

УДК 614.2:616.2

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

© 2015 Т.В. Самсонова, В.С. Лучкевич, Е.А. Абумуслимова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию 19.11.2015

Проведено скрининг-анкетирование среди репрезентативной выборки (3032 жителя Санкт-Петербурга) для выявления факторов риска основных видов жизнедеятельности, наличия респираторных симптомов и заболеваний органов дыхания (ЗОД). На следующем этапе проводилось исследование среди 369 чел., госпитализированных в специализированное пульмонологическое отделение многопрофильного стационара Санкт-Петербурга, с целью изучения качества и эффективности лечения больных с хроническими заболеваниями легких. Выявлен высокий удельный вес жителей Санкт-Петербурга с наличием донозологических состояний и респираторных симптомов (34,1%). На формирование хронической бронхолегочной патологии и эффективность лечения больных значительное влияние оказывают такие неблагоприятные факторы риска, как состояние окружающей среды, условия производственной деятельности, условия проживания, образ жизни семьи, недостаточный уровень медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности городских жителей, поздняя обращаемость за медицинской помощью, наличие сопутствующих заболеваний и др. Анализ динамики изменений показателей качества жизни, связанного со здоровьем, свидетельствует, что наличие ЗОД у значительной части городских жителей (23,1%) способствует ухудшению показателей физического функционирования, социально-бытовой адаптации и способности к самообслуживанию, эмоционального благополучия, выраженности симптомов и болезненных состояний. Показана высокая эффективность лечения больных с хроническими обструктивными болезнями легких в пульмонологическом стационаре многопрофильной больницы со значительным улучшением в динамике клинико-функциональных состояний и основных видов функционирования в структуре качества жизни.

Ключевые слова: фактор риска, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, хронический бронхит, качество жизни

В современных социально-экономических и экологических условиях мегаполиса повышается роль факторов риска окружающей среды, жизнедеятельности и образа жизни, влияющих на формирование хронической бронхолегочной патологии среди различных групп населения. За последнее десятилетие распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) имеет тенденцию к росту, что обусловлено сохраняющимся воздействием ведущих факторов риска окружающей среды и производственной деятельности, особенностями образа жизни и изменениями возрастной структуры населения [1]. В Российской Федерации ХОБЛ в общей

структуре болезней органов дыхания занимает лидирующее положение, составляя более 55% патологии респираторной системы [2]. При этом продолжительность жизни больных ХОБЛ в России ниже на 10-15 лет по сравнению с жителями стран Западной Европы и не превышает 6-8 лет с момента постановки диагноза [5]. Высокая распространенность ХОБЛ в мире, длительное, прогрессирующее, мало обратимое течение заболевания ежегодно приводит к развитию инвалидности и преждевременной смертности миллионов людей. Современные исследования свидетельствуют, что при хронических заболеваниях органов дыхания, когда болезнь протекает длительно с периодами обострений и ремиссий, важной составной частью эффективности лечения являются показатели динамики не только клинико-функциональных изменений, но и показателей качества жизни пациентов, среди которых важное прогностическое значение имеют различные виды функционирования. Основными целями лечения хронической патологии легких являются уменьшение степени выраженности симптомов, предотвращение обострений и

Самсонова Татьяна Васильевна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: tatyana.samsonova@szgmu.ru

Лучкевич Владимир Станиславович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: vladimir.luchkevich@spbtarpo.ru

Абумуслимова Елена Андреевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: elena.abumuslimova@szgmu.ru

прогрессирования заболевания, что проявляется в улучшении качества жизни больных [6].

Цель исследования: изучение медико-социальных особенностей, факторов риска окружающей среды, основных видов жизнедеятельности, влияющих на показатели качества жизни городских жителей и формирование хронических заболеваний органов дыхания у городских жителей.

