

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Проблемы эффективной организации медицинской помощи населению на современном этапе

*Материалы Всероссийской научно-практической конференции
молодых ученых и студентов*

Кемерово, 24-25 декабря 2019 года

Кемерово 2019

УДК [614.2:616-082](082)
ББК 51.1(2)я43
П 781

Ответственный редактор:
д.м.н., проф. **Е.Н. Гуляева**

Редакционная коллегия выпуска:
д.м.н. **Д. Ю. Кувшинов**, к.э.н. **В.Б. Батиевская**, **Н.А. Садкова**

Проблемы эффективной организации медицинской помощи населению на современном этапе : материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 24-25 декабря 2019 г.) / отв. ред. Е.Н. Гуляева. – Кемерово: КемГМУ, 2019. – 116 с.

ISBN 978-5-8151-0148-7

Сборник содержит материалы докладов молодых ученых и студентов по актуальным проблемам эффективной организации медицинской и фармацевтической помощи населению Российской Федерации, формирования здорового образа жизни, а так же актуальных вопросов медицинского страхования граждан, исследования фармацевтического и страхового рынков в России.

УДК [614.2:616-082](082)
ББК 51.1(2)я43

ISBN 978-5-8151-0148-7

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОДВИЖЕНИЕ УСЛУГ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» БАГРАТЯН А.В., ТАРНАКОВ А.М., ХАЕС Б.Б. РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ.....	8
БОГДАНОВА А.К., КАЛИНИН Д.А. ХАЕС Б.Б. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ УСЛУГ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	11
ВАСЬКИНА Д.Е., РЯЗАНОВ А.В. ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ АКВААЭРОБИКИ ДЛЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ И ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ.....	14
ДЕЕВА Н.С. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СПОРАДИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА БЕЗ ХРОМОСОМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	19
ЖИЛИНА А.А. ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОДРОСТКОВ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	21
ЗАКЛЯКОВА В.Д., ЕМЕЛЬЯНОВА О.С. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ.....	22
КОНЕВА Т.А., СЕЛИВАНОВА Е.А. ДОАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ, ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.....	24
КУЗНЕЦОВА В.С., АВТОМОНОВА А.В. ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И НЕОБХОДИМЫЕ ЗНАНИЯ В АСПЕКТЕ ЖИЗНЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ МОЛОДЕЖИ.....	30
КУРДЮМОВА А.Н., ХВОСТОВА К.А., МАЛЫШЕВА К.Ю. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ.....	34
ЛЕЙБ Е.А., БАЗАЛИЙ О.А., ЕВТИФЕЕВА Е.С., ПЕРФИЛЬЕВА Н.С., СЕРГЕЕВА М.Ю. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	34

МАСЛАКОВА Д.А., ЮРОВСКАЯ С.Л. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ...	38
МИГРАНОВА Р.Я., ЧЕМЯКИНА А.С. ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ПРАВИЛАХ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ.....	40
ООРЖАК Ю.М. ПОЗДНЯЯ ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ.....	42
ООРЖАК Ю.М. СЕЗОННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	43
СКОМОРОХОВА Ф.А. СОЦИАЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ ЖЕНСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В СЕМЬЕ.....	44
ЧИСТЯКОВА О.Г. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕГУЛИРОВАНИИ ПРАКТИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ШКОЛЬНИКАМИ СТАРШИХ КЛАССОВ.....	45
ШИНКАРЕВ В.Д. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРЕДИКТОР ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	47
ШИНКАРЕВ В.Д., ООРЖАК Ю.М. СЕЗОННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	48
СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ»	
КУЗИКОВА А.И., ПАШОВА А.С., ХАЕС Б.Б. ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВО.....	49
КУЗЬМЕНКО С. А. МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА И ЦИКЛИЧНОСТЬ КЛЕБСИЕЛЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ГОРОДА КЕМЕРОВО ЗА ПЕРИОД 2012–2019 ГОДЫ.....	50

РАЗУМНИКОВА А.А., РУМЯНЦЕВА Е.А. ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ГЛАВНОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РУКОВОДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	52
СЕКЦИЯ «МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»	
ВАГИН Е.В., САДКОВА К. ОРГАНИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА РЫНКЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ	54
ГРЕЧКОВА Е.Г. КОВАЛЕК Т.Ю., ХАЕС Б.Б. ДИНАМИКА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РФ ЗА 2011- 2019 Г.Г.	56
ДОВЫДЕНКО К.О., ХУСНУТДИНОВ Т.Р., ХАЕС Б. Б. РАЗНОСТЬ ЦЕН НА РИНОПЛАСТИКУ В КЛИНИКАХ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ Г. КЕМЕРОВО И ЕЕ ПРИЧИНЫ.....	58
ФАЛАЛЕЕВА П.В. БОГДАНОВА Ю.А. СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЛАТНЫХ И БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРИМЕРЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	59
ШАЛГАН А.С., ДОНГАК Е.А., ХАЕС Б.Б. СРАВНЕНИЕ ЦЕН И СПРОСА НА ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА КЕМЕРОВО	61
ЯКИМОВА А.А. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИННОВАЦИИ АПТЕЧНЫХ УСЛУГ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ.....	62
СЕКЦИЯ «ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕНЕДЖМЕНТА И УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»	
БОБОЕВ М.М., ХАЛМИРЗАЕВА С.С. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРОВ В СКОРОЙ ПОМОЩИ.....	64
СЕКЦИЯ «ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, РИСК- МЕНЕДЖМЕНТ»	
БОРОДАНОВ М. А., ПРОПОВЕДНИКОВА Ю. А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО.....	65

ХАЕС А.Б., ХАЕС Б.Б. СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ИЗРАИЛЕ.....	67
СЕКЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, УПРАВЛЕНИЕ ПО ЦЕЛЯМ»	
ДОГОТ Р.А. МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ.....	68
ЗАВОДНОВ А.Н. СТИМУЛИРУЮЩИЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРИНЦИПЫ И ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ.....	70
СЕМИНА А.В. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЯ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР).....	73
СЕКЦИЯ «ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦИЕЙ»	
ПЕТРОВ А.Г., ХОРОШИЛОВА О.В. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСКИНЕЗИЙ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ОТРАСЛИ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.....	82
ПЕТРОВ А.Г., ХОРОШИЛОВА О.В. ФАРМАКОЭНОЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННЫХ МОНОНЕЙРОПАТИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ОТРАСЛИ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ.....	83
САМОНИНА А.С. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБОРОТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РФ.....	85
СДЕРЖИКОВА К.С., ЧЕРНЫШОВА С.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЬГОТНОГО ОТПУСКА ЛЕКАРСТВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	87
ХАЕС Б.Б. НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	89

СЕКЦИЯ «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ»

БОРЩЕВА В.Ю., ВОНОГ Р.В., САЛО М.И. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ.....	91
ГРИГОРЯН С.Г., НИКИТЕНКОВА А.Е., МАКЕЕВА В.Н. ТАБУИРОВАННОСТЬ ТЕМЫ ЖЕНСКИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.....	93
ЕВСЮГИНА Т. В., ЛОБАНОВА А.С. АУСКУЛЬТАЦИЯ С ДРЕВНЕЙШИХ ВРЕМЕН ДО НАШИХ ДНЕЙ (К 200-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ СОЗДАНИЯ САМОГО ИЗВЕСТНОГО ТРУДА РЕНЕ ЛАЭННЕКА).....	95
ИГИНА И.М. РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	99
ТРУФАНОВА К.Г., ПАК А.В., МЕДВЕДЕВ Д.Н. НИКОЛАЙ МИХАЙЛОВИЧ АМОСОВ – ВОЕННЫЙ ВРАЧ, КАРДИОХИРУРГ, ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	106
ЩЕКОЧИХИНА Д. С., ФОМИНА А.П. ОТКРЫТИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА И ЕГО СУДЬБА В ХХІ ВЕКЕ.....	113

СЕКЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»

САЛТЫКОВ В.В., ВЕЧКИЛЕВА Д.Д., ХАЕС Б.Б. ПРОБЛЕМА ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	115
--	-----

СЕКЦИЯ «ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОДВИЖЕНИЕ УСЛУГ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

БАГРАТЯН А.В., ТАРНАКОВ А.М., ХАЕС Б.Б.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской
информатики*

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Введение. Приступающий к спортивным занятиям индивид ставит себе определенные цели и планирует достичь определенных результатов. Спортивные занятия позволяют развивать тело по-разному. Очевидно, что тренировки с целью развития силы будут отличаться от тренировок для снижения веса. При этом будут использоваться разные упражнения, разные методики и программы питания. Чтобы действия были успешными, нужно четко понимать, как вы собираетесь тренироваться и питаться, то есть нужно иметь эффективный и рациональный план действий, по которому вы будете продвигаться к цели.

Цель исследования – разработать примерную рекомендованную программу тренировок и здорового питания для начинающих и более опытных людей с целью поддержания здоровья, повышения физических данных и формирования красивого тела.

Материалы и методы – научная литература, наблюдение, интернет, личный опыт.

Результаты и их обсуждение. Организм человека – это сложная биологическая система, и если вы хотите добиться результатов, то нужно правильно работать над развитием нужных параметров своего тела. Как известно, разные нагрузки по-разному воздействуют на организм, значит, чтобы добиваться хороших результатов, нужно использовать правильные методы.

Первый компонент ЗОЖ при начале тренировок – питание. Ваш рацион – важный пункт в программе здорового образа жизни, вне зависимости от того, какой цели вы хотите достичь. В зависимости от поставленной задачи (похудение, здоровье и мышечный тонус, развитие мускулатуры) меню варьируется, но еда – это 70% в достижении видимого результата. Питание для спортсменов должно быть абсолютно здоровым, ведь любая вредная пища будет сказываться на состоянии организма и неизменно ухудшать ваши спортивные результаты.

Питательные вещества или нутриенты можно условно разделить на следующие группы: белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы. Отдельным компонентом является вода. Ее достаточное количество

необходимо организму для поддержания здоровья и правильного функционирования так же, как и полноценная пища.

Если вы решили питаться правильно, стоит также пересмотреть способы приготовления пищи. Откажитесь от жарки продуктов и приготовления полуфабрикатов. Используйте варку, тушение и запекание. При внимательном отношении к составлению меню, полноценное питание для спортсменов вполне можно обеспечить за счет привычной еды в домашних условиях. Несомненно, на это нужно будет потратить несколько больше времени и внимания, чем просто на покупку нескольких банок спортивного питания. Однако стоит заметить, что даже именитые бодибилдеры говорят о том, что употреблять естественные продукты в повседневной жизни все же предпочтительнее, чем употреблять специальное питание.

Прежде чем говорить о том, какие продукты следует употреблять для обеспечения полноценного питания при занятиях спортом, следует разобраться, сколько вообще нужно есть для того, чтобы добиться тех или иных результатов. Какова должна быть общая калорийность рациона и какова доля в процентах белков, жиров и углеводов?

Этап 1. Определите суточную калорийность рациона. Существует множество формул для подсчета суточных энергозатрат. Эти формулы учитывают такие параметры, как ваш вес, возраст, пол и образ жизни.

Количество калорий, которое потребляет ваш организм в сутки – первое число, которое вам следует записать. Допустим, что у вас получилось 2000 калорий.

Этап 2. Определитесь, какая именно стоит перед вами цель – похудеть или же наоборот – набрать мышечной массы? Одновременно делать и то, и другое не получится. Если вы хотите привести тело в порядок, избавившись от жира и накачав мускулы, сначала придется худеть, а потом набирать мышечную массу. В случае снижения веса отнимайте от суточного рациона 500 калорий. В случае набора массы все с точностью до наоборот – прибавляйте 500.

Этап 3. Определить, какое процентное соотношение калорий из основных нутриентов должно быть в вашем питании.

Для каждой ситуации такое соотношение индивидуально, но в среднем для людей, занимающихся фитнесом, можно представить эту потребность как:

для женщин: белки – 25 %, углеводы – 50%, жиры – 25%;

для мужчин: белки – 25 %, углеводы – 60%, жиры – 15%.

Обратите внимание, что это не массовое соотношение, а соотношение по калорийности.

Остановимся на спортивном питании – это пищевые добавки, разработанные специально для людей, активно занимающихся спортом.

Они помогают быстрее восстанавливаться после нагрузок, улучшают спортивные показатели и повышают выносливость.

Классификация спортивных добавок и их свойства.

– Протеин – порошок, помогающий компенсировать в организме необходимое количество белков. В комплексе с углеводами данный спортпит для начинающих будет способствовать быстрому росту мышечной массы. Внутри этой категории протеин также делится на несколько разновидностей: «быстрый» и «долгий».

– Аминокислоты – эффективная добавка, которая особенно важна для начинающих спортсменов, которые испытывают большие физические нагрузки.

– Креатин – добавка для организма, в котором вырабатывается этот компонент в малом количестве. Помогает повысить выносливость, укрепить мышечную ткань, способствует созданию красивого рельефа на теле.

– L-карнитин – эффективный спортпит для новичка, эффективно сжигающий жировую прослойку во время занятий спортом.

– Глютамин – одна из самых распространенных аминокислот. Этот компонент требуется организму, попадает в него через пищу, однако его количества не хватает для восстановления сил после изнурительных физических нагрузок. Глютамин насыщает мышечные клетки водой, активизирует гормон роста, укрепляет иммунитет, улучшает настроение.

Программа тренировок – это набор методов и средств, которые направлены на решение конкретных спортивных задач. Такая программа нужна, чтобы помочь человеку достичь поставленных целей. Программа тренировок может решить любую проблему. Например, если человеку нужно похудеть, набрать массу или накачать мышцы. Программа для профессионального спортсмена будет решать совершенно другие задачи. Так, программа для бодибилдера будет направлена на повышение результатов жима, для боксёра – на улучшение техники и общей подготовки. Главное – сначала поставить задачу, а потом уже подбирать методы, то есть каждая программа составляется под конкретного человека.

Программы тренировок для новичка и для продвинутого спортсмена, конечно, будут отличаться. В программе для новичка должен быть упор на технику выполнения и базовые упражнения. Изначально у каждого упражнения есть своя база, основа. Потом упражнения модифицируются, усложняются. Так будет и у новичка: на первых занятиях он будет делать базовые упражнения, а по мере накопления опыта тренировки будут меняться. Для продвинутого уровня – то есть мы подразумеваем, что человек уже прошёл стадию новичка, у него уже развита правильная техника – тренер будет давать более сложные упражнения, которые требуют хорошей физической и технической подготовки.

Существуют и общие, так сказать, усреднённые программы, которые используются на групповых тренировках. Тренер составляет программу из конкретных упражнений, чтобы, например, проработать ноги. Только для этой цели. Вне зависимости от того, кто придёт, какого уровня, возраста, веса – программа одна для всех. Просто новичок будет делать 10 приседаний, а продвинутый – 20. Или новичок будет делать обычные выпады, а продвинутый – выпады с выпрыгиваниями. В этом вся разница и главное отличие групповых программ от персональных тренировок. Личный тренер разрабатывает программу под конкретного человека, его цели, особенности и возможности.

Пример программы тренировок.

Программа тренировок для новичков по оздоровлению организма должна включать минимум два занятия в неделю. Если человек хочет что-то в себе изменить, ему следует тренироваться минимум три раза в неделю, чтобы достичь очень хорошего результата – четыре-пять раз в неделю. В зависимости от методики тренировки, это может быть функциональный тренинг, силовой или кардио.

Ситуация, когда программа тренировок не работает, может быть обусловлена следующими причинами:

1. В программе действительно есть ошибки.
2. Проблема не в программе, а в новичке – он снижает качество тренировок, страдает дисциплина, неследование рекомендациям по питанию.

Выводы. Для достижения поставленных задач в спортивной деятельности необходимо учитывать множество факторов, таких как: спортивные программы, правильное питание, пищевые добавки. Успех тренинга также зависит от рационального режима сна и отдыха. К отсутствию результатов могут приводить, также такие причины, как недостаток принимаемой жидкости, нехватка витаминов и микроэлементов, дефицит незаменимых жирных кислот и так далее.

БОГДАНОВА А.К., КАЛИНИН Д.А., ХАЕС Б.Б.
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ УСЛУГ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – к.м.н., доцент В.Б. Батиевская

Исходя из определения ВОЗ, профилактика – это мероприятия, направленные на предупреждение болезней, а именно: борьба с факторами риска, иммунизация, замедление развития заболевания и уменьшение его

последствий. Профилактическая медицинская помощь является залогом сохранения здоровья граждан, сокращая риски развития заболеваний в будущем. Она снижает действие различных вредных факторов на здоровье человека и заставляет его думать о своем здоровье заранее, до появления заболевания.

Государственный уровень профилактики обеспечивается мерами по повышению материального и культурного уровня жизни населения, законодательными мерами, регламентирующими охрану общественного здоровья, участием всех министерств и ведомств, общественных организаций в создании оптимальных с позиций здоровья жизненных условий на основе всестороннего использования достижений научно-технического прогресса. В настоящее время опубликован проект федерального бюджета на 2020-2022 гг., который направлен на реализацию национальных целей и ключевых приоритетов на период до 2024 г. Целевые показатели в сфере здравоохранения следующие:

- обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;
- увеличение охвата детей в возрасте 15–17 лет профилактическими медицинскими осмотрами до 80% с целью сохранения их репродуктивного здоровья (к концу 2022 г. – до 73%);
- снижение смертности населения трудоспособного возраста;
- ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- снижение младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей (к концу 2022 г. – до 4,8).

По Кемеровской области ответственность за оказание услуг профилактической медицины несет государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Областной центр медицинской профилактики». Целями деятельности Учреждения являются: реализация гарантированного Конституцией РФ права граждан на охрану здоровья, медико-санитарную помощь, включающее профилактику массовых неинфекционных заболеваний, гигиеническое воспитание и образование населения.

Можно предположить, что эффективная медицинская профилактика заболеваний влечет ряд экономических последствий:

- экономит бюджетные расходы и средства обязательного медицинского страхования, направляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий на лечение развившихся заболеваний;
- экономит совокупный фонд рабочего времени за счет минимизации заболеваний с временной утратой трудоспособности;

– снижает личные расходы граждан на лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Цель исследования – выявить взаимосвязь объемов медицинской помощи с целью профилактики заболеваний и объемов медицинской помощи по лечению пациентов в рамках обязательного медицинского страхования.

Материалы и методы исследования. Закон Кемеровской области от 26 декабря 2018 года N 126-ОЗ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Результаты и их обсуждение. Анализ динамики запланированных объемов медицинской помощи показал, что в рамках территориальной программы государственных гарантий планируется увеличение объемов профилактических осмотров, диспансерного наблюдения и амбулаторных посещений с целью медицинской профилактики заболеваний (Таблица 1).

Таблица 1. Запланированные в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования объемы медицинской помощи населению Кемеровской области в динамике за три года

Объемы медицинской помощи на одно застрахованное лицо	2019 год	2020 год	2021 год	Темп роста, %
профилактические посещения	2,88	2,9	2,92	101,4
посещения в рамках диспансеризации	0,79	0,808	0,826	104,6
посещения в рамках профилактических осмотров	0,16	0,174	0,189	118,1
количество вызовов СМП	0,3	0,29	0,29	96,7
случаев лечения в стационаре	0,062	0,062	0,062	100,0

В то же время объемы медицинской помощи в условиях стационара остаются неизменными. Объемы скорой медицинской помощи планируется незначительно сократить.

Выводы: при увеличении объемов медицинской помощи с целью профилактики заболеваний объемы медицинской помощи по лечению пациентов сокращаются незначительно.

ВАСЬКИНА Д.Е., РЯЗАНОВ А.В.
**ГИДРОРЕАБИЛИТАЦИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ АКВААЭРОБИКИ
ДЛЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ
ОРГАНОВ И СИСТЕМ, КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ
ПЕРВИЧНЫХ И ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ**

*Кафедра спортивно-оздоровительных технологий
Кемеровского государственного университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к.п.н., доцент Н.В. Минникаева

Цель исследования – раскрыть особенности и принципы построения занятий по гидрореабилитации лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата и заболевания внутренних органов и систем. Специально организованные занятия в воде представлены как средство коррекции первичных и профилактики вторичных нарушений.

Материалы и методы исследования: научные публикации российских и зарубежных авторов, сбор и анализ информации, обобщение.

Используемые термины:

Гидрореабилитация – это обучение и воспитание человека в условиях водной среды и средствами водной среды, с целью формирования качественно нового более высокого уровня его двигательной и общественной активности (Назаренко Ю.А., 2010).

Аквааэробика – это комплекс упражнений в воде, позволяющий укрепить мышечный корсет, улучшить осанку, развить гибкость и чувство равновесия. Основная физическая нагрузка во время занятий происходит за счёт преодоления сопротивления воды.

ОДА – опорно-двигательный аппарат.

Актуальность. Инвалидность в основном связана с ограничением двигательной деятельности. В связи с этим инвалиды находятся в условиях вынужденного дефицита двигательной активности и в значительной степени подвержены негативному воздействию факторов гиподинамии и гипокинезии.

Результаты и их обсуждение. Термин «гипокинезия» – *состояние недостаточной двигательной активности организма с ограничением темпа и объема движений* – применяется при описании различных сфер двигательной деятельности, отличающейся длительной фиксированностью вынужденной позы, однообразием движений, упрощением и обеднением координации движения.

Применением термина «гиподинамия» – *нарушение функций организма ОДА, кровообращения, дыхания, пищеварения при ограничении двигательной активности, снижении силы сокращения мышц* – объясняется абсолютное или относительное снижение объема и

интенсивности двигательной активности человека, сопровождающейся малыми мышечными усилиями.

При этом повседневные изменения малозаметны (это становится заметным даже вследствие обычной бытовой травмы, которая сопровождается фиксацией вынужденной позы в течение непродолжительного времени). В случае же продолжительного ограничения двигательной деятельности, отрицательное нарастающее воздействие приводит к ряду негативных изменений в организме: нарушению обменных процессов, изменениям в суставах (возникающие при этом контрактуры различных групп мышц и ослабленный тонус создают предпосылки для аномального взаиморасположения костей скелета), увеличению объема жировых тканей, снижению тонуса мышц, снижению устойчивости и надежности координации двигательных актов, снижению сердечной деятельности и силы сокращения мышцы, изменению функции дыхания (характеризуется уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции как в покое, так и при физической работе), нарушению регуляции тонуса сосудов, нарушению пищеварительной системы и т.д.

Таким образом, организм начинает работать неэкономично, что в конечном итоге приводит к истощению его компенсаторных возможностей, снижению функциональных резервов и, как следствие, к возникновению вторичных нарушений.

Наиболее адекватной формой преодоления и компенсации указанных недостатков является двигательная активность, в которой одно из ведущих мест принадлежит *гидрореабилитации*, то есть занятиям в воде.

Занятия в бассейне практически сводят к нулю вероятность получения травмы, и даже интенсивные нагрузки не вредят позвоночнику и суставам.

Гидрореабилитацию можно проводить всем, не зависимо от возраста и уровня подготовки, даже при заболеваниях, исключающих силовые нагрузки. Дело в том, что в воде кровь циркулирует в одном темпе, равномерно обогащая все тело. В воде мы теряем почти 50% своего веса, а тело находится в «подвешенном» положении. Это позволяет снять осевую нагрузку с позвоночника, разгрузить суставы. В то же время нагрузка в воде гораздо больше, чем та же самая нагрузка на суше, так как плотность воды намного превышает плотность воздуха. Всё это позволяет нам эффективно проработать те мышцы, которые либо не задействованы на занятиях в зале, либо прорабатываются с меньшей эффективностью при большей нагрузке на позвоночник и суставы.

Поэтому в реабилитации инвалидов, имеющих нарушения ОДА, особенно связанные с заболеваниями суставов и позвоночника, важную, если не основную, роль играют гидрореабилитация и аквааэробика.

Главной особенностью занятий в воде является то, что вода снижает нагрузку на организм и облегчает выполнение упражнений. Такие занятия приобретают особую актуальность для тех людей, кому тяжело выполнять классические упражнения по причине мышечной слабости, сильных болей, контрактур и т. д. Основная задача стимулирования двигательной активности в воде – восстановление нормального физического состояния путем активных и пассивных движений. Пребывание в воде ускоряет метаболизм, восстанавливает энергетический баланс организма, разгоняет кровь по сосудам, развивает дыхательную систему и т. д. В некоторых случаях (при серьезных повреждениях и болезнях ОДА, параличах) облегчение выполнения упражнений достигается за счет повышения температуры воды. Физическая активность в воде оказывает на организм общеукрепляющее воздействие, повышает подвижность суставов, развивает мышцы и снимает боли. При пониженной температуре аквагимнастика закаливает организм, а при повышенной способствует релаксации мышц.

Целевая группа для занятий аквагимнастикой очень обширна, так как снижение двигательной активности является следствием как нарушений ОДА (межпозвоночные грыжи, остеохондрозы, заболевания суставов (артрозы), последствия травм, операций по протезированию (эндо- и экзопротезирование), так и заболеваний внутренних органов и систем (онкология, гипертония, последствия инсульта и черепно-мозговых травм, сердечнососудистые заболевания).

Занятия по гидрореабилитации являются единственно возможными в тех случаях, когда люди с нарушениями ОДА имеют противопоказания к вертикальным нагрузкам. Регулярные занятия дают более значительный эффект для восстановления утраченных функций и коррекции вторичных нарушений.

Относительно страдающих заболеваниями внутренних органов, мы можем говорить не столько о восстановлении утраченных функций, сколько о профилактике вторичных нарушений.

Например, в реабилитации пациентов после лечения онкологического заболевания важную роль играют физические упражнения. Так, после оперативного лечения могут возникнуть контрактуры и тугоподвижность суставов. И здесь для восстановления утраченных функций совершенно необходима двигательная реабилитация.

Последствиями химиотерапии, лучевой и радиотерапии, как правило, становится общий упадок сил, подавленность, так называемый синдром хронической усталости. Часто имеют место быть побочные эффекты на костную систему, что также ведет к нарушениям ОДА. И в этих случаях просто необходимы определенные физические нагрузки, способствующие улучшению самочувствия и настроения, поддержанию иммунной системы и общего тонуса. Двигаться необходимо, иначе силы могут так и не

вернуться или возвращаться очень длительное время, при этом количество побочных эффектов будет только увеличиться.

Небольшая физическая нагрузка активизирует и «запускает» все органы и системы организма, «заставляя» их работать мощнее и активнее, тем самым способствуя быстрому восстановлению и обновлению тканей, получивших нарушения во время лечения (операции, лучевая и химиотерапия).

Поскольку вода оказывает лимфодренажный эффект, то занятия по гидрореабилитации являются наиболее оптимальными и для профилактики лимфостаза, возможного после удаления злокачественной опухоли, когда, как правило, удаляются и близлежащие лимфоузлы, что затрудняет отток лимфы, увеличивая вероятность таких осложнений, как лимфостаз (патология оттока лимфы разной степени). Так, например, при удалении молочной железы и подмышечных лимфоузлов, возникает вероятность лимфостаза верхней конечности, а при удалении паховых и подвздошных лимфоузлов – нижней конечности. Лимфа начинает всасываться в ткани и конечность может раздуть до огромных размеров, если не принимать необходимые меры.

Интенсивность нагрузки во время водных занятий должна быть максимально адаптирована к диагнозу, возможностям, функциональному состоянию и наличию сопутствующих заболеваний у человека. И в этом случае занятия по гидрореабилитации являются наилучшим средством повышения двигательной активности и улучшения функционального состояния организма.

Вода воздействует не только на функционирование отдельных органов жизнедеятельности, но и на движения всего тела в целом, облегчая физические упражнения и усиливая оздоровительный эффект. Благодаря занятиям по гидрореабилитации происходит более равномерное развитие мышечно-связочного аппарата.

Кроме того, занятия в воде требуют от организма повышенной скорости обменных процессов, при которых используется энергия или сжигаются калории. Таким образом, регулярное выполнение упражнений в воде также способствует сжиганию подкожного жира и снижению уровня холестерина, что, в свою очередь, может помочь эффективно избавиться от избыточного веса и способствовать нормализации кровяного давления. И все это, безусловно, оказывает положительный эффект на здоровье и предотвращает возможность возникновения вторичных нарушений.

Кроме того, занятия в воде обычно уменьшают стресс, которому подвергается организм при получении физических нагрузок, что тоже немаловажно при работе с теми, кто имеет онкологические и сердечно-сосудистые заболевания.

Следует также отметить и тот закаливающий эффект, который имеют упражнения в воде и благодаря которому человек существенно улучшает свое функциональное состояние и сопротивляемость организма.

Для эффективного воздействия физических упражнений в процессе занятий гидрореабилитацией и во избежание возникновения негативных последствий следует:

1. Определять объем и интенсивность физической нагрузки, исходя из следующих параметров: возраст реабилитанта, уровень физической и функциональной подготовленности, степень двигательных нарушений, наличие или отсутствие болевого синдрома, продолжительность восстановительного периода и др.

2. Индивидуально подбирать и регулировать физическую нагрузку при выполнении упражнений при помощи темпа движения (т. е. количества движений за единицу времени), подбора физических упражнений (т. е. путем их усложнения, включая упражнения с отягощением), уменьшения/увеличения амплитуды движений, количества повторений упражнений, времени, затрачиваемого на выполнение упражнений, и интервалом отдыха между ними, степени мышечного напряжения и др.

Выводы. Основная рекомендация к реабилитантам во время занятия в воде сводится к тому, чтобы они прислушивались к своему организму, ни в коем случае не терпели боль или другие негативные состояния, сообщали инструктору обо всех негативных ощущениях во время выполнения упражнений при их возможном появлении.

Следует иметь в виду, что физкультурно-оздоровительные занятия по гидрореабилитации и аквааэробике должны начинаться только после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях стационара и достижения стабильных результатов восстановительного лечения. Исходными условиями для занятий в воде являются наличие медицинских показаний, отсутствие противопоказаний и соблюдение требований безопасности до, после и во время занятий.

Все упражнения в воде должны вводиться постепенно, особенно если раньше физические нагрузки были незначительными или вовсе не практиковались.

