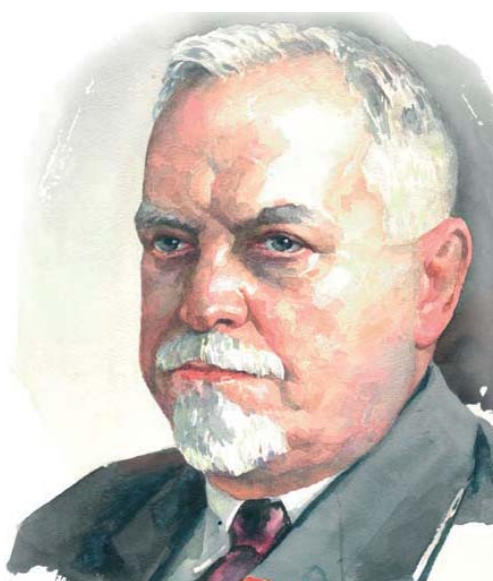




**СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)

Институт общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко



**I Международная научно-практическая  
конференция молодых исследователей  
общественного здравоохранения**

**Сборник тезисов**

Москва  
2020



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)

Институт общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко

# **I Международная научно-практическая конференция молодых исследователей общественного здравоохранения**

## **Сборник тезисов**

---

Издательство Сеченовского Университета

---

Москва  
2020

УДК 001.8  
ББК 51.1  
П26

Редакционная коллегия:

- В.А. Решетников — заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко (председатель);  
В.Н. Трегубов — профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко (ответственный секретарь);  
Л.В. Абольян — профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко;  
И.И. Якушина — ответственная за организацию и координацию учебной и учебно-методической работы на кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко;  
М.С. Микерова — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко;  
В.В. Козлов — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко

**П26 I Международная научно-практическая конференция молодых исследователей общественного здравоохранения : сборник тезисов / [редкол.: В.А. Решетников (пред.) и др.] ; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — Москва : Издательство Сеченовского Университета, 2020. — 176 с.**

В сборнике представлены научные труды студентов, аспирантов, ординаторов, магистрантов и стажеров-ассистентов, преподавателей-стажеров из Сербии, Узбекистана, Белоруссии, Казахстана и России, посвященные актуальным вопросам общественного здравоохранения.

УДК 001.8  
ББК 51.1

© ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова  
Минздрава России (Сеченовский Университет), 2020  
© Издательство Сеченовского Университета, 2020

## EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN BALKAN COUNTRIES

Nemanja Rancic<sup>1</sup>, Berislav Vekic<sup>2,3</sup>, Viktorija Dragojevic-Simic<sup>1</sup>, Marko Kalezic<sup>2</sup>, Zagor Zagorac<sup>2</sup>, Sasa Dragovic<sup>4</sup>, Rastko Zivic<sup>2,5</sup>, Filip Pilipovic<sup>6</sup>, Radoje Simic<sup>5,7</sup>, Dejan Jovanovic<sup>8</sup>, Jovana Milovanovic<sup>9</sup>, Mihajlo Jakovljevic<sup>10,11</sup>

<sup>3</sup>*Centre for Clinical Pharmacology, Medical Faculty of Military Medical Academy, University of Defence, Belgrade;* <sup>2</sup>*Department of Surgery, Clinical Centre "Dr. Dragisa Misovic", Belgrade;* <sup>3</sup>*Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac;* <sup>4</sup>*Clinic for general surgery, Military Medical Academy, Belgrade;* <sup>5</sup>*Faculty of Medicine, University of Belgrade;* <sup>6</sup>*Institute for Orthopedic and Surgical Diseases "Banjica", Belgrade;* <sup>7</sup>*Department for Plastic Surgery, Institute for Mother and Child Health Care of Serbia "Dr. Vukan Cupic", Belgrade;* <sup>8</sup>*Institute of radiology, Military Medical Academy, Belgrade;* <sup>9</sup>*National Health Insurance Fund, Belgrade;* <sup>10</sup>*Department of Global Health Economics and Policy, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac; Serbia*

<sup>11</sup>*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) N.A.Semashko Department of Public Health and Healthcare*

**Introduction:** Colorectal cancer (CRC), one of the most common diagnosed malignant neoplasms, is considered to be the third among all cancers, as well as on the second place in terms of mortality in the world [1]. Age-standardized incidence and mortality rates are 19.7 and 8.9 per 100,000, respectively, worldwide. Health expenditures regarding oncology care put more and more pressure on public budgets in most of the countries [2,3]. They are even more challenging for most developing societies, like Balkan countries, due to the economic crisis in Balkan populations and prior civil war for most of them [4].

**Goal:** The aim of the study was to evaluate most important epidemiological indicators of CRC in 11 selected Balkan countries (Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Greece, Montenegro, Romania, Serbia, Slovenia, The Republic of North Macedonia and Turkey).

**Material and methods:** Number of new CRC cases was analyzed, number of deaths related with CRC, 5-year prevalence per 100,000, as well as age-standardized (ASR) incidence and mortality rates, according to data from the WHO database-GLOBOCAN.

**Results and discussion:** In the total population of selected Balkan countries, accounting for 143,836,740 citizens, number of new cases and CRC deaths were 56,960 and 30,166, respectively (the highest number of both indicators was in Turkey, Romania and Greece). However, the highest percentage of the new CRC cases in comparison to other cancer location was in Slovenia, Croatia and Romania, 14.59, 13.31, 13.01%, respectively; while the highest percentage of CRC death cases comparing with other cancer sites was in Croatia, Bulgaria and Romania, 15.06, 14.04, 12.09%, respectively. The highest 5-year CRC prevalence was in Slovenia, Croatia and Greece (270.84; 215.01; 175.64 per 100,000 persons; respectively), while the lowest 5-year prevalence was in Albania. Age-standardized (World) CRC incidence rates were the highest in Slovenia (41.1), Serbia (36.7) and Croatia (34.1),

and age-standardized CRC mortality rates were highest in Croatia (18.9), Serbia (16.8) and Bulgaria (14.9), while the lowest both values were registered in Albania.

CRC incidence and mortality are rapidly growing worldwide [5,6]. Risk for developing CRC is associated with personal features/habits [5,7]. A modification of lifestyle and/or diet could decrease morbidity, but early detection, such as screening programs improves prognosis and reduces mortality [8,9]. Slovenia is on the 10th place with ASR incidence 37 [10], and it can be explained by the facts that it is offering organized screening programmes [9]. Among WHO regions, mortality is the highest in the EURO region with an ASR of 12.3 per 100,000. According to ASR for mortality, among the highest 10 countries there are several Balkan countries: Croatia, Serbia, Slovenia, Bulgaria and Montenegro (18.7, 16.6, 16.2, 16.0, 15.9, respectively). Limited access to screening in the society with low socio-economic status contributes to a seemingly lower incidence of CRC in these populations with a subsequent increase in mortality, as these patients are presented late in the course of their disease [11].

**Conclusion:** CRC is increasing challenge for most Balkan countries since its incidence and mortality are rapidly growing. Surveillance of CRC occurrence and outcomes is needed for the development of CRC control strategies.

**List of references:**

1. Global Cancer Observatory. Cancer today. <https://gco.iarc.fr/>
2. Reshetnikov V, Arsentyev E, Boljevic S, et al. Analysis of the Financing of Russian Health Care over the Past 100 Years. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(10): pii: E1848.
3. Jakovljevic MM, Netz Y, Buttigieg SC, et al. Population aging and migration - history and UN forecasts in the EU-28 and its east and south near neighborhood - one century perspective 1950-2050. *Global Health*. 2018;14(1): 30.
4. Rancic N, Kovacevic A, Dragojevic-Simic V. Long-Term Health Expenditure Changes in Selected Balkan Countries. *Front Public Health*. 2015;3:152.
5. Mármol I, Sánchez-de-Diego C, PradillaDieste A, et al. Colorectal Carcinoma: A General Overview and Future Perspectives in Colorectal Cancer. *Int J Mol Sci*. 2017;18(1): pii: E197.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(6): 394-424.
7. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical activity and Colorectal Cancer 2017. Continuous Update Project Expert Report 2018. - <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Colorectal-cancer-report.pdf>
8. Tárraga López PJ, Albero JS, Rodríguez-Montes JA. Primary and secondary prevention of colorectal cancer. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2014;7: 33-46.
9. Altobelli E, D'Aloisio F, Angeletti PM. Colorectal cancer screening in countries of European Council outside of the EU-28. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(20): 4946-57.

10. Douaiher J, Ravipati A, Grams B, et al. Colorectal cancer-global burden, trends, and geographical variations. *J Surg Oncol.* 2017;115(5): 619-30.

11. Vrdoljak E, Bodoky G, Jassem J, et al. Cancer Control in Central and Eastern Europe: Current Situation and Recommendations for Improvement. *Oncologist.* 2016; 21(10):1183-90.

## **ASSOCIATION BETWEEN PLASMA HIGH-SENSITIV C-REACTIV PROTEIN AND TRADITIONAL CARDIOVASCULAR RISK FACTORS**

Nenad Ratkovic<sup>1</sup>, Nemanja Rancic<sup>2</sup>, Mirjana Stanic<sup>3</sup>, Vitomir Peric<sup>3</sup>, Maja Stojanovic<sup>4</sup>, Mihajlo Jakovljevic<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup>*Clinic for Cardiology, Medical Faculty of Military Medical Academy, University of Defence, Belgrade;* <sup>2</sup>*Centre for Clinical Pharmacology, Medical Faculty of Military Medical Academy, University of Defence, Belgrade;* <sup>3</sup>*Medical Faculty of Military Medical Academy, University of Defence, Belgrade;* <sup>4</sup>*Military Medical Centre Karaburma, Belgrade;* <sup>5</sup>*Department of Global Health Economics and Policy, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac; Serbia*

<sup>6</sup>*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)  
N.A.Semashko Department of Public Health and Healthcare*

**Introduction:** Atherosclerosis is a chronic inflammatory disease it is based on the "response to damage" as a reaction to the deleterious impact of traditional risk factors on the cardiovascular system [1]. More pathophysiological pathways link chronic inflammation, presented as a low-grade systemic inflammatory response (LGI), with the process of atherogenesis and the formation of atheroma, unstable plaque and/or acute coronary syndrome [2,3]. Measurement of High-sensitivity C-reactive Protein (hs-CRP) levels can accurately detect low-grade inflammatory state [4]. Hs-CRP is also one of the independent, non-traditional risk factors (FR) for prevention of developing cardiovascular disease (CVD). Specifically, its predictive value in CV risk assessment is independent of traditional FRs such as HDL or LDL cholesterol [5]. Serbia belongs to a group of countries at high risk for developing CVD [6,7]. It is a middle-income country, which has undergone significant economic changes and crises in the last 30 years [8] and in this context there are population groups, such as soldiers, that are particularly at increased risk for CVD.

**Goal:** Since so far have not published any papers of relationship between individual CVD risk factors and LGI markers (for example, hs-CRP) in professional military population of the Republic of Serbia, the aim of our study was to investigate this fact.

**Material and methods:** Observational cohort study included 205 active duty military personnel in Serbian army (average years was 39±5.8). Pearson's correlation coefficient used to test the relationship between hs-CRP and other CVD risk factors.

**Results and discussion:** Average of hs-CRP was 1.59±2.87mg/L. Among participants, there was 161 (79%) with hs-CRP<2mg/L and 44 (21%) with hs-CRP>2mg/L. There was an important positive correlation between hs-CRP and age (r=0.216, p<0.002), body mass index (r=0.210, p<0.002); Reynolds risk score (r=0.380, p<0.001); glucose level (r=0.210, p<0.002); metabolic syndrome (r=0.270,

$p < 0.001$ ); and number of risk factors ( $r = 0.210$ ,  $p < 0.003$ ); as well as negative correlation with HDL ( $r = -0.159$ ,  $p < 0.023$ ). There was no statistically important correlation between hs-CRP and cholesterol ( $r = 0.500$ ,  $p = 0.500$ ); LDL ( $r = 0.056$ ,  $p = 0.430$ ); triglycerides ( $r = 0.132$ ,  $p = 0.060$ ); systolic blood pressure ( $r = 0.090$ ,  $p = 0.200$ ); and diastolic blood pressure ( $r = 0.120$ ,  $p = 0.080$ ).

In population of active duty military personnel in Serbia hs-CRP is not correlated with all risk factors for CVD, but it is correlated with number of FRs. Measurement of hs-CRP may provide a more comprehensive view of the patient's overall risk profile in the population of military personnel of Serbia. In 11% subjects with an LDL value greater than the optimum 3.4mg/L, also hs-CRP is value greater than 2mg/L, it would be indicative of pharmacological therapy according to the criteria of ACCF/AHA [9]. Studies have shown the direct relationship between hs-CRP as well as markers such as increasing body mass index, HDL, hypertension, age, decreasing HDL and the increase in the incidence rate of CVD [10,11]. In contrast to these studies, we found no correlation of hs-CRP with total cholesterol, LDL cholesterol, triglyceride and blood pressure values. On the other hand, these risk factors are pooled, that is, the number of risk factors correlates with the value of hs-CRP. The association of hs-CRP with risk for CVD has been described in many studies. However, approximately one-third of individuals with 0 or 1 risk factor develop CVD and up to 40% of individuals with cholesterol levels below the population average die from CVD [12]. We believe that, due to the essentially younger population (average 39 years) and less time exposure to risk factors, one of the main reasons for the results obtained. This fact is lost by the amplification of the FRs, that is, their synergistic action.

**Conclusion:** In our study was shown strong correlation between hs-CRP and most risk factors for CVD in active duty military personnel in Serbia.

**List of references:**

1. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis: a perspective for the 1990s. *Nature* 1993;362(6423):801-9.
2. Libby P, Ridker PM, Hansson GK. Progress and challenges in translating the biology of atherosclerosis. *Nature* 2011;473:317-25.
3. Grad E, Danenberg HD. C-reactive protein and atherothrombosis: Cause or effect? *Blood Rev* 2013;27(1):23-9.
4. Casas JP, Shah T, Hingorani AD, Danesh J, Pepys MB. C-reactive protein and coronary heart disease: A critical review. *J Intern Med* 2008;264:295-314.
5. Ridker PM. Clinician's guide to reducing inflammation to reduce atherothrombotic risk: JACC review topic of the week. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:3320-31.
6. Atlas Writing Group, Timmis A, Townsend N, Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2017. *Eur Heart J* 2018; 39(7):508-79.
7. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other

societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016; 37: 2315-81.