Материалы и методы. На первом этапе исследования среди репрезентативной выборки (3032 жителя Санкт-Петербурга), отобранной путем стратифицированной кластерной рандомизации, проводилось медико-социологическое исследование для выявления факторов риска основных видов жизнедеятельности, наличия респираторных симптомов и ЗОД в рамках программы GARD (Глобального альянса против хронических респираторных заболеваний) с использованием специализированного опросника ВОЗ «Burden of major Respiratory Diseases WHO Survey» [7]. Программа скрининг-анкетирования содержала 24 вопроса, касающихся различных медико-демографических показателей, факторов риска, наличия респираторных симптомов, заболеваний органов дыхания и сопутствующей патологии у городских жителей. Проведение скрининг-анкетирования на первом этапе позволило распределить обследованных городских жителей с учетом выраженности клинико-функциональных изменений, донозологических состояний и симптомов по группам риска (благополучия, относительного и абсолютного), определяющим потребность в различных видах клинико-диагностических обследований, консультативной и лечебной (поликлинической и стационарной) медицинской помощи.

На втором этапе с целью изучения качества и эффективности лечения больных с хроническими заболеваниями легких проводилось исследование среди 369 чел., госпитализированных в специализированное пульмонологическое отделение многопрофильного стационара Санкт-Петербурга. Исследование проводилось по специально разработанной клинико-организационной и медико-социальной программе среди городских жителей с наличием хронических заболеваний органов дыхания на этапах формирования и лечения заболеваний [2]. Среди госпитализированных в динамике изучались показатели качества жизни (в баллах): физическое функционирование, условия жизнедеятельности, социально-бытовая адаптация и степень самообслуживания, психо-эмоциональное состояние, рекреационная деятельность и профилактическая активность, медицинская информированность и деятельность по укреплению здоровья, выраженность симптомов и

влияние болезни на виды функционирования, оценка качества и эффективности деятельности медицинских учреждений, субъективная общая оценка здоровья и качества жизни как городского жителя. В процессе обследования изучались особенности организации пульмонологической специализированной помощи в Санкт-Петербурге, удовлетворенность пациентов доступностью, качеством и эффективностью лечения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием ПО «Stata12» (sampsi) и MS Excel 10 с расчетом статистических показателей: интенсивных, экстенсивных коэффициентов, коэффициента корреляции Пирсона, доверительных интервалов статистических величин.

Результаты исследования. По результатам скрининг-анкетирования городских жителей Санкт-Петербурга средний возраст обследованных составил $46,8 \pm 0,57$ лет ($p=0,05$) с преобладанием возрастных групп от 50 до 59 лет (26,2%), от 60 до 69 лет (22,6%), от 40 до 49 лет (20,9%) с большей долей обследованных женщин (62,5%). Полученные данные свидетельствуют о значительном удельном весе городских жителей с наличием респираторных симптомов (34,1%). Среди мужчин удельный вес симптомов хронических заболеваний легких составил 43,7%, среди женщин – 28,4% ($p<0,001$). Среди выявленных симптомов хронических респираторных заболеваний преобладает кашель (27,5%) и одышка (24,1%), насморк (20,4% - за исключением насморка простудного характера), приступы свистящего или хрипящего дыхания, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха (19,9%), выделение мокроты (19,2%) и др. Выявлен значительный удельный вес городских жителей с наличием отягощенного аллергического анамнеза (20,4 %). При дополнительном исследовании в специализированном НИИ пульмонологии СПбГМУ им. И.П. Павлова с проведением спирометрии после скрининг-анкетирования у обследованных городских жителей группы риска (244 чел. - 8,0% от общего числа обследованных) дополнительно были выявлены признаки ХОБЛ у 97 чел. (3,2%) (Илькович М.М., Кузубова Н.А., Киселева Е.А.).

Первый этап исследования показал высокий уровень распространения факторов риска, способствующих развитию хронических респираторных заболеваний. Курение сигарет в прошлом отметили 33,5% опрошенных жителей, более половины из них (65,7%) продолжают курить в настоящее время, а воздействие факторов риска профессиональной деятельности с длительным воздействием запыленности и загазованности на рабочем месте отметили 11,5% обследованных городских жителей. Из числа городских жителей, участвовавших в скрининг-анкетировании, 6,6% имели диагноз бронхиальной астмы (БА).