Литература:

1. Александер Кристин. Аквааэробика [Текст]: полное руководство по подготовке / Кристин Александр; [пер. с англ. Е.В. Шафранова]. – М.: Эксмо, 2012. – 229 с.
2. Аэробика. Теория и методика проведения занятий: учебное пособие для студентов вузов физической культуры [Текст] / ред.- сост Е.Б. Мякинченко. – М.: Спорт Академ Пресс, 2002. – 304 с.

3. Безотечество К.И. Плавание: учебно-методическое пособие по плаванию для студентов ФФК [Текст] / К.И. Безотечество. – Томск: изд-во ТГПУ, 2004. – 245 с.
4. Богданов И.В. Аквааэробика от А до Я [Текст] / И.В. Богданов // Молодой ученый. – № 10 (69), июль 2014. – С. 503-506.
5. Крючек Е.С. Аэробика. Содержание и методика проведения оздоровительных занятий: учебно-методическое пособие [Текст] / Е.С. Крючек. – М.: Терра. Спорт, 2001. – 64 с.

ДЕЕВА Н.С.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СПОРАДИЧЕСКИХ
ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА БЕЗ ХРОМОСОМНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Лаборатория клеточных технологий

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово*

Научный руководитель – д.м.н., доцент А. В. Шабалдин

Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают лидирующие позиции в структуре врожденных пороков развития. ВПС встречаются в популяции детей с частотой 1-1,5%. При этом до 40% из них являются критическими и требуют оперативного вмешательства на первом году жизни ребенка и, соответственно, вносят существенный вклад в младенческую смертность. ВПС – ведущая неинфекционная причина смертности на первом году жизни. До 80% всех ВПС являются спорадическими и не имеют связи с хромосомными заболеваниями, что в свою очередь усложняет понимание этиологии и патогенеза данной патологии. В данной работе развитие ВПС рассматриваются с точки зрения декомпенсации воспаления в системе «мать-эмбрион», при котором тератогенный эффект ксено- и эндобиотиков имеет максимальную выраженность на формирующуюся на 3-8 неделе эмбрионального развития сердечно-сосудистую систему.

Цель исследования: поиск патогенетического обоснования прегравидарной профилактики риска формирования спорадических врожденных пороков сердца без хромосомных заболеваний.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были сформированы две группы: основная (131 женщина, имеющие ребенка со спорадическими ВПС) и контрольная (103 женщины, имеющие условно здорового ребенка). У женщин обеих групп была взята венозная кровь для выделения ДНК методом фенол-хлороформной экстракции.

Типирования *HLA-G* 3'UTR 14-bp ins/del (rs1704) проводили с помощью амплификации полиморфных участков генов, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), с дальнейшей электрофоретической

детекцией в 6,0% полиакриламидном геле. Анализ HLA-DRB*1 проводили методом ПЦР с учетом результатов в режиме реального времени, областью интереса явилась частота встречаемости 14 аллелей гена *HLA-DRB1*. Для оценки нарушений в системе «мать-эмбрион» по антигенам HLA использовали метод смешанной культуры лимфоцитов (СКЛ) с оценкой аллоиммунных взаимодействий лимфоцитов супругов по HLA в основной и контрольной группах.

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи GraphPad Prism 7.0, SNPstats. Анализ межгенных взаимодействий осуществляли при помощи метода сокращения многофакторной размерности, MDR v.3.0.2. Ассоциацию генетических вариантов с наличием ВПС оценивали путем вычисления отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При помощи программы MDR v.3.0.2 выявлены предикторные сочетанные генотипы *HLA-DRB1*03,11;HLA-G 3'UTR ins/del* и *HLA-DRB1*01,03;HLA-G 3'UTR ins/del* ($p=0,037$; OR=9,36; CI95% 3,505-24,995), а также протективный сочетанный генотип *HLA-DRB1*11,11;HLA-G 3'UTR ins/del* ($p=0,018$; OR=0,07; CI95% 0,027-0,194). В обоих предикторных сочетанных генотипах встречается аллель *HLA-DRB1*03*, которая ассоциирована с аутоиммунными заболеваниями, а также может активировать воспаление в системе «мать-эмбрион» и приводить к срыву толерантности по отношению к аллоантигенам эмбриона. В смешанной культуре лимфоцитов выявлена высокая активность женских Т-лимфоцитов по отношению к аллогенным HLA эмбриона отцовского происхождения и отсутствие регулирующего влияния женских гуморальных факторов на данное распознавание, что определяет декомпенсацию иммунного конфликта в системе «мать-эмбрион» и выраженность иммунного воспаления.

Патогенетически обоснованным лечением, которое направлено на подавление повышенной иммунной реакции в системе «мать-эмбрион» со стороны женщины могут быть следующие процедуры и медикаментозные препараты: экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез), прием стероидных противовоспалительных препаратов (преднизолон, метилпреднизолон) и препараты иммуноглобулинов человека. Применение данных препаратов и процедур разрешено Минздравом Российской Федерации, в том числе и для женщин, находящихся на ранних сроках гестации.

Выводы. Прегравидарная профилактика риска формирования спорадических врожденных пороков сердца без хромосомных заболеваний имеет свое патогенетическое обоснование и может применяться при высоком риске развития ВПС у последующего поколения.

ЖИЛИНА А.А.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОДРОСТКОВ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск*

Научный руководитель – д.м.н., профессор Т.Г. Светличная

Сексуальность представляет собой «основной аспект человеческого бытия на всем протяжении жизни индивида, от его рождения и до смерти. Структура понятия включает: пол, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, удовольствие, интимность и репродукцию.

На формирование сексуальности оказывает влияние множество факторов: биологические, психологические, социальные, экономические, политические, культурные, этические, правовые, исторические, религиозные, духовные и др. Она является важным элементом культуры индивидов, социальных групп и общества в целом».

Сексуальная культура представляет собой систему норм, ожиданий и требований общества к человеку, регулирующую развитие социума и отдельных социальных общностей.

Сексуальная культура начинает формироваться в детском и особенно в подростковом возрастах, основным процессом которой является половое воспитание. По классификации отечественного психолога Д.Б. Эльконина [1, С.39], к старшему школьному возрасту относится возраст 15-17 лет, являющийся переходным периодом в развитии личности старшеклассника.

Цель исследования заключается в выявлении факторов формирования сексуальной культуры подростков.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили подростки в возрасте 15-17 лет; предметом исследования – сексуальная культура и факторы ее формирования. Базой исследования явилась одна из общеобразовательных школ г. Архангельска. Изучение формирования сексуальной культуры подростков проведено путем социологического опроса. Объем наблюдения составил 105 подростков.

Результаты и их обсуждения. Состав обследуемых по полу преимущественно представлен девушками (61,9%) из полных семей (61,9%). Для половины (52,4%) подростков представление о любви и сексе являются тесно связанными между собой. Еще 19,0% наличие такой связи отрицают, а каждый третий (28,6%) затрудняется в ее определении. При этом почти каждый второй (43,8%) подросток позитивно относится к сексу без любви. Хотя большинство (70,0%) подростков основным смыслом сексуальных отношений считают любовь, вместе с тем рождению ребенка (14,0%) и созданию семьи (9,0%) придается очень небольшое значение. Практически все подростки (87,6%) допускают вступление в сексуальные отношения вне брака. Каждый второй (51,4%) подросток считает

возможными половые отношения до наступления возраста совершеннолетия, даже начиная с 14 лет, а каждый третий (35,3%) – со значительным числом партнеров (6-10 и более). Большинство (79,0%) в своем сексуальном поведении руководствуются лишь собственными представлениями. Они имеют низкий уровень знаний о контрацепции. О факторах риска здоровью сексуально опасного поведения знает лишь 73,6% подростков.

Выводы. Сексуальная культура подростков формируется под влиянием двух основных групп факторов: внутренних и внешних. К внутренним факторам относятся: 1) персональные характеристики подростков; 2) система их представлений (убеждений) относительно достижения сексуальных целей. К внешним факторам относятся элементы социальной среды: 1) собственный и чужой сексуальный опыт; 2) система полового воспитания (семейного и школьного).

Для формирования сексуальной культуры подростков наиболее рационально использовать как групповую, так и индивидуальную форму проведения мероприятий. На групповых занятиях с подростками нужно освещать вопросы женской и мужской физиологии и гигиены, давать общие представления о половых инфекциях, контрацепции, возможных неблагоприятных последствиях для здоровья, а также вести дискуссии о нравственности, целомудрии, любви, сексуальных отношениях и т.д. Устные беседы и лекции необходимо сопровождать раздачей брошюр и памяток, содержащих основные тезисы занятия. Завершающим этапом формирования сексуальной культуры у подростков старшего школьного возраста должна стать оценка объема, полноты и качества полученных знаний.

ЗАКЛЯКОВА В.Д., ЕМЕЛЬЯНОВА О.С.

**ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФУВ
Волгоградского государственного медицинского университета, г.
Волгоград*

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.В. Ивашева

Первые годы жизни ребенка имеют решающее значение для нормального физического и умственного развития. Дети раннего возраста особенно чувствительны к последствиям неправильного питания, так как именно в этот период закладываются основы интеллектуальных, социальных и эмоциональных способностей, продолжают интенсивно развиваться органы и системы, а также происходит формирование

пищевых привычек, которые в свою очередь определяют здоровье и характер питания в течение всей жизни.

Обеспечение качества и безопасности пищевых продуктов в период пребывания в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ) является приоритетом в области здорового питания детей. Большинство детей находятся в ДОУ в течение 8-10 часов, а значит, и питание детей в течение нескольких лет практически полностью обеспечивается дошкольным учреждением.

Цель исследования – сопоставить фактическое поступление питательных нутриентов с физиологическими нормами потребления пищевых веществ для детей в возрасте 1-3 лет, посещающих ДОУ г. Волгограда.

Материалы и методы исследования. Сбор и анализ информации о питании детей в возрасте от 1 до 3 лет проводился на основании 7 дневного меню-раскладки одного из дошкольного образовательного учреждения г. Волгограда.

Результаты и их обсуждение. Анализ основных питательных нутриентов в меню-раскладках показал, что в 7-дневных рационах содержание общего белка составило 50,4 г, что соответствует МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ». Общее содержание жиров в рационах было выше рекомендуемых величин и превышало суточный рацион на 15%. Содержание углеводов в рационах питания детей соответствует максимальной границе их суточного потребления (Таблица 1).

Анализ содержания витаминов в 7-дневных рационах питания выявил недостаточное содержание витамина А (на 35%). Анализ минерального состава в рационах питания детей показал значительный дефицит таких важных микроэлементов как железо (на 52%), цинк (на 50%), однако выше рекомендуемых физиологических норм отмечается поступление кальция (на 6%).

Таблица 1. Соотношение фактического поступления нутриентов с физиологическими нормами для детей 1-3 лет

Нутриент	Физиологическая Норма (в сут.)	Фактическое содержание	% от суточного содержания
Белок, г	46-56	50,4	90 %
Жир, г	44-53	61,3	115 %
Углеводы, г	175-210	209	100 %
Витамин А, мкг	450	294	65 %
Витамин С, мг	45	43,8	97 %
Витамин D, мкг	10	9,8	98 %

Железо, мг	10	5,2	52 %
Калий, мг	15-30	15	100 %
Цинк, мг	5	2,5	50 %
Кальций, мг	800	850	106 %
Фтор, мг	0,5-1,5	1,4	93,3 %

Выводы: результаты исследования показали, что в 7-дневных рационах детей в возрасте от 1 до 3 лет, посещающих ДООУ г. Волгограда выявлено избыточное содержание жиров и пограничная норма углеводов, что в дальнейшем может привести к избыточному весу и ожирению. Детское ожирение является фактором риска развития заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, опорно-двигательной, эндокринной систем и психических расстройств.

Следующей актуальной проблемой, выявленной нами в ходе исследования, является недостаточное содержание витамина А, а также дефицит таких микроэлементов как цинк и железо.

Таким образом, установлены несоответствия в фактическом поступлении питательных веществ и физиологических норм потребления питательных нутриентов детей в возрасте от 1-3 лет, посещающих ДООУ г. Волгограда. Необходимо скорректировать меню с учетом физиологических потребностей детей данной возрастной группы, так как нарушение принципов рационального и сбалансированного питания могут привести не только к развитию распространенных патологий, но и к снижению защитно-адаптационных возможностей организма.

КОНЕВА Т.А., СЕЛИВАНОВА Е.А.

ДОАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, КАК ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ, ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск*

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Л. Санников

Введение. Проблема абортa мнoгoзнaчнa, oнa имeeт пoлитичecкoe, дeмoгpaфичecкoe, coциaльнoe, рeлигиoзнoe и этичecкoe знaчeниe, a тaкжe являeтcя ceрьeзнoй пpoблeмoй здрaвooхрaнeния мнoгих cтpaн.

На данный момент демографическая проблема в Российской Федерации является ведущей, даже несмотря на то, что количество абортoв c 2005 пo 2018 гoд уменъшилиcь (eсли в 2005 гoдy их кoличecтвo нa 1000 жeнщин фeртильнoгo вoзpacтa cocтaвлял 38,2 тo в 2018 гoдy этoт пoкaзaтeль oкaзaлcя в 2,4 рaзa мeньшe, и cocтaвил 16,2).

Материалы и методы исследования

Для анализа эффективности доабортного консультирования в Российской Федерации и города Архангельска были взяты данные об

абортах Министерства Здравоохранения Российской Федерации с 2005 по 2018 годы, а также данные основных показателей здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации 2018г.

Результаты

В 2005 году по данным основных показателей здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения РФ было проведено 38,2 аборт на 1000 женщин фертильного возраста, в 2018 – 16,2 на 1000 женщин фертильного возраста. В Архангельской области в 2010 году этот же показатель составлял 40,1 на 1000 женщин фертильного возраста, а в 2018 году – 20,3.

По данным Министерства Здравоохранения Архангельской области, в центры доабортного консультирования в 2013 году обратилось 1203 беременных женщин, в 2017 году – 4616. В 2013 году психологам Архангельской области удалось предотвратить 128 аборт, что составляет 9,6%, в 2014 году – 388 аборт (7,3%), а в 2017 году 11,5%

Обсуждение

В сравнении с данными доабортного консультирования М.И. Ковалевой на территории города Воронежа, количество женщин, которые решили сохранить беременность после беседы с психологом, также увеличиваются. В 2014 году – 80 женщин (16,4%) а в 2016 году 82 женщины (16,9%). Таким образом, анализ исследования доабортного консультирования показал, что количество женщин, направленных на доабортное консультирование увеличивается с каждым годом или остается в пределах одинаковых показателей, но не уменьшается, а, следовательно, аборт продолжают свою динамику. С исторической точки зрения аборт всегда имели актуальность, в XX веке аборт были запрещены и сурово наказывались. В 1920 г. аборт был разрешён, и Россия стала первой страной в мире, узаконившей прерывание беременности по желанию женщины. В 1936 году аборт законодательно ограничивались. В 1955 года аборт без медицинских показаний разрешаются вновь. А в настоящее время, согласно 56 статье Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019), искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия, при сроке беременности до двенадцати недель или может проводиться по социальным показаниям до 22 недель по медицинским показаниям независимо от срока.

По данным ВОЗ аборт – это прерывание беременности (самопроизвольное изгнание или извлечение эмбриона/плода) в период до 22 недель беременности или до достижения плодом массы тела, равной 500 г.

С этической стороны аборт – это проблема противостояния двух противоположных точек зрения. Первая, говорит о том, что аборт – это

сугубо личная, интимная проблема, которая никого, кроме самой женщины, не касается, в которую никто не должен вмешиваться. Это просто одна из медицинских операций, где (как и в случае любой другой хирургической операции) все проблемы решаются врачом и пациентом. Если совсем упрощенно выразить эту точку зрения, можно сказать так: «аборт – это медицинская проблема».

Вторая точка зрения представляет собой противоположный полюс: аборт оскорбляет нравственное чувство, поэтому здесь существует этическая проблема, и притом – сложнейшая. Ведь прежде чем прийти к врачу, женщина решает моральную проблему: жизнь или смерть будущего человека, да и после того, как она обращается к врачу, этический смысл вопроса не исчезает, но еще более усложняется: в его решение вовлекается третий человек, и если он делает свое дело как врач, то становится соучастником убийства. Именно убийства, потому что, в отличие от любой другой хирургической операции, данная имеет особую цель – уничтожить жизнь, убить человеческое существо, причем полностью незащищенное, бесправное, невинно страдающее.

При решении этических вопросов, связанных с абортом, имеются три основные позиции: первая, либеральная позиция – плод (и тем более эмбрион) до момента рождения является частью тела матери и правом на жизнь не обладает. Поэтому аборт морально допустим на любой стадии развития эмбриона и плода. Вторая, консервативная позиция – эмбрион (и тем более плод) с момента зачатия является человеком, обладающим в полной мере правом на жизнь, следовательно, аборт – это форма убийства человека. Третья, умеренная позиция – аборт морально допустим лишь на начальных стадиях развития плода. В результате этих позиций можно выделить сторонников и противников абортов. Противостояния их точек зрения мы можем видеть на митингах, демонстрациях, акциях "за" и "против" абортов, проходящих почти во всех странах мира.

Если углубиться в историю, то к аборту практически всегда относились негативно. Ещё в христианских странах до XX века убийство нерождённых детей было запрещено законом. Во второй половине XVII века царь Алексей Михайлович Романов принимает закон, по которому за искусственное прерывание беременности устанавливается смертная казнь, её отменил только в 1715 году Пётр I. С 1845 года по положению о наказаниях аборт приравнивался к умышленному детоубийству, и вина за это преступление возлагалась как на врачей, так и на самих женщин. В 1913 году на съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова большинством голосов было принято решение легализовать аборты и освободить от уголовной ответственности как матерей, так и оперирующих врачей. Широкою общественную поддержку этому постановлению придал В.И. Ленин, посчитавший его свидетельством демократических прав граждан. В результате прихода к власти большевиков только 19 ноября 1920 г. аборт

был разрешён, а Россия стала первой страной в мире, узаконившей прерывание беременности по желанию женщины. Но в результате принятого закона, разрешающего аборт с 1920 года, уровень рождаемости начал снижаться, особенно среди городского населения. По данным советского экономиста и демографа И.А. Курганова, в Москве в 1934 г. на одно рождение приходилось около трёх аборт. Через несколько лет после легализации аборт уровень рождаемости снизился настолько, что из-за опасности демографического кризиса в 1936 году аборт законодательно ограничиваются и разрешаются только в случае угрозы жизни или тяжёлого ущерба здоровью женщины. Ситуация сразу же изменилась, улучшились демографические показатели, а также здоровье женщин репродуктивного возраста, стала улучшаться проблема с бесплодием. Однако 23 ноября 1955 года аборт без медицинских показаний разрешаются вновь, в результате чего ежегодно свершалось более 4-4,5 млн. аборт в год, что вывело СССР на одно из первых мест в мире по аборт. В начале 1980-х срок искусственного прерывания беременности был увеличен с 12 до 24 недель. В 1987 году искусственно прерывать беременность разрешили даже на сроках до 28 недель, если для этого имелись социальные показания, такие как: инвалидность 1-2-й групп у мужа, смерть мужа во время беременности жены, расторжение брака, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав, многодетность, беременность в результате изнасилования. В 1996 году предельный срок для искусственного прерывания беременности был сокращен до 22 недель, а перечень социальных показаний расширен. Показаниями к аборт стали считаться: отсутствие жилья, статус беженца или переселенца, безработица, доход семьи ниже прожиточного минимума, установленного в данном регионе, незамужество.

В настоящее время каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Согласно 56 статье Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия, при сроке беременности до двенадцати недель. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям, а именно: беременность в результате изнасилования проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности.

Все женщины, которые планируют искусственное прерывание беременности, должны пройти преабортное консультирование в женской консультации. Это регламентируется письмом Министерства здравоохранения РФ от 17 июля 2017 г. N 15-4/10/2-4792 О направлении

методического письма "Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности".

В настоящее время исторически сложившаяся ментальность женской популяции по отношению к аборту сказывается на трудностях в доабортном консультировании.

Ведь чаще всего причиной принятия решения об искусственном прерывании беременности является незапланированная беременность, низкий доход или нестабильная работа, отсутствие жилья, карьерный рост, проблемы взаимоотношений с мужем, или боязнь остаться одной с ребенком. Если беременность наступила у подростка, то основной причиной прервать беременность является страх, что не поймут родители, окружающие, не сможет закончить школу или институт, что бросит молодой человек и т.п., но они совершенно не думают о последствии аборта. Поэтому, чтобы разобраться в себе и принять правильный выбор, женщине необходимо доабортное консультирование, основной целью которого является помощь женщине понять происходящие у неё изменения и осмысленно постичь ее выбор и желание по поводу прерывания нежелательной беременности, а также достичь и справиться с поставленной целью на основе осознанного выбора, при разрешении проблем эмоционального и внутриличностного характера.

Ключевой задачей является не настаивать, а помочь пациентке самостоятельно сделать осознанный выбор.

При работе с женщинами, решившимися прервать беременность, деятельность психолога заключается в предоставлении всей информации о вредных для психики пациентки последствиях такого решения, а также в попытке совместного анализа кризисной ситуации, помощи в преодолении личностных конфликтов. Ведь незапланированная беременность для большинства женщин является стрессом и сложной жизненной ситуацией, при которой сложно сделать осознанный правильный выбор, и в таких случаях требуется помощь специалиста.

Основной задачей, которая стоит перед психологом на доабортном консультировании – это установить контакт и доверие пациентки. В этих целях используется метод преодоления естественного сопротивления «неистинного», «немотивированного» клиента, (т.е. это тот человек, который приходит на психологическую консультацию не по собственному желанию, и таким женщинам не хватает мотивации) и сделать все возможное, чтобы она заняла позицию «истинного». Также не стоит в начале разговора упоминать об аборте, это ставит барьер между психологом и женщиной. Ведь в основном женщины осведомлены об отрицательных последствиях аборта, но стараются не акцентировать на этом свое внимание. Чтобы не усилить сопротивление, целесообразно вначале поговорить о «светлой стороне»: «Что произойдет в вашей жизни, если вы сделаете это? Что вам это дает?»

После того как женщина высказала все «за», психолог говорит: «Что произойдет в вашей жизни, если вы не будете делать аборт, родите ребеночка? Что вам это дает?» И в этом случае психолог сам занимает позицию истинного консультанта: он не принимает решение за клиента, а стремится максимально расширить его поле восприятия проблемы и видение его потенциальных возможностей, ресурсов для решения этой проблемы.

На втором этапе проводят диагностику проблем, подтолкнувших женщину/девушку к решению о прерывании беременности постепенно приводя к выводу о том, что аборт – это только один из способов решения возникших в ее жизни проблем (и далеко не лучший). Чтобы увидеть другие пути решения, необходимо разобраться в этих проблемах, иначе они опять могут привести к повторению печального опыта.

Третьим этапом является аргументация и психотерапевтическое воздействие. Терапевтическая и основная задача консультирования – создание в ситуации консультирования условий, благодаря которым женщина получает возможность расширения собственного видения возникших в ее жизни проблем и рассмотрения альтернативных (не путем аборта) способов решения этих проблем.

И даже в наихудшем случае, если женщина в данной ситуации делает аборт, при «чистой» работе психолога снижается вероятность повторения этого в будущем.

В Архангельской области служба доабортного консультирования функционирует с 2012 года, и проведя анализ её работы, можно сделать вывод, что количество женщин, направленных на доабортное консультирование увеличивается с каждым годом. По данным МЗ Архангельской области, в 2013 году на доабортное консультирование обратилось 1203 беременных женщины, в 2017 году число обратившихся составило 4616 беременных женщин. Но, в свою очередь, количество женщин, желающих сохранить беременность тоже растет и процент сохранения с каждым годом повышается. Так, по данным МЗ Архангельской области, за 2013 год психологам региона удалось предотвратить 128 аборт (9,6%), в 2014 году 388 аборт (7,3%) в 2017 году этот показатель уже составил 11,5%, и в этом есть заслуга работы центров медико-социальной поддержки беременных и доабортных консультаций.

Выводы

1. Количество аборт в Российской Федерации по данным Министерства Здравоохранения РФ за последние 13 лет неуклонно снижается, так с 2005 по 2018 год количество аборт уменьшилось в 2,4 раза.

2. Доабортное консультирование на примере Архангельской области, введенное в 2012 году, показало свою эффективность: по данным

Министерства Здравоохранения Архангельской области, в 2013 году удалось предотвратить 9,6% аборт, а в 2018 году этот показатель составил 11,5%, что объясняется хорошей работой психологов, центров медико-социальной поддержки, а также современными методами контрацепции.

КУЗНЕЦОВА В.С., АВТОМОНОВА А.В.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И НЕОБХОДИМЫЕ ЗНАНИЯ В АСПЕКТЕ ЖИЗНЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ МОЛОДЕЖИ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Тверского государственного медицинского университета, г. Тверь*

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Г. Иванов

Проблема здорового образа жизни и здоровья человека актуальна на каждом историческом этапе развития общества и требует новых подходов и решений социального, философского, медицинского, педагогического характера.

Здоровый образ жизни включает в себя не только медицинские аспекты, но и социальные, такие как жизненные ценности и нормы поведения в обществе, отсутствие вредных привычек (табакокурения, употребления наркотиков и психоактивных веществ, злоупотребления алкогольными напитками) и др.

Современные социально-экономические факторы оказали существенное влияние на жизненные ценности и нормы поведения в обществе, а именно: на институт брака и семьи, сексуальное поведение девушек и юношей (ранний сексуальный дебют, частая смена половых партнёров, беременности и роды вне брака и др.). Предпочтение, как правило, отдается материально-потребительским приоритетам. Именно у учащихся в возрасте от 15 до 24 лет появляются и активно формируются основные жизненные ценности и устои, которые со временем, по мере взросления, оказывают позитивное или негативное воздействие на репродуктивные установки и сексуальное поведение.

Учитывая это обстоятельство, **целью исследования** явилось – изучить ценностные ориентации и репродуктивные установки учащихся г. Твери.

Материалы и методы исследования. Анонимное анкетирование обучающихся следующих категорий (1595 респондентов):

- школьников (обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях – школах, лицеях, гимназиях);
- обучающихся в колледжах (учебных заведениях начального профессионального образования);
- обучающихся в техникумах (учебных заведениях среднего профессионального образования);

– студентов (обучающихся в высших профессиональных учебных заведениях).

«Анкета комплексного изучения сексуального поведения и репродуктивных установок молодежи г. Твери» для девушек включает 120 учётных признаков, для юношей – 92.

Результаты и их обсуждение. В анкету комплексного изучения репродуктивного здоровья и сексуального поведения для субъективной оценки жизненных ценностей обучающихся был включён вопрос: «Что Вы считаете главным в жизни?»

Анализ полученных ответов, с учётом категории обучающихся, позволил выявить определённые тенденции. Респонденты практически всех категорий, за исключением учащихся техникумов, на первое место поставили семью. Образование, работа и карьера рассматриваются большинством юношей и девушек как один из основных приоритетов жизни – третье ранговое место у всех категорий учащихся, кроме школьников (второе ранговое место). Мнение респондентов в отношении материального благополучия несколько варибельно – от первого рангового места среди учащихся техникумов до четвёртого у школьников. Следует отметить, что мнение респондентов о значении любви в их жизни весьма неоднозначно. Так, для учащихся техникумов любовь на втором месте, для школьников – на третьем, а для учащихся колледжей и студентов – на четвёртом. При этом девушки всех категорий учащихся, за исключением студенток, считают любовь более ценным и значимым чувством, по сравнению с юношами. Детям, как главному в жизни, респондентами было отведено седьмое место, кроме учащихся техникумов (пятое место). Причём девушки и юноши единодушны в этом мнении. Собственное здоровье респонденты оценили достаточно высоко – четвёртое (учащиеся техникумов) и пятое места (иные категории учащихся). Друзья и отдых среди жизненных ценностей оказались на шестом – восьмом местах, а общественная деятельность и религия среди всех категорий учащихся заняли девятое и десятое ранговые места.

Интересны данные, связанные с оценкой приоритетов жизненных ценностей девушек и юношей в возрастном аспекте. Так, респондентки самой молодой возрастной группы (15-17 лет) лидирующее место отдали любви, а девушки старших возрастных групп – семье. Юноши всех возрастов без исключения на первое место поставили материальное благополучие. С возрастом значение учёбы, работы и карьеры для учащихся снижается, а семьи и детей возрастает, причём это характерно только для девушек. Что касается собственного здоровья, то выявлено, что с возрастом его значение для респондентов возрастает с четвёртого – пятого места (15-17 лет) до второго – третьего (24 года и более). При этом отдых, развлечения, общественная деятельность и религия как жизненные

ценности в возрастном аспекте неизменно занимают восьмое, девятое и десятое ранговые места (соответственно).

Учитывая приведённую выше оценку приоритетов жизненных ценностей, обучающихся и стремление получить представление о том, какие знания наиболее важны для жизненной перспективы девушек и юношей, респондентам был предложен вопрос: «Нуждается ли Вы в более глубоких знаниях по ...?»

Ответы респондентов выявили интересные тенденции в желаниях получения тех или иных знаний девушками и юношами в зависимости от категории учащихся. Школьники отвели первые три лидирующих места профилактике инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), в том числе СПИДа, предупреждению нежеланной беременности и культуре сексуальных отношений. Что касается знаний по подготовке к зачатию и рождению здорового ребёнка, то по значимости получения информации они занимают первое место среди обучающихся колледжей и техникумов, а также студентов. Далее предпочтения респондентов в знаниях распределились следующим образом: планирование семьи наиболее актуально для студентов и учащихся техникумов, а для учащихся колледжей – предупреждение нежеланной беременности. Анализ ответов юношей показал, что они в большей мере заинтересованы культурой сексуальных отношений, в то время как девушки, за исключением школьниц, – вопросами планирования семьи. Исследование позволило выявить достаточно большую часть респондентов, которые не смогли определиться в необходимости тех или иных знаний, причём большинство таковых оказалось среди учащихся колледжей.