8. Janković J, Davidović M, Bjegović-Mikanović V, Janković. Status of cardiovascular health in the Republic of Serbia: Results from the National Health Survey. PLoS One 2019;14(3): e0214505

9. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. J Am Coll Cardiol 2019; 74(10).

10. Wang A, et al., Cumulative exposure to high-sensitivity C-reactive protein predicts the risk of cardiovascular disease, J Am Heart Assoc 2017;6(10): e005610.

11. Pagidipati NJ, et al. High-sensitivity C-reactive protein elevation in patients with prior myocardial infarction in the United States. Am Heart J 2018; 204:151-5.

12. Yousuf O, Mohanty BD, Martin SS, et al. High-sensitivity C-reactive protein and cardiovascular disease: a resolute belief or an elusive link. J Am Coll Cardiol 2013; 62: 397-408.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ГРУППЕ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

аспирант Авдеева Ю.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тарасенко И.В.

*ФГБОУ ВО «Курский медицинский государственный университет»,  
кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Курск*

**Введение:** За последние два десятилетия в медицинской практике появилось много новых данных для верификации клинической симптоматики, характерной для поражения нервной системы. Распространенность данной группы заболевания достаточно велика и затрагивает все возрастные группы населения [1]. Наибольшее распространение болезни нервной системы получили в группе старше трудоспособного возраста – женщины в возрасте от 60 лет, мужчины в возрасте от 65 лет. Поэтому необходимость анализа показателей заболеваемости с впервые установленным диагнозом в этих возрастных группах весьма актуальна.

**Цель:** Рассмотреть и проанализировать показатели заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и Центральном федеральном округе за период 2017-2018 гг.

**Материалы и методы:** Была проведена оценка уровня первичной заболеваемости населения болезнями нервной системы на 100 тыс. человек с учетом зарегистрированных заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни. Для расчета показателей заболеваемости



болезнями нервной системы использовались сведения о численности населения в Российской Федерации и Центрального федерального округа. Во внимание принимались данные по следующим заболеваниям: экстрапирамидные и другие двигательные нарушения, эпизодические и пароксизмальные расстройства, преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы, поражение отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полинейропатия и другие поражения периферической нервной системы, расстройства вегетативной нервной системы, бактериальный менингит, синдром Гиенна-Барре, мышечная дистрофия Дюшена, церебральный паралич, сосудистые миелопатии, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, эпилепсия, эпилептический статус, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы, рассеянный склероз, системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему, энцефалиты, миелиты [2].

**Результаты и обсуждение:** Самые высокие показатели по заболеваемости были выявлены по следующим заболеваниям: экстрапирамидные и другие двигательные нарушения, эпизодические и пароксизмальные расстройства, преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы, поражение отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полинейропатия и другие поражения периферической нервной системы, расстройства вегетативной нервной системы.

При оценке динамики за 2017-2018 гг. наблюдается убыль по расстройствам вегетативной нервной системы - 1,7 на 100 тыс. населения по данным РФ и 1,4 на 100 тыс. населения по данным ЦФО. По остальным заболеваниям без существенной динамики.

Минимальные показатели по заболеваемости среди зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, представлены по следующим заболеваниям: бактериальный менингит, синдром Гиенна-Барре, мышечная дистрофия Дюшена, церебральный паралич, сосудистые миелопатии. За проанализированный период заболеваемость мышечной дистрофией Дюшена снизилась в 1,6 раз в РФ и осталась на прежнем уровне в ЦФО, церебральным параличом в 1,2 раза в РФ и в 0,8 раз в ЦФО. По остальным заболеваниям динамики не установлено.

**Заключение:** Проведенное исследование позволит совершенствовать организацию работы по оказанию медицинской помощи населению старшего трудоспособного возраста в соответствующем округе, идентифицировать первичную заболеваемость по наиболее распространенным поражениям нервной системы, а также сократить риски возникновения осложнений и сопутствующих патологий.

#### **Список литературы:**

1. Бантеньева Н.М., Прилипко Н.С. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. //Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – С. 28-34.

2. Медико-демографические показатели Российской Федерации 2017 год: Стат. справочник Минздрава России. – Москва, 2018. - С. 176-190.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ**

соискатель Айзятова М.В.

Научные руководители: д.м.н. Мирская Н.Б.; д.м.н. Александрова И.Э.

*«НМИЦ здоровья детей» Минздрава России*

*Филиал ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве в СВАО, г. Москвы*

**Введение:** Современное образование и досуг детей невозможно сегодня представить без использования электронных средств обучения (ЭСО). Однако приобщение детей и подростков к этим средствам наряду с несомненными достоинствами рассматривается врачами как серьезный фактор риска для сохранения и укрепления их здоровья. Факторами риска, оказывающими негативное влияние на здоровье, при несоблюдении требований безопасного применения ЭСО являются развивающиеся зрительное, статическое, интеллектуальное и эмоциональное утомление, а также электромагнитные излучения, акустические воздействия, повышенные температура и сухость воздуха. Поэтому внедрение в образовательные организации ЭСО требует медико-профилактического сопровождения со стороны медицинских работников [1-5].

**Цель:** Оценить уровень информированности и степень участия медицинских работников образовательных организаций в обеспечении безопасного для здоровья учащихся использования ЭСО.

**Материалы и методы:** Уровень информированности и степень участия медицинских работников в обеспечении безопасного использования ЭСО на занятиях оценивались с помощью специально разработанной анкеты. Для установления степени соответствия вопросов анкеты изучаемой теме была проведена экспертная валидизация разработанных анкет, надёжность подтверждена методом факторной валидности.

**Результаты и обсуждение:** Анкетный опрос медицинских работников ряда образовательных организаций Москвы (n=53) выявил низкий уровень их информированности и недостаточную степень участия в обеспечении грамотного и безопасного обучения учащихся с использованием электронных средств.

В большинстве случаев медицинские работники ограничивались просветительской работой с педагогами (71%). Лишь единицы реально участвовали в обеспечении безопасных условий и организации учебного процесса с использованием ЭСО, а также контроле за соблюдением таких необходимых профилактических мероприятий на уроках как проведение физкультминуток и рациональное чередование занятий и отдыха.

Около четверти респондентов оказались не информированы о существующих негативных воздействиях ЭСО на здоровье, указав на их

безопасность или затруднившись с ответом.

Среди причин, ограничивающих участие медицинских работников в обеспечении безопасного использования ЭСО, сами респонденты указали несовершенство правовой базы, чрезмерную нагрузку (наличие большого количества образовательных учреждений, их зданий и корпусов), низкую оплату труда, подчинённость детской поликлинике. При этом большинство опрошенных указали на необходимость своего участия в данном виде деятельности [6].

**Заключение:** Таким образом, для обеспечения безопасного использования ЭСО в образовательных организациях необходимы:

- повышение компетентности медицинских работников на этапе обучения в вузах и при повышении профессиональной квалификации по вопросам обеспечения безопасных условий обучения учащихся в образовательных организациях, с акцентом на информирование их о потенциальных рисках использования современных технических средств.

- более активное участие медицинских работников и оптимизация данного вида их деятельности.

#### **Список литературы:**

1. Приказ Минздрава России от 05.11.2013 г. № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

2. Кучма В.Р. Научные основы разработки и внедрения современных моделей охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2017. - №3. - С.19-29.

3. Кучма В.Р. Факторы риска здоровью обучающихся в современной российской школе: идентификация, оценка и профилактика средствами гигиены. Современная модель медицинского обеспечения детей в образовательных организациях: сборник статей VI Национального конгресса по школьной и университетской медицине с международным участием. – Екатеринбург, 2018. - С. 20-25.

4. Мельников К.В. Современные подходы к организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях //Актуальные вопросы медицины и биологии. – 2018. - № 3. – С. 38-42.

5. Суворова А.В., Якубова И.Ш. Медицинское сопровождение школьников в общеобразовательных организациях при внедрении в учебный процесс инновационных технологий обучения // Профилактическая и клиническая медицина. – 2018. - №3. – С. 34-41.

6. Александрова И.Э., Айзятова М.В., Мирская Н.Б. Оценка вовлеченности школьных врачей в деятельность по обеспечению безопасных для здоровья детей условий обучения в цифровой среде // Вопросы школьной университетской медицины и здоровья. – 2019. - №2. – С. 42-44.

## ДЕТЕРМИНАНТЫ ОТНОШЕНИЯ К МНОГОДЕТНОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

ординатор Алексеева В.О.

Научный руководитель: к.м.н., асс. Архипова Л.Ю.

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского,  
кафедра лечебной физкультуры, спортивной медицины и физиотерапии,  
г. Саратов*

**Введение:** В послании Президента В.В. Путина Федеральному Собранию в январе 2020 г. было озвучено, что «... семьи сейчас создают малочисленные поколения 90-х годов. Число рождений вновь падает... Такой ключевой показатель, как суммарный коэффициент рождаемости, в 2019 году составил, 1,5. Для нашей страны – мало...» Демографический кризис – это проблема, которая прогрессирует в обществе уже на протяжении более полувека. Демографические проблемы не обошли стороной и Саратовскую область. По данным министерства социального развития Саратовской области за период с 2004 по 2017 г.г. в г. Саратове зарегистрировано от 1701 до 4475 многодетных семей, что составляет от 0,19% до 0,53% от общей численности населения города. К сожалению, даже отрицательный прирост населения не меняет представления о многодетных семьях, и они остаются негативным. А.И. Антонов, В.А. Борисов и др. считают, что в стране «более 50% семей должны быть с 3-4 детьми и 10% - с пятью и более». Анализ проведенных исследований в России представляет амбивалентный подход к оценке и качеству жизни многодетных семей. В свою очередь возникает вопрос: почему в современных условиях демографического кризиса многодетные семьи рассматриваются социумом г. Саратова в свете «маргинализации» и «ущербности», как социальный балласт?

**Цель:** Проанализировать ценность семьи в репрезентациях студентов СГМУ г. Саратова.

**Материалы и методы:** В 2018 г. исследовалась ценностная структура студентов СарГМУ и многодетных матерей. В качестве инструментария использовалась стандартизированная психодиагностическая методика «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций» (С.С.Бубновой). Основной группой были студенты медицинского университета 19-21 лет (n=100). В качестве контрольной группы были взяты многодетные матери г. Саратова (n=17). Применяли параметрические методы статистики (t-критерий Стьюдента — для независимых выборок).

**Результаты и обсуждение:** На первое место по ценностным приоритетам многодетные матери и студенты медицинского вуза ставят «помощь и милосердие к людям». На второе место - многодетные матери ставят «любовь и семью», а студенты медицинского вуза - «признание и уважение окружающих». На третье место по ценностным приоритетам многодетные матери ставят «признание и уважение окружающих», студенты медицинского вуза - «приятное времяпрепровождение». То есть, семья у молодежи медицинского вуза не является предпочтительной ценностью в отличие от многодетных матерей.

Анализ исследований ученых образа и качества жизни многодетных семей в различных регионах РФ [1,3,4,6] показал, что наличие четвертого и последующего ребенка в семье влечет увеличение неприязни, непонимания и осуждения со стороны социума, что связано с существующей системой принудительной малодетности. Анализ исследований нескольких последних лет социально-психологического портрета студентов СГМУ показывают несформированность репродуктивных установок, низкую готовность к родительству и особенности ценностно-смысловой структуры [5], низкий уровень доверия к людям, психологическую личностную незрелость и допустимость измен [2].

#### **Выводы:**

1. Феномен многодетности по-прежнему находится в зоне социального неодобрения и отчуждения в среде репродуктивной молодежи.

2. Однако существуют предпосылки для преодоления низкого социального статуса многодетной семьи, они лежат в повышении социально-культурных и социально-психологических факторов.

#### **Список литературы:**

1. Антонов А.И. Современная динамика населения и приоритеты семейно-демографической политики // Управление социальными изменениями в нестабильных условиях: Всероссийская научная конференция; 24 мая 2016 г., Москва, МГУ имени М.В. Ломоносова, социологический факультет: Материалы конференции / Под общ. ред. В.П. Васильева. – М.: МАКС Пресс, 2016. – 768 с. – С.511-516.

2. Барыльник Ю.Б., Колесниченко Е.В., Гусева М.А., Титова А.А., Кузина М.В. Современные особенности сексуального поведения студентов. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (4): 582–585.

3. Бухтиярова И.Н., Грудина Т.Н. — Образ многодетной семьи глазами общественного мнения // Социодинамика. – 2017. – № 5. – С. 108 - 119.

4. Грудина Т.Н. Социологический портрет многодетной семьи/ – Семья и социально-демографические исследования // Научный интернет-журнал. - № 4. - Доступ: <http://riss.ru/demography/demography-science-journal/5274/> (дата доступа 14.07.2016).

5. Попков В.М., Бугаева И.О., Андриянова Е.А., Аранович И.Ю., Каткова А.В., Чернышкова Е.В., Аранович Л.М. Психологические предикторы репродуктивных установок у студентов медицинского вуза // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. - №13 (3). - С. 549–553.

6. Хуснутдинова Г.Ф. Отношение социума к феномену многодетности (региональный аспект) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. - URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18221> (дата обращения: 30.07.2019).

# ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ, МЕТОДИКА ЕЕ ВЫЧИСЛЕНИЯ

студентка Ахмадуллина А.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.

*ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, кафедра общественного здоровья  
и организации здравоохранения с курсом ИДПО, г.Уфа*

**Введение:** Первые научные исследования по детской смертности в Башкирской АССР проводили (Г.В. Голубцов, А.М. Мерков и др.), где число смертных случаев детей в возрасте до года жизни рассчитывали на 1000 рожденных живыми. Особенность этого показателя в отличие от других демографических показателей заключается в том, что расчеты ведутся не на 10.000 и 100.000 человек населения, а на 1000 детей, родившихся в течение года живыми.

**Цель:** Выявить особенности методик изучения детской смертности по переписям СССР 1926, 1937, 1939 гг. и России в 2010 г.