Среди этой группы больных отмечается периодическое проявление симптомов БА (89,4%). Средний возраст дебюта БА составил $49,9 \pm 1,26$ лет ($p=0,05$). Высокий удельный вес городских жителей в анамнезе имели диагноз хронического бронхита (14,2%) и пневмонии (23,4%).

Скрининг-анкетирование позволило распределить обследованных городских жителей по группам риска, определяющим потребность в различных видах клинико-диагностических обследований, консультативной и лечебной (поликлинической и стационарной) медицинской помощи. Среди репрезентативной группы городских жителей выделена группа благополучия, не имеющих значимых факторов риска пульмонологической патологии и признаков заболеваний (1753 чел. – 57,8%), нуждающихся только в повышении уровня медицинской информированности и профилактического консультирования в центре здоровья или поликлиники. Вторую группу риска (относительного риска) составили городские жители (1035 чел. – 34,1%), которые имели воздействие и выраженность факторов риска, наличие симптомов, но редко обращающихся за медицинской помощью по поводу острых форм ЗОД. Такой группе пациентов рекомендовано дополнительное клиническое консультирование или клинико-диагностическое обследование в поликлинических условиях. К третьей группе (абсолютного риска) отнесены городские жители, имеющие частое (или выраженное) воздействие факторов риска, наличие симптомов и клинических проявлений, характерных для хронических ЗОД и частые обращения за медицинской помощью (244 чел. – 8,1%). Таким городским жителям необходима дифференциальная диагностика, рекомендованы дополнительные клинико-диагностические обследования и лечение в специализированном пульмонологическом стационаре. В связи с выявленными факторами риска образа жизни и окружающей среды у городских жителей группы абсолютного риска и больных с наличием хронической патологии возникает необходимость изучения динамики клинико-функциональных, психоэмоциональных изменений и динамики показателей качества жизни в процессе стационарного лечения [4].

На втором этапе проведено углубленное клиническое обследование и лечение 369 пациентов, госпитализированных в специализированное пульмонологическое отделение стационара многопрофильной больницы. Структура заболеваемости госпитализированных представлена ХОБЛ (41,1%), БА (36,7%), хроническим бронхитом (20,1%) и др. Выявлено, что наибольший удельный вес среди составляют женщины (63,5%) с преобладанием возрастной группы

старше 60 лет (63,3%). При оценке физического функционирования на этапах формирования бронхолегочной патологии установлено, что у большинства пациентов в процессе их трудовой деятельности (59,2%) значительно снизилась работоспособность, появилась повышенная утомляемость к концу рабочего дня. При этом большая часть из этих пациентов (38,5%) не прекратили свою трудовую деятельность и продолжали работать. При анализе возможности привычного выполнения хозяйственно-бытовой деятельности дома и самообслуживания отмечается, что у 31,2% опрошенных появилась необходимость значительно ограничивать физические нагрузки.

Полученные данные свидетельствуют, что у большей половины обследованных больных (56,1%) не выявлено наличие других хронических болезней. В структуре выявленной сопутствующей патологии обследованных пациентов преобладали гипертоническая болезнь (9%), сахарный диабет (5,7%), хронический гастрит (3,8%) и др. При этом выявлен высокий удельный вес городских жителей, нуждающихся в дополнительных видах медицинской помощи после стационарного лечения, в санаторно-курортном лечении (28,7%), в дополнительных диагностических обследованиях, лечении и коррекции своего состояния у кардиологов (17,9%), неврологов (13,5%), эндокринологов (9,8%), акушер-гинекологов (4,9%), офтальмологов (2,5%), оториноларингологов (2,4%), хирургов (1,6%), гастроэнтерологов (2,7%) и др.