Изучение ответов респондентов по поводу знаний, необходимых для жизни, в возрастном аспекте выявило следующее. С возрастом девушки и юноши снижают интерес к информации по предупреждению нежелательной беременности и профилактике ИППП. Отношение к знаниям, касающимся культуры сексуальных отношений, с возрастом практически не меняется. Кроме того, если у девушек с возрастом усиливается интерес к проблемам планирования семьи, то у юношей, независимо от возраста, он практически не меняется. Эта же тенденция сохраняется и в отношении вопросов по подготовке к зачатию и рождению здорового ребёнка. Далее мы выяснили, как соотносятся между собой жизненные ценности и знания, необходимые учащимся для жизненной перспективы (табл.).

Так, учёба, работа, карьера и материальное благополучие в большей степени коррелируют с необходимостью знаний по предупреждению нежелательной беременности. Это же можно утверждать и по отношению к любви, друзьям, отдыху, развлечениям и общественной деятельности. Семья и дети, как жизненные ценности, коррелируют с подготовкой к зачатию и рождением здорового ребёнка. Знания по профилактике ИППП,

в том числе СПИДа, в значительной мере интересуют тех респондентов, которые считают главным в жизни собственное здоровье и религию. Планирование семьи соотносится с такими жизненными ценностями, как семья, дети и общественная деятельность.

Таблица 1. Необходимые, по мнению респондентов, знания для жизненной перспективы (в зависимости от жизненных ценностей, на 100 опрошенных)

Жизненные ценности	Необходимые знания по:				
	Предупреждение нежелательной беременности	профилактика ИППП, в т.ч. СПИДа	культура сексуальных отношений	планирование семьи	Подготовка к зачатию и рождению здорового ребенка
Материальное благополучие	31,3	19,7	29,1	27,0	20,5
Учеба, работа, карьера	33,2	27,8	30,1	29,4	19,1
Семья	27,0	18,1	25,5	30,9	35,9
Дети	26,0	24,7	21,6	28,8	40,7
Любовь	36,2	30,6	32,1	20,3	21,4
Друзья	33,0	31,1	32,4	22,6	19,5
Отдых, развлечения	37,3	35,8	31,8	25,4	23,9
Общественная деятельность	40,9	35,1	28,1	37,4	22,8
Религия	25,2	35,0	32,5	27,5	30,0
Собственное здоровье	31,5	35,7	30,2	21,1	29,0

Выводы. Таким образом, полученные ответы в значительной мере свидетельствуют, что среди учащихся преобладают позитивные жизненные ценности – семья, учёба, работа и карьера, несмотря на многие проблемы, существующие в нашем обществе. Стремление девушек и юношей получить необходимые знания для жизненной перспективы является важнейшей составляющей здорового образа жизни, социальной зрелости и общественного самосознания. Здоровый образ жизни, основанный на принципах нравственности, является важной составляющей полноценной жизни в быстро меняющемся мире.

КУРДЮМОВА А.Н., ХВОСТОВА К.А., МАЛЫШЕВА К.Ю.
**РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД
В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск*
Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Л. Санников

Каждый год заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличивается. Количество ВИЧ-инфицированных исчисляется тысячами, и это лишь вершина айсберга. Самое страшное, что ВИЧ-инфекция поражает наиболее трудоспособную часть населения, именно это влияет на демографические показатели. 1 декабря 2004 г. ВИЧ-инфекция вошла в перечень социально значимых заболеваний, представляющих угрозу дальнейшему социально-экономическому развитию страны, утвержденных постановлением правительства РФ № 715. Значительные средства государству необходимо тратить на организацию лабораторных исследований, диагностику ВИЧ-инфекции, также ВИЧ-инфицированные и больные СПИД люди нуждаются в обеспечении лекарствами, часть которых предоставляется бесплатно, что требует немалых экономических затрат. Именно поэтому ВИЧ-инфекцию лучше профилактировать, чем лечить.

Цель исследования. Освещение актуальной статистики об истинной эпидемической ситуации для противодействия прогрессирующему распространению ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Наше исследование основано на статистических данных, взятых в центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. Теперь более подробно рассмотрим Северо-Западный федеральный округ и Архангельскую область. Сегодня в Северо-Западном федеральном округе зарегистрировано более 701,4 живущих с ВИЧ на 100 тысяч населения. В 2016 году на 11 территориях СЗФО среди граждан РФ впервые зарегистрировано 48,9 заболевших ВИЧ-инфекцией на 100 тысяч населения.

В Архангельской области в 2016 г. было выявлено 28,5 вновь заболевших на 100 тысяч населения, из которых 27,1 на 100 тысяч населения среди жителей области, 1,14 на 100 тысяч населения – среди иногородних граждан и 0,3 на 100 тысяч населения – среди иностранных граждан.

За весь период регистрации в Архангельской области рождаемость составила 12,8 на 100 тысяч населения с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции. В 2016 г. от ВИЧ-инфицированных матерей – 2,27 родившихся на 100 тысяч населения. В Архангельской области в 2016 г. смертность от ВИЧ-инфекции составила 2,36 на 100 тысяч населения.

Основные признаки эпидемии ВИЧ-инфекции в Архангельской области: продолжился рост заболеваемости в 2018 году; вовлечены все возрастные группы в эпидемию ВИЧ-инфекции; одинаковый риск заражения ВИЧ-инфекцией половым путем и при внутривенном потреблении наркотических веществ. Всего на 30.04.2019 года ВИЧ-инфицированных выявлено 184,8 случаев на 100 тысяч населения жителей Архангельской области, из них умерло 11,9%. В 2019 году в Архангельской области выявлено примерно 87,4 на 100 тысяч населения ВИЧ-инфицированных. Наиболее остро проблема стоит в Архангельске, Северодвинске и Новодвинске. За последние 9 месяцев 2019 года заболеваемость в области составила 25,26 на 100 тысяч населения.

Для улучшения эпидемической ситуации в регионе проводятся различные мероприятия, мониторинг эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции, который включает в себя проведение систематических плановых выборочных серологических и поведенческих обследований среди групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией. Необходимо также организовывать и проводить профилактические мероприятия среди всех групп населения, а именно – привлекать руководство предприятий и организаций города. Проведение таких мероприятий на рабочем месте, в том числе обследование на антитела к ВИЧ, может быть как эффективной профилактической мерой, так и способом раннего выявления больных ВИЧ-инфекцией с последующей постановкой на диспансерный учет и своевременным началом противовирусной терапии. В целях социальной профилактики нужно проинформировать население о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании, в том числе привлекать средства массовой информации и использовать ресурсы социальной рекламы. Повысить эффективность деятельности по противодействию распространения ВИЧ-инфекции позволит укрепление материально-технической базы и кадрового состава Центра по профилактике и борьбе со СПИД, другими инфекционными заболеваниями, также это поможет увеличить число ВИЧ-инфицированных, вставших на диспансерный учет. Медицинская профилактика в Архангельской области регулируется распоряжением от 29.07.2011 №864 «О мерах по предупреждению заражения вирусным гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией медицинского персонала при выполнении профессиональных обязанностей».

Подводя итоги о профилактике, можно выделить основные группы: индивидуальная профилактика – использование презервативов при половых контактах, отказ от внутривенного введения наркотиков, посещение лицензированных салонов красоты и т.д.; профилактика на семейном уровне – консультирование беременных на ВИЧ, тем самым предупреждать перинатальную передачу ВИЧ; на групповом уровне – прочтение бесед, лекций в школе, училищах, университетах, различных

предприятиях; на региональном уровне – обеспечение асептических условий в хирургической и стоматологической практиках; на популяционном уровне – выпуск брошюр, статей, трансляция бесед в средствах массовой информации.

Выводы. ВИЧ/СПИД в нашем регионе является медико-социальной проблемой, которая представляет одну из наиболее серьезных угроз для развития и социального прогресса, основные причины этому – низкий уровень полового самосохранительного поведения, отсутствие программ полового воспитания.

Где болезнь получила наибольшее распространение, эпидемия снижает достигнутые за последние годы темпы развития, подрывая экономику, создавая дополнительные проблемы в социальном и медицинском обслуживании населения.

ЛЕЙБ Е.А., БАЗАЛИЙ О.А., ЕВТИФЕЕВА Е.С., ПЕРФИЛЬЕВА Н.С.,
СЕРГЕЕВА М.Ю.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

*Кафедры госпитальной терапии и клинической фармакологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – ассистент Л.П. Новожилова

Актуальность. ХСН – одно из наиболее распространённых патологических состояний, занимающее ведущее место в инвалидности и структуре смертности от болезней системы кровообращения во всём мире. Среди основных причин ХСН сахарный диабет стоит на 4-м месте после хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС). Стремительно растущая популяция больных СД 2 типа требует новых подходов по улучшению прогноза лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования – оценить влияние СД 2 типа на течение, прогноз, осложнения ХСН.

Материалы и методы. Использован метод ретроспективного анализа на основе данных информационных систем ОКБ СМП им. Подгорбунского г. Кемерово за 2019 г., официальной отчетности. Анализ проведен с помощью описательно-оценочных и статистических методов исследования.

Результаты. Из базы данных мы выбрали 120 больных, имеющих в диагнозе ХСН. Все больные были разделены на 4 категории: женщины с ХСН в диагнозе (1 группа), мужчины с ХСН (2 группа), женщины с ХСН и СД 2 типа (3 группа), мужчины с ХСН и СД 2 типа (4 группа). Все группы были подвержены сравнительной характеристике, которая включала в себя

особенности анамнеза жизни, основного заболевания, сопутствующую соматическую патологию, наличие факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, объективный статус, а также лабораторные и инструментальные показатели.

Средний возраст пациентов, впервые госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН в 1 группе, составил 73,7 лет. Во второй группе – 72 года, в третьей – 65 лет, в четвертой – 64,2 года. Сразу можно отметить, что у пациенток женского пола декомпенсация ХСН наступает значительно позднее, независимо от наличия или отсутствия СД 2 типа в анамнезе, по сравнению с мужским населением.

Все пациенты, участвующие в нашем исследовании, были госпитализированы в кардиологическое отделение с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности. При этом степень тяжести ХСН у мужчин значительно выше, чем у женщин. Самый худший прогноз у мужчин с наличием сахарного диабета в анамнезе (4 группа), среди них 20% исследуемых имели II А стадию ХСН, а остальные 80% – II В. При сравнении с 2 группой 27% больных имели ХСН II В, 55% - ХСН II А, 18% – ХСН I ст.

У 1 группы исследуемых общий стаж заболевания составил в среднем 20 лет, 2 группа – 19 лет, 3 группа – 9 лет, 4 группа – 7,2 года.

У 40% мужчин с наличием сахарного диабета 2 типа имеется постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) в анамнезе. Это самый высокий показатель по сравнению с другими группами. У женщин с СД 2 типа – 28% имеют ПИКС. Менее 20% лиц без сахарного диабета в анамнезе имеют ПИКС.

При анализе биохимических показателей крови пристальное внимание было уделено уровню глюкозы крови натощак. Некомпенсированный уровень глюкозы крови наблюдался у 60% лиц женского пола с сахарным диабетом 2 типа в анамнезе (3 группа), причем уровень гликемии был выше 8,0 ммоль/л. У 40 % мужчин (4 группа) также отмечен высокий уровень гликемии. У лиц, не имеющих сахарного диабета, в 23 % случаев впервые диагностировано нарушение толерантности к глюкозе. (16% из них – женщины).

При сравнении показателей общего анализа мочи (ОАМ) можно отметить величину степени протеинурии у категории больных, имеющих в сопутствующих заболеваниях сахарный диабет 2 типа, 100% протеинурия была у лиц мужского пола. 7% женщин без сахарного диабета имели ОАМ незначительное превышение содержания белка в моче. При этом клинически значимое нарушение функции почек было диагностировано у 60% лиц из 4 группы и у 55% лиц их 3 группы. 30% лиц, не имеющих сахарного диабета, независимо от пола, имели в диагнозе «ХБП С3а».

При оценке фракции выброса левого желудочка можно отметить, что насосная функция сердца при наличии тяжелой соматической патологии

страдает меньше у женской половины населения, чем у лиц мужского пола. При сравнении результатов ЭКГ и ЭХО-КГ у разных групп не было найдено существенных различий.

Выводы: Сахарный диабет 2 типа оказывает негативное влияние на скорость прогрессирования заболевания и тяжесть состояния пациентов на момент госпитализации, укорачивает сроки ремоделирования сосудов по малому и большому кругу кровообращения, приводит к быстрому нарушению функции почек, и в дальнейшем развитию хронической почечной недостаточности. При сопутствующем СД 2 типа в большей степени страдает насосная функция сердца, относительно больных без тяжелой сопутствующей патологии. Также лица без сопутствующей патологии имеют меньший риск возникновения тяжелых осложнений ХСН, таких как ОНМК, ИМ и т.д.

Стоит отметить, что лица женского пола без сахарного диабета имеют благоприятный прогноз в отношении основного заболевания, однако наличие сопутствующего заболевания значительно увеличивает риск осложнений. Таких больных можно выделить в группу высокого риска, за которыми требуется пристальное внимание за состоянием здоровья и персонализированный подход к лечению.

В группу самого высокого риска можно выделить мужчин с ХСН и СД 2 типа в анамнезе. Данная категория людей показала худший прогноз течения основного заболевания, высокий риск нарушения коронарного, мозгового кровообращения и снижения функции почек, что уменьшает качество жизни, приводит к инвалидизации и увеличивает риск преждевременной смерти. У данной группы больных необходимо не только тщательное планирование лечения, но и пристальный контроль за течением сопутствующей патологии, а также коррекция всех факторов риска прогрессирования заболевания.

МАСЛАКОВА Д.А., ЮРОВСКАЯ С. Л.
**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
СТУДЕНТОВ**

Кафедра детских болезней

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.Г. Рудаева

В современном мире здоровье молодых людей является одной из наиболее актуальных проблем. Студенты – это будущие профессионалы, трудовой потенциал и основа демографической стабильности страны. Именно поэтому возникает важность формирования основ здорового образа жизни (ЗОЖ) в студенческой среде.

Цель исследования – оценить уровень здорового образа жизни среди студентов выпускного курса лечебного факультета КемГМУ.

Материалы и методы исследования. Методом анкетирования было проведено тестирование студентов выпускного курса по разработанной нами анкете, включающей компоненты ЗОЖ.

Результаты и их обсуждение. В исследовании добровольно приняли участие 78 студентов 6 курса КемГМУ (48 юношей и 30 девушек), средний возраст которых составил $23,5 \pm 1,7$ (юношей – $23,4 \pm 1,6$; девушек – $23,6 \pm 1,9$).

Согласно анкетной информации все опрошенные (100%) указали, что социальный статус их семьи благополучный. Большинство (67%) оценивали финансовое положение семьи как среднее, 23% – как высокое и только 10% оценили его низким. Имели собственную семью 33% опрошенных студентов ($n=26$). У двоих было по одному ребёнку, а у четверых – по 2 ребёнка дошкольного возраста.

Студенты, проживающие дома, составили 18%, в общежитии – 33%, на съёмных квартирах – 49%. Студенты, проживающие дома и на съёмных квартирах, оценивали условия проживания как отличные и хорошие (100% и 84% соответственно). Проживание в общежитии студенты оценили как удовлетворительное (69%).

Число работающих и неработающих студентов распределилось почти в равной степени (51% и 49% соответственно). Большинство работающих студентов указали в качестве причины трудоустройства – получение профессионального опыта (73%) и лишь 27% – на необходимость дополнительного материального дохода. Среди неработающих – 71% указали на большую занятость, связанную с учёбой в ВУЗе, 29% отметили, что не нуждаются в дополнительном материальном доходе.

Соблюдение студентами режима дня является важным фактором формирования здорового образа жизни. Менее 6 часов в день спят 61% опрошенных, среди них – 79 % являются работающими.

Систематические занятия физической культурой и спортом – залог крепкого здоровья и мотивация к здоровому образу жизни. Анализ физической активности респондентов показал, что физические нагрузки 2-3 раза в неделю имеют 35% студентов, 1 раз – 42%, вообще не имеют физической активности – 23%.

В свободное время 27% опрошенных проводят более двух часов в день на свежем воздухе. Большинство студентов (72%) отмечают минимальное время (менее 1 часа) на подготовку к КПЗ.

На сегодняшний день современные компьютерные и информационные технологии стали неотъемлемым элементом жизни студентов. Обеспечивая доступ к информации, они негативным образом сказываются на состоянии здоровья молодых людей. Как показали результаты исследования, более 2 часов в день за компьютером проводят

37 % опрошенных, не более 1 часа – 44%. Широко используют гаджеты более двух часов в день 63% респондентов, менее одного часа – 18%.

Употребление алкогольных напитков, курение, наркомания остаются актуальными проблемами современного российского общества. По результатам опроса выявлено, что студенты в большинстве случаев не курят (92%), а средний стаж курящих – около 5 лет. Регулярно употребляют крепкие алкогольные напитки 38% опрошенных. Употребление наркотических веществ исключают все.

Студенты достаточно высоко оценивают состояние своего здоровья: 87% как удовлетворительное и 13 % как неудовлетворительное. Наличие хронических соматических заболеваний отмечали 41% респондентов (чаще всего хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, сколиоз, миопия разной степени тяжести), 8% указали на наличие у них неврологических изменений (СВД по гипотоническому типу).

Стоит отметить, что у молодого поколения нет высокой приверженности к профилактическим мерам. Добровольно ежегодно вакцинируются против гриппа 42%. Все студенты отметили, что проходят флюорографическое исследование органов грудной клетки, так как это является обязательным мероприятием в учебном заведении.

Выводы. Существует ряд проблем в формировании здорового образа жизни студентов-выпускников КемГМУ: нарушение рекомендованных нормативов сна, гиподинамия, несоблюдение режима работы за компьютером, употребление алкогольных напитков, курение, наличие хронической соматической патологии. Поэтому целесообразно внедрение комплексных программ по формированию здорового образа жизни, включающих информационно-просветительские, педагогические, психологические, социальные и медико-профилактические компоненты.

МИГРАНОВА Р.Я., ЧЕМЯКИНА А.С.
**ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ПРАВИЛАХ
РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Южно-Уральского государственного медицинского университета, г.
Челябинск*

Научный руководитель – д.м.н., доцент О.В. Авилов

Укрепление здоровья студенческой молодежи является одной из главных государственных задач. Питание обеспечивает нормальный рост и развитие, предупреждает заболевания, повышает качество жизни, улучшает работоспособность.

Цель исследования – изучить, насколько правильно питаются студенты медицинского вуза, и оценить представления о правильном питании на старшем и младшем курсах.

Материалы и методы исследования. Была разработана анкета, включающая вопросы, касающиеся правильного питания, с несколькими вариантами ответов. Выборочным методом проведено обследование студентов лечебного факультета Южно-Уральского государственного медицинского университета. Объем случайной выборки составил 129 студентов (58,01% обучающихся на первом и 41,9% – на пятых курсах).

Результаты и их обсуждение. Распределение по полу составило: на 1 курсе женский пол – 80,3%, мужской пол – 19,7 %; на 5 курсе женский пол – 92,7%, мужской пол – 7,3%.

Был рассчитан показатель ИМТ (индекса массы тела). Избыточная масса тела (ИМТ больше 25) встречалась в 11,6% случаев на 1 курсе и в 14,2% случаев на 5 курсе. В то время как дефицит массы тела (ИМТ меньше 18,5) встречался в 14,8% на 1 курсе и в 8,92% случаев на 5 курсе.

Правильное понимание определения "рациональное питание" на 1 курсе встречалось в 40,8% случаев, при этом придерживались его принципам 13,2% студентов, на 5 курсе встречалось в 54,5%, применяли его 14,5% опрошенных. Большинство связывали неправильное питание с нехваткой времени из-за учёбы и работы в 67,1% на 1 и в 76,4% на 5 курсе.

Понятие о таблицах Покровского, которые используются для оценки калорийности питания, на 1 курсе имели 17,1% студентов, на 5 курсе 40,1%. Верное определение ИМТ давали на 1 курсе в 84,2% случаев и контролировали в 13,2%, на 5 курсе в 92,7% случаев, контролировали в 29,1%. О том, что такое "пирамида здорового питания", знали 68,4% опрошенных на 1 курсе и 90,9% студентов на 5 курсе.

Студенты как младших (42,1%), так и старших курсов (34,5%) питались 1 раз в день во время учебного процесса. Завтракали перед уходом в университет в 71,1% на 1 и в 67,3% случаев на 5 курсе. Разнообразие рациона в течение недели отметили 67,1% на 1 и 53,7% студентов на 5 курсе. Соблюдали дневную норму потребления: овощей и фруктов 64,5% на 1 и 56,4% на 5 курсе; продуктов животного происхождения 89,4% на 1, 87,2% на 5 курсе; молочных продуктов 63,7% на 1 и 63,1% на 5 курсе; хлеба 52,6% на 1 и 47,3% на 5 курсе. Около трети студентов контролировали потребление соли, 32,9% на 1 курсе, 29,1% на 5 курсе. Всего 38,2% первокурсников и 23,6% пятикурсников вообще не употребляли алкогольные напитки. Незначительное количество студентов (5,5%) на 5 курсе употребляют воду из-под крана без дополнительной обработки, остальные предпочитают водопроводную воду, прошедшую фильтрацию 53,9% на 1 курсе и 45,5% на 5 курсе и бутилированную воду 46,1% на 1 и 49,1% на 5 курсе.

Выводы. В отличие от студентов первого курса к пятому курсу степень понимания требований того, что такое рациональное питание возрастает. Однако применение принципов рационального питания на практике существенно не изменяется. Как результат – наблюдается тенденция к увеличению массы тела от первого к пятому курсу. Кроме того, студенты как первого, так и пятого курсов показывают недостаточное понимание подходов к оценке качества своего питания. В связи с полученными результатами возникает предложение усилить внимание к вопросам рационального питания как на теоретических, так и на клинических кафедрах медицинского вуза. Это важно для того, чтобы будущие врачи могли заниматься профилактикой заболеваний у населения, используя рекомендации по формированию представлений о правильном питании.

ООРЖАК Ю.М.

**ПОЗДНЯЯ ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ
У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Шангина

Актуальность. Внебольничная пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний, приводящих к летальному исходу. Огромное значение при пневмонии имеет временной промежуток от начала заболевания до активной терапии, который значимо увеличен у лиц с хроническим алкоголизмом.

Целью исследования являлся анализ летальности от внебольничной пневмонии у лиц с хроническим алкоголизмом в зависимости от обращаемости.

Материалы и методы: проанализировано 120 историй болезней умерших в 2018 году в стационарах г. Кемерово с диагнозом "внебольничная пневмония" в возрасте от 20 до 91 года.

Результаты и обсуждение. В стационарах города в 2018 г. умерло 58 пациентов. Только 10 человек из умерших поступили в стационар в первые 5 дней от начала заболевания, остальные на 10-й день и позже, а у 20 больных, практически у трети пациентов анамнез при поступлении выяснить не удалось из-за тяжести состояния (кома, сопор, алкогольное опьянение). Указанные 20 пациентов при поступлении в клинику имели симптомы крайне тяжелого течения внебольничной пневмонии и были сразу госпитализированы в отделение реанимации для лечения. Регистрируется очень высокая досуточная летальность у больных с пневмонией, и составляет 34,0 %. Также высока летальность в первые трое

суток от момента госпитализации – 44,4 %. Летальный исход в первые 3 суток от поступления наступил у 73% пациентов, что свидетельствует о тяжести госпитализированных больных.

Выводы: наличие у пациентов хронического алкоголизма оказывает значимое влияние на неблагоприятный исход при внебольничной пневмонии, что связано с поздней обращаемостью, тяжелым состоянием пациента при поступлении и наличием алкогольного поражения других органов и систем.

ООРЖАК Ю.М.

СЕЗОННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Шангина

Актуальность. Профилактика сезонного гриппа, тяжелых осложнений невозможна без массовой вакцинации населения и является важной составляющей формирования здорового образа жизни. Студенты медицинского ВУЗа играют огромную роль в данном процессе, так как именно они должны способствовать здоровому образу жизни среди населения.

Цель исследования: проанализировать приверженность студентов медицинского ВУЗа к сезонной вакцинации от гриппа.

Материалы и методы: проанкетировано 120 студентов 6 курса лечебного факультета медицинского ВУЗа о наличии сезонной вакцинации от гриппа.

Результаты и обсуждение. Из 120 анонимно проанкетированных студентов на октябрь 2019 года по вопросу вакцинации от сезонного гриппа, утвердительный ответ получен у 77 студентов, 53 студента дали отрицательный ответ. Среди мотиваций для вакцинации 77 студентов указали необходимость ежегодной вакцинации как важный профилактический метод. Однако обращает внимание высокий процент отказа от вакцинации среди студентов 6 курса лечебного факультета медицинского ВУЗа, поскольку это будущие врачи, которые сами должны активно вести пропаганду здорового образа жизни среди населения, в том числе пропагандировать вакцинацию от гриппа. Среди причин, которые послужили основой отказа от вакцинации, большинство назвали возможность тяжелых осложнений от вакцинации, заболевание ОРВИ в период вакцинации и неэффективность вакцинопрофилактики в принципе.

Выводы. Формирование здорового образа жизни среди студентов медицинского ВУЗа должно включать вакцинопрофилактику от гриппа. Необходимо более тщательное информирование студентов о пользе вакцинопрофилактики от гриппа на более ранних курсах обучения для формирования стойкого здорового образа жизни и дальнейшей пропаганды здорового образа жизни среди населения.

СКОМОРОХОВА Ф.А.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ ЖЕНСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В СЕМЬЕ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск*
Научный руководитель – д.м.н., профессор Т.Г. Светличная

Рассматривая семью как малую социальную группу, ученые особо подчеркивают важность психологических связей, возникающих между ее членами. Семья представляет собой союз людей, объединенных любовью, общностью интересов, взаимовыручкой, взаимным пониманием проблем и радостей друг друга. Семейные отношения являются многогранными, как и сам человек. Поэтому для создания комфортного психологического климата в доме люди должны пройти через цепь конфликтов и компромиссов в отношениях друг с другом. В основе семейных конфликтов могут находиться как поколенные противоречия (существенная разница в возрасте), так и семейно-групповые (борьба за лидерство в семье), семейно-институциональные (проблемы реализации репродуктивной функции и функции социализации), а также личностные и другие противоречия (столкновение характеров членов семьи, гендерные, статусные, материальные).

Целью исследования явилась характеристика социальных паттернов женского регулирования конфликтных отношений в семье.

Материалы и методы исследования. Предметом исследования явились социальные паттерны женского регулирования конфликтных ситуаций в семье; объектом исследования – замужние женщины репродуктивного возраста. Инструментом исследования послужила специально разработанная статистическая «Карта изучения межличностных отношений в семье».

Результаты и их обсуждение. В конфликте большинство (61,1 %) женщин предпочитают вести себя активно. Почти в половине всех случаев (44,4 %) конфликт затухает сам собой, без приложения со стороны его участников особых усилий. Однако примерно в таком же числе случаев (41,1 %) женщины предпринимают попытки по выяснению отношений со своим супругом путем корректного обсуждения возникшей ситуации. Еще в 15,6 % случаев они ищут разные способы для скорейшего примирения, а

в 13,3 % обращаются для этого за помощью к близким людям. И лишь в 11,1 % случаев, несмотря ни на какие прилагаемые женщинами усилия, конфликтные ситуации в семье не разрешаются, приобретая длительный, затяжной характер. В случаях насилия за помощью к другим людям обращается большинство (69,2 %) женщин. Чаще (44,4 %) они пытаются ее получить от своих родственников и друзей. Однако примерно такое же их число (40,0 %) даже обращаются в полицию. Существенно реже женщины ищут поддержку, звоня по телефону доверия (17,8 %) и/или обращаясь в социальные службы (8,9 %). Одним из наиболее радикальных способов разрешения конфликтных ситуаций является развод супругов (24,4 %).

Выводы. Женщины в семейном конфликте в основном занимают активную позицию. Социальные паттерны как совокупности поведенческих реакций, применяемые ими для управления семейными конфликтами, включают: попытки корректного обсуждения возникших с мужем разногласий, использование разных способов для примирения с ним, а также привлечение к решению семейных проблем близких людей. В случаях насилия женщины проявляют другие поведенческие реакции. Большинство уже не полагается на собственные силы и обращается за помощью либо к близкому окружению (родственникам и друзьям), либо к представителям социальных институтов: полицейским, сотрудникам «телефонов доверия» и социальным работникам.

ЧИСТЯКОВА О.Г.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕГУЛИРОВАНИИ ПРАКТИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ШКОЛЬНИКАМИ СТАРШИХ КЛАССОВ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Северного государственного медицинского университета г. Архангельск
Научный руководитель – д.м.н., профессор Т.Г. Светличная*

В современном мире быстрыми темпами увеличиваются масштабы использования отдельными индивидами информационных технологий в своей повседневной жизни. Такие достижения научно-технического прогресса, как телевидение, интернет и мобильная телефония становятся доступными практически каждой семье. В обществе активно распространяется и становится популярной «тотальная компьютеризация» всех сфер жизни. Через интернет происходит общение, поиск необходимой информации, делаются покупки, реализуются игровые пристрастия т.д. Современное информационное пространство отличается от информационного пространства предыдущих периодов рядом характеристик: трехмерностью социальной среды, включающей в себя классическую реальность, виртуальной реальностью и переходной зоной; широкой масштабностью (сетевая, многоканальная доступность мирового

сообщества); динамичностью; многообразием по предлагаемому контенту (информация, идеи, образцы, модели поведения).

Школьники являются одними из наиболее активных пользователей компьютерных технологий, которые оказывают неоднозначное воздействие на здоровье и развитие их личности. Нервная система детей школьного возраста является недостаточно сформированной. Вследствие этого подросткам присущи стремление к эскапизму (некоторому уходу от реальности), фантазированию, склонности выдавать желаемое за действительное и т.д. Компьютерные технологии полностью удовлетворяют потребности подростка, который с их помощью может стать кем угодно в своем виртуальном пространстве. Кроме того, именно в подростковом возрасте складываются представления о нравственности, добре и зле, которые под влиянием неконтролируемого информационного потока извне могут значительно повлиять на формирование его мировоззрения. В современной литературе имеется достаточное количество данных о негативном влиянии избыточной информации на здоровье подрастающего поколения. Доступность информации из сети Интернет создает новые социально-психологические проблемы, которые связаны с информационной безопасностью и интернет-зависимостью.