**Материалы и методы:** В данной работе проанализированы показатели детской смертности, которые зависят не только от истинного уровня явления, но и от постановки учета рождаемости и смертности. Используются документы учета детской смертности «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. № 246), которое заполняется врачом в родильном доме, больнице или поликлинике (при смерти на дому). В СССР была обязательная врачебная регистрация смерти (с 1925 г.). С 1974 г. введен учет перинатальной смертности, где учетным документом является «Свидетельство о перинатальной смерти» (ф. №246 пс). Результаты переписи 2010 г. взяты из сборника «Социально-демографический портрет России по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года».

**Результаты и обсуждение:** Детская смертность - это показатель демографический, административный и поэтому в демографической практике он рассчитывается только по административным территориям (по данным органов ЗАГС). Органы статистических служб, разрабатывая свидетельства о смерти, составляют суммарные отчеты. Введение во вкладыш № 2 («Отчет о медицинской помощи детям») годового отчета ЛПУ - это уровень показателя детской смертности, который имеет значение только для оценки состояния здоровья больших по численности групп детского населения, следовательно, этот показатель детской смертности исчисляются для административной территории (района, города, области, края, республики), что связано с уровнем рождаемости. В детских учреждениях и на педиатрическом участке показатель детской смертности неприменим для оценки состояния здоровья детей. Например, на педиатрическом участке при 50-ти рожденьях в год и показателе детской смертности равном 24‰, следует ожидать 1,2 случая смерти на первом году жизни за год, следовательно должны быть один или два случая смерти, однако один случай смерти дает показатель смертности равный 20, а два случая – равный 40. В районе деятельности детской поликлиники и на педиатрическом участке необходимо анализировать не величину показателя детской смертности, а каждый случай смерти ребенка, с выяснением не только нозологической причины смерти, но и всех факторов, приведших к смерти.

Одним из основных условий качества материала и сопоставимости показателей детской смертности по территориям, результатом в динамике является унификация понятий «живорожденный», «мертворожденный», «поздний выкидыш», «плод» (поздний аборт). Детей, родившихся мертвыми, не включают в число родившихся. Для точного соблюдения этого правила необходимо строгий учёт родившихся живыми и умерших сразу после рождения от родившихся мертвыми. Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 27 декабря 2011 г. N 1687н г. Москва "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи" живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у новорожденного признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента). Плоды, родившиеся без признаков жизни в пределах 28 недель беременности, имеющие рост менее 35 см и вес ниже 1000 граммов считаются поздними выкидышами и не включаются в число мертворождений. Однако, если плод с такими признаками родится, то он может быть отнесен к живорожденным лишь в том случае, если проживает не менее 168 часов (7 суток) с момента рождения. Как отмечено выше, показатель детской смертности характеризует частоту смерти детей до года и за истекший календарный год из расчета на 1000 детей, родившихся живыми в том же календарном году.

**Заключение:** Сведения о детской смертности были недостаточно достоверны, согласно переписям (1926, 1937, 1939 гг.) в связи с тем, что повсеместно была введена регистрация первичных обращений с последующей их сводкой в ежедневных ведомостях учета заболеваний по ограниченному перечню болезней и с включением результатов разработки в периодическую отчетность медицинских учреждений. Последние результаты статистических исследований по детской смертности более достоверны.

**Список литературы:**

1. Павлов В.Н., Киньябулатов А.У., Суфияров И.Ф., Шарафутдинова Н.Х., Азнабаев Б.М. Педиатрия. Башкортостан. XXI век. - Уфа: БГМУ, 2016 - 90 с.
2. Павлов В.Н., Киньябулатов А.У., Суфияров И.Ф., Шарафутдинова Н.Х. Педиатрический факультет БГМУ: вчера, сегодня - Уфа: БГМУ, 2017 - 105 с.
3. Забелин М.В., Киньябулатов А.У., Евсюков А.А., Зайнуллин Р.Т. Вехи здравоохранения Республики Башкортостан. Часть I: Монография. - Уфа: БГМУ, 2019. – 282 с.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ

стажер-ассистент Ахмедов А.И.

Научный руководитель: доц. Бабажанов А.С.

*Самаркандский медицинский институт, кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, г. Самарканд, Узбекистан*

**Актуальность:** Токсические материалы, содержащиеся в дыме, вызывают сначала локальную воспалительную реакцию в виде гиперемии. Далее воспалительный процесс усиливается прямым повреждением эпителиальных клеток от контакта с химическими активными веществами. В свою очередь последние выделяют ряд кислородных радикалов и протезов, резко активирующих процессы перекисного окисления липидов. При этом возникают повреждения легкого, которые ведут к развитию гипоксемии и ухудшению его функционального состояния.

**Цель исследования:** явилось эффективности лечения в комплексной терапии обожженных с поражением дыхательных путей продуктами горения.

**Материалы и методы исследования:** Под нашим наблюдением находились 28 больных с поражениями дыхательных путей продуктами горения, которые лечились в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2014 – 2018 гг. Возраст больных колебался от 10 до 54 лет. Всем пострадавшим выполнено бронхоскопические исследования как по неотложным показаниям, так и в плановом порядке. Структура этих больных по индексу Франка выглядело следующим образом: число больных с индексом Франка до 30 единиц – 12 (42,9%), 31-60 единиц – 7(25%), 61-90 единиц – 6 (21,4%). Число пострадавших с сверхкритическими ожогами индексом Франка свыше 90 единиц равнялся 3 больных, что составил 10,7%. Всех больных по тактике лечения разделено на 2 группы.

1. У 8 больных, составивших первую группу, проводилась стандартная инфузионная терапия, инсуффляции кислорода, сеансы гипербарической оксигенации.

2. У 10 больных 2 группы к стандартному объему инфузионной терапии была добавлена внутривенная инфузия сукцинасола, из расчета 5мл\кг массы тела 1 или 2-ухкратно.

**Результаты и обсуждение:** На 5-6 сутки после травмы у 6 (21,4%) обожженных 1 группы и 3 (10,7%) пострадавших из 2 группы течение ожоговой болезни осложнилось ранней двусторонней пневмонией, которая у 3 (10,7%) из 1 группы и 2 (7,1%) пострадавших из 2 группы явилась непосредственной причиной смерти. У двух обожженных 1-й группы эндотрахеальная трубка находилась в трахеи с профилактической целью для предупреждения асфиксии от отека слизистой верхних дыхательных путей. Эти пострадавшие оставались на спонтанном дыхании в течение 2 суток до полного купирования отека. У всех обожженных развился на 3-4 сутки после травмы гнойные эндотрахеобронхит. На 1 группы пострадавших 3-4 сутки после удаления копоты, им проводилось инсуффляция кислорода через лицевую маску или



носовые катетеры и сеансы гипербарической оксигенации. У этих пострадавших после 6-8 суток отмечался появление эрозий на стенках бронхов и отмечено налеты фибрина. В результате отмечено купирование гнойного процесса в бронхах, после 12-15 сутки при контрольной бронхоскопии развитие катального эндобронхита.

В полученных результатах 2-й группы пострадавших отмечено проявление эрозий и налёты на стенках бронхов и трахеи на 4 сутки. Очевидно, что гнойные процессы в бронхах и трахеях уменьшилась. У этих пострадавших наблюдалось после 7-8 сутки при контрольной бронхоскопии катальной эндобронхита. На основании оценки биохимических и функциональных показателей, активность протеолитических ферментов, состояние кардиореспираторной системы и микроциркуляции был подтвержден положительный эффект.

**Выводы:** В клинической практике наибольшие трудности возникают при лечении обожженных с поражением дыхательных путей продуктами горения.

Активное внедрение внутривенная инфузия сукцинасола в лечебный процесс позволяет улучшить тканевую экстракцию кислорода и значительно снизить частоту осложнений у обожженных с поражением дыхательных путей продуктами горения.

#### **Список литературы:**

1. Беликов Ю.Н., Иашвили Л.Б., Уротадзе Т.З. и др. Профилактика инфекционно-деструктивных осложнений со стороны легких при термоингаляционной травме с учетом состояния местного иммунитета. Актуальные вопросы термической травмы. – СПб, 2002. – С. 117–118.
2. Крылов К.М., Полушин Ю.С., Широков Д.М. и др. Диагностика и интенсивная терапия термоингаляционной травмы // Вестник хирургии. – 2002. - №6. - С. 70–73.
3. Кузин М.И. Синдром системного ответа на воспаление // Хирургия. – 2000. - №2. – С. 54–59.
4. Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х. Особенности течения ожоговой болезни у обожженных с термоингаляционным поражением: Материалы 1-го съезда врачей неотложной медицины России. – М, 2012. С. 85.
5. Филимонов А.А., Алексеев А.А., Жегалов В.А. Особенности диагностики и лечения термоингаляционной травмы при массовом поступлении пострадавших с пожара в здании УВД Самарской области // Комбустиология. – 2003. - №4. – С. 1-4.
6. Ipaktchi K., Mattar A., Niederbichler A.D., et al. Attenuating burn wound inflammation improves pulmonary function and survival in a burn–pneumonia model // Crit Care Med. – 2007. - №9(35). – С. 2139–2144.

## АБОРТ КАК АСПЕКТ ВЫНУЖДЕННОЙ МЕРЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

студент Бакутина Ю.Ю.; студент Зарубайко А.Ю.

Научные руководители: д.м.н., проф., Лавлинская Л.И.,

ассистент Лавлинская Т.А., ассистент Черных Е.А.

*ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.Н.Бурденко, г. Воронеж*

**Введение:** Аборты являются одной из важнейших проблем в нашем обществе. Прежде всего, это связано с высокими показателями медицинских абортов женщин (более 50%), развитием серьезных осложнений, которые могут привести и к гибели.

**Цель:** Анализ демографической ситуации в Российской Федерации и исследование непосредственных причин и проблем, толкающих девушек на аборты.

**Материалы и методы:** Исследование научных и статистических публикаций по теме исследования.

**Результаты и обсуждение:** Используя общестатистические данные по РФ было установлено, что послеродовое консультирование по поводу использования контрацепции проводится только с каждой второй родильницей (47%), поэтому 70% женщин, выписывающихся из родильного дома, в последующем с наступлением повторной беременности готовы сделать аборт. Это связано, прежде всего, с социально-экономическим аспектом, так как у большинства среднестатистических семей в России прожиточный минимум меньше 10 444 рублей.

В Российской Федерации, начиная с 2016 года, наблюдается демографический кризис: так, в 2016 г. на 2628696 беременностей приходилось 688117 абортов (26,18%), в настоящее же время на 2166180 беременностей – 567180 абортов (12,33%). Можно сделать вывод, что процент абортов снизился на 13,85%, однако рождаемость так же снизилась в значительном размере.

Анализируя показатели среди субъектов, видно, что первое место по числу абортов занимает Тыва (34,5%), а также Сахалинская область (32,2%), наименьшее – Ингушетия (6,2%), Дагестан (7%), Москва (8,5%).

**Заключение:** Одно из ведущих мест в структуре причин материнской смертности занимает аборт. Около 71% пациенток, умерших после вмешательства, относились к группе социального риска: малообеспеченные, безработные, без определенного места жительства. Причем преобладал контингент жительниц сельской местности (66%).

### Список литературы:

1. Сергеева Ю.А., Клешнина Е.Д. Проблема абортов в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет конференций, 2016. – С. 4-11.
2. Митковская Е.В., Опарин И.С., Ермолова Н.П. Аборт как метод регулирования рождаемости // Вестник Российского университета дружбы народов, 2012. – С. 510-512.

## МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СТРАН ЕВРОПЫ

студент Балабышев А.В.; студентка Мельник А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Пивоварова Г.М.

*ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова" Минздрава России, кафедра общественного здоровья,  
экономики и управления здравоохранением, г. Санкт-Петербург*

**Введение:** Демографическая ситуация стран имеет важное значение и заслуживает внимания политиков и исследователей, аналитиков и прогнозистов как на национальном, так и на международном уровне.

**Цель:** Проанализировать демографические показатели населения стран Европы.

**Материалы и методы:** При выполнении работы были использованы данные официальной статистики Евростата, Росстата, обработанные медико-статистическим методом с помощью программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждения:** Анализ показателя рождаемости населения стран Европы в 2018 году показал, что первое место по рождаемости занимает население Турции, который составил 15,3‰, второе место – население Азербайджана 14‰, третье место – население Ирландии 12,5‰, пятое место – население Армении 12,3‰. Рождаемость в России в 2018 году составила 10,9‰. Анализируя суммарный коэффициент рождаемости населения стран Европы было установлено, что наибольший суммарный коэффициент рождаемости в 2017 году наблюдался среди населения Турции 2,07, второе ранговое место занимает население Франции 1,9, третье - четвертое место среди населения Черногории и Швеции 1,78, пятое место среди населения Ирландии 1,77. Самый низкий суммарный коэффициент рождаемости в 2017 году наблюдался среди населения Испании 1,31. При анализе среднего возраста женщин при родах и рождении первого ребенка среди населения стран Европы в 2017 году наблюдалось, что наиболее молодой возраст женщины, в котором она родила первого ребенка, наблюдался среди женщин Болгарии и составлял 27,6 лет, второе ранговое место - среди женщин Румынии 27,9 лет, третье место - среди женщин Албании 28,4 года, четвертое место - среди женщин России 28,5 лет, пятое место - среди женщин Турции 28,7 лет.

Анализируя смертность населения стран Европы в 2018 году, было установлено, что наиболее низкий показатель смертности наблюдался среди населения Андорры 4,4‰, второе место – среди населения Турции 5,2‰, третье место – среди населения Азербайджана 5,8‰, четвертое место – среди населения Косово 5,9‰, пятое место - среди населения Кипра 6,6‰. Наиболее высокий показатель смертности в 2018 году был среди населения Сербии 14,6‰. В том же году в России показатель смертности населения составил 12,4‰.

При анализе ожидаемой продолжительности жизни населения стран Европы в 2017 году установлено, что наибольшая ожидаемая

продолжительность жизни среди населения Лихтенштейна и Швейцарии 83,7 года, третье место по ожидаемой продолжительности жизни занимает Греция 83,4 года. В России ожидаемая продолжительность жизни населения в 2017 году составила 72,7 года.

