и убеждения, определяющие отношение к миру, тем выше консерватизм в оценках людей, неумение скрывать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельностью партнёров по общению, однако тем выше и терпимость к окружающим.

Уровень толерантности отдельного человека во многом характеризует его личные качества, нравственную зрелость и культуру, обуславливает его отношения с другими людьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Почебут, Л. Г. Кросс-культурная и этническая психология: учеб. пособие / Л. Г. Почебут. – СПб.: Питер, 2012. – 336 с.
2. Солдатова, Г. У. Психодиагностика толерантности личности / Г. У. Солдатова, Л. А. Шайгерова. – М.: Смысл, 2008. – 172 с.
3. Солдатова, Г. У. Психология межэтнической напряженности / Г. У. Солдатова – М.: Смысл, 1998. – 389 с.
4. Трифонов, Е. В. Психофизиология человека. Толковый русско-английский словарь / Е. В. Трифонов – СПб., 2001. – 450 с.
5. Этнопсихологический словарь // под ред. В.Г. Крысько. – М.: МПСИ, 1999. – 343 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРОВ МПКТ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО ОП У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вьюн Т. И., Вьюн С. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Актуальность. Заболевания, течение которых сопровождается изменениями в показателях маркеров костной ткани, или через повышенные потери кальциево-

го матрикса, или недостаток его составляющих для полноценного формирования костей были названы кальцийзависимыми, а их течение было ассоциировано с формированием вторичного остеопороза [1]. Остеопороз (ОП) - системное заболевание скелета из группы метаболических остеопатий, характеризующееся уменьшением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к снижению прочности кости и, как следствие, к повышению риска возникновения переломов [2]. Формирования хронических заболеваний органов пищеварения, безусловно, негативно отражается на метаболизме кальция. Так, возникновение синдромов мальдигестии и мальабсорбции при многих заболеваниях пищеварительного тракта приводит к нарушению усвоения минеральных и органических веществ, способствует формированию гипокальциемии и, в конечном счете, снижению минеральной плотности костной ткани (МПКТ) [3]. Одним из таких заболеваний является хронический панкреатит (ХП) [4]. Длительное течение заболевания, его рецидивирующий характер, что сопровождается нарушением всасывания многих макро- и микроэлементов, способствует формированию патологического процесса, т.е. вторичного остеопороза [5].

Другой распространенной патологией, которая вносит весомый вклад в развитие ОП является артериальная гипертензия (АГ). Системное поражение сосудов с формированием эндотелиальной дисфункции, одним из механизмов которой является взаимодействие про- и противовоспалительных иммунных механизмов, нарушения клеточной мембраны как текущих изменений в составе жирных кислот, так и дисбаланса процессов ПОЛ-АОС, влияние заболеваний макроэлементный состав организма, витаминный баланс могут рассматриваться в качестве совместных патогенетических звеньев АГ и ХП [2,5]. То есть при коморбидности АГ и ХП возникают отягчающие предпосылки, которые действуют в разных направлениях, но приводят к одинаковому результату - снижению МПКТ.

Цель. Целью работы было определение маркеров МПКТ для ранней диагностики вторичного остеопороза у больных с хроническим панкреатитом и артериальной гипертензией.

Методы исследования. Для работы сформированы две группы больных: основная - 70 пациентов с коморбидным течением ХП и АГ и группа сравнения - 40 человек с изолированным ХП. Состав групп не отличался по возрасту $33,2 \pm 2,1$ (основная) и $32,9 \pm 3,1$ лет (сравнение), полу (женщины составили 72,9% и 70% соответственно) и длительностью анамнеза ХП. Контрольные показатели были получены при исследовании 78 практически здоровых лиц, репрезентативных основной группе по возрасту и полу.

Диагноз АГ устанавливали с учетом рекомендаций ESH (2019); рекомендаций рабочей группы по артериальной гипертензии Украинской ассоциации кардиологов по профилактике и лечению АГ (2018). ХП верифицировали по оценке жалоб пациентов, данных анамнеза, результатов клинико-лабораторных и инструмен-

тальных методов исследования, ссылаясь на приказ МОЗ Украины №638 от 10.09.2014р.

Оценку структурно-функционального состояния костной ткани проводили с помощью определения уровня остеокальцина (ОК) - иммуноферментный метод («ELISA»). Общую (ОКФ) и тартратрезистентную кислотную фосфатазу (ТРКФ) определяли биохимическим методом (Спектромед). Инструментальную диагностику ОП осуществляли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ STATISTICA. При анализе таблиц сопряженности определяли критерий Пирсона χ -квадрат (КХП) для сравнения несвязанных выборок показателей непрерывной шкалы использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (КМУ).

Результаты и их обсуждение. Проведенное денситометрическое исследование показало, что из 110 пациентов с ХП изменение МПКТ регистрировалось в 33 случаях (30%). При этом в основной группе таких больных было 32,9%, а в группе с изолированным ХП – 25%. При распределении пациентов с учетом остеопоротических проявлений было установлено, что признаки ОП при сочетании ХП и АГ были подтверждены у 11 лиц (15,7% из 70 пациентов), а остеопении – в 12 случаях (17,1%). В группе сравнения эти показатели соответствовали 4 (10% из 40 пациентов) и 6 (15%) наблюдениям.