Важная роль в регулировании рационального использования компьютерных технологий подростками принадлежит медицинским сестрам образовательных организаций. Знание рисков и опасностей компьютерных технологий, их влияния на формирование социально-психологического здоровья школьников позволяет медицинской сестре целенаправленно формировать профилактические программы по рациональному использованию цифровых технологий.

Цель исследования: изучение практики использования компьютерных технологий и её влияния на здоровье школьников для использования полученных данных в работе медицинской сестры образовательной организации.

Материалы и методы исследования: объект исследования – 120 подростков в возрасте 14-17 лет; база исследования – одна из общеобразовательных школ г. Архангельска. Предмет исследования – практика использования компьютерных технологий школьниками. **Метод исследования** – социологический опрос путём анкетирования с помощью 40-пунктного опросника.

Результаты и их обсуждения. Основным техническим средством, которым пользуются подростки, является телефон (63,3%). Время пребывания в интернете составляет более 5 часов в день (41,7%), около 3-4 часов (25,0%), около 1-2 часов (15,8%), менее 1 часа (17,5%). Телефон помогает связываться друг с другом через социальные сети (100,0% школьников). Виртуально они общаются (100%), учатся (48,0%), играют (44,0%), развлекаются (47,0%). Мотивами для использования

компьютерных технологий является возможность уйти от действительности (38,5%), стать тем, кем захочешь (28,8%). Подростки испытывают симптомы нарушения психического и физического здоровья. Физические симптомы (боль и онемение кистей рук, боль в спине, сухость в глазах, головные боли) испытывают (68,3%) подростков. Подавляющее большинство (83,5%) испытывают симптомы нарушения психологического здоровья: чувство дискомфорта (45,5%), ощущения пустоты (14,2%), подавленность (10,8%). Подростки не находят себя в реальном мире, погружаются все глубже и глубже в воображаемый мир и не могут найти выхода из него. Каждый второй (46,7%) использует компьютерные технологии для улучшения своего психического состояния. Вред осознают только 31,1% подростков. Время пребывания за компьютером подростков отслеживают только 50,0% родителей. Беседы о вреде компьютерных технологий проводили родители 13,5% учеников.

Выводы. Изучив практику использования компьютерных технологий и её влияния на здоровье школьников, мы выявили, что последние проводят значительное время за компьютером, некоторые подростки уже имеют физические и психологические отклонения здоровья. Не все родители осознают вредное влияние компьютерных технологий на здоровье ребенка. Поэтому они не объясняют детям о вреде их использования. Важная роль в регулировании практики использования компьютерных технологий школьниками старших классов отводится медицинской сестре образовательной организации. Чтобы минимизировать вред от влияния компьютерных технологий, медицинская сестра должна включать в планирование своей работы выявление среди подростков склонных к интернет-зависимости и проведение с детьми и их родителями профилактических бесед.

ШИНКАРЕВ В.Д.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРЕДИКТОР ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Шангина

Актуальность. Внебольничная пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний, приводящих к летальному исходу, в том числе среди трудоспособного населения. Летальность при пневмонии оказывается наибольшей у пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом.

Целью исследования являлся анализ летальности от внебольничной пневмонии в зависимости от образа жизни пациентов.

Материалы и методы: проанализировано 120 историй болезней и листов назначений умерших в 2018 году в стационарах г. Кемерово с диагнозом «внебольничная пневмония» в возрасте от 20 до 91 года.

Результаты и обсуждение. В стационарах города в 2018 г. пролечено 1032 человека с диагнозом «пневмония», умерло в стационаре 58, из них 18 женщин и 40 мужчин в возрасте от 24 до 96 лет. В трудоспособном возрасте умерло 28 пациентов, но только 4 из них работали, 12 человек имели инвалидность 1-2 группы по различной патологии, 12 человек составили лица без определенного места жительства. По результатам экспертизы историй болезни нет ни одного случая смерти до 40 лет у социально благополучного больного. Например, самая молодая больная, умершая от пневмонии З., 23 лет, нигде не работала, страдала хроническим алкоголизмом. Больной Л., 27 лет, страдал тяжелым алкоголизмом, на вскрытии алкогольное поражение практически всех внутренних органов. 41,9% умерших страдали алкоголизмом. Только 10 человек из умерших поступили в стационар в первые 5 дней от начала заболевания, остальные на 10-й день и позже, а у 20 больных, т.е. практически у трети пациентов анамнез при поступлении выяснить не удалось из-за тяжести состояния (кома, сопор, алкогольное опьянение).

Выводы: наличие у пациентов хронического алкоголизма оказывает значимое влияние на неблагоприятный исход при внебольничной пневмонии, что связано с поздней обращаемостью, тяжелым состоянием пациента при поступлении и наличием алкогольного поражения других органов и систем.

ШИНКАРЕВ В.Д., ООРЖАК Ю.М.

СЕЗОННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Шангина

Актуальность. Ежегодная сезонная вакцинация от гриппа является самым надежным способом его профилактики и профилактики тяжелых осложнений, в том числе тяжелой внебольничной пневмонии.

Целью исследования являлся анализ летальности от внебольничной пневмонии среди пациентов, не привитых от сезонного гриппа.

Материалы и методы: проанализировано 120 историй болезней, умерших в 2018 году в стационарах г. Кемерово с диагнозом «внебольничная пневмония» в возрасте от 20 до 91 года.

Результаты и обсуждение. В стационарах города в 2018 г. умерло 58 пациентов. При анализе анамнеза выяснилось, что среди умерших пациентов от тяжелого течения внебольничной пневмонии не было ни

одного больного, привитого от сезонного гриппа. При поступлении в клинику большинство больных имели тяжелые проявления пневмонии, часто двухстороннее поражение, выраженную дыхательную недостаточность, гипоксемию, гиперкапнию. 12 пациентов поступили в клинику в состоянии инфекционно-токсического шока, что привело к летальному исходу в течение первого часа пребывания в стационаре.

Выводы. Отсутствие сезонной вакцинации от гриппа среди пациентов является важным предиктором летальности при внебольничной пневмонии. Формирование здорового образа жизни среди населения должно включать ежегодную сезонную вакцинацию от гриппа.

СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ»

КУЗИКОВА А.И., ПАШОВА А.С., ХАЕС Б.Б.

НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КЕМЕРОВО)

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Введение. Важным инструментом развития экономики любой отрасли в постиндустриальный период являются инновации. «Journal of Heart Health» опубликовал топ-10 инноваций в сфере кардиологии. Открытия были опубликованы на Саммите медицинских инноваций в конце 2019 года, который проходил в Кливленде, штат Огайо. Среди технологий следующие:

1. Фармакогеномное тестирование, которое позволяет определить генетический состав пациентов, чтобы адаптировать назначенное лечение на основе индивидуального метаболизма лекарств.
2. Рекомендации для пациентов с острым инсультом, в частности с использованием процедуры «Expanded Window».
3. 3D печать: продуктов для конкретного пациента (Patient-Specific Products Achieved with 3D Printing).
4. Виртуальная и смешанная реальность для медицинского образования (Visor for Prehospital Hemorrhage Scanning).
5. Роботизированные решения для хирургических вмешательств.
6. РНК-терапия, которая блокирует генетические аномалии РНК до того, как эти нарушения преобразуются в функционирующие или нефункциональные белки и другое.

Цель исследования. Анализ состояния рынка инноваций в системе охраны здоровья города Кемерово.

Материалы и методы исследования. Информация официальных сайтов медицинских организаций города Кемерово.

Результаты и их обсуждения. В ближайшей перспективе планируются следующие направления исследований:

1. Научное обоснование методов эффективного управления деятельностью организаций системы здравоохранения и медицинской науки, обеспечивающих реализацию мер по совершенствованию медицинской помощи населению при болезнях системы кровообращения в современных социально-экономических условиях развития субъектов РФ.

2. Патогенетическое обоснование разработки имплантатов для сердечно-сосудистой хирургии на основе биосовместимых материалов, с реализацией пациент-ориентированного подхода, с использованием математического моделирования, тканевой инженерии и геномных предикторов.

3. Научное обоснование комплексного подхода к разработке и внедрению современных методов диагностики, интервенционного лечения сложных нарушений ритма и проводимости сердца с целью улучшения качества и прогноза жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

4. Мультифокальный атеросклероз и коморбидные состояния. Особенности диагностики, управления рисками в условиях крупного промышленного региона Сибири.

Выводы. Медицинские организации города Кемерово успешно сочетают профилактическую, лечебную и научную деятельность, что способствует инновационному развитию экономики Кемеровской области.

КУЗЬМЕНКО С.А.

**МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА И ЦИКЛИЧНОСТЬ
КЛЕБСИЕЛЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ГОРОДА
КЕМЕРОВО ЗА ПЕРИОД 2012–2019 ГОДОВ**

Кафедра эпидемиологии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.Б. Брусина

Бактерии рода *Klebsiella* относятся к числу проблемных возбудителей, распространены по всему миру, представляют сложности в лечении пациентов и проведении противоэпидемических мероприятий.

Цель исследования – изучить многолетнюю динамику и цикличность клебсиеллёзной инфекции у новорожденных детского многопрофильного стационара г. Кемерово.

Материалы и методы исследования. За период 2012 – 2019 годов изучено 19977 исходов лечения новорожденных в детском многопрофильном стационаре. Видовая принадлежность *Klebsiella spp.* определялась на биохимическом автоматическом анализаторе VITEK 2 Compact (BioMerieux, Франция) с использованием GN карт (Gram-Negative identification card).

Результаты и их обсуждение. В многолетней динамике эпидемического процесса (2012–2019 гг.) наблюдалась тенденция к снижению инфекций, вызванных *K. pneumoniae*, у новорожденных детского многопрофильного стационара г. Кемерово. В 2013 году регистрировался максимальный уровень частоты колонизации (165,29 на 1000 пациентов) с риском инфицирования пациентов и признаками формирования госпитального штамма (снижение индекса разнообразия, рост удельного веса продуцирующих β -лактамазы расширенного спектра, рост числа пациентов с выраженными клиническими проявлениями). Средний многолетний темп прироста инфицирования пациентов *K. pneumoniae* составил 11,0%. Динамика проявлений эпидемического процесса описывается полиномиальной кривой 5-й степени $y = 0,9051x^5 - 21,207x^4 + 185,37x^3 - 740,31x^2 + 1297,8x - 643,33$ ($R^2 = 0,9611$). Значительное снижение колонизации до 88,78 на 1000 пациентов отмечалось в 2014 году. Показатель абсолютного прироста имел отрицательное значение и составил 76,51 случаев на 1000 пациентов. Темп прироста (убыли) составил 46 случаев на 1000 пациентов. Переезд из приспособленных помещений в новый неонатальный корпус по выхаживанию новорожденных детей привел к снижению инфицирования пациентов *K. pneumoniae*, ликвидации резервуара госпитального клона. Частота инфицирования *K. pneumoniae* сохранилась на стабильном уровне (71,98 – 94,81 на 1000 пациентов) в течение 4-хлетнего периода. Внедрение нового протокола антибактериальной терапии с исключением фторхинолонов, резким сокращением частоты применения карбапенемов в 2017 году сопровождалось более чем двукратным (2,35 на 1000 пациентов) снижением частоты инфицирования детей бактериями рода *Klebsiella spp.* При оценке цикличности выявлено 2 периода продолжительностью 4 года каждый, при этом первый цикл (2012 – 2015 гг.) более выраженный, имел максимальные показатели проявлений эпидемического процесса, характеризовался интенсивным периодом заболеваемости с показателем, достигающим 57,87 на 1000 пациентов. Второй период (с 2015 по 2018 гг.) менее выраженный, имел низкий уровень, с показателем 26,23 на 1000 пациентов.

Выводы. Интенсивность проявлений эпидемического процесса характеризовался тенденцией к снижению распространенности *K. pneumoniae*. Внедрение нового протокола антибактериальной терапии,

изменение схемы лечения новорожденных привело более чем к 2-х кратному снижению инфицирования пациентов.

РАЗУМНИКОВА А.А., РУМЯНЦЕВА Е.А.
**ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ГЛАВНОГО САНИТАРНОГО
ВРАЧА КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
РУКОВОДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской
информатики*

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Делегирование означает передачу задач, прав и полномочий лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение. Критическая роль делегирования обозначена в самом его определении. Оно представляет собой средство, при помощи которого руководство распределяет среди сотрудников бесчисленные задачи, которые должны быть выполнены для достижения целей всей организации. Если существенная задача не делегирована другому человеку, руководитель вынужден будет выполнять ее сам. Это во многих случаях просто невозможно, так как время и способности руководителя ограничены.

Целью исследования является обоснование применения механизма делегирования как повышение эффективности руководства медицинской организацией.

Материалы и методы исследования. В ходе работы были использованы федеральные и региональные законы и прочие нормативно-правовые акты. Источник: правовая и поисковая система «Консультант+». В ходе исследования использовались методы анализа, синтеза и обобщения.

Результаты и их обсуждение.

Руководителями медицинской организации являются главный врач, его заместители, заведующие отделениями (отделами) медицинской организации и большое число резерва на должности руководителей. Любой врач, работающий в коллективе, руководит работой медицинских сестер (среднего медицинского персонала), а медицинские сестры руководят работой младшего медицинского персонала. Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей определены Федеральным законом от 30.03.1999 №52 ФЗ (ред. От 26.07.2019) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Статья 51. Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей гласит:

1) рассматривать материалы и дела о нарушениях санитарного законодательства;

2) предъявлять иски в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства;

3) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам санитарно-эпидемиологические заключения, обязательные для исполнения в установленные предписаниями сроки;

4) при выявлении нарушения санитарного законодательства, которое создает угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), принимать в установленном законом порядке меры по приостановлению строительства, производства и разработки продукции;

5) за нарушение санитарного законодательства выносить мотивированные постановления;

6) вносить предложения в федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления о реализации мер по улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки и выполнению требований санитарного законодательства, а также предложения, касающиеся развития территорий, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, охраны и укрепления здоровья населения, охраны окружающей среды.

Самостоятельной обязанностью должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, является обязанность по рассмотрению обращений граждан и юридических лиц по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и принятию соответствующих мер. Роспотребнадзор осуществляет работу с обращениями граждан и организаций в соответствии с Инструкцией по делопроизводству.

Информирование органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и населения о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения также является самостоятельной обязанностью должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

К производным обязанностям можно отнести обязанность устанавливать причины и выявлять условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), которая возникает у должностных лиц в ходе проведения ими санитарно-эпидемиологических расследований.

Выводы. При помощи делегирования руководители подбирают людей для работы и принимают решение, кто из них будет работать, вступая в отношения «начальник – подчиненный». Часто эффективная реализация делегирования затруднена из-за противодействия как самих

руководителей, так и их подчиненных. Делегирование редко бывает эффективным, если руководство не придерживается принципа соответствия, согласно которому объем полномочий должен соответствовать делегированной ответственности.

СЕКЦИЯ «МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»

ВАГИН Е.В., САДКОВА К.

ОРГАНИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА РЫНКЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – преподаватель Н.А. Садкова

Здравоохранение представляет собой одну из сфер деятельности, которая жестко регулируется государством – вопросы управления, ценообразования, финансирования. Применявшиеся принципы и методы финансирования издержек медицинских учреждений за счет средств государственных бюджетов и внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования, обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления, в том числе маркетинга. Маркетинг в здравоохранении имеет свои отличительные особенности, связанные со спецификой потребительского спроса и рынка медицинских товаров и услуг. Его возможности во многом обусловлены формой финансирования и оплаты медицинских услуг, а также формой собственности предприятий, производящих товары медицинского назначения и оказывающих медицинские услуги.

Цель исследования – провести анализ организации маркетинговых исследований на рынке платных стоматологических услуг на примере частной стоматологической клиники ООО «Дентос» г. Новосибирск, разработать рекомендации по повышению ее эффективности.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведен экономический анализ организации маркетинговых исследований по продвижению платных стоматологических услуг частной стоматологической клиники ООО «Дентос» г. Новосибирск с применением статистического и экономико-математического методов, опроса и анкетирования.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время в России платные медицинские организации предлагают услуги более чем по 40 основным специальностям. Наибольшую долю рынка занимают стоматологические услуги (38%). Подавляющую долю рынка стоматологических услуг в г.

Новосибирске занимают частные предприятия, что неизбежно увеличивает конкурентную борьбу за потребителя. Для определения конкурентоспособности ООО «Дентос» на рынке стоматологических услуг г. Новосибирска использовался метод Иорданишвили А.К. – «Многоугольник конкурентоспособности». Было выявлено 4 основных конкурента – ООО «Академия», ООО «Жемчужина», МЦ «Эмилия» и ООО «Актуальная стоматология», которые расположены в одном районе с ООО «Дентос» и предлагают аналогичный ассортимент услуг. ООО «Актуальная Стоматология» является реальным конкурентом: все факторы получили высокую оценку экспертов. В ООО «Дентос» эксперты высоко оценили качество и ассортимент услуг. Ценовая политика примерно одинакова во всех клиниках.

С помощью метода стратегического планирования были выявлены следующие факторы: *сильные стороны* ООО «Дентос» – высокое качество обслуживания, налаженная система оказания и реализации услуг, возможность оплаты в рассрочку; *слабые стороны* ООО «Дентос» – тенденция роста издержек за счет увеличения стоимости на материальные ресурсы; *возможности* ООО «Дентос» – расширить рынок сбыта за счет внедрения новых услуг и применения новых технологий; *угрозы для* ООО «Дентос» – увеличение количества конкурентов, которые предлагают аналогичные услуги по более низким ценам.

Продвижение услуг в ООО «Дентос» проводится посредством использования следующих каналов: официальный сайт в интернете; информация в справочниках г. Новосибирска; распространение флаеров, яркая вывеска, которая привлекает случайных посетителей, а также за счет лояльности постоянных клиентов.

Для определения портрета потребителя и эффективности рекламных средств был проведен опрос и анкетирование пациентов ООО «Дентос» (опрошено и проанкетировано 450 респондентов). Основная часть пациентов – это женщины (65%), возраст – 25-55 лет (78%), большинство работают в коммерческих структурах (35%) или являются собственниками небольшого предприятия (22%) со средним достатком 25-60 тыс. руб. в месяц (91%), удельный вес высокообеспеченных пациентов составляет лишь 3%. Состоят в браке – 43% опрошенных, количество членов семьи – 3-4 чел. у 65%, 78% имеет высшее образование. Основная часть потребителей (42%) посещают стоматологическую клинику 1 раз в год, 11% – по мере необходимости.

Приоритетными источниками рекламной информации для потребителей являются средства наружной рекламы (23%), интернет-реклама (29%) и ТВ-реклама (17%). Результаты ответов на вопрос о предпочтении средств наружной рекламы, распределились следующим образом – билборды (25%), брендмауэры (23%), объемные и световые короба (18%). Результаты ответов на вопрос о предпочтении ТВ-рекламы

следующие – рекламный ролик (40%), бегущая строка (28%). Результаты ответов пользователей интернет-рекламы – социальные сети (73%), просмотр которых осуществляется ежедневно, web-сайты (41%), баннерная реклама (11%), поисковые системы и каталоги (9%).

Выводы. Основные потребители услуг ООО «Дентос» – это одинокие постоянные пациенты со средним достатком в возрасте 25-55 лет, которых устраивает место расположение, качество и ассортимент услуг, цены, уровень сервиса и организация обслуживания. Результаты анализа эффективных и приоритетных источников информации для потребителей стоматологических услуг, позволили определить использование неэффективного способа – это затраты на изготовление и распространение флаеров, так как лишь 8% респондентов обращают на это внимание, и затраты на размещение информации в невостребованных пациентами справочниках г. Новосибирска (2%).

В качестве основных рекомендаций, можно предложить руководству ООО «Дентос» обратить особое внимание на новые эффективные формы организации рекламных продуктов, что, безусловно, способствует привлечению новых клиентов (наружная реклама – билборды, брендмауэры, объемные и световые короба); ТВ-реклама – рекламный ролик или информация в бегущей строке; интернет-реклама – обратить внимание на содержание контента, доступного и эффективного поиска информации об услугах ООО «Дентос», тестирование и анализ информации в социальных сетях.

ГРЕЧКОВА Е.Г., КОВАЛЕК Т.Ю., ХАЕС Б.Б.

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОРЬБЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Вопрос состояния общественного здоровья населения Российской Федерации и демографические проблемы российского общества актуальны до сих пор, несмотря на позитивную динамику изменений последних лет. Известно, что в структуре смертности злокачественные новообразования делят вторую-третью позицию после заболеваний сердечно-сосудистой системы, травм и отравлений.

Цель исследования: изучить организацию онкологической помощи населению Кемеровской области.

Материалы и методы исследования: информация официальных сайтов органов исполнительной и законодательной власти Кемеровской области и города Кемерово.

Результаты и их обсуждение. В рамках нацпроекта «Здравоохранение» регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2019 году организовано два Центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП): в Ленинске-Кузнецком и Кемерово на базе городской больницы №2 (Кировский район). Задача ЦАОП – приблизить специализированную помощь к жителям Кемеровской области. До конца 2019 года в Кемеровской области откроются два Центра амбулаторной онкологической помощи. Кроме того, утвержден региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Его основные положения: срок начала и окончания проекта 01.01.2019 - 31.12.2024. Проект курирует заместитель Губернатора Кемеровской области (по вопросам социального развития). Руководителем регионального проекта является начальник департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Выводы. Характеристика результата федерального проекта: Министерством здравоохранения Российской Федерации в первом квартале 2019 года будет определено подведомственное федеральное учреждение и на его базе создан координационный центр для обеспечения разработки и реализации региональных программ «Борьба с онкологическими заболеваниями», разработаны требования к региональным программам «Борьба с онкологическими заболеваниями» (далее – требования), предусматривающие реализацию комплекса мер, направленных в том числе на совершенствование профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований, на повышение эффективности диагностики и лечения злокачественных новообразований, в том числе с применением эффективных методов диагностики злокачественных новообразований и использованием телемедицинских технологий, внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов лечения с использованием клинических рекомендаций, обеспечение полного цикла при применении химиотерапевтического лечения у больных со злокачественными новообразованиями, повышение доступности высокотехнологичных методов лечения для пациентов с онкологическими заболеваниями, повышение профессиональной квалификации медицинского персонала первичного звена здравоохранения, врачей-онкологов, врачей-радиологов и других специалистов, участвующих в оказании онкологической помощи населению, развитие реабилитации онкологических больных, внедрение современных программ реабилитации онкологических больных и программ психосоциальной поддержки онкологических больных. Во всех

субъектах Российской Федерации на основании требований разработаны и утверждены региональные программы "Борьба с онкологическими заболеваниями". Координационным центром в рамках государственного задания будет осуществляться мониторинг реализации мероприятий региональных программ, по результатам которого ежегодно будет составляться отчет, содержащий рекомендации о дальнейшей корректировке и реализации мероприятий. По итогам 2024 года координационным центром будет сформирован итоговый отчет о результатах реализации региональных программ "Борьба с онкологическими заболеваниями" и их эффективности.

ДОВЫДЕНКО К.О., ХУСНУТДИНОВ Т.Р., ХАЕС Б.Б.

РАЗНОСТЬ ЦЕН НА РИНОПЛАСТИКУ В КЛИНИКАХ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ Г. КЕМЕРОВО И ЕЕ ПРИЧИНЫ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Цель исследования: сравнить стоимость ринопластики среди пластических клиник города Кемерово, провести оценку стоимости услуги и выявить причины расхождения стоимости операции и объяснить их, если таковые имеются.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования являются две клиники пластической хирургии «Алеста» и «Пластическая хирургия», проводящие подобную операцию. Методом исследования являлось изучение прайс-листа и категорий ринопластики, а также консультационная беседа с администратором данных клиник.

Результаты и их обсуждение

Ринопластика – это довольно часто встречающаяся пластическая операция. Ее цели могут быть как косметическими, так и сугубо функциональными. В Москве средняя цена подобной операции варьируется в пределах 100-200 тысяч рублей. Но она может быть дороже, если её выполняет более известный и профессиональный хирург и если она сложнее, чем обычно. Коррекция кончика носа стоит в среднем 290-350 тысяч рублей, а комплексная ринопластика может дойти до 420 тысяч рублей.

В городе Кемерово ринопластикой занимаются всего 2 клиники: «Алеста» и «Пластическая хирургия». В первой клинике стоимость первичной ринопластики составляет 85 тысяч рублей, во второй же на порядок ниже: 53200 рублей. Стоимость клиники «Алеста» обусловлена несколькими факторами: площадь учреждения составляет 950м² и включает в себя операционные и послеоперационные стационары, в штате

клиники имеются 54 врача старшего персонала и крупнейшая ведущая лаборатория в Кемеровской области, но странным фактом оказалось то, что ведущий пластический хирург клиники имеет стаж 8 лет и на сайте отсутствует какая-либо информация как о персонале, так и о принципах работы учреждения. «Пластическая хирургия» же располагает меньшим штатом, состоящим из 3 пластических хирургов: Шамиль Хамитович Гайфулин (действующий член РОПРЭХ; стаж работы 38 лет); Алина Сергеевна Ворочихина (стаж работы 12 лет); Руслан Шамильевич Гайфулин (стаж работы 10 лет), но более открыта со своими клиентами. Персонал же внушает в разы больше доверия, чем у первой клиники.

Выводы. Исходя из вышеизложенной информации можно подчеркнуть тот факт, что вторая клиника – «Пластическая хирургия» располагает более профессиональным составом, но менее прорекламирована среди населения. Администратор клиники «Алеста» не смогла дать внятного ответа о причине такой стоимости ринопластики, ссылаясь лишь на “импортные” материалы и профессионального врача (имя не указано из-за этических соображений), стаж работы которого составляет всего 8 лет. Такая разница цен обусловлена лишь хорошей маркетинговой работой пластической клиники «Алеста», но никак не материальной или профессиональной базой этого учреждения.

ФАЛАЛЕЕВА П.В. БОГДАНОВА Ю.А.

СРАВНЕНИЕ ЦЕНОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЛАТНЫХ И БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРИМЕРЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Совокупность физико-химических, биохимических, биологических методов исследования отклонений в составе тканей и биологических жидкостей, а также выявление патологических возбудителей болезней осуществляется с помощью лабораторной диагностики. Лабораторные базы традиционно сохранены в государственных медицинских организациях, но при этом широкое распространение, в том числе и в Кемеровской области, получили частные кабинеты лабораторной диагностики. Самая большая доля рынка среди коммерческих лабораторий в России приходится на крупные сетевые проекты – «ИНВИТРО», «Гемотест», KDL, «Хеликс», «Ситилаб».

Цель исследования: сравнение условий предоставления и стоимости услуг лабораторной диагностики в государственных медицинских организациях и в частных диагностических кабинетах.

Материалы и методы исследования: сведения официальных сайтов <https://kdl.ru/>, <https://www.invitro.ru/>, kem-pol5.ru/

Результаты и их обсуждение.

Лаборатории KDL существуют с 2003 года и на сегодняшний день являются крупнейшей сетью из 13 лабораторных комплексов и многочисленных офисов более чем в 40 городах России. Технологические процессы в лаборатории стандартизированы и унифицированы в соответствии с лучшими международными практиками. Чтобы обеспечить высокое качество и точность результатов, мы используем только современное оборудование ведущих мировых производителей: Abbott, Beckman Coulter, Sysmex, Siemens и других.

ИНВИТРО – крупнейшая частная медицинская компания в России, специализирующаяся на высокоточной лабораторной диагностике и оказании медицинских услуг. Международный уровень качества, исключительный сервис и высокотехнологичные инновационные решения – главные приоритеты нашей работы. Внедрение передовых международных практик и стандартов позволило ИНВИТРО достичь уровня лучших европейских лабораторий, доказав, что российская лаборатория может и должна соответствовать международным стандартам.

В каждой частной клинике доступны вне очереди (и с возможностью выезда на дом) более 2000 лабораторных исследований: клинические, биохимические, иммунологические, коагулологические, гормональные, цитологические, на инфекции, микроэлементы и прочее.

Крупнейшее государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5» также предоставляет услуги по клиническим, биохимическим, бактериологическим, серологическим исследованиям биоматериала, спектр наименований значительно уже. Сравнительные характеристики по ценам услуг лабораторной диагностики приведены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительные ценовые характеристики отдельных услуг лабораторной диагностики в государственных и частных клиниках города Кемерово

Наименование исследования	Поликлиника №5	KDL¹	ИНВИТРО
Определение основных групп по системе АВ0	160,00	360,00 (+резус-фактор)	210,00+180,00 взятие крови
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	545,00	455,00	445,00+180,00 взятие крови

Исследование тиреотропного гормона в крови (ТТГ)	275,00	240,00	310,00+180,00 взятие крови
Общий (клинический) анализ крови	240,00	190,00	185,00+180,00 взятие крови

¹Сведения о стоимости взятия биоматериала отсутствуют.

Выводы. Несмотря на то что спектр услуг лабораторной диагностики в государственной медицинской организации уже и есть очередность на их получение, маркетинговым преимуществом является их невысокая, по сравнению с коммерческими фирмами, стоимость.

ШАЛГАН А.С., ДОНГАК Е.А., ХАЕС Б.Б.

СРАВНЕНИЕ ЦЕН НА ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (Европейское региональное бюро), затраты граждан на медикаменты составляют от 7,4 до 26,9% от общих расходов на здравоохранение. В эту сумму включают расходы на потребление фармацевтических препаратов, отпущенных по рецептам и приобретенных для самолечения (часто именуемых как лекарственные средства, отпускаемые без рецепта). В соответствующих случаях в эти затраты включают сумму НДС и налога с оборота. В эту статистику не входят затраты стационаров на закупку фармацевтических препаратов, так как расходы больниц на лекарственные средства и изделия медицинского назначения входят в затраты на оказание стационарной помощи. То есть удельный вес личных расходов граждан на лекарственные средства достаточно высок.