**Выводы:** При анализе показателей рождаемости населения стран Европы в 2018 году было установлено, что наибольший уровень отмечен среди населения Турции, который составил 15,3‰, среди населения Азербайджана (14‰), среди населения Ирландии (12,5‰). Самый низкий уровень рождаемости отмечен среди населения Монако (5,9‰). При анализе суммарного коэффициента рождаемости отмечено, что наибольший показатель среди населения Турции (2,07), среди населения Франции (1,9), среди населения Черногории (1,78) и Швеции (1,78). Наименьший показатель суммарного коэффициента рождаемости отмечен в Испании (1,31). Кроме того, мы проанализировали средний возраст женщин, в котором они рожали первого ребенка в 2017 году. Самый молодой возраст женщин, в котором они рожали первого ребенка, отмечен среди женщин в Болгарии (27,6 лет), среди женщин Румынии (27,9 лет), среди женщин Албании (28,4 года). Самый большой средний возраст отмечен среди женщин Испании (32,1 года) и Ирландии (32,1 года).

При анализе смертности стран Европы в 2018 году было установлено, что наименьший уровень отмечен среди населения Андорры (4,4‰), населения Турции (5,2‰), населения Азербайджана (5,8‰) и населения Косово (5,9‰). Смертность среди населения России составила 12,4 ‰ в 2018 году.

Анализ ожидаемой продолжительности жизни населения стран Европы в 2017 году показал, что наибольшая продолжительность жизни среди населения Лихтенштейна (83,7 года) и Швейцарии (83,7 года).

Анализ медико-демографических показателей населения стран мира необходим для дальнейшего изучения и прогнозирования факторов риска на здоровье человека.

#### **Список литературы:**

1. Официальный интернет-портал Евростата [Электронный ресурс]. - URL: <https://ec.europa.eu/eurostat> (дата обращения: 10.01.2020).
2. Официальный интернет-портал Росстата [Электронный ресурс]. - URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 28.10.2019).
3. Россия в цифрах. 2019: Крат. стат. сб./ Росстат. - М., Р76 2019 - 549 с.

## **УРОВЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВРАЧАМИ В 2018 ГОДУ**

студентка Белоусова С.Е.; студентка Козявина К.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Пивоварова Г.М.

*ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова" Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

**Введение:** Безусловно, медицинские кадры являются важнейшей частью современной системы здравоохранения. Обеспеченность населения врачами,

средними медицинскими работниками и другим медицинским персоналом, а также их личные качества и уровень квалификации в значительной степени влияют на эффективность и качество оказываемой медицинской помощи.

**Цель:** Целью данного исследования является анализ уровня обеспеченности врачами населения Российской Федерации (РФ) и, в частности, Федеральных округов и субъектов РФ.

**Материалы и методы:** Санитарно-статистические методы, отчетные документы Министерства здравоохранения Российской Федерации и «Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждения:** В целом по Российской Федерации (РФ) в 2018 г. уровень обеспеченности населения врачами составил 37,4 на 10 000 населения. При анализе обеспеченности врачами населения Федеральных округов РФ в 2018 году максимальный уровень данного показателя имел место в Северо-Западном федеральном округе и составил 43,1 врача на 10 000 населения, а минимальный - в Уральском федеральном округе (34,3 врача на 10 000 населения).

Необходимо также отметить, что в 2018 году в четырёх из восьми федеральных округов РФ данный показатель был ниже, чем в целом по России. В Приволжском федеральном округе уровень обеспеченности населения врачами составил 36,0 врачей на 10 000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ, на 3,8%, в Северо-Кавказском федеральном округе данный показатель составил 35,1 врачей на 10 000 населения, что ниже, чем в целом по стране, на 6,2%. В Южном федеральном округе обеспеченность населения врачами составила 34,6 врача на 10 000 населения, что ниже общероссийского уровня на 7,5%, а в Уральском федеральном округе - 34,3 врача на 10 000 населения, что ниже, чем в целом по России на 8,3%.

Среди субъектов Уральского федерального округа в 2018 году наименьший показатель обеспеченности населения врачами выявлен в Курганской области (24,2 врача на 10 000 населения), что ниже общероссийского уровня на 35,3%. В Свердловской области показатель обеспеченности населения врачами составил 29,2 врачей на 10 000 населения, что ниже, чем в целом по России на 21,9 %. В Челябинской области аналогичный показатель составил 30,8 врачей на 10 000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ на 17,7%.

Среди субъектов Южного федерального округа в 2018 году наименьший показатель обеспеченности населения врачами выявлен в Ростовской области (30,5 врачей на 10 000 населения), что ниже общероссийского уровня на 18,5%. В Краснодарском крае показатель обеспеченности населения врачами составил 33,3 врачей на 10 000 населения, что ниже, чем в целом по России на 11 %. В Республике Адыгея аналогичный показатель составил 33,9 врача на 10 000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ на 9,4%.

Среди субъектов Северо-Кавказского федерального округа в 2018 году наименьший показатель обеспеченности населения врачами выявлен в

Чеченской республике (26,8 врачей на 10 000 населения), что ниже общероссийского уровня на 28,4%. В Ставропольском крае показатель обеспеченности населения врачами составил 33,1 врача на 10 000 населения, что ниже, чем в целом по России на 11,5%. В Республике Дагестан аналогичный показатель составил 33,4 врача на 10 000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ на 10,7%.

Среди субъектов Приволжского федерального округа в 2018 году наименьший показатель обеспеченности населения врачами выявлен в Республике Татарстан (31,2 врачей на 10 000 населения), что ниже общероссийского уровня на 16,6%. В Республике Марий Эл показатель обеспеченности населения врачами составил 31,3 врачей на 10 000 населения, что ниже, чем в целом по России на 16,3 %. В Пензенской области аналогичный показатель составил 32,3 врача на 10 000 населения, что ниже, чем в среднем по РФ на 13,6%.

**Выводы:** Проанализировав данные об обеспеченности врачами населения различных субъектов Российской Федерации можно сделать вывод о том, что в 2018г. в нашей стране остро стоит вопрос о нехватке медицинских ресурсов. Наиболее остро данная проблема наблюдается в Курганской области, Чеченской республике, Свердловской области. На протяжении уже многих лет эта проблема рассматривается на государственном уровне и принимаются меры для ее решения. О важности данной проблемы говорил Президент Российской Федерации В.В. Путин в своём послании к Федеральному Собранию в 2020 г.: «...Вопрос подготовки, привлечения кадров – ключевой для здравоохранения. К 2024 году все его уровни должны быть обеспечены специалистами, и в приоритетном порядке первичное звено...».

#### **Список литературы:**

1. Александрова Г.А., Голубев Н.А, Тюрина Е.М. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I Часть. Медицинские кадры: Статистический сборник. - М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019 – 281 с.

### **ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ АРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ**

студент Березин Д.С.; студентка Буторина Н.С.

Научные руководители: д.м.н., проф. Санников А.Л.;

д.м.н., доц. Мордовский Э.А.

*ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава  
России, кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной  
работы, г. Архангельск*

**Введение:** Районы Архангельской области (АО), расположенные вдоль побережья Белого моря, и Ненецкий автономный округ (НАО) входят в состав

Арктической зоны Российской Федерации [1]. Несмотря на ряд реализуемых социальных программ, указанные территории характеризуются прогрессирующей депопуляцией (как вследствие естественных причин – преобладания смертности населения над рождаемостью, так и в результате масштабных миграционных процессов), что негативно сказывается на экономической ситуации в регионах.

**Цель:** Установить закономерности процесса формирования демографических потерь арктических территорий Европейского севера России.

**Материалы и методы:** Выполнен анализ показателей рождаемости, смертности и миграции населения Архангельской области (включая Ненецкий автономный округ, НАО) по данным Управления федеральной службы государственной статистики по Архангельской области и Ненецкому автономному округу за 2009 – 2019 гг. [2].

**Результаты и обсуждение:** В 2009 году численность городского и сельского населения Архангельской области составляла 1246,2 тыс. человек. К концу 2019 года численность населения региона снизилась на 8,2% и составила 1144,1 тыс. человек. Уменьшение численности населения было обусловлено преимущественно процессом внутренней миграции (так, в 2009 г. миграционная убыль населения составила 6143 человека, в 2012 году - 10244 человека, в 2019 году - 7093 человека). Наиболее вероятными причинами миграции населения остаются суровые условия жизни, низкое качество дорог и коммуникаций, а также неудовлетворенность населения уровнем образования, отсутствием необходимого количества высокооплачиваемых рабочих мест [3]. Естественная убыль также вносит существенный вклад в объем демографических потерь Архангельской области в последнее десятилетие. В период с 2009 по 2019 гг. абсолютное число умерших жителей региона (включая НАО) уменьшилась с 18067 до 15064 человека. При этом число родов также имеет тенденцию к снижению, - если в 2009 году в Архангельской области родилось 15499 человек, то в 2019 году всего 11248 человек (темп убыли значения показателя: - 27,4%). Причинами указанной тенденции является низкое качество репродуктивного поведения молодежи, снижение доли (и абсолютного числа) женщин фертильного возраста (16 – 49 лет), в значительной степени - трудные экономические и социальные условия.

**Заключение:** В 2009–2019 гг. демографическая ситуация в Архангельской области характеризовалась продолжающимся процессом депопуляции, обусловленным комплексом экономических и социальных факторов. В своей совокупности они представляют угрозу возможности освоения ресурсного потенциала региона.

#### **Список литературы:**

1. Указ Президента РФ от 02.05.2014 N 296 (ред. от 13.05.2019) "О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации»: Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации.

2. Управление Федеральной службы государственной статистики по Архангельской области и Ненецкому автономному округу. – URL: <https://arhangelskstat.gks.ru/> (дата обращения: 10.02.2020).

3. Гудков А.Б., Попова О.Н., Лукманова Н.Б. Эколого-физиологическая характеристика климатических факторов Севера (обзор литературы) // Экология человека. - 2012. - №1. - С.12 – 17.

## **АНАЛИЗ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПО ОБОСНОВАНИЮ СЕТИ И СТРУКТУРЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

аспирант Бовина А.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.  
*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Определение ресурсов для медицинской отрасли является важной задачей органов управления здравоохранения. Данному вопросу в России уделяется пристальное внимание с прошлого столетия. В многочисленных трудах А.Г. Сафонова с соавт. (1989), Б.В. Бобия с соавт. (1997), А.В. Шпанки с соавт. (2007) и других исследователей, а также в действующих руководящих документах представлены различные методические подходы по нормированию сети и структуры лечебно-профилактических медицинских организаций [1-3]. Их правильный выбор предопределяет качество проводимых расчетов, что указывает на актуальность темы данного исследования.

**Цель:** Поиск и анализ наиболее эффективных методических подходов по обоснованию сети и структуры лечебно-профилактических медицинских организаций.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось методом мета-анализа 20 научных статей и 15 действующих приказов Минздрава РФ.

**Результаты и обсуждение:** Основные методические подходы, на которые необходимо ориентироваться в первую очередь при планировании сети и структуры лечебно-профилактических медицинских организаций, должны включать анализ потребности населения во врачебных кадрах, среднем медицинском персонале и коечном фонде:

1) Для расчета потребности во врачебных кадрах целесообразно использовать условное разделение на группы врачей с учетом их функциональных обязанностей (приказ МЗ РФ от 29 ноября 2019 г. N 974) [2]:

"лечебная группа" - включающая врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачей, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях; врачей скорой медицинской помощи. Кроме того, в группу включена "подгруппа усиления" - заведующие отделениями, врачи приемного отделения, врачи дневных стационаров;

"лечебно-диагностическая группа" - включающая врачей-специалистов лечебно-диагностических (вспомогательных) отделений и кабинетов (врачи-анестезиологи-реаниматологи, врачи функциональной диагностики, врачи-



рентгенологи, врачи клинической лабораторной диагностики, врачи ультразвуковой диагностики, врачи-эндоскописты и другие;

"группа управления" - включающая главных врачей и их заместителей, врачей-статистиков, врачей-методистов.

1. Потребность во врачах СМП рассчитывается как сумма численности врачей выездных бригад, оперативного отдела, группы управления, прочих (далее - ЧВСМП)) по формуле:

$ЧВСМП = РЧВсмп + РЧВОосмп + РЧВПсмп + РЧВГУсмп$ , где:

ЧВСМП - всего врачей СМП;

РЧВсмп - расчетное число врачей выездных бригад;

РЧВОосмп - расчетное число врачей оперативного отдела;

РЧВПсмп - расчетное число врачей прочих;

РЧВГУсмп - расчетное число врачей группы управления.

2. Расчет потребности во врачах "лечебной группы", оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - ЧВап), проводится по формуле:

$ЧВап = ЧП / НВД$ , где:

ЧВап - число врачей "лечебной группы", оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

ЧП - общее число посещений (обращений) в год;

НВД - расчетная функция врачебной должности;

3. Расчет необходимого числа врачей "лечебной группы" - основной группы врачей, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (РЧВс), проводится с учетом расчетного числа коек и рекомендованного количества коек на 1 врача.

$РЧВс = РЧК / К$ , где:

РЧВс - расчетная численность врачей, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

РЧК - число коек расчетное;

К- "рекомендованное число коек на 1 врача лечебной группы".

4. Расчет численности врачей "группы усиления", "лечебно-диагностической группы", "группы управления" проводится на основе метода соотношения численности врачей, занятых "вспомогательной" и основной деятельностью, к врачам основной группы (в процентах).

2) Общая потребность (ОПСМП) в среднем медицинском персонале для оказания медицинской помощи населению в целом по субъекту Российской Федерации включает расчетное число среднего медицинского персонала, необходимого для оказания скорой медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, условиях дневного стационара и рассчитывается по формуле (приказ МЗ РФ от 29 ноября 2019 г. N 973) [2]:

$ОПСМП = ПСМПсмп + ПСМПам + ПСМПст$ , где:

ПСМПсмп - потребность в среднем медицинском персонале скорой медицинской помощи;

ПСМПам - потребность в среднем медицинском персонале в амбулаторных условиях всего;

ПСМПст - потребность в среднем медицинском персонале в стационаре всего.

3) Для определения нормативов потребности в больничных койках целесообразно использовать формулу И.И. Розенфельда:

$K = N \times R \times P / D \times 100$ , где:

K - число среднегодовых коек (искомая величина);

N - численность населения;

P - процент госпитализации населения;

P - среднее число дней пребывания больного на койке;

D - среднее число дней использования койки в году.