Воздействие табачного дыма считается одним из основных факторов риска развития ХОБЛ [3]. При этом среди госпитализированных пациентов значительная часть (46,1%) не курили, а 15,5% отказались от курения еще до начала заболевания и каждый десятый (11,4%) прекратили курить после установления диагноза. Однако почти половина обследованных больных (49,9%) продолжали курить в процессе стационарного лечения, причем половина из них имели предварительный диагноз ХОБЛ и БА.

Условия проживания оказывают влияние на мотивацию и возможность ведения здорового образа жизни больными. Анализ жилищных условий свидетельствует, что значительная часть больных (89,2%) проживают в отдельной квартире, из них 56,9% имеют рядом с домом оживленную автомагистраль и промышленные объекты. Помимо хорошо известных факторов риска возникновения и развития ХОБЛ, связанных с образом жизни населения и распространенностью вредных привычек, необходимо также учитывать воздействие производственных факторов. Почти три четверти опрошенных пациентов (72,9%) отметили наличие вредных производственных факторов. Полученные данные свидетельствуют,

что среди выявленных неблагоприятных факторов преобладали повышенная запыленность (20,7%), пониженная температура воздуха и сквозняки (13,8%), а также работа вне помещения (12,0%).

Медико-профилактическая активность населения является одной из важнейших составляющих системы жизнедеятельности, направленной на формирование медико-социальной активности и мотивации на ведение здорового образа жизни. Особую актуальность профилактическая активность имеет для больных ХОБЛ. При этом одним из критериев медико-профилактической активности является своевременность и регулярность обращения за медицинской помощью. Этот фактор имеет огромное значение с точки зрения профилактики развития имеющегося заболевания. Анализ полученных данных показал большой удельный вес женщин (60,9%), чем мужчин (39,1%) проходили профилактические медицинские осмотры ($p < 0,001$). При диспансерных обследованиях у большей части мужчин выявлялись ЗОД (50,6%), чем у женщин (49,4%) ($p < 0,001$). Данные медико-социологического анализа свидетельствуют, что только 33,6% больных принимали регулярно лекарственные препараты по предписанию врача во время выраженного проявления заболевания, 22,5% больных использовали необходимые лекарственные препараты только при появлении болей и выраженных симптомов, 21,7% используют лечение препаратами давно и часто в течение года, однако значительная часть городских жителей даже при наличии уже выраженных признаков заболевания не употребляли лекарственные препараты и только иногда с целью профилактики осложнений. После выявленного заболевания 24,0% пациентов отметили ухудшение материального обеспечения, связанного с заболеванием, недостаточного для поддержания здоровья и лекарственного обеспечения. Только у 18,0% обследованных пациентов социально-экономическое благополучие семьи оказалось достаточным для обеспечения полноценного и длительного лечения.

Проведенное исследование свидетельствует, что наличие хронических заболеваний легких значительно ухудшает показатели качества жизни, особенно физического функционирования, психо-эмоционального состояния, степени самообслуживания и адаптации, рекреационной деятельности, субъективной оценки выраженности клинико-функциональных изменений и болезненных состояний. Уже на этапах диагностики хронических заболеваний легких у 23,1% пациентов значительно ухудшились показатели психо-эмоционального благополучия, а более половины пациентов (61,5%) испытывают умеренную

тревогу или депрессию (группа относительного риска). Установлена прямая корреляционная связь частоты проявления различных психологических состояний с удовлетворенностью качеством жизни ($p < 0,001$).