В настоящее время ассортимент лекарственных препаратов в разных аптеках схож, при этом цены на них существенно отличаются. В связи с этим перед покупателями стоит сложная задача купить недорогие, но в то же время эффективные средства.

Цель исследования – провести сравнение цен на противовирусные препараты.

Материалы и методы исследования. Исследование прайс-листов различных коммерческих аптек города Кемерово: ООО «АПТЕКА 36,6» и ООО Аптеки «Фармакопейка», размещенных на официальном интернет-портале.

Результаты и их обсуждение. Был осуществлен стоимостной анализ некоторых выбранных противовирусных препаратов (см. таблицу).

Таблица 1. Сравнительный анализ цен противовирусных препаратов

Наименование препарата	ООО «АПТЕКА 36,6»	ООО Аптека «Фармакопейка»	Абсолютное отклонение, руб.	Отклонение в %
Арбидол, капсулы 100 мг N10	161,70 руб.	224,79 руб.	-63,09	-39,02%
Кагоцел, таблетка 12 мг N10	305,00 руб.	220,30 руб.	84,70	27,77%
Ингавири н, капсула 90мг N10	722,40 руб.	609,00 руб.	113,40	15,70%
Амиксин, таблетка 60 мг N10	602,40 руб.	566,35 руб.	36,05	5,98%

Выводы. Цены на противовирусные препараты в различных аптеках города значительно различаются, разница может достигать 40%. Поэтому необходимо усилить государственное регулирование цен на ЛС и ИМН, особенно за счет установления допустимых розничных торговых надбавок.

ЯКИМОВА А.А.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИННОВАЦИИ АПТЕЧНЫХ УСЛУГ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Иркутского государственного медицинского университета, г. Иркутск

Научный руководитель – д.ю.н., доцент С.А. Сири

Стремительное расширение сети аптек вынуждает участников розничной сети искать методы успешного продвижения и упрочения на рынке. Сегодня широко известны способы маркетинга, направленные на обеспечение конкурентоспособности розничной сети. К ним, помимо профессионализма провизоров и фармацевтов, относится эффективное управление ассортиментом, оптимальное ценообразование, рациональная организация помещений аптек. Но даже они не смогут обеспечить полного

успеха, ведь немаловажным фактором успеха являются правильные, с точки зрения маркетинга, аптечные продажи.

Так, примерами могут служить яркие вставки на аптечных витринах со словами «Акция», «Товар дня», «Вам выгодно», так как именно такие надписи привлекают внимание покупателя. Товар с такими вставками чаще находится в зоне досягаемости для покупателя, что даёт покупателю возможность рассмотреть товар, а, следовательно, увеличивает вероятность покупки. Аптечные сети активно используют систему накопления бонусов, скидки в определенное время суток – эти маркетинговые мероприятия также привлекают покупателей.

В стремлении обеспечить здоровье населения существуют сезонные товары, на которые может быть снижена цена или предоставляться скидка (к примеру – витамины, противовирусные средства в сезон простуд), что также способствует реализации плана продаж на определённую группу препаратов и является плюсом для аптечного учреждения. Благодаря различного рода рекламе (СМИ, рекламные листовки в аптеке, баннеры на фасаде здания аптеки и прочее) покупатель может узнать о новых лекарствах и далее в аптеке узнать более подробную информацию у провизора.

Работники аптеки являются связующим звеном производителя лекарств и покупателей. Поэтому принципиально важным является обучение сотрудников аптеки основам маркетинга, в том числе умению общаться и обращаться с людьми, внимательно выслушивать каждого клиента и доходчиво рассказывать об интересующих медицинских товарах. В настоящее время большинство фармацевтических компаний придерживается концепции социально ответственного маркетинга, которая предусматривает установление нужд, удовлетворение потребностей и интересов потребителей, более эффективными, чем у конкурентов, способами.

Как и в случае маркетинга товаров широкого потребления, любая фармацевтическая компания стремится направить свои усилия на продажу нужного товара в необходимых количествах в удобном для этого месте в удобное время по цене, которую может и хочет заплатить потребитель.

Но важно отметить, что в фармацевтическом маркетинге акцент делается на фармацевтической помощи, а не только на лекарственных препаратах, и конечной целью является удовлетворение нужд пациента, а не производителя или фармацевта.

Важной целью любого производителя лекарственных средств является стремление к сохранению и укреплению здоровья населения. Ведь здоровье каждого гражданина – важнейшая ценность любого государства.

СЕКЦИЯ «ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕНЕДЖМЕНТА И УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

БОБОЕВ М.М., ХАЛМИРЗАЕВА С.С.
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРОВ В СКОРОЙ ПОМОЩИ

Кафедры общей гигиены

*Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Х. Салиева

Актуальность проблемы. В условиях модернизации здравоохранения в Республике Узбекистан уважение к здоровью и личности пациента являются первостепенной ценностью и должны находиться в центре отношений между медицинскими работниками и пациентом. Нелегкий труд фельдшера скорой помощи относится к одной из наиболее сложных в профессиональном и психологическом плане медицинских специальностей. Представители этой профессии заслуженно пользуются в обществе большим уважением, так как их всегда отличали высокий профессионализм, безграничная преданность своему делу, верность идеалам гуманизма, способность к самопожертвованию.

Цель исследования. В настоящее время, когда в обществе остро ощущается дефицит взаимопонимания, прогрессирует нравственное безразличие, насилие и жестокость, проблема милосердия в общественном и профессиональном плане приобретает особое значение.

Материал и методы исследования. Медицина как форма деятельности относится к социономическим профессиям, работающим в системе «человек-человек». Это особый вид профессиональной деятельности, постоянно требующий больших затрат душевных сил, направленных в том числе на психологическую помощь и поддержку человека.

Результаты исследования. К деятельности фельдшера скорой помощи в полной мере относятся все особенности социономических профессий, в том числе особое профессиональное поведение, ориентированное на оказание помощи людям; умение действовать в нестандартных ситуациях; способность сопереживать другому человеку (достаточный уровень симпатии); толерантность к различным нестандартным проявлениям поведения, внешнего облика, образа мыслей людей; наблюдательность к проявлению чувств и характера человека, его поведению. Человеческое горе, страдания, боль, смерть – вот те категории, с которыми ежедневно сталкиваются фельдшеры скорой помощи. Работа в таких ситуациях требует, помимо высочайшего профессионализма, творческого склада ума, высокого уровня саморегуляции (выдержки, эмоциональной стабильности, дипломатичности). Необходимо понимать,

что все эти качества фельдшеры скорой помощи должны сохранять в сложных социально-экономических условиях развития рыночных отношений в обществе и модернизации системы здравоохранения, когда сохраняется невысокий уровень заработной платы, низкая трудовая мотивация.

В последнее время серьёзной проблемой являются сложные условия труда: недостаточное материально-техническое оснащение, увеличение случаев столкновения с криминальными ситуациями и лицами, от которых исходит угроза психологического или физического насилия. Всё это приводит к значительным физическим и психологическим перегрузкам, неудовлетворённости результатами своего труда и даже синдрому эмоционального выгорания, обуславливая высокую текучесть медицинских кадров, недостаточную укомплектованность служб скорой помощи медицинским персоналом. В последнее время государство стало уделять больше внимания службе скорой помощи, выделяются значительные средства на повышение материально-технической оснащённости. Несмотря на это, необходим комплексный подход, обеспечивающий создание нормативно-правовой базы, гарантирующей безопасность профессиональной деятельности, страхования несчастных случаев и профессиональных ошибок.

Выводы. Необходимо решить вопросы достойной заработной платы и современных условий труда, включающих возможность психологической поддержки при негативном влиянии агрессивных факторов профессиональной деятельности. Особого внимания требуют вопросы создания организационных механизмов привлечения и закрепления молодых специалистов, ведь именно в них будущее такой сложной и прекрасной профессии – фельдшер скорой медицинской помощи.

СЕКЦИЯ «ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, РИСК- МЕНЕДЖМЕНТ»

БОРОДАНОВ М.А., ПРОПОВЕДНИКОВА Ю.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской
информатики*

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Обязательное медицинское страхование (ОМС) охватывает все население Российской Федерации, являясь обязательным и всеобщим.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) предлагается каждому человеку индивидуально. Поэтому остановимся на сравнительной характеристике двух видов страхования и попробуем разобраться, насколько необходимо гражданам ДМС или можно ограничиться услугами в рамках Территориальной программы ОМС.

Целью исследования является рассмотрение нормативных актов «Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области», а также страховых компаний, занимающихся ДМС (на примере ООО «СК "Согласие"»), и составление на их основе сравнительной характеристики.

Материалы и методы исследования.

В ходе работы были использованы нормативно-правовые акты федерального и регионального уровня, опубликованные на официальных сайтах «ТФ ОМС Кемеровской области» и ООО «СК "Согласие"».

Результаты и их обсуждения.

Обязательное медицинское страхование – это одно из видов государственного социального страхования, программа которого направлена на обеспечение граждан бесплатной медицинской и лекарственной помощью. Оно предоставляется медицинскими организациями различных форм собственности и финансируется из бюджетов государственных фондов обязательного страхования через страховые медицинские организации.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это персональная страховка, которая по желанию страхователя может покрывать лишь определённые риски или охватывать широкий спектр услуг, касающихся лечения, оздоровления и оказания первой помощи.

Территориальная программа государственных гарантий Кемеровской области на 2019 и 2020 годы включает свыше 150 медицинских организаций различных форм собственности. Перечень медицинских организаций, включенных в программы добровольного медицинского страхования ООО «СК "Согласие"» значительно шире и зависит от типа программы: VIP, расширенная и базовая. Также возможно вносить в список организации, находящиеся не только в Кемеровской области, но и за ее пределами. В отличие от ОМС, медицинская помощь за пределами субъекта РФ предоставляется свободно. В рамках же ОМС существует четкий регламент госпитализации и значительная очередность.

Финансирование ОМС происходит за счёт обязательных взносов работодателей и органов исполнительной власти. Источник финансирования добровольного страхования – сами застрахованные лица или их работодатели.

Выводы. Несомненно, программы ДМС превосходят государственные обязательства предоставления медицинской помощи в рамках ОМС по многим положениям. Но стоит отметить тот факт, что

объем обязательной медицинской помощи достаточен для поддержания здоровья граждан и медицинской профилактики заболеваний.

ХАЕС А.Б., ХАЕС Б.Б.
**СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ В ИЗРАИЛЕ**

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

*Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово
г. Хайфа, Израиль*

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), государство Израиль по средней продолжительности жизни занимает пятое место в мире у мужчин (80,6 лет) и девятое место у женщин (84,8 лет). Несмотря на то что известная формула здоровья, разработанная экспертами ВОЗ, выделяет влиянию на состояние общественного здоровья деятельности системы здравоохранения лишь 10%, это фактор является весьма весомым.

Цель исследования – изучить национальную специфику организации медицинской помощи населению в Израиле и дать рекомендации по возможным заимствованиям отдельных управленческих технологий в российскую практику.

Материалы и методы исследования. В исследование включены статистические сведения ВОЗ, отдельные законодательные акты Государства Израиль, а также научные публикации российских исследователей.

Результаты и их обсуждение. Анализ системы организации медицинской помощи населению будет состоять из следующих элементов: застрахованное население; поликлинические стационарные медицинские организации; больничные кассы; ведомство национального страхования; министерство здравоохранения Государства Израиль.

Основным источником финансирования медицинской помощи в Израиле является страхование, которое имеет статус обязательного государственного медицинского страхования. Плательщиками страховых взносов являются следующие категории граждан: частные предприниматели; наемные работники; застрахованные, не являющиеся наемными работниками и частными предпринимателями (жители, принадлежащие этой категории, обязаны самостоятельно платить медицинские взносы со своих доходов).

Средства, предназначенные для финансирования медицинских услуг, распределяются Ведомством национального страхования между больничными кассами. Страховую деятельность осуществляют

больничные кассы: «Каллит» – крупнейшая больничная касса, в которой застраховано более половины населения Израиля; «Маккаби» – вторая по величине больничная касса с численностью застрахованных 1,5 миллиона граждан; а также «Меухедет», «Леумит» и другие. Членство в больничной кассе является обязательным для всех граждан, достигших 18-тилетнего возраста.

Больничные кассы осуществляют финансово-распределительные функции в рамках государственного страхования путем прикрепления застрахованного населения.

Кассы взаимодействуют с медицинскими организациями: амбулаторно-поликлинического типа, с аптеками и диагностическими центрами, женскими и детскими консультациями, пунктами экстренной медицинской помощи, врачами частной практики. Причины: развитая первичная медицинская помощь имеет явную профилактическую направленность и способствует сбережению ресурсов, так как стационарная помощь ограничена жесткими показаниями.

Помимо обязательного государственного страхования граждане Израиля могут заключить дополнительный договор страхования, который предполагает получение медицинских услуг, не включенных в обязательный продукт. Например: лечение и протезирование зубов, лечение за рубежом, помощь по уходу за больным и другое.

Выводы. Основной механизм финансового обеспечения системы охраны здоровья населения Государства Израиль – обязательное государственное страхование граждан. Национальная система здравоохранения Израиля имеет выраженную социальную направленность: государственная политика направлена на профилактику и раннее выявление заболеваний.

СЕКЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, УПРАВЛЕНИЕ ПО ЦЕЛЯМ»

ДОГОТ Р.А.

МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и
управления здравоохранением*

*Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского
университета им. акад. И.П. Павлова*

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.И. Вишняков

На современном этапе медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, испытывают острую нехватку

врачебных кадров. Особенно актуальной эта проблема остается для медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в сельских территориях РФ и новых районах разрастающихся мегаполисов. Несмотря на проводимые Минздравом мероприятия по привлечению в первичное звено и сельские территории молодых специалистов, за последние годы не наблюдается ощутимый приток выпускников медицинских ВУЗов в отрасль.

Цель исследования – анализ мнения выпускников медицинских ВУЗов о мерах государственной поддержки молодых специалистов, проблеме дефицита врачебных кадров и отрицательных моментах работы в первичном звене и сельских территориях РФ.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 317 студентов, обучающихся на последнем курсе медицинского ВУЗа в 2019 году.

Результаты и их обсуждение. Основываясь на данных анализа анкет, заполненных студентами, мы пришли к выводу, что подавляющее большинство (81,3%) выпускников планирует получать дополнительное профессиональное образование по программам ординатуры. В то же время нельзя не отметить тот факт, что среди лиц, не планирующих обучаться в ординатуре, большинство (49,2%) в ответе на вопрос о причинах подобного решения указало на недостаточное количество финансовых средств, а почти каждый четвертый (23,7%) ответил, что не желает обучаться по программам ординатуры в принципе. Также среди выпускников заметно негативное отношение к идее возвращения обязательного распределения после окончания обучения в университете: 70% анкетированных отрицательно ответило на вопрос о возвращении процедуры распределения выпускников.

Больше половины (57,6%) респондентов указало на желание работать в многопрофильном стационаре в вопросе о будущем месте работы. В поликлинике хотело бы работать всего лишь 9,3% ответивших на вопросы анкеты, а в частном медицинском центре – 22,7%. Желающих работать в учреждениях сельского здравоохранения среди респондентов не нашлось.

В то же время интересно распределение ответов на вопрос о мерах социальной поддержки со стороны государства, которые могли бы привлечь студентов для работы на селе. Наибольший удельный вес (40,7%) ответивших на вопросы анкеты указали на материальные выплаты, на втором месте по числу ответивших – обеспечение служебным жильем (31,4%). Треть (27,9%) респондентов отметили привлекательной возможностью бесплатного обучения по программам дополнительного профессионального образования.

Один из вопросов анкеты был посвящен возможным причинам кадрового дефицита в здравоохранении. Подавляющее большинство

(67,4%) указало на неконкурентоспособную заработную плату, 7% респондентов отметили недостаточный уровень материально-технического оснащения медицинских организаций, 4,4% указали на низкий престиж профессии, а 3% – на высокую продолжительность обучения в ВУЗе. 14,3% анкетированных указали на все вышеперечисленные причины.

Выводы. Практически каждый второй (57,6%) выпускник медицинского ВУЗа желает трудоустроиться в многопрофильный стационар после окончания университета, а каждый четвертый (22,7%) – в частный медицинский центр. Тревожным остается факт желаний работать в первичном звене только у 9,3% заканчивающих обучение в ВУЗе. Актуальной проблемой остается привлечение кадров в сельские территории РФ. Потенциальными триггерами для оттока специалистов на периферию могут стать обеспечение последних служебным жильем, мерами социальной поддержки и возможностью бесплатного или льготного обучения по программам дополнительного профессионального образования.

ЗАВОДНОВ А.Н.

**СТИМУЛИРУЮЩИЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРИНЦИПЫ
И ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ**

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – преподаватель Н.А. Садкова

В государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 №2511-р, основными приоритетами в развитии здравоохранения на 2013-2020 годы названы распространение здорового образа жизни, внедрение инновационных технологий, кадрового обеспечения учреждений здравоохранения. В стране происходит реформирование системы здравоохранения, направленное, с одной стороны, на расширение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, и, с другой стороны, на повышение результативности работы бюджетных учреждений здравоохранения. Проводимые изменения нуждаются в тщательном осмыслении и оценке на предмет реального влияния на улучшение работы медицинского персонала по всем направлениям деятельности. Проблемы оплаты труда – одна из самых трудноразрешимых в экономике любой отрасли. К тому же это не только экономическая, но и социальная проблема – постоянный источник социального напряжения в обществе.

Цель исследования: проанализировать принципы и порядок организации стимулирующей системы оплаты труда на примере ГБУЗ КО ККССМП г. Кемерово, выявить проблемные области и разработать рекомендации по повышению их эффективности.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведен экономический анализ организации стимулирующей системы оплаты труда за 2016-2018 гг. на примере ГБУЗ КО ККССМП г. Кемерово с применением статистического, экономического, сравнительного методов, синтеза, опроса и анкетирования.

Результаты и их обсуждение. Для обслуживания населения (604050 чел. – по данным на 31.12.2018 г.) в ГБУЗ КО ККССМП г. Кемерово сформировано 32 бригады, из которых 31 бригада общего профиля и 1 бригада психоневрологического профиля. За анализируемый период времени общее количество бригад не изменилось. Изменения произошли лишь в структуре – в 2016-2017 гг. было сформировано 22 бригады общего профиля и 10 бригад специализированных (реанимационные, БИТ, психоневрологические, педиатрические), что связано со вступлением в силу нового Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Изменения в штатном расписании – сократили количество ставок врачебного персонала на 26,25 ставки (10,5%), младшего медицинского персонала на 100%, прочего персонала на 11,25 ставки (4,6%), количество ставок по среднему медицинскому персоналу осталось без изменения. Изменения в численности персонала: общее количество персонала уменьшилось на 56 чел. (7,5%), в том числе врачебного – на 14 чел. (12,2%), среднего медицинского на 2 чел. (0,6%), прочего персонала на 40 чел. (12,8%). За анализируемый период времени уровень квалификации врачебного персонала увеличился на 16,2%: в 2016 г. врачи высшей и первой категории составляли 54,1% от общей численности врачебного персонала, в 2018 г. – 70,3%. Коэффициенты интенсивности по медицинскому персоналу практически не изменялись и составляли: по врачебному персоналу – 2,2, по среднему медицинскому персоналу – 1,5. Ежедневно обслуживается в среднем около 540 вызовов. Бригады общего профиля обслуживают 55-60% всех поступивших вызовов. Временные показатели на протяжении трех лет остаются относительно стабильными: выезд по «скорой помощи» до 4 мин. составляет соответственно 86,8%-85,1% в год; выезд по «неотложной помощи» до 15 мин. – 72,9%-65,6%. Происходит постепенное снижение вызовов. Среднее время ожидания обслуживания выполнения вызова варьируется от 17,5 мин. до 17,9 мин.

В структуре заработной платы стимулирующие выплаты составляют 30,7%-38,2%. Прослеживается тенденция падения процентного соотношения стимулирующих выплат на 6,2%, относительное равенство

процентного соотношения стимулирующих выплат по выбранным категориям сотрудников. Разница выплат стимулирующего характера между врачебным и средним медицинским персоналом составляет от 0,9% до 1,8%, о чем можно сделать вывод: несмотря на категорию работника, все сотрудники данной организации получают стимулирующие выплаты очень близкие по своему суммарному содержанию. Для оценки принципов и порядка организации стимулирующей системы оплаты труда на ГБУЗ КО ККССМП было проведено анкетирование медицинского персонала. В ходе анкетирования было опрошено 10 врачей (из которых 60% – это лица мужского пола), 42 среднего медицинского персонала (из которых 78,6% – это лица женского пола). При оценке результатов анкетирования было выявлено, что коллектив врачей представлен в основном людьми старше 40 лет (75%). При этом стаж работы 80% опрошенных более 10 лет, а у 20% – от 5 до 10 лет. У среднего медицинского персонала старше 40 лет (78,6%), сотрудников среднего медицинского персонала работают более 10 лет (45,2%). Это связано с тем, что с увеличением стажа сотрудники получают больше выплат стимулирующего характера. Качество своей работы по 5-балльной шкале оценки врачи оценивают на 4,8 балла, фельдшеры и медицинские сестры на 4,59 балла, качество работы организации в целом по 5-балльной шкале оценили врачи на 4,0 балла, а средний медицинский персонал – на 4,4 балла. Несправедливыми получаемые стимулирующие выплаты считает 80% врачей и весь средний медицинский персонал, однако 20% врачей затруднились ответить на вопрос о справедливости стимулирующих выплат. С протоколом оценки качества работы, по итогам которого происходит распределение стимулирующих выплат, знакомы 20% врачей, 28,5% среднего медицинского персонала. В разработке Положения о премировании и материальном стимулировании сотрудников из всего персонала участвовал только 1 врач, средний медицинский персонал оказался совершенно не информированным в этом вопросе. При выявлении недостатков системы контроля качества труда для распределения стимулирующих надбавок выяснилось следующее: необъективность в оценке качества отметили 20% врачей и 28,5% среднего медицинского персонала; уравнивательность – 50% врачей и 33,5% среднего медицинского персонала; влияние личных конфликтов с руководством на оценку качества 30% врачей и 38% среднего медицинского персонала. К сверхурочной работе привлекаются все сотрудники 100% по всем специальностям. С системой стимулирования в рамках эффективного контракта не знакомы 80% врачей и 90,5% среднего медицинского персонала (80%) и 38 фельдшерам (90,5%). Система премирования и материального стимулирования недостаточно понятна для большинства персонала – 90% врачей и 95% среднего медицинского персонала. Большинство считают, что действующая система премирования и материального стимулирования не

позволяет достойно оценить их труд 90% врачей и 93% среднего медицинского персонала.

Выводы. По результатам исследования можно предложить следующие рекомендации по совершенствованию порядка организации стимулирующих выплат в ГБУЗ КО ККССМП: предложить руководству организации еще раз обсудить Положения о премировании и материальном стимулировании на уровне коллектива; руководителям на уровне отделения проинформировать коллектив, где можно ознакомиться с Положениями о премировании и материальном стимулировании; пересмотреть перечень стимулирующих выплат и привести их в соответствие с действующим законодательством, так как в учреждении применяется стимулирующая система оплаты труда, установленная еще НП «Здоровье», внедрить в систему стимулирования Индивидуальный коэффициент нагрузки.

СЕМИНА А. В.

**ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ НА СОВРЕМЕННОМ
ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Иркутского государственного медицинского университета, г. Иркутск

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.В. Макаров

Медицинские кадры являются уникальным и наиболее важным ресурсом системы здравоохранения. Несмотря на то что показатель обеспеченности населения врачами в РФ больше, чем в экономически развитых странах, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения в нашей стране отстают от них, что свидетельствует о низкой эффективности отечественной системы здравоохранения. Во многом это обусловлено проблемами медицинских кадров, включая их относительный и абсолютный дефицит (Щепин В.О., 2013).

Дефицит медицинских кадров наблюдается в странах, где население имеет низкие доходы, что способствует оттоку специалистов в соседние, более благополучные в экономическом отношении государства. По данным исследования Е.В. Репринцевой (2018), по показателю обеспеченности врачами Россия находится на третьем месте среди стран Европы (46,4 врача на 10 000 населения), лидирующую позицию занимает Греция (62,5 на 10 000 населения), далее следует Австрия (51,5 на 10 000 населения). Автор исследования указывает, что обеспеченность здравоохранения кадрами не влияет на основной показатель здоровья населения – продолжительность жизни. Россия, входя в первую тройку стран по обеспеченности врачами, находится на последнем месте по продолжительности жизни населения среди 32 стран Европы. Важно

учитывать тот факт, что в нашей стране необходимость высокого показателя обеспеченности населения врачами обусловлена особенностями, не свойственными другим странам Европы: огромная площадь, неоднородная плотность населения, различные климатические условия, менталитет, оказание бесплатной медицинской помощи в рамках системы государственных гарантий и другими (Манилкина К.Ю., 2017).

В отечественной системе здравоохранения, несмотря на то что к настоящему времени накоплены результаты многочисленных исследований, посвященных анализу деятельности медицинских кадров, проблемы в сфере кадрового обеспечения сохраняются (Шейман И.М., Шевский В.И., 2015). Наиболее значимыми из них являются следующие: общий дефицит медицинских кадров в регионах, нарастающая разница между обеспеченностью медработниками субъектов Российской Федерации, диспропорциональное соотношение врачей и среднего медперсонала, дисбаланс между числом узких специалистов и числом врачей общего профиля, концентрация врачей в стационарах и дефицит в амбулаторно-поликлиническом звене, нехватка медработников в сельской местности (Панков В.А. и соавт., 2010; Ермолина Т.А. и соавт., 2012; Поляков И.В. и соавт., 2012; Эхте К.А. с соавт., 2012; Доцанникова О.А. и соавт., 2017; Калашников К.Н., Лихачева Т.Н., 2017; Репринцева Е.В., 2018; Финченко Е.А. и соавт., 2017; Ларина В.Н. и соавт., 2018; Иванова М.А., Люцко В.В., 2019).

Следствием длительного экстенсивного пути развития отечественной системы здравоохранения явилось неэффективное использование врачебных кадров, выражающееся в их относительной нехватке, сочетающейся с высоким уровнем показателя обеспеченности (Шейман И.М., Шевский В.И., 2014). Анализ действительной потребности в медицинских кадрах проводится по методикам, утвержденным Минздравом РФ. Ежегодно проводимая детальная оценка кадровой потребности на региональном и федеральном уровне по должностям и специальностям всех медицинских организаций необходима для понимания истинной ситуации с кадрами в отрасли и грамотного восстановления их дисбаланса и дефицита всеми уровнями управления (Семёнова Т.В., 2019).

Помимо общего дефицита медицинских кадров, в последние годы наблюдается нарушение соотношения врачей и средних медицинских работников, сопровождающееся значительным отклонением от рекомендуемого уровня в сторону врачебных кадров. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), численность врачей всех специальностей в 2017 г. составила 680,9 тысяч человек (обеспеченность – 46,4 на 10000 населения), что практически на 35 тысяч меньше, чем в 2010 г. (715,8 тысяч; обеспеченность – 50,1 на 10000 населения). Численность среднего медицинского персонала в 2017 г.

составила 1537,9 тысяч человек (обеспеченность – 104,8 на 10000 населения), что почти на 30 тысяч больше, чем в 2010 г. (1508,7 тысяч человек; обеспеченность – 105,6 на 10000 населения).

В исследованиях выявлена возрастающая разница в обеспеченности медицинскими кадрами между различными Федеральными округами, субъектами РФ и муниципальными образованиями (Зудин А.Б., 2017).

Наиболее обеспечены врачами регионы, в которых имеются медицинские вузы. Республика Северная Осетия-Алания, Московская, Ленинградская, Астраханская, Томская, Амурская области имеют достаточно высокие показатели обеспеченности населения врачами. В тех регионах, на территории которых высших и средних медицинских образовательных учреждений нет, в кадровом составе преобладают работники более старшего возраста (Калашников К.Н., Лихачева Т.Н., 2018).

В Сибирском Федеральном округе укомплектованность населения врачами несколько ниже среднероссийского уровня показателя (в СФО 36,9 на 10 000 населения, в РФ – 37,2). При этом показатель укомплектованности участковыми врачами в Алтайском и Забайкальском краях значительно ниже, чем по СФО в среднем, тогда как самый высокий коэффициент совместительства выявлен в Кемеровской области (Финченко Е.А и соавт., 2017).

М.А. Иванова и В.В. Люцко (2019) в результате исследования установили, что за период с 2007 по 2016 гг. в стране наблюдалось снижение общероссийских показателей укомплектованности участковыми врачами-педиатрами, при этом наибольший дефицит испытывал Алтайский край, наименьший – Магаданская и Московская области. Коэффициент совместительства за исследуемый период имел тенденцию к росту во всех Федеральных округах.

С.А. Беляевым (2018) проанализирована динамика обеспеченности средним медицинским персоналом населения Центрального федерального округа за период с 2010 по 2015 гг. Показано, что в 12 из 18 входящих в его состав субъектов РФ она носила отрицательный характер (за исключением Брянской, Владимирской, Московской, Орловской, Смоленской и Тамбовской областей). Анализ опыта регионов с положительной динамикой данного показателя выявил её зависимость от проводимой политики в сфере здравоохранения в этих областях: социальная поддержка студентов средних специальных образовательных учреждений, а также тех, кто данную профессию уже приобрел и работает в медицинской отрасли.

В структуре как врачебных, так и сестринских кадров авторами отмечается наличие выраженных диспропорций, в частности, высокая численность «узких» специалистов, и недостаток медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

(Папеева К.О. и соавт., 2014). Согласно данным Росстата, в 2017 г. число врачей терапевтического профиля составляло в России 163,5 тысяч человек, тогда как в 2010 г. этот показатель не превышал 164,8 тысяч человек. Обеспеченность врачами данного профиля с 2010 по 2017 гг. снизилась, при этом снижение составило 0,4 на 10000 человек населения (2010 г. – 11,5 на 10000 населения, 2017 г. – 11,1). Также за исследуемый период снизилась обеспеченность врачами акушерами-гинекологами (с 5,7 до 5,5 на 10000 населения), психиатрами-наркологами (с 1,7 до 1,5), врачами медико-профилактических специальностей (с 1,2 до 0,9), а также стоматологами (с 4,2 до 4,1 на 10000 населения).