**Заключение:** Представленные в исследовании методики анализа потребности населения во врачебных кадрах, среднем медицинском персонале и койках являются наиболее удобными для практического применения с использованием официальных статистических данных Росстата и Минздрава РФ.

#### **Список литературы:**

1. Сафонов А.Г., Логинова Е.А., Головтеев В.В. и др. Стационарная медицинская помощь: Основы организации/ под ред. А.Г. Сафонова, Е.А. Логиновой: Монография. - М.: Медицина, 1989. – 349 с.

2. Бобий Б.В., Лобанов Г.П., Трегубов В.Н. и др. Методические аспекты определения нормативов потребности в хирургических койках // Военно-медицинский журнал. - 1997. - № 5(318). - С. 4-10.

3. Шпанка А.В., Трегубов В.Н., Костюченко В.И. Методические подходы к нормированию численности врачебного персонала лечебно-профилактических учреждений Министерства обороны Российской Федерации // Военно-медицинский журнал. - 2007. - № 10(328). - С. 8-11.

## **ОЦЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕРИАТРИЯ» ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ**

аспирант Важаева С.С.; аспирант Дударева В.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шильникова Н.Ф.

*ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, кафедра общественного здоровья  
и здравоохранения и экономики здравоохранения, г. Чита*

**Введение:** Старение населения — одна из важнейших глобальных демографических тенденций, бросающая вызов современной социально-экономической системе, требующая формирования федеральных программ по оказанию медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста [1]. Современная модель гериатрической службы в России представлена трехуровневой системой, которая включает ПМСП, специализированную, медицинскую помощь на уровне научных гериатрических центров [2].

**Цель:** Изучение социальной удовлетворенности пациентов специализированной медицинской помощью по профилю «гериатрия» (по материалам Забайкальского края).

**Материалы и методы:** Социально-гигиеническое исследование проведено с использованием социологического, санитарно-статистического и аналитического методов. Социологический метод реализован путем опроса и интервьюирования пациентов, находящихся на лечении в Центре гериатрии ГБУЗ «ЗККГВВ» по специально разработанным опросникам: выкопировочной карте, включающей информацию о пациенте, анкете, позволяющей оценить уровень удовлетворенности пациентов специализированной гериатрической помощью. Критерием исключения из исследования явилось наличие у пациента когнитивных нарушений. Для изучения факторной обусловленности удовлетворенности населения доступностью гериатрической помощи использована методика расчета относительного риска (RR,  $p \leq 0,05$  при  $RR > 1$ ), оценка достоверности проведена с применением критерия согласия Пирсона.

**Результаты и обсуждение:** Исследование проведено в три этапа: оценка социального портрета респондента; изучение маршрутизации пациентов гериатрического профиля при получении специализированной медицинской помощи; характеристика социальной удовлетворенности населения пожилого и старческого возраста гериатрической помощи. Социальный портрет респондента представлен преимущественно женским населением 55,6% [95% ДИ 44,1% – 67,0%] в возрасте от 75 до 90 лет – 48,6% [95% ДИ 37,1% – 60,2%], проживающим в условиях города – 54,2% [95% ДИ 42,7% – 65,7%]. При оценке обращаемости населения за специализированной медицинской помощью по профилю «гериатрия» выявлено, что большинство респондентов (79,1% [95% ДИ 70,2% - 86,1%]) обращались от 1 до 2 раз в год. При изучении маршрутизации пациентов гериатрического профиля при получении специализированной помощи в плановой форме установлено, что большинству пациентов (91,7% [95% ДИ 85,3% – 98,1%]) направление на госпитализацию в гериатрический центр выдано врачами – терапевтами участковыми, однако, в качестве медицинских показаний, обосновывающих необходимость данного направления, диагноз «Старческая астения» ни в одном случае не отражен. Срок ожидания плановой госпитализации свыше 30 дней отмечают 58,33% [95% ДИ 46,0% – 69,7%] опрошенных. При оценке условий получения медицинской помощи в Центре гериатрии с применением 3-бальной шкалы оценок (3-хорошо, 2-удовлетворительно, 1-не удовлетворительно), её компоненты получили высокую оценку: питание, предоставляемое МО (соответствие диетическому столу) -  $2,6 \pm 0,2$ ; санитарно-эпидемический режим в МО (соблюдение чистоты, наличие бактерицидных ламп, пунктов выдачи масок, бахил) -  $2,9 \pm 0,2$ ; санитарно-гигиенические нормы -  $2,9 \pm 0,2$ ; комфортность пребывания в МО -  $2,7 \pm 0,2$ ; приспособленность МО к оказанию медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья -  $2,4 \pm 0,2$ . Этико-деонтологические взаимоотношения между пациентами и лечащим врачом в части возникновения доверительных отношений отмечают более 80% [95% ДИ 72,9% - 87,6%] респондентов. При оценке уровня

социальной удовлетворенности населения гериатрической помощью выявлено, что большинство пациентов удовлетворено медицинскими услугами (87,5% [95% ДИ 79,9% – 95,1%]). В качестве факторов, обуславливающих удовлетворенность пациентов определены: доверительные отношения с лечащим врачом – RR=9,2 ( $\chi^2=101,3$ ), уважительное отношение лечащего врача и среднего медицинского персонала – RR=7,1 ( $\chi^2=98,5$ ) и RR=6,4 ( $\chi^2=92,3$ ), отсутствие конфликтов с лечащим врачом и средним медицинским персоналом – RR=5,5 ( $\chi^2=62,3$ ) и RR=4,7 ( $\chi^2=54,8$ ) соответственно. Выявленные предикторы являются управляемыми рисками.

**Заключение:** По результатам социально-гигиенического исследования установлено, нарушение маршрутизации пациентов гериатрического профиля, несоблюдение преемственности, обоснованности госпитализации и сроков ее ожидания. При этом отмечен высокий уровень социальной удовлетворенности населения пожилого и старческого возраста специализированной медицинской помощью по профилю «Гериатрия», что обусловлено соблюдением этико-деонтологических норм специалистами гериатрической службы, являющихся для пациентов приоритетными по результатам исследования.

#### **Список литературы:**

1. Щербакова Е.М. Старшие поколения населения России // Демоскоп Weekly. – 2019. – С. 797-798.
2. Ткачева О.Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – 4. С.31-35.

## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК ФИЛОСОФСКИЙ КОНЦЕПТ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА**

аспирант Валеева Г.Ф.

Научный руководитель: д.э.н., проф. Разумовская Е.М.

*ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань*

**Введение:** Последствиями трансформаций, происходящими в последнее десятилетие, является ухудшение общественного здоровья, усугубление медико-социальных проблем в обществе. Все это требует появления новых технологий решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом комплексно-интегративном уровне. Одним из эффективных направлений являются здоровьесберегающие технологии.

**Цель:** Анализ подходов к концепции «здоровьесбережение» и «здоровьесберегающие технологии» и их необходимости в жизни человека.

**Материалы и методы:** Контент-анализ теоретических подходов отечественных и зарубежных ученых, материалы Всемирной организации здравоохранения.

**Результаты и обсуждение:** Сохранение и укрепление здоровья на современном этапе развития объединяются в понятие «здоровьесберегающей деятельности человека», актуальность которой обусловлена социальным заказом на сохранение и укрепление здоровья населения, включением её в

число актуальных социальных задач развития; ростом личных ценностей жизни и здоровья [1].

Проблемы здоровьесбережения являются объектом исследования ученых многих отраслей наук: медицины, социологии, социальной работы, валеологии, педагогики. Однако на сегодняшний день вопросы здоровьесбережения недостаточно рассмотрены в теории и практике экономической науки.

Цель здоровьесбережения - достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации как здоровых людей, так и лиц с физической и психической патологией. Зарубежный опыт (Германия, Франция) демонстрирует модель, где эффективно реализуется стратегия здоровьесбережения, апробируются различные технологии в данной сфере.

Киенко Т.С., Лунева К.В., Пятибратова С.С., изучая вопросы здоровьесбережения, приходят к выводу, что оно обеспечивается за счет:

- формирования более здорового образа жизни;
- осознания, что здоровье - высшая ценность;
- сведения к минимуму ущерба, причиняемого употреблением вызывающими зависимость средствами: алкоголя, табакокурением;
- разработки систем самооценки уровня здоровья человека;
- определения и использования психофизиологических, интеллектуальных возможностей человека выбранной профессии, требованиям, которые предъявляют условия и характер труда;
- применения современной системы подготовки детей и молодежи к семейной жизни, их нравственного воспитания;
- проведения в учебных заведениях и на производстве добровольной массовой скрининг-диагностики для определения уровня здоровья;
- разработки учебно-образовательных программ о здоровье;
- пропаганды в СМИ, формирующей в сознании населения установку на идеал здорового человека, формирование культуры здоровья;
- организации здорового досуга, развития системы физической культуры и оздоровительного туризма;
- создания паспорта здоровья индивида, включающего риск развития наиболее часто встречающихся заболеваний;
- мониторинга здоровья для создания банка данных о динамике индивидуального и общественного здоровья, получение оперативных, долгосрочных данных о психическом и физическом состоянии [2].

Научное сообщество с целью систематизации выделяет ряд технологий, способствующих реализации стратегии здоровьесбережения населения, пять из которых являются ключевыми:

1. Медико-социальные технологии - профилактика, оздоровление, все виды лечения, диагностика отклонений в физическом развитии детей.

2. Физкультурно-оздоровительные технологии - витаминизация и работа по рациональной организации двигательного режима.

3. Экологические технологии - использование оздоровительных сил природы, времяпрепровождение на свежем воздухе, изучение влияния метеорологических условий.

4. Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности - обязательные для исполнения требования и рекомендации специалистов по охране труда, защите в чрезвычайных ситуациях, строителей, представителей коммунальной служб, гражданской обороны, пожарной инспекции и т.д.

5. Образовательные технологии - организация образовательного процесса, для которого характерно качественное обучение сохранению и укреплению здоровья как в учебных заведениях, так и на рабочем месте [3].

**Заключение:** Перечисленные технологии, лишь дополняя друг друга, могут привести к улучшению показателей здоровьесбережения, что будет говорить о решении одной из острейших задач развития страны - сохранения и укрепления физического, психического, социального и духовного здоровья людей. Успешная реализация стратегии здоровьесбережения будет влиять на повышение уровня качества жизни населения.

#### **Список литературы:**

1. Валеева Г.Ф. Здоровый образ жизни как ключевой фактор повышения уровня общественного здоровья//«Болезнь и здоровый образ жизни: сборник материалов VII Московской международной научно-практической конференции / Под ред. Д.Н. Чернова и Г.А. Адашинской. - М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова. – 2018. С. 89-93.

2. Киенко Т.С., Лунева К.В., Пятибратова С.С. Роль и место здоровьесбережения в социальной работе. - URL: <https://scienceforum.ru/2013/article/2013005353>

3. Будаев С. Д. К проблеме сохранения и укрепления здоровья населения // Вестник БГУ. Медицина и фармация. - 2009. - №12. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-sohraneniya-i-ukrepleniya-zdorovya-naseleniya>

## **ВИДЕНИЕ ИДЕАЛЬНОГО ИМИДЖА ВРАЧА СТУДЕНТАМИ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

студентка Васильева Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.  
*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана,  
г. Москва*

**Введение:** Имидж является важным инструментом в профессиональной деятельности медицинского работника [1]. Нередко стиль поведения и внешний образ оказываются решающим элементом в союзе «пациент-врач» [2]. Оптимизация имиджа на сегодняшний день является важной задачей как для врача, так и для медицинской организации, так как это играет огромную роль в процессе выбора врача как поставщика медицинских услуг. Это стало еще

более актуальным после вступления в силу закона ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешающего гражданину выбирать врача и медицинскую организацию [3]. Формирование имиджа необходимо начинать еще во время обучения будущих врачей-специалистов в образовательной организации. Поэтому так важно сейчас разобраться в структуре имиджа и необходимых критериях, которое общество диктует медицине [4,5].

**Цель:** Выявить и проанализировать мнение студентов о критериях идеального имиджа врача.

**Материалы и методы:** Первичная информация для изучения мнения студентов об имидже врача была получена с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 97 респондентов, из них 17 студентов 1 курса (17,5%), 15 студентов 2 курса (15,5%), 13 – 3 курса (13,4%), 14 – 4 курса (14,4%), 15 – 5 курса (15,5%) и 23 студента 6 курса (23,7%). Доля юношей составила 40,2 %, а девушек – 59,8%. Полученные результаты были обработаны статистическим и аналитическим методами. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** Среди респондентов 90,7% считают, что гендерная принадлежность не имеет значения в представлении идеального имиджа врача. Наибольшее предпочтение опрошенные отдали врачам в возрасте 30-39 лет (53,6%) и 40-49 лет (34%). Для 71,1% опрошенных ученое звание у врача не имеет значения, а 24,4% считают, что врач с идеальным имиджем должен быть с ученым званием профессор. Примерно такое же соотношение выявлено при изучении отношения студентов к ученой степени врача: 26,8% отметили, что идеальный имидж включает в себя ученую степень доктора медицинских наук, а для 64,9% анкетированных лиц считают, что ученая степень не важна для формирования идеального имиджа. На вопрос о квалификационной категории врача 51,5% респондентов предпочтение отдали высшей категории, еще 43,3% ответили, что квалификация для врача не важна. Оценивая критерии внешнего вида, опрашиваемые отметили, что наиболее важными являются чистота волос и рук (82,5%), наличие отглаженного белого халата (73,2%) и отсутствие крашенных в яркие цвета волос (47,4%); наименее важными оказались отсутствие яркого макияжа у женщин (33%), татуировок и пирсинга (25,8%). На первое место в вопросе важности различных способностей врача 34% опрошенных поставили умственные, 24% – волевые, 22% – эмоциональные и 20% – коммуникативные. Установлено, что формировать свой личный имидж уже начали 76,3 % опрошенных студентов.

**Выводы:** Из вышеизложенных результатов следует, что врач с идеальным имиджем для большинства студентов - это не преподаватель и не ученый, а практик, набирающийся опыта и повышающий степень своей квалификации специалист. Для формирования собственного имиджа врача важно развивать клиническое мышление, учиться высокому самоконтролю поведения, развивать в себе способность брать на себя ответственность и работать в условиях дефицита времени.