После проведенного стационарного лечения в специализированном пульмонологическом стационаре при субъективной оценке динамики клинического состояния выявлено, что у половины пациентов (47,7%) с ЗОД значительно уменьшилась выраженность и кратность проявления симптомов и болезненных состояний, улучшились показатели психо-эмоционального состояния (тревожности, страха, депрессии, неуверенности), улучшились показатели качества жизни по показателям физического функционирования, социальной адаптации, субъективной оценки жизнеспособности и общей оценки здоровья и качества жизни как городского жителя. У 52,8% больных с ХОБЛ и БА значительно улучшились показатели физического функционирования (группа благополучия), а у 23,8% пациентов показатели физического функционирования не изменились (группа относительного риска). При этом отмечается значительное снижение уровня тревоги и депрессии, у 22,2% больных осталось состояние легкого беспокойства, а у 49,8% пациентов улучшились показатели уверенности в эффективности стационарного лечения (группа благополучия). За время проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в пульмонологическом стационаре у пациентов значительно повысились показатели физической активности и работоспособности (40,2%), улучшились общие показатели здоровья (19,5%), повысился уровень медицинской информированности о профилактике факторов риска образа жизни, о способах коррекции своего состояния, поддержания и укрепления здоровья, установок на здоровый образ жизни (9,2%), социальной защищенности и социальной активности, появилось чувство возможности возобновления трудовой деятельности. При этом у 32,8% пациентов значительно повысился уровень удовлетворенности качеством своей жизни, улучшились показатели жизнеспособности и жизнерадостности. Однако комплексная оценка показателей качества жизни пациента свидетельствует, что только 14,9% больных остались удовлетворенными своим качеством жизни как городского жителя, 67,5% частично удовлетворены основными видами функционирования и своей жизнедеятельностью, а 17,6% оставались озабоченными своим состоянием здоровья, качеством жизни и не полностью удовлетворены эффективностью медицинской помощи.

При балльной оценке качества жизни по различным шкалам функционирования установлено, что неблагоприятные показатели качества

жизни отмечаются по шкале физическое функционирование ($48,0 \pm 1,3$ баллов), медицинская деятельность по укреплению здоровья ($49,9 \pm 1,1$ баллов), социально-экономическое функционирование ($51,2 \pm 2,8$ баллов), профилактическая активность и рекреационная деятельность ($51,8 \pm 0,9$ баллов), обобщенные показатели качества жизни ($53,6 \pm 1,2$ баллов) и др. Исследование показало,

что у пациентов после проведенного лечения значительно улучшились показатели качества жизни по шкалам физического функционирования, психо-эмоционального состояния, выраженности боли и влияния болезни на виды функционирования, обобщенных показателей качества жизни ($p=0,05$) (табл. 1).

Таблица 1. Показатели качества жизни по видам функционирования у пациентов с хроническими ЗОД до и после лечения (в баллах)

Вид функционирования	Качество жизни до лечения	Качество жизни после лечения
физическое	$48,01 \pm 1,38$	$57,3 \pm 1,48$
психо-эмоциональное состояние	$70,29 \pm 0,9$	$81,9 \pm 0,83$
выраженность боли и влияние болезни на виды функционирования	$65,62 \pm 1,05$	$79,53 \pm 0,97$
оценка деятельности медицинских учреждений	$62,31 \pm 0,6$	$77,6 \pm 0,94$
обобщенные показатели качества жизни	$53,65 \pm 1,18$	$73,37 \pm 1,37$

Выводы: проведенное медико-социальное и клинико-статистическое исследование свидетельствует, что на особенности формирования хронических ЗОД оказывают значительное влияние факторы риска окружающей и производственной среды, образа жизни, уровень медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности городских жителей. Большая часть пациентов даже в процессе стационарного лечения продолжают курить, причем половина из них имеет ХОБЛ и БА. Среди больных доля лиц с относительно высоким уровнем медицинской информированности и медико-профилактической активности меньше доли пациентов, ведущих нездоровый образ жизни. Установлена зависимость между особенностями формирования хронических ЗОД, факторами риска и качеством жизни городских жителей. На этапах формирования бронхолегочной патологии значительно ухудшаются показатели качества жизни больных, уровень удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи на этапах амбулаторно-поликлинического и стационарного обслуживания, возрастает удельный вес больных в состоянии психоэмоционального дискомфорта. В процессе лечения в специализированном пульмонологическом стационаре доказана высокая эффективность лечения больных с ХОБЛ с улучшением динамики клинико-функциональных состояний и основных видов функционирования в структуре их качества жизни. В процессе проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в пульмонологическом специализированном стационаре у пациентов значительно повысились показатели физической активности и работоспособности, улучшились