По данным исследователей, также имеет место излишняя концентрация медицинских работников в стационарных учреждениях при их нехватке в амбулаторно-поликлинических. В Сибирском федеральном округе наблюдается значительный кадровый перевес в сторону врачей стационаров (Финченко Е.А. и соавт., 2017). Высокие показатели коэффициента совместимости регионов данного округа отражают дефицит кадров амбулаторно-поликлинического звена. По данным В.И. Вечорко и Ю.В. Мирошниковой (2017), в Москве с 2013 по 2015 гг. наблюдались аналогичные проблемы, за данный период обеспеченность врачами амбулаторного звена была нестабильной, тенденции к росту не замечалось.

Значительную выраженность имеет нехватка медицинских кадров (особенно врачебных) на селе. Низкий уровень развития инфраструктуры, минимальные возможности для карьерного роста, низкий социально-экономический уровень развития сельской местности осложняются выраженным дефицитом медицинских кадров (Клейменов М.В., 2017). По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения (2017), в России обеспеченность врачами составляла 49 на 10000 человек, тогда как в сельской местности лишь 14. Данные территории недостаточно обеспечены медработниками, удалены от городов, где располагаются медицинские университеты и колледжи (Калашников К.Н., Лихачева Т.Н., 2018).

Дошанникова О.А. и соавт. (2017) указывают, что основными причинами дефицита кадров на селе является профессиональная изолированность и трудности в повышении квалификации вследствие отдаленности территорий. Уровень пенсионного обеспечения вынуждает врачей пенсионного возраста не уходить на заслуженный отдых, а продолжать профессиональную деятельность, оставаясь основной рабочей силой здравоохранения в сельской местности (Ясакова А.Р., Шестакова Е.В. 2017). Привлечение медицинских работников на село реализуется через программу «Земский доктор» и проект «Земский фельдшер». Социальная поддержка специалистов включает в себя получение ими жилой площади, льготное кредитование, компенсация аренды жилья и услуг ЖКХ (Семёнова Т.В, 2019).

Важным направлением развития кадрового потенциала в здравоохранении является совершенствование вопросов подготовки медицинских кадров. Авторами отмечается несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения. Расширение возможностей для повышения профессионального уровня медицинских работников исследователи связывают с внедрением системы непрерывного медицинского образования, где реализуется освоение ими различных компетенций (Семёнова Т.В., 2019). Благодаря политике, проводимой в сфере здравоохранения, степень вовлеченности врачей в данную систему растет. С 2017 по 2019 гг. количество зарегистрированных на портале возросло более чем в три раза, и составило около 350 тысяч пользователей.

Для достижения высокого уровня качества и доступности медицинских услуг огромное значение имеет эффективная организация деятельности медицинского персонала на всех этапах оказания медицинской помощи. Желание уйти из профессии у медработников возникает по ряду причин: стресс, низкая заработная плата, профессиональное выгорание, ухудшение условий труда, состояние здоровья. В результате выхода на пенсию и ранней инвалидизации опытных специалистов отрасль страдает от дефицита высококвалифицированных кадров. Многие выпускники после окончания медицинских образовательных организаций высшего или среднего образования не работают по приобретенной профессии, предпочитая иные специальности (Титова Е.Я., 2017).

Важнейшим ресурсом в решении стратегических задач государственной политики в сфере здравоохранения является здоровье самих медицинских работников, сохранение которого считается столь же необходимым, как и сохранение здоровья всего населения страны. К важнейшим проблемам отрасли также относятся относительно низкий уровень заработной платы (Созарукова Ф.М., 2018) и обусловленные ей сниженные материально-экономические возможности медицинских работников, зачастую сопровождающиеся неудовлетворительными жилищными и прочими социально-бытовыми условиями. Взаимосвязанная с низким уровнем оплаты труда высокая нагрузка, в особенности психоэмоциональная, вместе с отсутствием возможностей для реализации факторов, укрепляющих здоровье (благоприятный режим труда и отдыха, кратность и качество питания, физическая активность) приводят к наличию проблем со здоровьем у многих представителей профессии уже в трудоспособном возрасте (Тульчинская А.В., 2017).

С. М. Богословский ещё в начале XX века заметил, что работники медицинской сферы в большинстве случаев не обращаются к коллегам для получения помощи в лечении своих недугов, предпочитая справляться

собственными силами. Данный факт приводит к тому, что случаи заболевания младшего, среднего и высшего медперсонала статистически не учитываются, профессиональные болезни на ранних этапах их развития не выявляются, ненайденные патологии прогрессируют, приводя к раннему выходу на пенсию и инвалидизации медработников (Поляков И.В. и соавт., 2012).

Сотрудники сферы здравоохранения несколько пренебрежительно относятся к своему собственному здоровью. Посещение ими ежегодных медицинских профилактических осмотров не является гарантом выявления всех заболеваний. Врачи и средний медперсонал недооценивают степень болезни, относятся к ней как к чему-то совершенно обыденному, так как сталкиваются в работе с более серьезными патологиями или же, привыкая видеть вокруг больных, воспринимают это как норму. Ежедневный контакт с большим количеством людей, работа в секционных залах с сильно контаминированными тканями предполагает высокий риск развития инфекционных болезней, но вследствие загруженности и нежелания признавать себя нездоровым, медработники могут упустить момент, когда следовало начать терапию, что делает возможным развитие осложнений (Ларина В.Н. и соавт., 2018).

Полиморбидность патологий, а также невысокий эффект от лекарственной терапии приводят к тому, что болезни у медицинских работников протекают дольше и тяжелее, развиваясь не по «классическому» пути (Эхте К.А., 2012). На основании того, что среди врачей распространено самолечение, можно сделать вывод о том, что далеко не во всех случаях болезни они своевременно начинают эффективную фармакологическую и нефармакологическую терапию.

Работники сферы здравоохранения подвергаются действию фармацевтических препаратов (например, аэрозоли лекарственных веществ), дезинфицирующих средств различной природы, красителей, кислот и щелочей, что способствует возникновению дерматитов, бронхиальной астмы и другой патологии (Панков В.А. и соавт., 2010).

В диагностических, терапевтических и хирургических целях используются устройства с электромагнитными излучениями, в результате работы с которыми медицинский персонал получает различную по величине лучевую нагрузку. Неисправность оборудования и несоблюдение техники безопасности может повлечь за собой облучение недопустимыми дозами сотрудников данных отделений, что спровоцирует развитие лучевой болезни. Облучение малыми дозами длительное время вызывает снижение защитных свойств организма, вследствие чего возникают единичные случаи онкологических заболеваний (Ермолина Т.А. и соавт., 2012).

Вышеуказанные профессиональные вредности негативно влияют на состояние здоровья медицинских работников. Суммарный риск

возникновения у них заболеваний как инфекционной, так и неинфекционной природы намного выше, чем у работников любой другой сферы. Развитие хронических и острых заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, костно-мышечной, мочеполовой и нервной систем у медицинских работников может повлиять на оказание качественной медицинской помощи населению, ранний выход медработников на пенсию, их преждевременную смерть, что также является причиной диспропорций и кадрового «голода» в сфере здравоохранения (Петрова Н.Г., Погосян С.Г., 2016).

Обобщая вышеизложенное, хочется отметить, что проблемы медицинских кадров в отечественном здравоохранении являются разноплановыми и уходят корнями в предшествующие периоды развития отрасли. Несмотря на сложность имеющихся проблем и их многофакторный характер, очевидным является то, что первым шагом на пути их решения является глубокий и всесторонний анализ, позволяющий правильно расставить приоритеты и выбрать наиболее эффективные способы решения выявленных проблем. Наиболее перспективным направлением повышения эффективности деятельности медицинских кадров является консолидация усилий, предпринимаемых органами управления здравоохранением, администрацией медицинских организаций, исследователями и самими медицинскими работниками, не только заинтересованными в улучшении организации и условий собственного труда, но и проявляющими инициативу в данной сфере.

Литература:

1. Беляев С.А. Проблемы обеспеченности населения средним медицинским персоналом / С.А. Беляев // Карельский научный журнал. - 2018. - №1 (22) - С. 91-95.
2. Доцанникова О.А., Филиппов Ю.Н., Хлапов А.Л. К вопросу о совершенствовании комплекса мероприятий, направленных на привлечение молодых специалистов в систему сельского здравоохранения / О.А. Доцанникова, Ю.Н. Филиппов, А.Л. Хлапов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2017. - №4. - С. 66-76.
3. Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г., Красильников С.В. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.Г. Калинин, С.В. Красильников // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - №3. - С. 197-200.
4. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 – 2017. – С. 170.
5. Зудин А.Б. Проблемы кадрового обеспечения как современная тенденция в развитии национальных систем здравоохранения / А.Б. Зудин

// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2017. - Т. 25. - № 3. - С. 172-174.

6. Иванова М.А., Люцко В.В. Анализ обеспеченности и укомплектованности врачами-педиатрами участковыми в Российской Федерации за период 2007- 2016 гг. / М.А. Иванова, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - №1. - С. 167-185.

7. Калашников К.Н., Лихачева Т.Н. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях / К.Н. Калашников, Т.Н. Лихачева // Вопросы территориального развития. – 2017. – №2 (37). – С. 1-18.

8. Клейменов М.В. Медицинское обслуживание на селе: проблемы и противоречия / М.В. Клейменов // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2017. Т. 6. № 1 (18). С. 341-344.

9. Ларина В.Н., Глибко К.В, Купор Н.М. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников / В.Н. Ларина, К.В. Глибко, Н.М. Купор // Лечебное дело. - 2018. - №4. - С. 18-24.

10. Панков В.А., Кулешова М.В., Мещакова Н.М., Сорокина Е.В., Тюткина Г.А. Профессиональный риск медицинских работников / В.А. Панков, М.В. Кулешова, Н.М. Мещакова, Е.В. Сорокина, Г.А. Тюткина // Acta Biomedica Scientifica. - 2010. - №1. - С. 49-53.

11. Папеева К.О., Подушкина И.В., Костромичев А.В., Квасов С.Е. Качественная характеристика трудовых ресурсов здравоохранения в России на современном этапе / К.О. Папеева, И.В. Подушкина, А.В. Костромичев, С.Е. Квасов // Медицинский альманах. - 2014. - № 3 (33). - С. 10-13.

12. Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Состояние здоровья и проблемы подготовки среднего медицинского персонала / Н.Г. Петрова, С.Г. Погосян // Медицинские науки. - 2016. - №5. - С. 109-117.

13. Поляков И.В., Добрицина А.А., Зеленская Т.М. Оценка состояния здоровья медицинских работников скорой медицинской помощи и влияющих на него факторов / И.В. Поляков, А.А. Добрицина, Т.М. Зеленская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - №1. - С. 25-28.

14. Репринцева Е.В. Сравнительная оценка обеспеченности врачами здравоохранения РФ и стран Европы / Е.В. Репринцева // Азимут научных исследований: экономика и управление. - 2018. - Т. 7. - № 3(24). - С. 240-243.

15. Семёнова Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении / Т.В. Семёнова // Вестник Росздравнадзора - 2019. - №4. - С. 49-59.

16. Созарукова Ф.М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения / Ф.М. Созарукова // Вестник экспертного совета. - 2018. - №4 (15). - С.104-109.

17. Титова Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения / Е.Я. Титова // Анализ риска здоровью. - 2017. - № 1. - С. 125-131.
18. Тульчинская А.В. Эпидемиологические и клинико-иммунологические аспекты профессиональных аллергических заболеваний у медицинских работников: автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.02.04) / Тульчинская Анастасия Валериевна; ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора. – Екатеринбург, 2017. – 28 с.
19. Финченко Е.А., Шалыгина Л.С., Садовой М.А., Мамонова Е.В., Шалыгина А.В. Некоторые аспекты кадрового обеспечения здравоохранения в Сибирском федеральном округе / Е.А. Финченко, Л.С. Шалыгина, М.А. Садовой, Е.В. Мамонова, А.В. Шалыгина // Бюллетень сибирской медицины. - 2017. - №4. - С. 280-288.
20. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И.М. Шейман, В.И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. - 2015. - № 1. - С. 143-167.
21. Шейман И.М., Шевский В.И. Почему в России не хватает врачей? / И.М. Шейман, В.И. Шевский // Экономическая политика. - 2014. - № 3. - С. 157-177.
22. Щепин В.О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения /В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2013. - № 6. - С. 24-28.
23. Эхте К.А., Дербенев Д.П, Балашова Л.А. Медико-социальная характеристика сообщества врачей различных специальностей / К.А. Эхте, Д.П. Дербенев, Л.А. Балашова // Социология медицины. - 2012. - № 1. - С. 23-26.
24. Ясакова А.Р., Шестакова Е.В. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения /А.Р. Ясакова, Е.В. Шестакова // Проблемы Науки. - 2017. - №38 (120). - С. 26-31.
25. Манилкина К.Ю. Особенности кадровой политики в здравоохранении России / К.Ю. Манилкина // Вестник науки и образования. - 2017. - №5 (29). - С. 50-55.

СЕКЦИЯ «ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦИЕЙ»

ПЕТРОВ А.Г., ХОРОШИЛОВА О.В.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСКИНЕЗИЙ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ОТРАСЛИ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Кафедра фармации

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – доктор фарм. наук А.Г. Петров

С целью улучшения здоровья работников угольной отрасли с профессиональной дискинезией необходимо эффективное использование имеющихся средств и внедрения экономических методов управления. В статье проведен фармакоэкономический анализ лечения пациентов с профессиональной дискинезией на стационарном уровне. Показана система расчетов стоимости терапии и диагностических процедур.

Цель исследования: определение фармакоэкономической оценки технологии лечения профессиональной дискинезии работников угольной отрасли в условиях стационара посредством эффективного использования ресурсов медицинской организации.

Материалы и методы исследования. Использовались теория маркетинга, контент-анализ истории болезни, фармакоэкономические методы, метод «анализ-стоимость» болезни. Источником информации служили истории болезни, лечившихся по данному диагнозу в стационаре в 2011-2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Среди профессиональных заболеваний значительный удельный вес занимает профессиональная дискинезия опорно-двигательного аппарата. Заболевания от физических перегрузок и перенапряжения – это большая группа профессиональных заболеваний, возникновение которых непосредственно связано с различными факторами трудового процесса.

Экономическая оценка технологии лечения пациентов становится важным источником информации, помогающим в принятии управленческих решений в здравоохранении.

К основным затратам относят стоимость диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в специализированных стационарах.

Стоимость диагностики рассчитывается как сумма цен на отдельные медицинские услуги в виде клинических анализов, рентгенодиагностики, ультразвукового исследования.

При лечении профессиональной дискинезии опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли используются различные средства:

опиоидные и неопиоидные анальгетические средства, нейрометаболические средства, седативные средства и другие.

Стоимость всех диагностических процедур работников угольной отрасли с профессиональной дискинезией опорно-двигательного аппарата составляет 2634 рубля.

Проведены расчеты стоимости лекарственной терапии на курс лечения (по одной истории болезни) больных с профессиональной дискинезией опорно-двигательного аппарата.

Средняя стоимость курса лечения работников угольной отрасли с полинейропатией верхних и нижних конечностей опорно-двигательного аппарата составила 4611 руб., а средняя стоимость одного койка дня 461,1 руб.

Фармакоэкономические исследования при оказании специализированной медицинской и фармацевтической помощи работникам угольной отрасли с профессиональными заболеваниями с профессиональной дискинезией опорно-двигательного аппарата в стационаре, могут служить важным резервом для более эффективного использования финансовых и материальных ресурсов медицинской организацией.

Выводы. Таким образом, сумма денежных средств, сформированная в ходе фармакоэкономических исследований и экономической оценки технологии лечения профессиональной дискинезии опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли, является экономически обоснованной и может быть использована медицинскими организациями для корректировки выделяемых финансовых ресурсов.

ПЕТРОВ А.Г., ХОРОШИЛОВА О.В.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННЫХ МОНОНЕЙРОПАТИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ОТРАСЛИ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Кафедра фармации

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – доктор фарм. наук А.Г. Петров

В исследовании показаны результаты фармакоэкономической оценки фармакотерапии при лечении компрессионных мононевропатий опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли на стационарном уровне. Показана система расчетов стоимости терапии и диагностических процедур.

Цель исследования – определение фармакоэкономической оценки технологии лечения компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли в условиях

стационара посредством эффективного использования ресурсов медицинской организации.

Материалы и методы исследования. Исследование фармакоэкономической оценки технологии лечения компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли проводилось на базе организаций, осуществляющих медицинское обслуживание. Использовались теория маркетинга, контент-анализ истории болезни, фармакоэкономические методы, метод «анализ-стоимость» болезни. Источником информации служили истории болезни, лечившихся по данному диагнозу в стационаре в 2011-2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Фармакоэкономическая оценка фармакотерапии профессиональных заболеваний компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата включает постановку следующих задач: анализ эффективности и качество использования лекарственных препаратов при лечении профессиональных заболеваний компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата на всех этапах оказания медицинской и лекарственной помощи; формирование взаимосвязанных клинических и экономических требований к эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости и другие.

Сущность фармакоэкономического анализа технологий лечения компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата заключается в суммарном учете всех затрат на лечение больных при данном заболевании в условиях госпитализации. К основным затратам относят стоимость диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в специализированных стационарах.

При лечении компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли используются различные средства: опиоидные и неопиоидные, анальгетические средства, нейрометаболические средства, седативные средства и другие.

Стоимость диагностических процедур включает 9 параметров, стоимость всех диагностических процедур работников угольной отрасли с компрессионной мононевропатией опорно-двигательного аппарата составляет 2634 рубля. Средняя стоимость курса лечения работников угольной отрасли с компрессионной мононевропатией опорно-двигательного аппарата составила 4611 руб., а средняя стоимость одного койка-дня 461,1 руб.

Фармакоэкономические исследования при оказании специализированной медицинской и фармацевтической помощи работникам угольной отрасли с компрессионной мононевропатией опорно-двигательного аппарата в стационаре, могут служить важным резервом для более эффективного использования финансовых и материальных ресурсов медицинской организацией.

Выводы. Таким образом, сумма денежных средств, сформированная в ходе фармакоэкономических исследований и экономической оценки технологии лечения компрессионной мононевропатии опорно-двигательного аппарата работников угольной отрасли, является экономически обоснованной и может быть использована медицинскими организациями для корректировки выделяемых финансовых ресурсов.

САМОНИНА А. С
**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБОРОТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ В РФ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Иркутского государственного медицинского университета, г. Иркутск*
Научный руководитель – д.ю.н., доцент С.А. Сири

Поддержание и улучшение состояния здоровья человека относится к наиболее важным проблемам и задачам развития общества. В ст. 41 Конституции РФ закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья, которое немыслимо без использования лекарственных средств «до 90% назначений врачей приходится на лекарственную терапию» [4]. Основным законом, затрагивающим оборот лекарственных средств, является Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обращении лекарственных средств». В соответствии со ст. 1 сферой действия настоящего закона являются отношения, возникающие в связи с разработкой, производством, изготовлением, доклиническими и клиническими исследованиями лекарственных средств, контролем их качества, эффективности, безопасности, торговлей лекарственными средствами и иными действиями в сфере обращения лекарственных средств.

Законодатель выделяет следующие направления оборота лекарственных средств: разработка, производство, доклинические и клинические исследования, контроль качества, эффективности и безопасности, торговлю лекарственными средствами. Статья 4 этого же Закона содержит определение обращения лекарственных средств. Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" определяет направления и принципы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных средств и в области противодействия их незаконному обороту. Следует отметить, что к субъектам обращения лекарственных средств применены все виды юридической ответственности: гражданско-правовая, административная, дисциплинарная, уголовная. Например, УК РФ предусматривает такие составы, как: статья 233 УК РФ «Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение

наркотических веществ или психотропных веществ»; статья 234 УК РФ «Незаконный оборот сильнодействующих веществ в целях сбыта». Государственная регистрация наркотических средств и психотропных веществ, применяемых в медицине в качестве лекарственных средств и подлежащих государственному контролю в соответствии настоящим Законом, сопровождается внесением указанных средств и веществ в соответствующие списки в соответствии с вышеуказанным Законом. "Государственной регистрации подлежат: новые лекарственные средства; новые комбинации зарегистрированных ранее лекарственных средств; лекарственные средства, зарегистрированные ранее, но произведенные в других лекарственных формах с новой дозировкой или другим составом вспомогательных веществ; воспроизведенные лекарственные средства" [3].

"Лицензированию подлежат те виды деятельности, осуществление которых может повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию народов РФ и регулирование которых не может осуществляться иными методами, кроме как лицензированием" [2]. Основными регламентирующими документами в сфере лицензирования видов деятельности, связанных с оптовой торговлей и аптечными учреждениями, являются: Федеральный закон от 22 декабря 2011 г. N 1085 "О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений". ФФОМС выступил с предложением реализовать в России новый проект в сфере лекарственного обеспечения россиян – программу лекарственного страхования. В данной концепции предлагается сделать участниками программы всех застрахованных в системе ОМС российских граждан. "Возможно, использовать как модель лекарственного страхования, так и аналог системы возмещения". "Предполагается, что эта система будет работать на основе перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств" [1].

Правовое регулирование оборота лекарственных средств в Российской Федерации в настоящее время носит комплексный характер и осуществляется преимущественно нормами гражданского и административного законодательства.

Литература:

1. Основные направления и итоги лекарственной политики Минздравсоцразвития России // Главный врач. 2012. N 6. С. 3-4.
2. Солонина А.В. Правовые аспекты регулирования фармацевтической деятельности. Пермь, 2009. С. 900-902.
3. Солонина А.В. Законодательное и нормативно-правовое обоснование деятельности фармацевтических организаций. Пермь, 2004. С. 245.

4. Бахтина В.И. Цивилистические исследования в современном обществе. Россия и мир в XXI веке. 8-я Межвузовская научная конференция студентов и аспирантов. М., 2010. С 5.

СДЕРЖИКОВА К.С., ЧЕРНЫШОВА С.А.
**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЬГОТНОГО ОТПУСКА ЛЕКАРСТВ В
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской
информатики*

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово
Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Правовые нормы, регламентирующие обеспечение населения Кемеровской области льготными лекарственными средствами, формируют крупную межотраслевую систему гражданских, административных и налоговых правовых актов. Остановимся на вопросах, связанных с социальными обязательствами государства по обеспечению лекарствами и предметами медицинского назначения. Одним из механизмов, гарантирующих доступность лекарств, является обеспечение ими некоторых категорий граждан бесплатно или за 50% от стоимости препарата.

Целью исследования является рассмотрение отдельных нормативно-правовых документов, касающихся льготного обеспечения лекарственными препаратами населения Кемеровской области.

Материалы и методы исследования.

В ходе работы были использованы федеральные и региональные законы и прочие нормативно-правовые акты. Источник: правовая поисковая система «Консультант Плюс». В ходе исследования использовался метод анализа, синтеза и обобщения.

Результаты и их обсуждение.

Льготное лекарственное обеспечение – обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, осуществляющееся в рамках федеральных и региональных программ, реализуемых на территории Кемеровской области (Приложение 1 к приказу департамента охраны здоровья населения Кемеровской области №98 от 2 января 2012).

Показатели затрат на льготное лекарственное обеспечение планируются, утверждаются и направляются в Коллегию Администрации Кемеровской области департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области каждый год. (В редакции Закона Кемеровской области от 17.04.2006 г. N 49-ОЗ).

Закупка лекарственных препаратов и средств медицинского назначения для льготников осуществляется в соответствии с Федеральным Законом № 44 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Для этого в Кемеровскую область отправляются средства из федерального бюджета. Размер целевой субсидии на покупку лекарственных препаратов определяется Распоряжением Правительства РФ.

Согласно Приказу от 01 июля 2003 года № 471 «О льготном лекарственном обеспечении населения Кемеровской области» бесплатные медикаменты смогут получить следующие категории льготников: военнослужащие действующей армии; инвалиды и ветераны ВОВ и боевых действий на территориях других государств; члены семей военнослужащих, погибших по причине исполнения обязанностей военной службы; лица, работавшие на предприятиях Ленинграда в периоды блокады; Герои СССР, Герои РФ; бывшие несовершеннолетние узники концлагерей; дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет; инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети-инвалиды (до 18 лет); граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернойбыльской катастрофы; непосредственные участники подземных испытаний ядерного оружия, ликвидации аварий на ядерных установках надводных и подводных кораблей и др.

По направлениям диагнозов на бесплатное выделение лекарств могут рассчитывать больные, страдающие следующими заболеваниями: детские заболевания ЦНС, ДЦП, муковисцидоз, СПИД, ВИЧ-инфекции, гепатоцеребральная дистрофия, гемофилия, онкологические заболевания (химиотерапия), миелолейкоз, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева, системные тяжелые заболевания кожи, острый инфаркт миокарда (первые 6 мес.), пересадка органов и тканей, состояние после операции по протезированию клапанов сердца, рассеянный склероз, миопатия, миастения, лучевая болезнь, шизофрения и эпилепсия. Также в Приложении № 2 к Постановлению Правительства № 890 указаны категории граждан, которые смогут приобрести лекарства со скидкой 50%, если такой рецепт выдаст врач.

Выводы. Система, обеспечивающая население в Кемеровской области льготными лекарственными средствами, является стабильной и функциональной. Также стоит сказать о положительных сторонах существующей системы здравоохранения, которая реализует комплекс целевых задач по доступности для граждан качественной, гарантированной и экономически эффективной помощью в лекарственном обеспечении.

ХАЕС Б.Б.

НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра фармакологии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.М. Третьяк

Слово «антибиотики» имеет греческие корни: *αντίβιοτα* «против» и *βίος* «жизнь». Это вещества, подавляющие рост живых клеток, чаще всего прокариотических или простейших. Создателем первого антибиотика считается Александр Флеминг, который выделил из плесневых грибов вещество, убивающее бактерий. Это вещество получило название пенициллин. Позже антибиотики стали получать из веществ микробного, животного или растительного происхождения. В настоящее время на смену медикаментам, вырабатываемым из природного сырья, пришли более сильные синтетические препараты, которые уничтожают практически все микроорганизмы.

В зависимости от механизма действия принято различать следующие группы антибиотиков:

- антибиотики, нарушающие синтез клеточных мембран. Это пенициллины, цефалоспорины, ванкомицин, клиндамицин и другие;
- антибиотики, нарушающие синтез белка; это наиболее многочисленная группа препаратов. Представителями этой группы являются аминогликозиды, тетрациклины, макролиды;
- антибиотики – ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот. Например, хинолоны нарушают синтез ДНК, рифампицин – синтез РНК;
- антибиотики, подавляющие синтез пуринов и аминокислот. К этой группе относятся, например, сульфаниламиды.

Помимо терапевтического эффекта, бесконтрольное употребление антибиотиков приводит к негативным последствиям. Например, развивается резистентность организма к антибактериальным препаратам и впоследствии трудно подобрать эффективную противомикробную терапию. Нарушается баланс микрофлоры кишечника (дисбактериоз). Результатом этого процесса становятся диарея, аллергические реакции, иммунодефицит, диспепсия и другое. Многие антибиотики оказывают токсическое влияние на органы и системы человека: почки, печень, среднее ухо. Последнее время публикуются клинические данные о связи антибактериальной терапии с развитием синдромов Паркинсона и Альцгеймера.

Тревожным является факт, что мы употребляем антибиотики не только в форме лекарственных средств, но и с продуктами питания.

Например, природные антибиотики могут попадать нам с хлебом и крупами. Человек не всегда замечает, что продукт уже начал плесневеть, и с кусочком хлеба заглатывает тысячи грибков, из которых готовились препараты первого поколения.

1. Мясо и молоко: в промышленных условиях лекарства употребляются не только для лечения больных животных, их нередко дают и здоровым. В результате качество мяса серьезно снижается. К примеру, в Соединенных Штатах и в Канаде антибиотики дают скоту, чтобы стимулировать набор веса, несмотря на то что многие страны от этого давно отказались.

2. Растительные продукты (ягоды, овощи и фрукты). Пестициды нередко считаются необходимым злом, потому что без них растения были бы просто уничтожены вредителями. Антибиотики являются ключевым компонентом многих пестицидов, что может приводить к серьезным аллергическим реакциям.

3. Мед: этот продукт может быть загрязнен пестицидами, тяжелыми металлами и даже радиоактивными веществами. Антибиотики регулярно используются пчеловодами для защиты пчел и для стимуляции их роста.

Для усиления контроля за оборотом антибиотиков Правительством Российской Федерации разработана стратегия предупреждения и преодоления устойчивости микроорганизмов и вредных организмов растений к лекарственным препаратам, химическим и биологическим средствам на период до 2030 года и дальнейшую перспективу. Она разработана для обеспечения реализации «Стратегии национальной безопасности России» и «Основ государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности России на период до 2025 г. и дальнейшую перспективу с учетом положений Концепции долгосрочного социально-экономического развития России на период до 2030 г.».

Выявлены основные причины распространения устойчивости микроорганизмов и вредных организмов растений. Это, в частности, нерациональное и (или) бесконтрольное применение антимикробных препаратов, химических и биологических средств в общественном здравоохранении, сельском хозяйстве, а также в пищевой промышленности. Прописываются цель и задачи Стратегии. Определены основные направления решения задач. В их числе просвещение населения в вопросах корректного применения антимикробных препаратов, а также недопустимости самолечения; пропаганда иммунопрофилактики, здорового образа жизни, личной гигиены и т.д. Разработана система управления реализацией Стратегии. Перечисляются ее этапы и ожидаемые результаты. Приведен план мероприятий по реализации Стратегии на среднесрочный период.

СЕКЦИЯ «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ»

БОРЩЕВА В.Ю., ВОНОГ Р.В., САЛО М.И.
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово
Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Еще наши предки, пытаясь избежать зачатие ребенка, применяли разнообразные методы защиты от нежелательной беременности. История помнит много таких рецептов.