## **Литература:**

1. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э. Имидж медика: случайный стиль поведения или необходимый элемент самосовершенствования // Качественная клиническая практика. – 2015. – №3. – С. 89-96.
2. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, et al. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature — targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. // BMJ Open. – 2015. - №5(1). – С. 36-42.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". – <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> (Дата обращения 18.12.2019 г.).
4. Жданова С.Ю., Пузырева Л.О. Формирование позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании // Человек и образование. – 2018. – №1(54). – С. 97-102.
5. Панасюк А.Ю. Формирование имиджа: стратегия, психотехнологии, психотехники. – М.: Омега-Л. 2008. – 266 с.

## **ГОТОВНОСТЬ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ВОЗГЛАВЛЯЕМУЮ СПЕЦИАЛИСТОМ БЕЗ БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ** студентка Васильева Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.  
*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана,  
г. Москва*

**Введение:** В настоящее время на должность главного врача медицинской организации может претендовать специалист, имеющий базовое медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», свидетельство об аккредитации и подготовку в интернатуре или ординатуре по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», а также врачи, прошедшие профессиональную переподготовку по данной специальности при наличии у них подготовки в интернатуре или ординатуре по одной из клинических или профилактических медицинских специальностей [1,2].

На страницах периодической печати и в сети Интернет обсуждается Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель медицинской организации". При его утверждении работать на должности руководителя медицинской организации смогут специалисты без базового медицинского образования, при наличии у них высшего образования (бакалавриат или специалитет) и магистратуры по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» [3].



Учитывая исторический опыт и практику работы зарубежных коллег, возникает необходимость изучения мнения медицинского сообщества по данному вопросу.

**Цель:** Изучить готовность будущих врачей к трудоустройству в медицинскую организацию, возглавляемую специалистом без базового медицинского образования.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, аналитический, логический, статистический и исторический. Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса, к которому привлечено 33 студента Сеченовского Университета. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** По результатам анкетного опроса студентов было установлено, что 27,3% из них не готовы трудоустроиться в медицинскую организацию, возглавляемую специалистом без базового медицинского образования, ответ на данный вопрос «Скорее нет, чем да» выбрали 16 респондентов (48,5%), «скорее да, чем нет» - 6 (18,2%) и только 2 (6,1%) готовы трудоустроиться в последующем в такую организацию.

Основными причинами, по которым опыт зарубежных коллег не реализован в России, студенты считают верным утверждение: чтобы управлять, нужно знать управляемое явление - 18 респондентов (54,5%), опасность роста конфликтов между руководством и медицинским персоналом – 16 (48,5%), опасность необратимых последствий для медицинской отрасли – 10 (30,3%), отсутствие исследований на эту тему в отечественном здравоохранении – 8 (24,2%).

Опрошенные студенты считают наиболее целесообразным назначение специалистов, закончивших магистратуру по направлению подготовки «Общественное здравоохранение» на должности руководителя структурного подразделения медицинской организации, которое не связано с лечебно-диагностической работой - 51,5%, методиста - 36,4%, специалиста Росздравнадзора - 36,4%, специалиста по работе с персоналом - 33,3%, статистика - 33,3%.

**Выводы:** Для эффективной работы здравоохранения, перед принятием нового профессионального стандарта "Руководитель медицинской организации", целесообразно более тщательно изучить мнение профессионального медицинского сообщества по данному вопросу.

#### **Список литературы:**

1. Решетников В.А., Трегубов В.Н., Микерова М.С. Российский опыт профессиональной подготовки врачей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – № 2 (52). – С. 80-84.

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел

"Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (в ред. Приказа Минтруда РФ от 09.04.2018 № 214н). - <http://ivo.garant.ru/#/document/12178397/paragraph/1:0> (Дата обращения: 19.12.2019).

3. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель медицинской организации". - [https://minzdrav.49gov.ru/common/upload/20/editor/file/proekt-standarta\\_Rukovoditel\\_ot\\_201.pdf](https://minzdrav.49gov.ru/common/upload/20/editor/file/proekt-standarta_Rukovoditel_ot_201.pdf) (Дата обращения: 19.12.2019).

## **ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

студентка Ветчинкина Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Во всем мире обсуждается вопрос рационального распределения бюджетных средств с целью достижения наибольшей эффективности системы здравоохранения. Ценностно-ориентированный подход (англ. – value-based healthcare) учитывает затраты на технологии здравоохранения и клинические результаты (исходы) их применения [1]. В Российской Федерации затраты на лечение одного пациента не соответствуют уровню оказания медицинской помощи, что в итоге приводит к относительно невысокой продолжительности жизни. Ценностно-ориентированный подход также используется в профилактической медицине, благодаря чему уменьшатся уровень госпитализации пациентов и долгосрочное лечение хронических заболеваний.

**Цель:** Изучить отношение будущих врачей-специалистов к внедрению в отечественное здравоохранение ценностно-ориентированного подхода.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования были использованы методы анкетного опроса, аналитический, логистический и статистический. Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса, к которому были привлечены студенты 5-6 курсов по специальностям лечебное и медико-профилактическое дело. Для обоснования выводов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** Как показали результаты анкетного опроса 73,7% студентов считают современную систему здравоохранения не эффективной, 70% отметили несоответствие между затратами и ожиданиями пациентов, только 33% респондентов осведомлены, что показатели удовлетворенность населения проводимым лечением и время, необходимое пациенту для возвращения на работу положены в основу ценностно-ориентированного подхода.

По данным «Bloomberg's 2019 Healthiest Country Index» Россия занимает лишь 95-е место среди самых здоровых стран мира, пропуская вперед многие страны Европы, Северной и Южной Америки, Азии и Австралию [2]. Результаты анкетного опроса и показатели международного исследования подтверждают необходимость внедрения нового подхода в развитие охраны здоровья населения.

При внедрении ценностно-ориентированного подхода предусматривается смена традиционной модели медицины, которая рассчитывает процесс оказания помощи в виде оценки работы врачей и медицинских организаций, на пациент-ориентированную модель, учитывающую показатели по каждому пациенту [3]. Данная реформа базируется на протоколах и междисциплинарном подходе, учитывает принципы доказательной медицины. Все это поможет снизить назначение нерезультативных диагностических и лечебных мероприятий, а также позволит закупать дорогостоящие, но при этом инновационные методы оказания медицинской помощи, тем самым гарантируя получение больными наиболее эффективных медицинских технологий [4]. Для достижения индивидуального подхода все этапы и уровни оказания медицинской помощи составляются по каждой нозологии и разрабатываются пакетные платежи за цикл лечения.

Новый подход позволит заинтересовать, с одной стороны, медицинские организации в получении положительных результатов лечения, с другой стороны, достигается активное участие самих пациентов в процессе оказания медицинской помощи [5].

**Вывод:** С учетом современного развития отечественной медицины встает вопрос о ее модернизации, для чего потребуются пересмотр основ оказания медицинской помощи, тщательная подготовка нормативно-правовой базы, налаживание маршрутизации пациентов, что в результате позволит улучшить качество жизни населения и повысить эффективность расходов на здравоохранение.

#### **Список литературы:**

1. Безденежных Т.П., Мусина Н.З., Федяева В.К., Тепцова Т.С., Лемешко В.А., Омеляновский В.В. Анализ подходов к определению порогов готовности платить за технологии здравоохранения, установление их предельной величины на примере стран с развитой системой оценки технологий здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2018. - №4. - С. 73-80.
2. These Are the World's Healthiest Nations // [www.bloomberg.com](http://www.bloomberg.com) (дата обращения: 24.02.2019).
3. Шляхто Е.В., Конради А.О. Медицина, основанная на ценности, – новая парадигма в здравоохранении // Ремедиум Приволжье. - 2018. - №3. - С. 4-8.
4. Корнилова Е.Б., Ермолаева А.Д., Давыдовская М.В., Кокушкин К.А. Ценностно-ориентированное и результат-ориентированное здравоохранение - инновационный подход, реализуемый в Москве // Московская медицина. - 2017. - № 2(4). - С. 68-69.

5. Лищук О. Ценностно-ориентированная оценка медицинских технологий // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. - 2014. - №11. - С. 67-69.

## **ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК РЕЗУЛЬТАТ РАСШИРЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

магистрант Виноградова М.Т.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Косаговецкая И.И.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением, г. Москва*

**Введение:** Сестринский персонал составляет самую многочисленную категорию работников здравоохранения и предоставляемые им услуги, рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи [1]. В связи с повышением роли среднего медицинского персонала в деле предоставления населению качественной медицинской помощи были проанализированы научные исследования, посвященные изучению факторов, оказывающих влияние на качество сестринской помощи. Из основных факторов выделяют: качество полученного образования, повышение квалификации медицинской сестры, профадаптация, степень развития сестринского дела в России, уровень требований лечебно-профилактического учреждения к медицинской сестре, материальное стимулирование, обеспеченность сестринским персоналом, отношение врачей. Эти же факторы можно рассматривать как проблемы на пути расширения роли медицинской сестры. Единой методики контроля качества сестринской помощи в настоящее время не существует [2]. В литературе, главным образом, представлены методики, разработанные и внедренные отдельными ЛПУ, которые участвовали в пилотных проектах. Пилотные проекты реформирования сестринской помощи были запущены в 17 регионах в соответствии с приказом Минздрава РФ от 31.12.97 № 309 [7].

**Цель:** Изучение факторов улучшения качества сестринской помощи в результате расширения роли сестринского персонала в общественном здравоохранении.

**Материалы и методы:** В ходе исследования был проведен анализ опыта и результатов пилотных проектов отдельных ЛПУ. В основе программы исследования проведен анкетный опрос врачей и среднего медицинского персонала многопрофильной медицинской организации, а также анкетирование пациентов по вопросам качества сестринской помощи. Для проведения исследования использовалась методика В.В. Чемелевой, Н.Н. Камыниной, Ю.В. Анохиной [3,6]. На основании изучения должностных инструкций и хронометража рабочего времени медсестры были составлены анкеты для анонимного изучения мнения медсестер и пациентов о факторах, влияющих на качество сестринской помощи.

**Результаты и обсуждения:** Анализ опыта пилотных проектов дает понять в каком направлении необходимо расширять и дифференцировать специализацию и функционал медсестер. Представлены две эффективные модели деятельности: медицинская сестра клиническая (универсальная), самостоятельный прием медицинской сестры. Анализ анкетирования показывает какие профессиональные компетенции у среднего медперсонала должны быть сформированы, чтобы это позволило повысить качество и доступность медпомощи. Приоритетными были выделены следующие аспекты: материальное стимулирование, отношение к медицинской сестре со стороны врачей и пациентов, повышение профессионализма медсестер, ответственность с их стороны за результаты труда и расширение роли в здравоохранении. В качестве основных причин неудовлетворенности пациентов, влияющих на качество сестринской помощи, указываются низкое состояние материально-технической базы медицинских учреждений; низкий уровень квалификации персонала; этические и деонтологические аспекты; отношение персонала к пациентам, а также аккуратность и дисциплинированность средних медицинских работников.

**Заключение:** Проведенные в пилотных проектах исследования раскрывают универсальный характер сестринской помощи и подчеркивают унифицированность потребностей в ней. Научно обоснованный подход в сочетании со стандартизацией деятельности, непрерывным профессиональным образованием медицинских сестер, позволит делегировать решение ряда задач от врача к медицинской сестре, наделив ее полномочиями не только как исполнителя конкретных назначений, но и полномочиями по управлению отдельными процессами. Результаты проведенного исследования подтверждают, что при рациональном использовании сестринских кадров значительно улучшается качество медицинской помощи, увеличиваются ее доступность и экономичность, эффективно используются ресурсы в здравоохранении.

#### **Список литературы:**

1. Косарева Н.Н. Управление сестринским персоналом как одна из составляющих качества сестринской медицинской услуги // Главная мед. сестра. – 2008. - № 3. – С. 29–35.
2. Петрова Н.Г., Погосян С.Г. О необходимости изменения парадигмы взаимоотношения врачей и среднего медперсонала // Российский семейный врач. - 2013. - Т. 17
3. Чемелева В.В., Камынина Н.Н., Анохина Ю.В. Контроль и оценка качества работы медицинских сестер в многопрофильном стационаре на примере работы палатной медицинской сестры // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - № 12. – С. 42–49.
4. Петрова Н.Г., Окунев А.Ю. Мнение организаторов здравоохранения о среднем медицинском персонале // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 1. – С. 89-93.
5. Гусева С.Л., Горохова И.В. Повышение качества и доступности медицинской помощи – задачи и пути решения в общеврачебной практике//

Менеджер в здравоохранении.- 2014 - № 3 – с. 20-24

6. Двойников С.И. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи // Сестринское дело – 2014 - № 3 – с. 11-13

7. Нефедова С.Л., Турчина Ж.Е. Пилотный проект «Универсальная медсестра» // Медицинская сестра. - 2017. - № 3 – С. 17-19.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

аспирант Водолагин М.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Эккерт Н.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана,  
г. Москва*

**Введение:** Сахарный диабет является одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний (НИЗ), наносящих большой экономический ущерб и снижающий качество жизни пациентов с диабетом вследствие необходимости ежедневного контроля за состоянием своего здоровья, частого возникновения осложнений, приводящих к инвалидизации пациентов, потери трудоспособности и преждевременной смертности. При этом возникновение сахарного диабета (СД) и его осложнений можно предупредить, используя эффективные меры профилактики данного заболевания, ранней диагностики диабета и различных видов нарушений обмена веществ, популяризации и пропаганде здорового образа жизни среди населения. Международная диабетическая федерация призывает более активно внедрять современные методы профилактики развития сахарного диабета и проявления его осложнений, а также ранней диагностики и лечения данного заболевания. В последние годы в Российской Федерации были утверждены Национальные проекты «Демография» и «Здравоохранение», план мероприятий по реализации «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025г.», направленные на снижение показателей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения России от НИЗ.

**Цель исследования:** Проанализировать показатели заболеваемости населения Российской Федерации сахарным диабетом, показатели смертности от данного заболевания и распространенность основных факторов риска развития сахарного диабета среди населения России.

**Материалы и методы:** Анализ данных по заболеваемости населения Российской Федерации сахарным диабетом и смертности от данного заболевания проводился на основании данных Федеральной службы государственной статистики (Росстата). Методом ретроспективного анализа также были изучены данные по распространенности основных факторов риска развития сахарного диабета среди населения в Российской Федерации.