Для изучения зависимости между уровнями биохимических маркеров и наличием переломов у обследованных больных, прежде всего, определяли содержание показателей ОК, ОКФ и ТРКФ, которые были трансформированы в порядковые шкалы. Пределами референтных значений считали интервалы измерений у пациентов группы контроля. Так, интервалом нормы для ОК считали промежуток от 14,7 до 26,0 нг/мл, для ОКФ 2,2-4,8 Ед/л и ТРКФ 1,6-3,9 Ед/л. В дальнейшем для каждого из пациентов было определено соотношение маркерного показателя с референтными значениями по шкале «Н» - норма, «НН» - ниже нормы, «ВН» - выше нормы и определены процентный состав этой градации в каждой группе (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение больных с ХП и при его сочетании с АГ в зависимости от содержания ОК

Шкала значения	Основная группа (n=70)		Группа сравнения (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
«ВН»	39	55,7	23	57,5
«Н»	27	38,6	15	37,5
«НН»	4	5,7	2	5

При этом в каждой из подгрупп переломы имели по одному пациенту, что составило 7%, 4% и при «НН» шкале - 50% (КХП, $p = 0,052$).

У больных с коморбидностью ХП и АГ и учетом значения ОК переломы были у 20 (51%), 14 (52%) и одного пациента (25%) соответственно.

Показатели ОКФ в группе больных ХП по шкале ВН регистрировали в 95% случаев (38 человек) и у 5% пациентов (2 человека) показатель лежал в пределах Н. При этом переломы были в 3-х больных (8%) из подгруппы «ВН». При сочетании ХП и АГ показатель ОКФ был ВН во всех случаях и переломы в анамнезе были определены у 35 больных (50%).

Определение содержания ТРКФ в сыворотке крови указанных больных позволило установить такое распределение (табл. 2).

Таблица 2 – Показатели ТРКФ у больных с изолированным ХП и при сочетании с АГ

Шкала значения	Основная группа (n=70)		Группа сравнения (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
«ВН»	47	67,1	12	30
«Н»	18	25,7	20	50
«НН»	5	7,2	8	20

При этом в каждой из указанных подгрупп пациентов с изолированным ХП переломы регистрировали только в одном случае, что составило 8% при «ВН», 5% в подгруппе «Н» и 13% в подгруппе «НН».

При коморбидности ХП и АГ переломы в анамнезе регистрировали только в подгруппе «ВН» - 35 пациентов (74%) (КХП, $p = 0,0001$).

Таким образом, определены уровни ОКФ и ТРКФ превышали показатели нормы у лиц основной группы в 2,5 и 1,9 раза (КМУ; $U = 866,0$; $p < 0,01$) и группе сравнения в 2,0 (ОКФ) и 1,3 (ТРКФ) раза соответственно (КМУ; $U = 821,0$; $p < 0,01$), что позволило констатировать развитие остеопенических состояний. Т.е., формирование и течение ХП как изолированно, так и при сочетании с АГ способствует нарушению МПКТ.

Выводы. Установлено, что при коморбидном течение ХП и АГ включаются механизмы, которые контролируют МПКТ. У ряда пациентов с ХП и АГ происходит уменьшение показателя ОК, уровень которого отражает активность остеобластов и процессы синтеза кости. В то же время регистрируется увеличение содержания ОКФ и ТРКФ - маркеров костной резорбции, что может быть использовано в качестве маркера формирования остеопении. Доказано, что формирование остеопенических состояний происходит несколькими путями: как в случае уменьшения поступления кальция, так и вследствие уменьшения синтеза костной ткани и увеличение костной резорбции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kendir C, van den Akker M, Vos R, Metsemakers J. Cardiovascular disease patients have increased risk for comorbidity: A cross-sectional study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):45-50. doi: 10.1080/13814788.2017.1398318.
2. Viun T, Pasieshvili LM. Pathogenetic links of the combined course of chronic pancreatitis and hypertensive disease and their role in the formation of complications. *Georgian Medical News.* 2018;10(283):81-84.
3. International Society for Clinical Densitometry. Indications for Bone Mineral Density (BMD) Testing. 2015 Official Positions – Adult [Internet]. Middletown: ISCD; 2015 [cited 2020 march 4]. Available from: <https://www.iscd.org/official-positions/2015-iscd-official-positions-adult>.
4. Manohar M, Verma AK, Venkateshaiah SU, Sanders NL, Mishra A. Pathogenetic mechanisms of pancreatitis. *World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther.* 2017;8(1):10-25. doi: 10.4292/wjgpt.v8.i1.10.
5. Вьюн ТИ, Пасиешвили ЛМ. Приоритеты диагностического поиска остеопенических состояний у пациентов с хроническим панкреатитом и гипертонической болезнью. *Сучасна гастроентерологія.* 2018;3(101):14-20. doi: 10.3978/MG-2018-3-14.

ЭКОНОМЕТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ДОВЕРИЯ КАК ИНДИКАТОРА КАЧЕСТВА ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Гаврилик А. А.

*Главное управление здравоохранения Гродненского областного
исполнительного комитета, Гродно, Беларусь*

Актуальность. Среди приоритетов Национальной программы поддержки и развития экспорта на 2016–2020 гг. (Программа «Экспорт Беларуси») повышение привлекательности работы субъектов хозяйствования на экспортном направлении и, в частности, расширение спектра экспортируемых услуг в области медицины выделено отдельным блоком. Достижение данной цели, а также создание благоприятных условий для выполнения второго этапа (2021–2030 годы) Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 года напрямую связаны с восприятием потенциальными потребителями медицинской помощи качества, объема, формата возможных медицинских услуг. Попыток оценить доверие иностранных потребителей медицинских услуг в Беларуси не проводилось.

Цель. Разработка с учетом эконометрического анализа нового метода оценки качества экспортной медицинской услуги у иностранных пациентов.