Высокая эффективность и простота в использовании контрацепции не могли быть достигнуты простыми методами, применявшимися в середине XX века и ранее. Для этого потребовалась разработка более сложных методов. Интенсивное исследование этой проблемы обеспечило нас обширной информацией, позволяющей, с одной стороны, осознанно выбрать метод контрацепции, с другой стороны, сделавшей этот выбор весьма трудным.

Целью исследования является изучение исторических фактов о создании и развитии средств контрацепции, а также их совершенствование на современном этапе.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были использованы интернет-источники и литература по контрацепции. Был использован метод анализа, синтеза и обобщения.

Результаты и их обсуждение. Существуют следующие методы контрацепции. Прерванный половой акт. Латинская фраза *coitus interruptus* – «прерванное половое сношение» дала название самому старинному способу предотвращения зачатия. Во многих странах древнего мира (Америка, Австралия, Древний Египет, Палестина) методом контрацепции являлись различные растворы и отвары из веществ растительного происхождения (корень мандрагоры, кора красного дерева, лимон, экстракт пруда и фукуса).

В Японии использовали «киотаи», изготовленный из тонкой кожи, который при расположении в области наружного зева шейки матки предупреждал проникновение в нее сперматозоидов.

Мужские барьерные контрацептивы. Мужские презервативы из кожи животных применялись в древнем мире, но первое письменное упоминание презерватива датируется 1564 годом в трактате «Французская болезнь» итальянца Габриэль Фаллопия. Первым медицинским описанием презерватива был хлопковый «чехол» для мужского полового органа, применяемом в качестве средства предохранения.

Женские барьерные контрацептивы. Ориентировочно в 15 веке до н.э., по свидетельству мифологии, царь Крита Минос славился тем, что в его сперме кишмя кишели скорпионы и змеи. Тогда одна из его хитроумных жен придумала, как защитить себя от напасти при помощи козьего мочевого пузыря.

Внутриматочная контрацепция. Применение различных ВМС началось в древнем мире. Арабы, поместив гладкий камень в матку верблюдицы, предупредили наступление беременности. Финальный виток эволюции ВМС также пришелся на начало 70-х годов. На место медьсодержащих спиралей пришли модели со встроенным в вертикальный стрежень резервуаром, содержащим прогестерон.

Гормональные контрацептивы. Половые гормоны были открыты наукой в 1929 году Гутенахтом, но еще Диоскоридес в I веке нашей эры засвидетельствовал, что отвар из ивового листа гарантировал защиту от зачатия. Первым препаратом, предложенным для повседневной врачебной практики в виде таблеток, стал эновид (1960). Он содержал 15мг норэтинодрела и 0,15мг местранола. С этого момента началась история развития комбинированных контрацептивных средств.

Хирургические методы. Они – самые кардинальные, а заключаются в стерилизации особей обоего пола. Дают стопроцентную защиту от зачатия, так как приводят к искусственному бесплодию. В 1823 г. Джеймс Бланделл говорил о тубэктомии, проведенной во время кесарева сечения с целью предотвращения оперативного вмешательства в дальнейшем. Несколько стерилизаций было проведено до 1930 г., когда впервые в Абердине Беард предложил стерилизацию как метод планирования семьи.

Контрацепция сегодня. Существует множество эффективных и безопасных для здоровья женщины методов. Наиболее распространенные оральные гормональные контрацептивы, комбинированные эстрогенными препаратами. Мужская «спираль» – новый метод контрацепции, мало используемый.

Выводы.

Претерпевая различные изменения, в ходе формирования методов контрацептивов совершенствовались. История развития контрацепции насчитывает и множество других методов, весьма необычных для нашего времени. Ни один из способов предупреждения беременности несовершенен. Каждое из средств имеет свои достоинства и недостатки. Контрацепция позволяет повысить качество жизни как нас самих, так и наших детей. Она подразумевает и личную, и общественную ответственность.

ГРИГОРЯН С.Г., НИКИТЕНКОВА А.Е., МАКЕЕВА В.Н.

ТАБУИРОВАННОСТЬ ТЕМЫ ЖЕНСКИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской
информатики*

Кемеровского государственного университета г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Девушки, которым в свое время не сообщили о менструации, девочка, которой было привито чувство стыдиться своих менструаций, вырастает в женщину, которая иногда совсем не имеет представлений, как функционирует ее репродуктивная система и здорова ли она. Эти женщины в большинстве случаев не осведомлены, каким должен быть нормальный менструальный цикл, так как тема табуирована.

Цель исследования: изучить влияние табуированности темы женских гигиенических средств на социальную жизнь женщин и их репродуктивное здоровье.

Материалы и методы исследования: наблюдение, анализ статистики, изучение данных СМИ и специальной литературы.

Результаты и их обсуждение. Несмотря на то что на протяжении всех веков во всех странах мира каждая здоровая женщина менструировала, данная тема является актуальной и по сей день. О менструации обычно не принято говорить вслух, эта тема не обсуждается в компании друзей и коллег. Она не поднимается в школе и практически не замечается в семье. Чрезвычайно редко можно услышать упоминания о месячных и в популярных фильмах, телесериалах. Обсуждать работу пищеварительной системы или кровообращения в СМИ и в личной жизни можно без проблем, однако так называемые «критические дни» все еще остаются табуированной темой. Несмотря на то что эта тема является ежемесячной реальностью, для большинства девушек и женщин она, кажется, не существует вообще.

В любом патриархальном обществе менструирующая женщина считалась «нечистой»: буддисты считали, что «нечистая» женщина не должна готовить еду и прикасаться к мужу; мусульмане запрещали переступать порог мечети, поститься, молиться; христиане также запрещали менструирующей женщине переступать порог храма, а позже это правило смягчили, просто запретив женщине причащаться и прикладываться к иконам; иудеи считали, что менструирующая женщина не должна ни к кому прикасаться 7 дней, иначе те, до кого она дотронется, тоже станут «нечистыми».

Что же касается язычества и традиционных верований небольших племен, то там дело обстояло и обстоит еще хуже. К примеру, в Непале существует традиция изоляции менструирующей женщины или девочки –

ее просто отводят в специальную хижину, в которой она должна находиться до тех пор, пока не «очистится».

Ежемесячный цикл, привычный нам, не был нормальным для женщин, которые еще до менархе были выданы замуж и не всегда доживали до климакса. Но тем не менее даже столь редкие и совершенно естественные кровотечения давали повод обвинить женщину в греховности.

Табуированность этой проблемы приводит к серьезным последствиям: из-за того, что мы редко говорим о менструации, предметы женской гигиены до сих пор не считаются базовыми предметами необходимости. Согласно подсчётам ЮНЕСКО, 10% девочек в некоторых частях Африки пропускают школу во время менструации, а в Непале эта цифра и вовсе достигает 40%. Причём это касается не только стран третьего мира – согласно опросам, приблизительно 7% британских девушек хотя бы раз пропускали школу или университет из-за того, что не могли купить прокладки.

Некоторые девушки пытаются заменить дорогие прокладки и тампоны самодельными средствами – тряпками, «тампонами», скрученными из веток и ваты, кусками картона и даже стельками от старой обуви. Последствия, бывают пугающие: женщины из бедных стран массово получают заражение крови и синдром токсического шока. В некоторых консервативных обществах дела обстоят ещё хуже – менструирующих женщин изолируют от семей и заставляют неделями жить в глиняных хижинах за границей городка. Это приводит к серьезным заболеваниям, психологическим травмам и в отдельных жутких случаях даже к смерти этих женщин

Выводы. Менструация является неотъемлемой частью репродуктивной и социальной жизни всех женщин, поэтому этого не стоит стыдиться и тем более бояться открыто обсуждать. Табуированность тематики телесности в обществе в целом и в образовании в частности приводит к незнанию проблематики собственного здоровья. Поэтому уместно предоставлять больше профессиональной информации о критических днях, причём чтобы не только женщины, но и мужчины имели четкое понимание об особенностях женского здоровья и тела.

ЕВСЮГИНА Т. В., ЛОБАНОВА А.С.

**АУСКУЛЬТАЦИЯ С ДРЕВНЕЙШИХ ВРЕМЕН ДО НАШИХ ДНЕЙ
(К 200-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ СОЗДАНИЯ САМОГО ИЗВЕСТНОГО
ТРУДА РЕНЕ ЛАЭННЕКА)**

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск*
Научный руководитель – д.м.н., профессор А. Л. Санников

В XXI веке у практикующего врача для объективного обследования больного всегда есть при себе стетофонендоскоп. С помощью аускультации можно быстро и безболезненно оценить состояние различных органов пациента. Каждый человек в современном мире хоть раз испытал на себе методику аускультации. Но не все знают, кто изобрел данный метод, как выглядели ранее стетоскопы и есть ли более новые методики акустических исследований организма.

Материалы и методы. Чтобы проследить историю развития аускультации и ее внедрение в клиническую практику врача, были изучены биографические аспекты таких известных ученых, как Гиппократ, Рене-Теофил-Гиацинт Лаэннек, монографические источники истории развития аускультация и изобретения стетоскопа в научной библиотеке ФГБОУ ВО СГМУ, а также использованы сведения интернет-ресурсов по данной теме.

Результаты и обсуждение. Выслушивание звуков, происходящих внутри нашего тела, применялось с диагностической целью еще с древности. Так, первые упоминания об аускультации встречаются еще в сочинениях Гиппократа, имеются сведения о шуме трения плевры, шуме плеска в полости плевры, влажных хрипах в лёгких. В начале нашей эры, несомненно, умели выслушивать и шумы сердца. Но затем в течение полутора тысяч лет выслушивание не играло роли при исследовании больных. Диагностическим методом выслушивание становится только благодаря французскому учёному Рене-Теофил-Гиацинт Лаэннек (1781-1826), который был талантливым клиницистом, патологоанатомом и преподавателем в медицинской школе в Париже [1].

В 19 веке был принят следующий метод исследования пациентов: больной раздевался до нижнего белья, врач прикладывал ухо к его спине и пытался расслышать что-то через материю. Разумеется, такая аускультация ощутимых результатов не давала. Да и приложиться ухом к пациенту иногда было весьма проблематично. Иногда мешали банальные вши, иногда – юный возраст и принадлежность к женскому полу (особенно в сочетании со знатным происхождением), иногда избыточный вес пациента [2]. Постепенно стало ясно, что необходим новый метод обследования пациентов и дальнейшего наблюдения за грудными болезнями.

В решении вопроса Рене Лаэннеку помог случай, произошедший в 1816 году: он обратил внимание на группу детей, резвившихся в парке вокруг брёвен строительного леса. Одни дети прикладывали ухо к одному концу бревна, а другие весело колотили палкой по противоположному концу. Звук, проходя внутри дерева, усиливался [3].

Случай проверить свою догадку представился быстро. Рене Лаэннек был приглашён к 19-летней весьма полной особе, которой нужно было выслушать сердце. Перкуссия и прикладывание рук (грубые шумы можно ощутить пальцами) оказались бесполезными: слой подкожного жира был очень выраженным. Тогда Лаэннек попросил несколько листов бумаги, скатал их в плотную трубку, один конец приставил к грудной клетке девушки, а второй – к своему уху [3,4].

Результат превзошёл все ожидания. «Я был в равной степени и удивлён, и удовлетворён, когда услышал удары сердца такие ясные и отчётливые, какими никогда не слышал их даже при непосредственном приложении уха к области сердца», – признавался позже врач [3,4]. Так родился метод аускультации, совершивший самый настоящий переворот в диагностике. Существует, правда, версия, что Лаэннек страдал одышкой и потому старался найти способ минимизировать данный недостаток при обследовании больного [4].

Первое название устройства было обусловлено его формой «Le Cylindre» [5], но позже Лаэннек придумал термин из двух греческих корней: *stethos* – грудь и *skopeo* – смотреть, исследовать. Так появилось название «стетоскоп». Он состоял из двух деревянных частей, которые можно было соединять между собой или использовать по отдельности, в зависимости от конкретных целей [2].

Первые образцы стетоскопа Лаэннек собственноручно вытачивал на станке. С помощью стетоскопа Лаэннек смог с максимальной эффективностью проводить свои исследования по паталогической анатомии, клинике и диагностике заболеваний лёгких, что, собственно, и составляет его основной вклад в медицину [4]. В 1818 году Рене Лаэннек представил свой доклад о выслушивании грудной клетки пациента при помощи изобретенного им прибора на обсуждение Французской Академии Медицины, но первоначально сообщение было принято весьма скептически. В 1819 году вышел в свет самый известный труд Лаэннека «О посредственной аускультации или распознавании болезней лёгких и сердца, основанном главным образом на этом новом методе исследования». Автор сделал предложение продавать книгу вместе с необычным подарком – деревянным стетоскопом для аускультации [5].

Будущее стетоскопа оказалось далеко не безоблачным. Многие врачи его не принимали. Например, известный в то время парижский клиницист Франсуа Бруссе (1772-1838) выступил непримиримым врагом нового метода. И даже бывший учитель Лаэннерка Дюпюитрен вёл с ним

страстную полемику по этому вопросу. А основатель Американской кардиологической ассоциации профессор Коннор вплоть до конца XIX века предпочитал прижиматься ухом к шёлковому платку, накинутому на участок грудной клетки пациента. Тем не менее метод и инструмент стали набирать популярность. Их стали развивать и совершенствовать. Так появилась модификация Траубе – деревянные стетоскопы с раструбами, увеличивавшими площадь соприкосновения с кожей пациента и ухом врача. Позже к деревянным (или эбонитовым) частям стали приделывать металлические или резиновые трубки, вставлявшиеся в уши доктора [2, 3].

В 1894 году появился первый фонендоскоп. Он отличался от стетоскопа мембраной, закрывавшей всю рабочую поверхность. Она улучшала проведение звука и давала возможность слышать больше нюансов [3].

Современный вид стетоскоп обрёл в 40-х годах XX века, когда появилась модификация Раппопорта: от общей головки отходят две самостоятельных трубки, которые не пересекаются и не соединяются, каждая идёт к своему уху. Такая конструкция была весьма громоздкой, тяжелой и дорогой. В 60-х годах XX века профессор Гарвардского университета Дэвид Литман создал свой облегченный и более дешёвый вариант инструмента, унаследовавший его имя: от головки отходит только одна трубка, которая на конце раздваивается [6].

В настоящее время медицинская промышленность выпускает большое количество различных моделей электронных стетоскопов с разными наборами функций. Эти приборы превосходят по своему потенциалу стандартные акустические стетоскопы. Большинство этих приборов производятся западными фирмами: American Diagnostic Corporation, Littmann, Cardionics, ThinkLabs (США), Jabes (Нидерланды). Стетоскопы этих фирм представляют собой многофункциональные системы, не просто позволяющие проводить аускультацию с регулировкой громкости, но также дающие возможность применять к оцифрованному сигналу фильтры и выполнять запись звука на внешние носители. Этот расширенный по сравнению со стандартным акустическим стетоскопом набор функций, несомненно, дает больше возможностей для диагностики [7].

Кроме этого, на основе аускультации созданы графические методы исследования звуков нашего организма. Например, фонокардиография – это графический метод регистрации звуков сердца, проявляющейся при аускультации сердца. Принцип работы фонокардиографа заключается в том, что микрофон, установленный в точках аускультации сердца на грудной клетке, преобразует механические колебания в электрические. Весь спектр звуков сердца в виде электрических сигналов поступает на усилитель и фильтры фонокардиографа. После этого электрические

сигналы поступают на соответствующий канал регистрирующего устройства и записываются в виде фонокардиограммы [8].

Также существуют другие графические методы исследования звуков: пневмофонография (ПФГ) спокойного дыхания проводят путем объективного измерения легочных звуков на поверхности грудной клетки с определением амплитуды и частоты спектра параллельно тяжести бронхолегочного процесса. Чувствительность пневмофонографии спокойного дыхания намного превышает чувствительность субъективной аускультации на 45% [9].

Выводы. Несмотря на разногласия между многими учеными, аускультация остается одним из самых простых, быстрых, безопасных и в то же время информативных методов диагностики заболеваний. 200 лет прошло с того момента, как вышел в свет самый известный труд Лаэннека «О посредственной аускультации или распознавании болезней лёгких и сердца, основанном главным образом на этом новом методе исследования». Благодаря ему и другим ученым своего времени, которые вносили прогрессивные доработки в физикальные методы обследования больных, аускультация стала важным этапом в обследовании пациента. А длительный опыт применения стетоскопа стал отправной точкой для формирования современных компьютерных медицинских мониторингов, которые с каждым годом не перестают совершенствоваться и качественнее «находить» самые непростые для диагностики заболевания.

Литература:

1. Шойфет, М.С. Сто великих врачей / М.С. Шойфет. – М.: Вече. - 2006. – С. 224-225.
2. Брейтман М. Рене Теофил Гиацинт ЛАЭННЕК / М. Брейтман // История медицины. – 1927. - № 4. С. 241-244.
3. Водовозов А. Отец стетоскопа / Алексей Водовозов // Российские аптеки. – 2013. - №5. – С. 52-55.
4. Рене Лаэннек (1781-1826): изобретатель стетоскопа // Нефрология. – 2008. - №1. С. 98-102.
5. Бакланов О. Рене Лаэннек – человек, услышавший болезнь – 2019 [Электронный источник] – URL: <https://stoneforest.ru/look/allabout/health/rene-laennek/>
6. Сорокина Т.С. История медицины/ Т.С. Сорокина// Академия. - 2008. – Т.1. – №2. С.288.
7. Электронный стетоскоп: Адаптация концепции под российские социально-экономические реалии – 2015 [Электронный источник] – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/elektronnyy-stetoskop-adaptatsiya-kontseptsii-pod-rossiyskie-sotsialno-ekonomicheskie-realii/viewer>
8. Вахрушев Я.М., Сучкова Е.В., Зеленин В.А., Михайлова О.Д., Хохлачева Н.А. Клинико-функциональные методы исследования в терапии / Вахрушев Я.М. // ГБОУ ВПО ИГМА. – 2014. – С. 109.

9. Анализ акустических шумов как основа дифференциальной диагностики состояния легких человека – 2016 [Электронный источник] – URL: <http://abstract.science-review.ru/ru/article/view?id=1794>

ИГИНА И.М.

**РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Иркутского государственного медицинского университета, г. Иркутск

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.В. Макаров

На протяжении многих столетий важной проблемой отечественной медицины была и остается проблема кадрового обеспечения. Ее решение в разные исторические эпохи сталкивалось с различными трудностями, часть из которых являются актуальными и в наши дни. Проблема подготовки медицинских, в особенности врачебных, кадров в период становления здравоохранения в России осложнялась отсутствием учебных заведений и неразвитой системой допуска к профессиональной деятельности (Сточик А.М. и соавт., 2013; Затравкин С.Н. с соавт., 2017).

Начиная с Киевской Руси, являлось очевидным, что русский врачеватель – самоучка, человек, обученный ремеслу лечения в кругу семьи, в которой это знание передавалось из поколения в поколение и основывалось не на науке, а на традициях. Наука пришла к нам извне, ее появление было инициировано появлением в России врачей иностранного происхождения. Из-за этого государственная власть отводила русским врачам второстепенное место в системе врачебных кадров (Грекова В.Н., 2013). Однако этим объясняется и тот факт, что отношение населения к народной медицине в России в течение длительного времени было положительным, ведь, по большому счету, целители, знахари, повитухи и цирюльники со времен глубокой древности являли собой лицо отечественной медицины, хотя применяемые ими методы в более поздние исторические эпохи вполне могут быть расценены как шарлатанство (Голицына О.Ю., 2009).

Специализация врачевателей требует расшифровки, представляя собой самостоятельные направления в рамках народной медицины. Относить всех ее представителей к общему определению «врач» некорректно, поскольку в официальной трактовке врачом может считаться лишь лицо, получившее соответствующее образование, и обладающее необходимыми познаниями в области медицины. В отечественной медицине аналогичным по смыслу было понятие «лекарь». Термин «целитель» употреблялся по отношению к врачебным кадрам, осуществлявшим лечение болезни «мистически-божественным» способом.

«Цирюльниками» назывались врачеватели, владевшие элементарными практическими навыками в хирургии, но не обладавшие теоретическими знаниями в данной области. При Петре I цирюльник являлся нестроевым низшим медицинским чином в армейской номенклатуре. «Знахарем» называли лекаря-самоучку, реализующего в своей деятельности метафизические подходы. «Повитухой» являлась женщина, в чьи профессиональные обязанности входило ведение родов и крещение новорожденного. Роль повитухи оставалась в обществе чрезвычайно важной вплоть до появления акушерства (Крысин Л.П., 2000; Голицына О.Ю., 2009; Жарова М.Н., 2010).

Точкой отсчета формирования государственной системы здравоохранения следует считать события Стоглавого собора 1551 г., к решениям которого, помимо прочего, относилось и последующее учреждение Аптекарского приказа (1620) – первого в России государственного органа управления здравоохранением. Это ознаменовалось формированием начального кадрового резерва, состоящего на первых порах преимущественно из врачей иностранного происхождения. С 1654 г. в специализированных школах осуществлялась подготовка кадров для Аптекарского приказа, обучение длилось от 5 до 7 лет для отечественных специалистов и от 3 до 12 для иностранных. Подготовка осуществлялась не только на специализированном, но и на начальном уровне (Печникова О.Г., 2013; Ковалева И.П., 2015).

Размеры заработной платы служащих Аптекарского приказа устанавливались в соответствии с их должностями. Так, доктор получал от 200 до 250 руб. в год, аптекарь – от 175 до 310, лекарь – от 50 до 100, окулисты – 175 руб. Финансовое положение учеников было затруднительным, выплаты им предоставлялись нерегулярно и составляли от 12 до 25 руб. Помимо жалованья, доктора получали продукты питания и напитки из Хлебного и Сытного дворов, единовременное пособие на приобретение дома в размере от 150 до 300 руб. Позже, уже в период правления Петра I, наметилась тенденция к увеличению размеров выплат для иностранных кадров в сравнении с кадрами отечественного происхождения в 2-3 раза (Печникова О.Г., 2013, Остапенко В.М. с соавт., 2014).

С 1682 г., в период правления Федора Алексеевича, большая часть кадров Аптекарского приказа была уволена в связи с «многолюдством». Из уволенных, а также из пленных специалистов и иностранцев, приехавших в страну с целью врачевания, формировался резерв вольнопрактикующих врачей.

Во время правления Петра I в 1721 г. Аптекарский приказ был упразднен, а по его подобию создан новый орган управления здравоохранением, названный Медицинской канцелярией. Медицинская канцелярия экзаменовала докторов, лекарей, аптекарей и, с 1754 г.,

повивальных бабок. По результатам экзаменов выпускникам выдавались свидетельства, подтверждающие их квалификацию. Петр I находил целесообразным совмещение рабочей деятельности врачебных кадров с их обучением, вследствие чего в 1707 г. был открыт первый госпиталь с медицинской школой при нем. В дальнейшем такая форма подготовки врачей была утверждена уже на законодательном уровне Анной Иоанновной в Генеральном регламенте о госпиталях (1735). Кроме того, данный документ подразумевал, что Медицинской канцелярии подведомственны все госпитали, и она оставляла за собой право распределять им кадры на штатные должности докторов, лекарей и аптекарей. Помимо прочего, Медицинская канцелярия осуществляла контроль за профессиональной деятельностью медицинских работников, разбирала спорные ситуации, освидетельствовала увольняемых в связи с инвалидностью военнослужащих, проводила оценку эпидемиологической обстановки в стране, осуществляла судебно-медицинскую экспертизу и следила за снабжением медикаментами всех медицинских учреждений (Чистович Я.А., 1883; Палкин Б.Н., 1959; Мирский М.Б., 1996; Ковалева И.П., 2015).

Несмотря на сформированную систему подготовки врачебных кадров, их все равно было недостаточно. Эта проблема оставалась актуальной вплоть до середины 18 столетия и близко граничила с другой – медицинская помощь малоимущему населению оказывалась преимущественно шарлатанами. Шарлатаны устраивали сеансы кровопускания, контролировали роды, изготавливали целебные отвары и настои, проводили несложные хирургические операции, чаще всего заключающиеся в удалении больного зуба или вскрытии гнойников на коже (Голицына О.Ю., 2009; Ливи Баччи М., 2010; Сточик А.М. и соавт., 2013; Старчиков М.Ю., 2016; Щавелев С.П., 2017).

В 1763 г. Екатерина II подписала указ о переформировании Медицинской канцелярии в Медицинскую коллегию. Новая структура продолжила деятельность Медицинской канцелярии. В 1764-1767 гг. ею выдавались патенты на звание доктора медицины, было разработано несколько фармакопей, учреждены уставы, регламентирующие профессиональную деятельность медицинских кадров. Госпитальные школы, впервые созданные Петром I, Медицинская коллегия реформировала во врачебные училища, на базе которых в скором времени были учреждены Медико-хирургические академии, куда Медицинская коллегия назначала преподавателей. В 1802 г. указом Александра I Медицинская коллегия была включена в структуру Министерства внутренних дел в качестве Медицинского департамента. В 1867 г. Медицинский департамент преобразовали в Главное военно-медицинское управление (Чистович Я.А., 1883; Палкин Б.Н., 1959; Мирский М.Б., 1996; Ковалева И.П., 2015).

В 1864 г. вместе с реформой земского самоуправления в России появились земская медицина, впервые в стране решавшая проблему организации медицинской помощи широким слоям сельского населения (Сорокина Т.С., 2018). Между тем, к концу 19 в. проблема нехватки врачебных кадров оставалась острой. Источником данных о количестве врачей в Российской империи в 19 в. служил ежегодно издававшийся в период с 1809 по 1916 гг. «Российский медицинский список». Он представлял из себя поименный перечень «медицинских чиновников, имеющих право на практику», как гражданских, так и военных. Данные списка не соответствовали действительности: количество фамилий, указанных в нем, значительно превышало реальные показатели обеспеченности территорий врачебными кадрами. В 1890 г. было обнаружено, что в течение длительного срока в списке публикуются имена давно уже умерших врачей. Его редактирование привело к резкому снижению числа врачей – с 19744 до 12521. К 1913 г. отметился рост кадрового резерва, однако количество врачей все равно оставалось чрезвычайно низким. Система здравоохранения Российской империи не могла эффективно обеспечивать охрану здоровья населения, ее потенциала хватало лишь на обеспечение медицинской помощью части населения страны. Исключение составляли лишь крупные города (Москва, Санкт-Петербург, Одесса, Киев, Харьков), где отмечался высокий удельный вес вольнопрактикующих врачей. Стоит отметить, что успешно справиться с дефицитом врачебных кадров удалось лишь в условиях Советской России (Затравкин С.Н., 2017).

В 1916 г. было создано Главное управление государственного здравоохранения, просуществовавшее вплоть до Октябрьской революции, события которой поспособствовали тому, что медицина была значительно реформирована и консолидирована в единое целое в руках государства. С 1918 г. управление здравоохранением в России было возложено на Наркомздрав (Ковалева И.П., 2015; Сорокина Т.С., 2018).

В связи с необходимостью увеличения кадрового резерва при большинстве вузов открывались медицинские факультеты, впоследствии преобразованные в медицинские институты. К 1922 г. в России насчитывалось 29 высших медицинских школ (Ковалева И.П., 2015).

С 1933 г. Совет Народных Комиссаров СССР обязал всех молодых специалистов, окончивших высшие медицинские учебные заведения и техникумы, как «обучавшихся за счет государства», проработать в учреждениях Наркомздрава в течение 5 лет. Несмотря на наличие диспропорций в структуре медицинского персонала между городской и сельской местностью удалось обеспечить быстрорастущее население возможностью получить медицинскую помощь. В эти годы был наработан опыт планирования кадровых ресурсов, их рационального размещения и правильного использования (Ковалева И.П., 2015; Князькина Т.А., 2016).

Задачи, стоящие перед российским здравоохранением, претерпели серьезные коррективы в связи с начавшейся 1941 г. Великой Отечественной войной. Широкое распространение получила организация эвакуогоспиталей на базе зданий больниц и школ. Появилась острая потребность не только во врачебных кадрах, но и в медицинском персонале среднего звена. В эвакуогоспиталях и на фронте первая доврачебная помощь раненым оказывалась мобилизованными студентами медицинских факультетов и институтов, которые не могли продолжать обучение во время военных действий и учились профессии уже в условиях фронта. Большинству из них по окончании войны были присвоены офицерские звания. В военные годы медицинская наука в России продолжала активно развиваться и приобрела прикладное значение: уникальные методики и способы лечения разрабатывались и внедрялись в практику в экстренном порядке (Каспрук Л.И., Канюков В.Н., 2013; Ковалева И.П., 2015).

В послевоенные годы было создано Министерство здравоохранения СССР и разработана стратегия дальнейшего развития отрасли, в основе которой лежало повышение мощности лечебно-профилактических учреждений путем объединения стационаров с поликлиниками. Большое внимание уделялось здоровью сельских тружеников, развитию санитарно-эпидемиологической службы. С 1950 г. активно открывались МСЧ. Необходимость в этом появилась в связи с тем, что работники многих предприятий, особенно оборонной промышленности, оказались отрезаны от районных центров и перестали обслуживаться сетью Минздрава. МСЧ ежегодно пополнялись новыми кадрами, а прежние медицинские работники регулярно повышали квалификацию (Чернова Ю.В., 2002; Реут Г.А., 2012). По всей стране численность врачей к 1955 г. по сравнению с 1913 г. возросла в 14 раз (Ерегина Н.Т., 2010).

В 70-х годах XX века были введены в строй новые амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения, специализированные диспансеры, крупные научные лечебно-диагностические центры. Появились многопрофильные центральные районные больницы. Особое внимание уделялось нормативно-правовой базе. Верховным Советом СССР в 1969 г. были утверждены «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», впервые законодательно закрепившие принципы и формы организации медицинской помощи населению и ставшие основой для формирования нормативной базы здравоохранения в последующем (Ковалева И.П., 2015; Старчиков М.Ю., 2016).

В начале 1990-х гг. наметился ряд инновационных тенденций в системе формирования сестринских кадров: подготовка кадров среднего звена повышенного уровня, сотрудничество с вузами, появление высшего сестринского образования (Зюлин В.В., 2008).