**Результаты и обсуждение:** Общая численность пациентов, страдающих сахарным диабетом по данным Росстата, в России на 30.11.2019 г. составила 4,736 млн человек (3,12% населения РФ). Смертность населения от сахарного диабета составляет при СД1 типа: 2,1 случая на 100 тыс. населения, СД2 типа: 60,2 случая на 100 тыс. населения, при других типах СД: 0,57 случая на 100 тыс. населения (по данным 2017 г.). За последние 19 лет в РФ численность пациентов, страдающих сахарным диабетом, увеличилась на 2,692 миллиона человек (с 2,043 млн. в 2000г. до 4,735 млн. в 2019 г.), при этом истинное число пациентов с сахарным диабетом по оценкам экспертов в 2 раза выше [1].

Основными факторами риска развития сахарного диабета являются: возраст старше 45 лет, избыточная масса тела и ожирения (ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup>), семейный анамнез, низкая физическая активность, нарушенная толерантность к глюкозе, наличие сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Для изучения распространенности основных факторов риска СД среди населения была проанализирована численность населения Российской Федерации в возрасте старше 45 лет и результаты исследования ЭССЕ-РФ. На 30.08.2019 г. данная возрастная группа населения составила 61,5 млн. человек (41,9% населения РФ). Согласно результатам исследования ЭССЕ-РФ избыточную массу тела(или ожирение) имеют 26,9% мужчин и 30,8% женщин [3]. Данные отечественных исследований, проведенных с последние годы, также свидетельствуют о том, что около 40% населения РФ имеют низкую физическую активность [4], преддиабет выявлен у 20% населения [5].

Международная диабетическая федерация отмечает, что к самым эффективным мерам профилактики возникновения сахарного диабета 2 типа и его осложнений относятся: комплексное изменение образа жизни с помощью увеличения физической активности, здоровое (сбалансированное) питание, поддержание нормальной массы тела, использование эффективных лекарств для лечения диабета, принятие мер по профилактике развития СД на государственном уровне, например, введение дополнительного налога на напитки с высоким содержанием сахара, организация обучения пациентов и помощи в переходе на правильное питание, субсидирование потребления населением овощей и др. [6].

**Выводы:** Среди населения Российской Федерации в последнее десятилетие отмечается высокая распространенность сахарного диабета и основных факторов риска, способствующих развитию этого заболевания и возникновению осложнений. Для снижения показателей инвалидизации и преждевременной смертности пациентов, страдающих сахарным диабетом, а также для повышения качества их жизни, необходимо расширить спектр мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике данного заболевания, шире применять современные здоровьесберегающие технологии, активнее проводить гигиеническое воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни.

#### **Список литературы:**

1. Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., и др. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за

последнее десятилетие? // Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. - №10. – С. 4–13.

2. И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.Ю. Майоров. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Сахарный Диабет – 9-й выпуск (дополненный). – 2019. – С. 171.

3. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Ожирение в российской популяции — распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 23(6). – С.123–130.

4. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – №13 (6). – С. 4–11.

5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2-го типа у взрослого населения России (исследование NATION). // Сахарный диабет. – 2016. – №19 (2). – С. 104–12.

6. International Diabetes Federation. Cost-effective solutions for the prevention of type 2 diabetes. Brussels, Belgium: InternationalDiabetesFederation, 2016. – 45-58p.

## **ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДОВ СТЕРЛИТАМАК И САЛАВАТ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

студент Габбасов А.З.; ординатор Титова А.А.; студент Исламгалиева Л.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Латыпов А.Б.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, кафедра общественного здоровья и организации  
здравоохранения с курсом ИДПО, г. Уфа*

**Введение:** проблема распространенности микотической инфекции является актуальной для многих стран мира. По данным ВОЗ, каждый пятый житель нашей планеты поражен каким-либо грибковым заболеванием. Микроспория является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний грибковой этиологии. В связи с этим учеными исследуются новые способы ее диагностики [1] и оценки эффективности лечения [2]. К проблемам микроспории также относится уязвимость для данной инфекции детского организма. Исследуются территориальные различия по уровню заболеваемости микроспорией, обусловленные как эпидемиологическими особенностями среды обитания возбудителя болезни, так и организационными вопросами, в частности, значительными отличиями в качестве лабораторной диагностики, нередко не позволяющими выявить атипичные и/или стертые формы заболевания, которые являются причиной множественных диагностических ошибок [3]. Таким образом, микроспория имеет высокую медико-социальную значимость и является объектом научного и практического внимания ученых, организаторов здравоохранения, дерматовенерологов, микологов,



эпидемиологов, специалистов в области клинико-лабораторной диагностики.

**Цель:** выявить возрастную группу, за счет которой в наибольшей степени формируется заболеваемость микроспорией населения г. Стерлитамак и г. Салават Республики Башкортостан.

**Материалы и методы:** использовались статистические данные о числе зарегистрированных случаев микроспории среди населения г. Стерлитамак и г. Салават (формы: № 089/у-кв; № 9 «Сведения о заболевании инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями»). Применялись: сравнительный метод, ретроспективное статистическое исследование за период 2002-2015 гг. путем вычисления средних показателей заболеваемости микроспорией в различных возрастных группах, удельного веса возрастных групп в структуре заболеваемости.

**Результаты и обсуждение:** в целом динамика заболеваемости микроспорией населения в обоих городах имела нестабильный характер. Нами была выявлена разнонаправленность динамики данного показателя в исследуемых городах. Динамика заболеваемости в г. Стерлитамак была восходящей ( $T_{пр.} = 1,7\%$ ), в то время как в г. Салават она характеризовалась нисходящей тенденцией ( $T_{сн.} = 2,2\%$ ). По соотношению кривой многолетней динамики заболеваемости и линии прямолинейного тренда были выделены следующие временные периоды эпидемического процесса для каждого города: г. Стерлитамак (2002-2006, 2007-2013, 2014-2015 гг.), г. Салават (2002-2006, 2007-2011, 2012-2015 гг.) Для изучения динамических изменений в проявлении заболеваемости проведено сравнение показателей начального периода (2002-2006 гг.) наблюдений и конечного (Стерлитамак – 2014-2015 гг.; Салават – 2012-2015 гг.). При сравнении по периодам наблюдений, многократное превышение было в г. Стерлитамак, в 2002-2006 гг. показатель заболеваемости был ( $450,1 \pm 5,0$  на 100 тыс. населения) в 2,3 раза выше, чем в г. Салават ( $197,2 \pm 4,9$  на 100 тыс. населения), а в 2014-2015 гг. ( $238,4 \pm 6,5$  на 100 тыс. населения) соответственно в 2,2 раза ( $110,4 \pm 4,2$  на 100 тыс. населения). Заболеваемость микроспорией детей 0-14 лет в конечный период наблюдения в г. Стерлитамак ( $1227,0 \pm 34,9$  на 100 тыс. детей 0-14 лет) превысила в 54,8 раз аналогичный уровень среди взрослых ( $22,4 \pm 2,2$  на 100 тыс. взрослого населения). В г. Салават заболеваемость среди детей ( $843,7 \pm 30,1$  на 100 тыс. детей 0-14 лет) превышала заболеваемость среди взрослых в 211 раз ( $4,0 \pm 0,9$  на 100 тыс. взрослого населения). В структуре заболеваемости микроспорией в г. Стерлитамак и в г. Салават преобладали дети 0-14 лет – 92,7% и 97,4% соответственно. В структуре заболеваемости среди детей 0-14 лет в г. Стерлитамак и в г. Салават наибольший удельный вес составляли дети 3-6 лет – 45,5%, и 49,2% соответственно. Соответственно и самый высокий уровень заболеваемости микроспорией регистрировался в возрастной группе 3-6 лет: в г. Стерлитамак ( $1843,0 \pm 77,4$  на 100 тыс. детей 3-6 лет), в г. Салават ( $1288,4 \pm 68,0$  на 100 тыс. детей 3-6 лет),  $p < 0,05$ .

**Заключение:** заболеваемость микроспорией населения в г. Стерлитамак и г. Салават формировалась в основном за счет участия в эпидемическом процессе детей в возрасте 0-14 лет, при этом наиболее значимой возрастной

группой были дети 3-6 лет. Данный вывод обуславливает необходимость усиления организационных мер по первичной профилактике микроспории среди детского населения, а также своевременного ее выявления. Работа выполнена при финансовой поддержке Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере (конкурс УМНИК-2018, лот Республика Башкортостан - 2018).

#### **Список литературы:**

1. Титова Т.Н. Разработка и оценка информативности нового способа детекции *Microsporum canis*, *Trichophyton verrucosum* и *Trichophyton mentagrophytes* в клиническом материале: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.02.03 / Титова Татьяна Николаевна. – Оболенск, 2017. – 17 с.
2. Фатхутдинова Р.А., Титова Т.Н., Мавзютов А.Р., Хисматуллина З.Р., Харисова А.Р., Габбасов А.З., Абдуллина Г.И. Ультроструктурная оценка эффективности лечения микроспории системными противогрибковыми препаратами у детей // Проблемы медицинской микологии. – 2019. – Т. 21. № 3. – С. 31-34.
3. Антонова С.Б., Уфимцева М.А. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости микроспорией в Свердловской области // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – № 3. – С. 10-16.

## **ИЗУЧЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ ВЫДАЮЩИХСЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ**

студентка Гаранина И.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья  
и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья  
им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Сеченовский Университет – это международный исследовательский, образовательный и клинический центр. Ключевым вектором развития университета является создание медицины будущего, основанной на прочном академическом фундаменте клинической медицины, созданном великими корифеями, лидерами отечественного здравоохранения. Учитывая значительные достижения педагогического коллектива, Сеченовский Университет вошел в Проект 5-100, получил высокую рейтинговую оценку, попав в премьер-лигу Национального агрегированного рейтинга университетов России [1].

Важное место в деятельности Сеченовского Университета занимает воспитательная работа. Мы знаем и чтим имена выдающихся врачей, они служат ярким примером преданности медицине, на основе которого формируются лидерские качества у будущих врачей-специалистов [2-5].

**Цель:** Анализ возможности формирования лидерских качеств у студентов посредством проведения семинара-конференции «Лидеры Сеченовского Университета».

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы: исторический, аналитический, логический, монографический, статистический и анкетного опроса. Единицами наблюдения являлись 32 студента, обучающихся в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» [6,7].

**Результаты:** В процессе исследования было установлено, что в 78,6% случаев углубленное изучение студентами опыта работы лидеров Сеченовского Университета основывалось на регулярном упоминании об их заслугах профессорско-преподавательским составом. Для подготовки к семинару-конференции студенты использовали материалы, размещенные в сети Интернет (92,9%). В 100% случаев обучающиеся в полной мере освещали биографии великих врачей, заслуги в здравоохранении и в 71,9% случаев раскрывали их лидерские качества. По отзывам студентов, данная конференция расширяет кругозор по истории alma-mater (92,9%), способствует развитию лидерских качеств и коммуникативных навыков (71,4%) [8].

Чтобы исторические заслуги корифеев медицины не стирались, молодым врачам сегодня нужно стремиться работать еще больше и лучше. Ведь в течение 260 лет специалисты Сеченовского Университета отличались смелостью научных идей, талантом первопроходцев, обладали особым качеством – всегда доходить до самой сути, когда дело касается лечения пациентов.

**Выводы:** Как следует из представленного материала изучение жизни и деятельности выдающихся лидеров здравоохранения – эффективный метод формирования лидерских качеств и профессионального воспитания будущих врачей-специалистов. Проведение подобных семинаров-конференций определяет неразрывную связь с выбранной профессией, несет положительный эмоциональный заряд. Благодаря таким мероприятиям студенты углубляют теоретические знания по истории медицины, приобретают опыт выполнения презентации, совершенствуют навыки публичных выступлений.

#### **Список литературы:**

1.ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет): официальный сайт. - <https://www.sechenov.ru/> (дата обращения 8.02.2020).

2.Алехин И.А., Ларионов С.А. Воспитание нравственных качеств у студентов вузов средствами отечественной литературы // Мир образования – образование в мире. – 2010. – № 2. – С. 140 – 141.

3.Климов С.Н. Философские аспекты воспитательной работы в вузе // Педагогическое образование и наука.– 2011. – № 2. – С. 4-7.

4.Трегубов В.Н. О роли воспитания медицинских работников в процессе их дополнительного профессионального образования // Мир образования - образование в мире.– 2014. –№ 2 (54).– С. 156-161.

5. Трегубов В.Н. Особенности проведения воспитательной работы при обучении врачей с использованием дистанционных образовательных технологий // Сеченовский вестник. – 2015.– № 4.– С. 49-52.

6. Гаранина И.А., Гусева Е.А. Организация подготовки студентов в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» Сеченовского Университета // Всероссийская итоговая 78-я студенческая научная конференция им. Н.И. Пирогова: сборник материалов. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2019. – 568 с.

7. Решетников В.А., Трегубов В.Н., Соколов Н.А. Опыт подготовки руководителей здравоохранения в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» // Медицинское образование и профессиональное развитие.– 2018.– № 1.– С. 156 – 163.

8. Гаранина И.А. Заседание лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» // Сеченовец: вчера, сегодня, завтра: Электронный журнал.2018.<http://sechenov-journal.ru/2018/10/29/zasedanie-laboratorii-masterstva-fabrika-liderov-zdravoohraneniya/> (дата обращения 8.02.2020).

## **СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МОСКОВСКИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ**

ординатор: Груздева Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Старение населения – глобальный процесс, происходящий во всем мире, связанный со снижением смертности и рождаемости и Российская Федерация не является исключением. Более того, ожидается, что в ближайшие десятилетия численность группы населения старше трудоспособного возраста будет только расти [1].

Среди целевых показателей Национального проекта «Демография» заявлены такие, как увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, снижение показателя смертности населения старше трудоспособного возраста до 36,1 (на 1000 человек) к концу 2024 года.

Демографическая ситуация в целом и инициирование целевых программ создали предпосылки для создания и развития по всей стране и, в частности, в городе Москве, современной модели гериатрической службы, основанной на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения Москвы, к 01 июля 2019 года на базе трех Госпиталей для ветеранов войн были организованы койки (за счет перепрофилирования) для оказания специализированной медицинской помощи по профилю "Гериатрия» [2,3].