общие показатели здоровья, оптимизировалось общее психо-эмоциональное состояние, уровень медицинской информированности о профилактике факторов риска образа жизни, о способах коррекции своего состояния, поддержания и укрепления здоровья, установок на здоровый образ жизни, социальной защищенности и социальной активности, появилось чувство возможности возобновления трудовой деятельности, повысился уровень удовлетворенности качеством своей жизни, улучшились показатели жизнеспособности и жизнерадостности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. - М.: Российское респираторное общество, 2014. 92 с.
2. Колосов, В.П. Заболевания органов дыхания на Дальнем Востоке России: эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты / В.П. Колосов, Л.Г. Манаков, П.Ф. Кику, Е.В. Полянская. - Владивосток: Дальнаука, 2013. 220 с.
3. Илькович, М.М. Борьба с табакокурением как основа профилактики хронической обструктивной болезни легких / М.М. Илькович, Н.А. Кузубова, Е.А. Киселева // Пульмонология. 2010. № 2. С. 37-39.
4. Лучкевич, В.С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ // Актовая речь. - СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011. 86 с.
5. Справочник по пульмонологии / под ред. А.Г. Чучина, М.М. Ильковича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 928 с.

6. Шакирова, О.В. Медико-патогенетическое и фармакоэкономическое обоснование диагностики, лечения и системы организационно-реабилитационных мероприятий среди больных хронической обструктивной болезнью легких: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2007. 48 с.
7. Chuchalin, A. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation // A. Chuchalin, N. Khaltayev, N. Antonov et al. // International Journal of COPD. 2014. No 9. P. 963-974.

**MEDICAL AND SOCIAL FEATURES AND DYNAMICS OF LIFE QUALITY INDICATORS
AT CITIZENS DURING FORMATION THE PULMONARY DISEASES
IN THE TERRITORIES WITH ECOLOGICAL RISK**

© 2015 T.V. Samsonova, V.S. Luchkevich, E.A. Abumuslimova

Northwest State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

It is carried out screening questioning among representative selection (3032 residents of St. Petersburg) for detection the risk factors of main types of activity, existence of respiratory symptoms and pulmonary diseases (PD). At the following stage research among 369 people, hospitalized in specialized pulmonary office of a versatile hospital of St. Petersburg for the purpose of studying the quality and efficiency of patient's treatment with chronic pulmonary diseases was conducted. High specific weight of residents of St. Petersburg with existence the pre-nosological states and respiratory symptoms (34,1%) is revealed. Such adverse risk factors as state of environment, conditions of production activity, accommodation condition, family way of life, insufficient level of medical knowledge, medical and social and preventive activity of citizens, late negotiability behind medical care, existence of associated diseases, etc. have considerable impact on formation of chronic pulmonary pathology and efficiency of patient's treatment. The analysis of dynamics of life quality indicators changes connected with health testifies that existence of PD at considerable part of citizens (23,1%) promotes deterioration of indicators of physical functioning, social adaptation and ability to self-service, emotional wellbeing, expressiveness of symptoms and painful states. High efficiency of patient's treatment with chronic obstructive pulmonary diseases in a pulmonary hospital with considerable improvement in dynamics of clinical-functional states and main types of functioning in structure of life quality is shown.

Key words: *risk factor, chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, chronic bronchitis, life quality*

Tatiana Samsonova, Assistant at the Department of Public Health and Health Care. E-mail: tatyana.samsonova@szgmu.ru

Vladimir Luchkevich, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Public Health and Health Car. E-mail: vladimir.luchkevich@spbmapo.ru

Elena Abumuslimova, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Department of Public Health and Health. E-mail: elena.abumuslimova@szgmu.ru