На современном этапе развития России ее демографические показатели отстают от экономически-развитых стран. Одной из причин данного явления являются проблемы медицинских кадров: их относительный дефицит, диспропорции в структуре, высокая нагрузка, недостаточная мотивация и другие. Сложившаяся ситуация обусловила потребность в разработке важнейших нормативных и программных документов в сфере здравоохранения – Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г., Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 г., Национального проекта «Здоровье», программы «Модернизация здравоохранения РФ», Государственной программы «Развитие здравоохранения», Национального проекта «Здравоохранение» и других. В каждом из них важное место отводится вопросам кадровой политики в здравоохранении. Содержащиеся в документах подходы по развитию кадрового потенциала российского здравоохранения охватывают широкий спектр мероприятий: использование инструментов государственно-частного партнерства, реализация интеграционных процессов в здравоохранении, более активное взаимодействие с профессиональными союзами и организациями и многие другие.

Подводя итог представленному выше обзору публикаций, можно сделать следующие выводы. Полученные сведения свидетельствуют о схожести проблем, выявленных на различных этапах становления отечественного здравоохранения. При этом решение проблем медицинских кадров на каждом историческом отрезке в немалой степени оказывалось возможным лишь потому, что им уделялось внимание со стороны государства, органов управления здравоохранения и общества в целом.

Литература:

1. Голицына О.Ю. Суеверия и предрассудки в русской медицинской культуре XVIII века / О. Ю. Голицына // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия Гуманитарные и социальные науки. – 2009. – № 6. – С. 17-21.
2. Зюлин В.В. Государственная политика Российской Федерации в области среднего медицинского и фармацевтического образования: конец 1980-х – 2005 гг.: автореф. дис. ... канд. истор. наук (07.00.02) / Зюлин Владимир Васильевич; ИМПЭ. – Москва, 2008. – 18 с.
3. Грекова В.Н. О простонародной русской медицине / В. Н. Грекова // Человек. – 2013. – №6. – С. 111-138.
4. Жарова М.Н. Человек врачующий: целитель – врачеватель – врач / М.Н. Жарова // Альманах современной науки и образования. – 2010. – №1(32). – С. 39-43.
5. Затравкин С.Н., Щепин В.О., Олейникова В.С. Обеспеченность врачами населения Российской Империи в XIX – нач. XX века / С.Н. Затравкин, В.О. Щепин, В.С. Олейникова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – №4. – С. 236-239.

6. Каспрук Л.И., Канюков В.Н. Историко-медицинские аспекты организации регионального здравоохранения в годы Великой Отечественной войны (на примере Оренбургской области) / Л.И. Каспрук, В.Н. Канюков // Вестник ЧелГУ. – 2013. – №36 (327). – С. 62-66.
7. Князькина Т.А. Кадровая политика в здравоохранении на крайнем северо-востоке СССР в 1920-е – 1940-е гг. / Т.А. Князькина // Ойкумена: Регионоведческие исследования. – 2016. – №3. – С. 91-97.
8. Ковалева И.П. Развитие здравоохранения России: исторический аспект / И.П. Ковалева // Современные тенденции в экономике и управлении: новый взгляд. – 2015. – №31. – С. 125-131.
9. Крысин Л.П. Толковый словарь иноязычных слов / Л.П. Крысин. – 2-е изд., доп. – Москва: Русский язык, 2000. – 856 с.
10. Массимо Ливи Баччи, Демографическая история Европы / Баччи Массимо Ливи. – Серия «Становление Европы». Перевод с итальянского А. Мирюловой. – Санкт-Петербург, Александрия, 2010. – 304 с.
11. Мирский М.Б. Медицина России XVI–XIX вв. / М.Б. Мирский. – Москва, 1996. – С. 126.
12. Остапенко В.М., Коноплева Е.Л. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI начало XX века) / В.М. Остапенко, Е.Л. Коноплева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – №2. – С. 59-60.
13. Палкин Б.Н. Русские госпитальные школы XVIII в. и их воспитанники / Б.Н. Палкин. – Москва, 1959. – С. 213.
14. Печникова О.Г. Правовая регламентация организации народного здоровья в России XVI начала XVIII века / О.Г. Печникова // Пробелы в российском законодательстве. – 2013. – №1. – С. 62-68.
15. Плутницкий А.Н. Совершенствование кадрового обеспечения муниципальных больничных учреждений / А.Н. Плутницкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №1. – С. 38-42.
16. Ерегина Н.Т. Подготовка медицинских кадров в высшей школе России в 1917 – начале 1950-х гг.: автореф. дис. ... доктора истор. наук (07.00.02) / Ерегина Наталья Тимофеевна; ЯрГУ. – Ярославль, 2010. – 26 с.
17. Реут Г.А. Учреждения здравоохранения закрытых административно-территориальных образований Сибири в 1950-1980-е гг. / Г.А. Реут // Вестник КрасГАУ. – 2012. – №3. – С. 193-200.
18. Сорокина Т.С. История медицины в 2-х томах. Том 2. / Т.С. Сорокина. – М, 2018. – 352 с.
19. Старчиков М.Ю. Отечественная цивилистика: из истории гражданско-правовой ответственности врачей в России / М.Ю. Старчиков // Гражданин и право. – 2016. – №5. – С. 91-94.
20. Сточик А.М. Становление государственной медицины во второй половине XVIII – первой половине XIX века. Сообщение 2. Создание

государственных систем подготовки медицинских кадров и призрения социально незащищенных групп населения / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, А.А. Сточик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №2. – С. 41-45.

21. Чернова Ю.В. Новые города Иркутской области (1950–1980 гг.). Историческое исследование: автореф. дис. ... канд. ист. наук (07.00.02) / Юлия Викторовна Чернова; ИГУ. – Иркутск, 2002. – 26 с.

22. Чистович Я.А. Очерки из истории русских учреждений XVIII столетия / Я.А. Чистович. – Санкт-Петербург, 1870. – С. 48-9.

23. Щавелев С.П. Возможности и опасности так называемой народной медицины / С.П. Щавелев // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2017. – №68. – С. 69-79.

24. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, and Mathivet B. Russian Federation. Health system review. Health system in Transition. – 2011. – №13(7). – С. 1-190.

ТРУФАНОВА К.Г., ПАК А.В., МЕДВЕДЕВ Д.Н.

**НИКОЛАЙ МИХАЙЛОВИЧ АМОСОВ – ВОЕННЫЙ ВРАЧ,
КАРДИОХИРУРГ, ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск

Научный руководитель – проф., д.м.н. А.Л. Санников

Введение. Николай Михайлович Амосов – доктор медицинских наук, знаменитый советский кардиолог, хирург, один из известнейших выпускников Северного государственного медицинского университета, основоположник отечественной торакальной и сердечно-сосудистой хирургии и биокибернетики.

Н.М. Амосов – автор более 400 научных работ, включая 19 монографий, ряд которых был переиздан в США, Японии, Германии, Болгарии. Николай Амосов – лауреат Ленинской премии (1961), Государственной премии УССР (1978, 1988) и Государственной премии Украины в области науки и техники (1997).

Материалы и методы. Статья основана на анализе опубликованных трудов Н.М. Амосова, некрологов о нем и работ, посвященных его труду. В работе использованы аналитический и сравнительно-исторический методы исследования.

Результаты. Анализ литературных источников позволил ознакомиться с жизнью человека, который принадлежал к числу богато одаренных людей, с одним из крупнейших и успешных хирургов – Н.М. Амосовым.

Обсуждения. Среди многих авторов, посвятивших свои работы Амосову, некоторые считают его выдающимся хирургом, новатором, проложившим новые пути развития хирургии легких и сердца. Кто-то считает Н.М. Амосова талантливым советским прозаиком, третьи же уделяют большое внимание его вкладу в пропаганду здорового образа жизни. На наш взгляд, Николай Михайлович Амосов является человеком, который благодаря своим целеустремленности и трудолюбию за свою долгую жизнь смог многое сделать для людей и добиться высоких результатов в различных сферах деятельности.

Результаты и их обсуждение. Родился знаменитый доктор 6 декабря 1913 года в семье крестьян в маленькой деревне Ольхово Череповецкого уезда Новгородской губернии (ныне деревня находится на дне Рыбинского водохранилища на территории Вологодской области). Семья жила бедно. Отец попал в плен в Первой мировой войне и домой больше не вернулся. Маленького Колю воспитывала одна мать, работавшая акушеркой. В детстве Николай был замкнутым ребенком, не умевшим ни читать, ни писать до школы. Но, начав учиться, обнаружил хорошие способности к наукам. Быстро научился читать, и сохранил любовь к чтению и книгам на всю жизнь. Учился Николай хорошо, чем заслужил похвалу учителей за прилежание и старательность. У него всегда было огромное желание изучать что-то новое. Единственным нелюбимым предметом в школе была физкультура.

В 18 лет, окончив школу в Череповце, Николай поступил в техникум механизации и, успешно его окончив, получил профессию механика. Осенью 1932 года молодой специалист переезжает в Архангельск и начинает работать в должности начальника смены на электростанции лесопильного завода.

1934 год был для Николая насыщен различными событиями. Из-за недостатка технических знаний он поступил во Всесоюзный заочный индустриальный институт в Москве, женился на Галине Соболевой, в том же году умирает его мать [2].

Заинтересовавшись медициной, в 1935 году вместе со своей первой женой Николай поступил в Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ). Учиться в институте ему очень нравилось и за первый год он экстерном сразу сдал два курса. В 1939 году окончил институт с красным дипломом. В институте будущий доктор увлекся физиологией, хотел изучать ее и дальше в аспирантуре, однако вакантным было только одно место по хирургии.

Параллельно Николай продолжал учебу в Индустриальном институте и в 1940 году окончил его тоже с отличием, получив диплом инженера.

После окончания АГМИ Амосов поступил в аспирантуру на кафедру военно-полевой хирургии.

После окончания аспирантуры Николай Михайлович стал преподавателем анатомии и хирургии в фельдшерско-акушерской школе города Череповца и одновременно являлся ординатором хирургического отделения Череповецкой межрайонной больницы.

В Череповце его застает Вторая мировая война. По распределению Амосов сначала попадает в призывную комиссию, а затем его назначают ведущим хирургом в полевой госпиталь. В наступлении под Москвой в госпиталь поступали тысячи раненых бойцов [5].

За время войны Амосов провел около 4000 операций. Основными проблемами военного времени, по мнению Амосова, были переломы бедер, ранения суставов и газовая гангрена. В то время не было хороших обезболивающих препаратов, не было современных методов в лечении. И Николай Михайлович разработал свои авторские методики, свои особые методы при проведении операций, которые снижали смертность среди раненых.

Во время Великой Отечественной войны Н.М. Амосову было присвоено звание майора медицинской службы. Всю войну он прошел в должности военного хирурга. Он прошел всю войну на многих фронтах – Западном, Брянском, 1, 2 и 3-м Белорусских фронтах, был и ведущим хирургом, и заведующим хирургического отделения передвижного полевого госпиталя №2266 48-й армии. Он участвовал в войне с Японией. Был награжден четырьмя орденами.

Во время Великой Отечественной войны этот талантливый человек смог написать свою первую диссертацию на тему «О ранениях коленного сустава», которую защитил в Горьком (ныне Нижний Новгород) в 1948 году. Находясь на Дальнем Востоке, участвуя в войне с Японией, собрал материал для второй диссертации.

В 1944 году Амосов женился второй раз, на Лидии Денисенко – его операционной сестре.

После окончания Великой Отечественной войны Н.М. Амосов лечил в Маньчжурии больных тифом. В 1946 году демобилизовался и перевелся в Москву в институт имени Склифосовского. С декабря 1946 года Амосов стал заведовать главным операционным корпусом и приводить в порядок оставшуюся после войны медицинскую технику и оборудование. Но возникла другая проблема – Николаю Михайловичу не предлагали оперировать. Человеку, который провел тысячи операций, принять это было очень сложно. В это время он пишет третью докторскую диссертацию об обработке коленных суставов [2].

В 1947 году Амосова приглашают на работу в Брянскую областную больницу главным хирургом. И в феврале того же года Николай Михайлович переезжает в Брянск и становится заведующим хирургическим отделением и главным хирургом области. Здесь он проводит операции на желудках, почках, пищеводах и других органах.

Делает резекцию легких при раке, туберкулезе. Параллельно Николай Михайлович занимался преподавательской деятельностью в фельдшерской школе – ныне это Брянский медицинский колледж имени академика Н.М. Амосова [3].

В 1949 году Амосов начал писать докторскую на тему «Резекция легких при туберкулезе». Он сделал доклад по этой теме в Киеве, после чего его пригласили читать лекции в Киевском мединституте и предложили место заведующего Клиникой торакальной хирургии при Киевском институте туберкулеза.

Параллельно с работой в Киеве Амосов продолжал оперировать в Брянске. Но в 1953 году Николай Михайлович получил от своего друга письмо, в котором тот предупреждал его о возбуждении против него уголовного дела. За пять лет работы в Брянской областной больнице Амосов провел двести резекций легких при раке и туберкулезе. Следовательно требовал признаться, что удалялись здоровые органы. Партийное собрание, проведенное в больнице, не поддержало главного хирурга и согласилось с доводами следствия. Следовательно хотел сделать себе имя на громком деле врача-убийцы. Но после смерти Сталина дело прекратили и Амосов продолжил оперировать.

В 1953 году Амосовы окончательно переехали в Киев, Николай Михайлович защитил докторскую диссертацию «Пневмоэктомии и резекции легких при туберкулезе» и возглавил кафедру в Киевском медицинском институте.

В 1956 году в семье Амосовых родилась дочь Катя. Для Николая Михайловича это стало настоящим чудом, он был замечательным, добрым и заботливым отцом.

Осенью 1957 года на конгрессе хирургов в Мексике Н.М.Амосов присутствовал на операции на сердце с аппаратом искусственного кровообращения. Он очень заинтересовался этим аппаратом, позволяющим делать сложнейшие операции на сердце. Вернувшись в Киев, Амосов самостоятельно сделал чертеж такого аппарата, который был изготовлен в течение двух месяцев. Была организована небольшая лаборатория для проведения и отработки операций на сердце с помощью аппарата искусственного кровообращения. В начале 1958 года с помощью этого аппарата искусственного кровообращения была проведена операция на собаке, а в конце того же года сделали операцию человеку. Первые двое больных, к большому сожалению, скончались. А третий больной, прооперированный в апреле 1960 года, перенес операцию хорошо. Это и стало началом операций на сердце. В 1962 году в лаборатории был создан искусственный клапан сердца в виде полусферы со специальной обшивкой для предупреждения образования тромбов. 17 января 1963 года Амосов провел первое протезирование митрального клапана сердца. В наше время

операции с врожденным пороком сердца и другими патологиями оперируются регулярно.

За годы своей практики выдающийся кардиохирург провел свыше 6 тысяч операций на сердце. В 1962 году Н.М.Амосова избрали членом-корреспондентом АМН.

В 1965 году Н.М.Амосов сообщил об удачно проведенном опыте имплантации полушаровых протезов клапанов сердца больным с небольшим левым желудочком сердца, когда не удавалось вшить шаровые протезы.

Одновременно с проведением и отработкой операций на сердце Николай Михайлович возглавляет в Институте кибернетики отдел абсолютно нового направления – биологическая кибернетика. Затем он интересовался созданием искусственного разума, созданием модели человека. Вначале это была небольшая лаборатория, но постепенно она превратилась в целый отдел. Последующие годы Амосов занимался изучением таких сфер, как психология, социология, системы регулирования организма, проблемы человечества.

В 1967 году Н.М. Амосова пригласили на международный конгресс хирургов в Австрии, где он был признан высококласным мировым хирургом. В 1968 году его назначили на должность заместителя директора по научной работе Киевского научно-исследовательского института туберкулеза и грудной хирургии. Одновременно он возглавлял кафедру грудной хирургии Института усовершенствования врачей. В 1983 году Амосов был назначен директором Киевского НИИ сердечно-сосудистой хирургии. В этом институте было проведено свыше 95 тысяч операций на сердце, из них 36 тысяч операций было проведено с аппаратом искусственного кровообращения. Было проведено около 7000 резекций легких [1].

Летом 1985 года у самого кардиохирурга Амосова начались перебои в работе сердца. Его болезнь быстро прогрессировала. И в этом же году Николаю Михайловичу была произведена операция на сердце по имплантации кардиостимулятора. В феврале 1986 года Амосов вновь стоял у операционного стола.

В 1998 году Амосов был прооперирован в одной из кардиохирургических клиник Германии профессором Керфером, ему было выполнено биопротезирование аортального клапана и шунтирование двух коронарных артерий. Операция была проведена успешно, через три недели Амосов вернулся домой. Но 12 декабря 2002 года Николай Михайлович умер от обширного инфаркта сердца.

Н.М. Амосов продолжал практиковать до преклонного возраста. Последнюю операцию на сердце он провел, когда ему уже минуло 80 лет.

Кроме хирургической практики, известный доктор Н.М. Амосов занимался писательской деятельностью, которая началась с книги «Мысли

и сердце». Писательский талант принес Николаю Амосову признание и славу. Его книга «Раздумья о здоровье» была издана гигантским тиражом – 7 миллионов экземпляров. Известны такие работы Амосова как писателя: «Записки из будущего», «ППГ – 2266», «Книга о счастье и несчастьях», «Голоса времен» и другие. Свои произведения Амосов называл беллетристикой, но на самом деле это глубоко философские работы. Книги, написанные рукой Николая Амосова, пользовались большим спросом. Некоторые из них были переведены на 30 языков мира. [2, 6].

7 советов от Николая Амосова

1. Не надейтесь, что врачи сделают вас здоровым.

Они могут спасти жизнь, даже вылечить болезнь, но лишь подведут к старту, а дальше – чтобы жить надежно – полагайтесь на себя. Я никак не преуменьшаю могущество медицины, потому что служу ей всю жизнь. Но также знаю толк в здоровье – теоретически и практически.

2. Врачи лечат болезни, а здоровье нужно добывать самому.

Потому что здоровье – это «резервные мощности» органов, всей нашей физиологии. Они необходимы, чтобы поддерживать нормальные функциональные показатели – в покое и при нагрузках – физических и психических, а также чтобы не заболеть, а заболев, по возможности – не умереть.

3. Что такое болезни, чувствует каждый:

досадное расстройство различных функций, мешающее ощущать счастье и даже жить. Причины тоже известны: внешние «вредности» (инфекция, экология, общественные потрясения), собственное неразумное поведение. Иногда – врожденные дефекты. Утверждаю: природа человека прочна. По крайней мере, у большинства людей. Правда, мелкие болезни неизбежны, но серьезные чаще всего – от неразумного образа жизни.

4. Тренировка резервов должна быть разумной.

Это значит постепенная, но упорная. Если сказать о сути тренировки – то это режим ограничений и нагрузок (РОН). Это мой конек. Три главных пункта:

Первый – еда с минимумом жиров, 300 г овощей и фруктов ежедневно, и чтобы вес не поднимался выше цифры (рост минус 100) килограмм.

Второй – физкультура. 20-30 минут гимнастики ежедневно, это примерно 1000 движений, лучше с гантелями по 2-5 кг.

Третий пункт, пожалуй, самый трудный: управление психикой. «Учитесь властвовать собой». Рецептов много, вплоть до медитации, ритмичное дыхание и расслабление мышц.

5. Интересный вопрос: почему люди так часто болеют.

Думаю, что 90% людей, если бы они соблюдали правильный образ жизни, были бы здоровыми, к сожалению, режим требует напряжения воли. А силы воли у человека мало.

6. И еще: в мире много, очень много плохих врачей.

Не могу огульно заявить: «все врачи плохие». Много хороших, но и плохих – тоже. Доказательства? Спросите, что они читают и что они умеют. Читают – из практики – единицы. Умеют – более или менее – врачи хирургического профиля. Потому что им без рукоделия нельзя врачевать. Терапевты искренне считают, что им ничего не нужно уметь – ни анализ сделать, ни на рентгене посмотреть, ни плевру пунктировать. Есть, мол, для этого узкие специалисты. А мы, мол, общие врачи. Вот так.

И под конец. Есть много заблуждений в медицинской науке. Часто это зависит от неправильной оценки статистических данных. Например, на ваш взгляд, в чем причина «разрастания», «увеличения» рака? В мире нет никакого особенного увеличения количества раковых больных (кроме рака легких). Как занимал рак второе или третье место в причинах смертности – так и занимает. Но мало кто учитывает, что продолжительность жизни за последние полвека возросла, а раком чаще всего болеют люди старшего возраста.

В организме есть мощные защитные силы – иммунная система, механизмы компенсации. Они сработают, нужно дать немного времени. Имейте в виду, что большинство легких болезней проходят сами, докторские снадобья только сопутствуют естественному выздоровлению. Вам говорят: «Вылечили!», а вы и верите: «Хороший доктор».

7. Если уж посчастливилось попасть к хорошему доктору, берегите его, зря не беспокойте.

Помните, что врач – это больше, чем просто специалист. Это не сантехник. Указания доктора выполняйте... в меру вашего разумения. И не требуйте от него лишних лекарств, о которых узнали от соседок.

И в заключение: чтобы быть здоровым, нужна сила характера. Как человеку найти оптимум в треугольнике между болезнями, врачами и упражнениями? Мой совет: выбирайте последнее. По крайней мере, стараться. Поверьте – окупится.

Выводы. Николай Михайлович Амосов – гений украинской и мировой медицины, писатель, новатор, изобретатель и талантливый ученый. Это выдающийся хирург, благодаря которому были спасены тысячи человеческих жизней. В родных стенах АГМИ (ныне СГМУ) учреждена медаль Н. М. Амосова; его именем названа студенческая аудитория, в которой представлены уникальные экспонаты: хирургические инструменты из киевской клиники и книги, подписанные в дар архангельским коллегам и родному вузу [6].

Литература:

1. Амосов Н. М. Книга о счастье и несчастьях. М.: Молодая гвардия, 1984. 287 с.
2. Амосов Н. М. Голоса времен. М. : Вагриус, 1999. 428 с.

3. Бокерия Л. А., Глянцев С. П., Логинов Д. Т. Хирургическое лечение заболеваний легких. Ленинская премия за 1961 г. // *Анналы хирургии*. 2001. № 3. С. 5–12.
4. Бокерия Л. А., Глянцев С. П. Николай Михайлович Амосов (1913–2002) // *Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР»*, 6 июня 2013 г. М., 2013. С. 39–44.
5. Глянцев С. П., Андреева А. В. Академик Николай Михайлович Амосов: начало беспокойного пути хирурга и ученого // *Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР»*, 6 июня 2013 г. М., 2013. С. 75–80.
6. Николай Амосов. Мировоззрение [Электронный ресурс]. URL: http://www.icfcst.kiev.ua/AMOSOV/amosov_r.html (дата обращения: 15.10.2013).
7. Глянцев С. П., Андреева А. В. Николай Михайлович Амосов – выдающийся выпускник архангельского медицинского института к 100-летию со дня рождения // *Экология человека* 2013.

ЩЕКОЧИХИНА Д. С., ФОМИНА А.П.

ОТКРЫТИЕ ПЕНИЦИЛЛИНА И ЕГО СУДЬБА В XXI ВЕКЕ

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

В течение длительного времени человечество разными методами пыталось лечить болезни. Возможно, несколько тысяч лет назад человек и не задумывался о происхождении различных недугов, однако пришел момент, когда были открыты бактерии. Именно тогда люди начали искать средства для защиты от подобных заболеваний. И в XX веке был изобретен пенициллин, который открыл огромные возможности для медицины ушедшей эпохи.

Целью исследования является анализ материалов по истории медицины и на их основе написания статьи об открытии пенициллина и его актуальности на сегодняшний день.

Материалы и методы исследования. В ходе работы были использованы учебные пособия по истории медицины, различные научные статьи и работы по данной теме.

Результаты и их обсуждение.

Официальной датой изобретения пенициллина считается 3 сентября 1928. Данный антибиотик был изобретен Александром Флемингом (6 августа 1881 г. – 22 декабря 1995 г.) – британским бактериологом. Открытие пенициллина было случайным. А. Флеминг занимался изучением стафилококков. Через некоторое время он заметил, что на

одной из колоний стафилоккока появились плесневые грибы, уничтожившие культуру бактерий. В ходе дальнейших исследований выяснилось, что плесневые грибы действуют и на таких возбудителей, которые вызывают скарлатину, менингит, дифтерию. В 1929 году Александр Флеминг опубликовал доклад о данном открытии. Исследования продолжались. В ходе этих исследований было выяснено, что произвести пенициллин довольно сложно, так как ученому не удавалось очистить и выделить активное вещество. Новый препарат был нестойким. В 1940 году ученые Э. Б. Чейн и Х. У. Флори попытались выделить пенициллин из плесневых грибов и к 1941 году удалось накопить достаточное количество активного вещества для эффективной дозы. Первым, кого спасли благодаря данному открытию, был пятнадцатилетний мальчик с заражением крови. За изобретение пенициллина трое ученых в 1945 году были удостоены нобелевской премии. Запатентовать такое открытие никто не захотел, это первый случай за всю историю медицины. Благодаря деятельности А. Флеминга, Э. Б. Чейна и Х. У. Флори удалось увеличить продолжительность жизни людей на 30-35 лет. Вскоре производство антибиотиков на основе пенициллина было налажено в промышленных масштабах, что помогло спасти жизни многих солдат в период Второй мировой войны.

В СССР огромный вклад в разработку целого ряда антибиотиков внесла микробиолог З. В. Ермольева. Пенициллин, полученный З. В. Ермольевой, оказался эффективнее англо-американского более чем в 1,4 раза. Первые порции антибиотика Зинаидой Виссарионовной были получены в 1942 году. Вскоре было налажено производство советского антибиотика в промышленных масштабах.

Выводы. На сегодняшний день пенициллин до сих пор актуален, но бактерии все стремительнее приобретают резистентность к нему. С каждым разом приходится увеличивать дозу активного вещества, что плохо сказывается на организме человека. Пройдет еще лет 10 и антибиотики перестанут быть эффективными, если не удастся изобрести более эффективные.

СЕКЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»

САЛТЫКОВ В.В., ВЕЧКИЛЕВА Д.Д., ХАЕС Б.Б.

ПРОБЛЕМА ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения медицинской
информатики,*

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – к.э.н., доцент В.Б. Батиевская

Бережливое производство – это популярная в мире концепция, чаще называемая системой lean. Это подход к управлению организацией, который основан на повышении качества работы при сокращении всех видов потерь, то есть действий, не добавляющих ценности продукту.

Принципы этой системы начали разрабатываться японцами сразу после окончания Второй мировой войны, а в современном понимании концепция Lean Production сформировалась к концу 1980-х годов. Вдохновителем идеи бережливого производства считается Тайити Оно, менеджер Toyota Motor Co. Идеологическая основа (Toyota Production System, TPS) – стремление к постоянному совершенствованию, постепенным, но непрерывным улучшениям. Цель – устранить любые потери, которые увеличивают затраты, не создавая добавленной ценности.

В России внедрение бережливого производства началось в 2000-х годах в таких компаниях как: ГАЗ, КамАЗ (автомобилестроение), РУСАЛ – один из крупнейших в мире производителей алюминия. Позже технология была успешно внедрена в Государственной корпорации «Росатом» – это технологический лидер во всех звеньях производственной цепочки атомной энергетики: от добычи урана до эксплуатации АЭС и переработки ядерных отходов.

Этапы внедрения технологии бережливого производства, как правило, следующие. Приглашаются извне обученные менеджеры, по их консультациям производятся изменения и модернизация как управленческих, так и производственных технологий. Далее измеряется полученный эффект и делается вывод о целесообразности углублять нововведения.

Система lean имеет различные сферы применения: логистика, банковские услуги, торговля, информационные технологии, строительство, нефтедобыча, образование.

Цель исследования. На основании материалов органов исполнительной власти РФ и Кемеровской области изучить опыт внедрения Lean Production в управлении медицинской организацией.

Материалы и методы. Анализ материалов центра организации первичной медико-санитарной помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации; сведения Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Результаты и обсуждение. В 2016 году в шести поликлиниках трех субъектов РФ был внедрен пилотный проект «Бережливая поликлиника». В 2017 году результаты были проанализированы и тиражированы на 304 поликлиники в сорока субъектах РФ. К 2018-2019 годам в проект включились уже 2 253 поликлиники (52 субъекта Российской Федерации), к этому времени разработаны критерии «новой модели медицинской организации». К 2024 году планируется распространение опыта на 6 864 поликлиники (85 субъектов Российской Федерации) и формирование методики сертификации медицинских организаций.

Первый этап проекта «Бережливая поликлиника» в Кемеровской области стартовал 14 марта 2019 года в КГКП №5. Была усовершенствована входная зона, появилась обновленная навигация, упростившая ориентацию в поликлинике. Появилось разделение больных (неотложная помощь, плановый порядок, профилактическое звено). Для этого в холле были установлены информационные стенды, указатели на стенах и специальных стойках с указанием отделений. Появилось отделение диспансеризации и профилактических осмотров. При положительных отзывах по завершении проекта, новая модель будет распространена и на другие медицинские организации Кемеровской области. Проект поддерживают Министерство здравоохранения РФ и специалисты Росатом, обучающая работников здравоохранения. Реализация проекта рассчитана до конца 2021 года.

Выводы. Система lean эффективна в управлении производственным процессом, является актуальной для России, перспективна в управлении медицинскими организациями.

**Проблемы эффективной организации медицинской помощи
населению на современном этапе**

*Материалы Всероссийской научно-практической конференции
молодых ученых и студентов*

Кемерово, 24-25 декабря 2019 г.

Ответственный редактор:
д.м.н., проф. **Е.Н. Гуляева**

Редакционная коллегия выпуска:
д.м.н. **Д.Ю. Кувшинов**, к.э.н. **В.Б. Батиевская**, **Н.А. Садкова**

Подписано в печать 9.01.2020. Формат 148x210 мм. Бумага офсетная.

Печать офсетная.

Тираж 500 экз.

Отпечатано в ООО «Рекламная группа «Все про Все»

650991, г. Кемерово, ул. Кузбасская, 33а, тел.: 8 (3842) 77-05-10

Сайт: reklama-keмерово.ru