**Цель:** Изучить структуру госпитализированных пациентов гериатрического профиля.

**Материалы и методы:** При проведении данного исследования были проанализированы формы статистической отчетности за 2019 год в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы». Методы: статистический, аналитический, логический.

**Результаты и обсуждение:** В ходе работы с формами статистической отчетности было выявлено следующее:

1. В структуре ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ» с 01.07.2019 функционируют три отделения гериатрического профиля (общей мощностью 135 коек).

2. С июля по декабрь 2019 года в гериатрические отделения ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ» было госпитализировано 2 348 пациентов. Подавляющее большинство пациентов (99,7 %) поступило в плановом порядке по направлениям амбулаторно-поликлинических медицинских организаций.

3. Среди всех пациентов гериатрических отделений 25,6 % составили пациенты пожилого возраста (60-75 лет), 74,4 % - пациенты старческого возраста (старше 75 лет), в том числе 11,5 % - пациенты старше 91 года.

4. По половому составу по обеим возрастным категориям отмечается преобладание пациентов женского пола, при этом среди пациентов пожилого возраста 70% составили женщины, и 30 % - мужчины, среди пациентов старческого возраста 78% женщин и лишь 22 % мужчин. Данные цифры хорошо иллюстрируют феминизацию населения, сопровождающую демографическое старение во всем мире.

5. В структуре основных диагнозов пациентов, пролеченных в гериатрических отделениях ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», неоспоримое лидерство принадлежит болезням системы кровообращения – на их долю приходится 98% всех нозологических единиц. В данной группе подавляющее большинство составляют хронические ишемические болезни сердца (у 86,4 % всех пациентов), гораздо реже у пациентов основным диагнозом были зарегистрированы болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (9,75%), основной диагноз 1,35% всех пациентов - цереброваскулярные болезни. Оставшиеся 2% пролеченных пациентов ведущей патологией имели болезни органов пищеварения (1,5 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также дыхательной системы (менее 1% для каждой группы заболеваний).

Структура диагнозов пролеченных в ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ» гериатрических пациентов в целом соответствует структуре общей заболеваемости населения России старше трудоспособного возраста по данным Росстата, незначительная разница в ранжировании основных групп заболеваний, при подавляющем лидерстве болезней системы кровообращения, может быть связана с плановым характером госпитализации пациентов ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ». Также следует отметить, что у пациентов старших возрастных групп, при выделении основного диагноза, как правило, имеет место полиморбидная патология, в связи с чем требуется формирование и

дальнейшее совершенствование мультидисциплинарного подхода к терапии, медицинской реабилитации и медико-социальному сопровождению пациентов данной возрастной группы.

**Заключение:** В связи с глобальной тенденцией старения населения целесообразно проведение прикладных исследований в области гериатрии в целях оптимизации профилактики, диагностики и лечения заболеваний, планирования объемов и характера медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста. Госпитали ветеранов войн как лечебные учреждения, в силу своей специфики, имеющие многолетний опыт работы с возрастными пациентами, несомненно, должны стать флагманами в работе по дальнейшему совершенствованию специализированной медицинской помощи по профилю "Гериатрия».

**Список литературы:**

1. Ткачева О.Н., Остапенко В.С., Погосова Н.В. Аналитическая записка «Медицинские аспекты старения населения г. Москвы» - М., 2015 г.
2. Паспорт национального проекта «Демография» (Утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. №16) – С. 2, 23-24.
3. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 28.06.2019 №463 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

## **УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ СТУДЕНТАМИ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

студентка: Данилович С.Л.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана,  
г. Москва*

**Введение:** В современном мире предметом все более внимательного изучения общественных научных дисциплин становится эмоциональный аспект развития и проявления личности. Существует потребность в том, чтобы люди имели способность воздействовать на появление и распространение эмоций вследствие постоянного роста стрессовых факторов, эмоциональных нагрузок, с которыми человек не всегда способен адекватно справиться [1]. Поэтому под понятием «эмоциональный интеллект» понимается способность к обработке эмоциональной информации, включающая распознавание собственных эмоций и эмоций других людей [2]. Выражение эмоций и адаптивная регуляция эмоций обеспечивает более эффективное решение прикладных жизненных задач [3].

**Цель:** Научно-методическое обоснование значимости управления эмоциями для студентов Сеченовского Университета в современном обществе.

**Материалы и методы:** Исследование проведено с использованием статистического метода и анкетного опроса. Единицами наблюдения являлись 45 студентов, обучающихся в центре инновационных образовательных программ (ЦИОП) «Медицина будущего».

**Результаты и обсуждение:** Установлено, что медицинские специалисты наиболее подвержены стрессу [4]. Именно поэтому, в наше время, необходимо развивать управление эмоциями у студентов медицинских вузов. Эмоции - это субъективные реакции человека на воздействия внешних и внутренних раздражителей, отражающие в форме переживаний их личную значимость для субъекта и проявляющиеся в виде удовольствия или неудовольствия [5, с. 527].

По данным анкетного опроса студентов было установлено, что 33,3% - оказываются в стрессовой ситуации ежедневно, 48,9% - еженедельно, 13,3% - ежемесячно и 4,4% - раз в полгода. Считают, что не способны в полной мере управлять эмоциями 55,6% респондентов. Поэтому во время стрессовой ситуации 80% стараются не показывать свои эмоции, 8,9% - начинают плакать, 4,4% - кричать, 2,2% выпивают спиртные напитки. Во время экзаменационных сессий у 78% опрошенных студентов может наблюдаться высокий уровень тревожности, который мешает показать лучший результат. Кроме того было установлено, что студенты медицинских вузов используют для снятия стресса различные приемы. На первое место в рейтинге мер борьбы со стрессом студенты ставят общение с друзьями (50,6%), на второе - вкусную еду (35,6%), на третье - сон (20%).

Полученные нами данные совпадают с результатами исследований Е.А. Андреевой и С.А. Соловьевой (2016), содержащих сведения о эмоциональном стрессе у студентов во время экзаменационной сессии [6]. Во время сдачи сессии преобладающим становится средний уровень стресса, выражающийся в сложности контроля эмоций, ощущении физического недомогания, отсутствии сосредоточенности в момент выполнения важного задания.

В процессе исследования также установлено, что студенты не изучали методику управления эмоциями на занятиях в вузе (75,6%), 20% изучали ее не достаточно хорошо и только 4,4% разобрались в ней. На этом фоне 77,8% студентов высказали желание овладеть навыками, позволяющими им управлять эмоциями.

**Выводы:** В рамках проведенного исследования был выявлен высокий уровень подверженности стрессу студентов и низкий уровень управления эмоциями в стрессовых ситуациях. Это может приводить к синдрому эмоционального выгорания, и как следствие, снижению работоспособности, поэтому целесообразно осуществлять обучение студентов методам управления эмоциями.

#### **Список литературы:**

1. Дэниел Гоулман Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ. - 7-е изд. - М.: Манн, Иванов и Фербер, 2019. - 544 с.
2. Emotional Intelligence Needs a Rewrite // Nautil.us: monthly. online edition. 2017. 3 aug. - URL: <http://nautil.us/issue/51/limits/emotional-intelligence-needs-a-rewrite> (дата обращения: 16.12.2019).

3. Flavia Cavazotte , Valter Moreno , Mateus Hickmann Effects of leader intelligence, personality and emotional intelligence on transformational leadership and managerial performance // The Leadership Quarterly. - 2012. - №23. - С. 443-455.

4. Баженова Н.Г., Орлова Н.М, Окунева Н.В. Профессиональный стресс и эмоциональное выгорание медицинских работников // АНИ: педагогика и психология. - 2018. - №2(23). - С. 335-338.

5. Сосновский Б.А. Психология. Учебник для педагогических вузов. - М.: Юрайт, 2005. - 660 с.

6. Андреева Е.А., Соловьева С.А. Особенности проявления стресса у студентов во время сдачи экзаменационной сессии // АНИ: педагогика и психология. - 2016. - №1(14). - С. 140-143.

## **ВЛИЯНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ, НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

студент Даутбаев Д.Г.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Киньябулатов А.У.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
г. Уфа*

**Введение:** Национальные проекты – это государственные «инвестиции в человека», которые будут влиять на все сферы жизни граждан Российской Федерации. При этом влияние национальных проектов на нецелевые для своих направлений области жизни граждан может быть очень высоким. Косвенно на качество медицинской помощи в основном влияют национальные проекты «Образование», «Наука», «Безопасные и качественные автомобильные дороги», которые и будут рассмотрены в этой работе.

**Цель:** Изучить влияние национальных проектов, не относящихся к системе здравоохранения, на доступность и качество медицинской помощи.

**Материалы и методы:** Сравнение, анализ, синтез, дедукция.

**Результаты и обсуждение:** Каждый национальный проект состоит из федеральных проектов, которые косвенно влияют на доступность и качество оказания медицинской помощи.

Национальный проект «Образование». В данном национальном проекте федеральный проект «Молодые профессионалы» направлен на повышение качества учеников, обучающихся по программам среднего профессионального образования, например, планируется 70% их участие по различным формам наставничества. Основа для улучшения качества преподавания учителей заложена в федеральных проектах «Учитель будущего» и «Новые возможности для каждого», с помощью них, к концу 2020 года в Российской Федерации должна быть внедрена национальная система учительского роста и система непрерывного образования преподавателей. В федеральном проекте «Успех



каждого ребенка» планируется создание региональных центров выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи, профориентационная работа, повышение охвата дополнительными общеобразовательными программами больше 70% для детей с ограниченными возможностями здоровья. По национальному проекту создаются детские технопарки «Кванториум» для 2 млн. детей, например, в Республике Башкортостан уже открыты 4 технопарка, а с 2020 по 2022 год планируется создать 3 мобильных технопарка для дополнительного образования учащихся отдаленных районов республики. По федеральному проекту «Современная школа» открываются 2049 центров цифрового и гуманитарного профилей «Точка роста» из них 144 в Республике Башкортостан, где установлены медицинские тренажеры и манекены, комплекты для первой медицинской помощи, имитаторы травм. Все данные федеральные проекты будут влиять на качество поступающих абитуриентов и повышать не только уровень знаний профильных предметов, но еще и развивать навыки участия в различных мероприятиях, научной работе и общественной деятельности. Модель постоянной внешкольной, дополнительной занятости на учебных и общественных мероприятиях будет переноситься и на учебу в университете, что будет повышать активность приобретения различных навыков у абитуриентов и качество их обучения.

Рассмотрим национальный проект «Безопасные и качественные автомобильные дороги». Масштабы данного национального проекта колоссальны, например, в Уфимской и Стерлитамакской агломерации Республики Башкортостан запланирован ремонт 493 и 293 км. дорог соответственно, что составляет 35,6% и 42,4% от километража их транспортной сети, не считая ежегодного ремонта дорог и автомобильных дорог, соединяющих города республики. Влияние национального проекта на доступность и качество медицинской помощи заключается не только в уменьшении времени прибытия машин санавиации, машин скорой медицинской помощи и участковых врачей на вызов, но и в повышении качества транспортировки, что зависит и от качества дорожного покрытия и уровня безопасности дорожного движения, особенно это касается доставки пациентов санавиацией в стационары 2 и 3 уровня из отдаленных районов регионов Российской Федерации. Также по данному национальному проекту будет произведено оснащение службы скорой медицинской помощи автомобилями класса С в количестве 600 единиц. Особенно стоит отметить, что в районах в основном находятся автомобили класса А и В и что в «ГОСТ 33665-2015 Автомобили скорой медицинской помощи. Технические требования и методы испытаний» нет норматива дорожного просвета автомобилей, поэтому для них глубокие ямы и колея могут оказаться непреодолимым препятствием.

Национальный проект «Наука» направлен на увеличение государственного финансирования в исследования, гранты и научные проекты, увеличения доли исследователей до 39 лет и увеличение качества научных работ. Так же будут сформированы инструменты для быстрого перехода

результатов исследований в стадию практического применения к 2024 году. В цели национального проекта также входит создание 3 центров геномных исследований мирового уровня к 2020 году. Грантовая политика поощрения исследователей, увеличение количества отечественных журналов в базах «Web of science» и «Scopus» в дальнейшем будут стимулировать проведение исследований нового уровня, появлений патентов и открытий в сфере медицины мирового уровня.

**Заключение:** Национальные проекты «Образование», «Наука», «Безопасные и качественные автомобильные дороги» оказывают существенный вклад в повышение доступности и качества медицинской помощи.

**Список литературы:**

1. Паспорт национального проекта "Образование" (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. N 16).

2. Паспорт национального проекта "Безопасные и качественные автомобильные дороги" (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 15).

3. Государственный комитет Республики Башкортостан по транспорту и развитию дорожного хозяйства. Перечень улиц и автомобильных дорог, на которых планируется проведение мероприятий в рамках реализации национального проекта «Безопасные и качественные автомобильные дороги» в 2019 году.

4. «ГОСТ 33665-2015 Автомобили скорой медицинской помощи. Технические требования и методы испытаний» от 2017-04-01.

5. Паспорт национального проекта "Наука" (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16).

## **ИНДЕКС ДОСТОВЕРНОСТИ УЧЕТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

аспирант Даутова Л.П.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шарафутдинова Н.Х.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
г. Уфа*

**Введение:** Колоректальный рак, объединяющий такие патологии, как рак ободочной и прямой кишки, занимает одну из ведущих позиций, являясь вторым в структуре онкологической заболеваемости в женской популяции и третьим в мужской популяции, без учета рака кожи. (Петрова Г.В. и соавт., 2013, Одинцова И.Н. и соавт., 2017).

Возможность получения точной информации о распространенности колоректального рака и состоянии специализированной медицинской помощи

онкологическим больным осуществляется с помощью одного из объективных критериев – индекса достоверности учета онкологической патологии (Каприн А.Д. и соавт., 2019).

Индекс достоверности учета (ИДУ) рассчитывается как отношение числа умерших от злокачественных новообразований (ЗНО) к числу заболевших ЗНО за отчетный период времени. При хорошо налаженном учете и уровне оказания лечебно-диагностической помощи больным ЗНО число случаев заболеваний должно превышать число умерших не менее, чем на 25%, т.е. ИДУ должен быть не более 0,80 (80%).

**Цель:** Изучить индекс достоверности учета колоректального рака в Республике Башкортостан среди городских и сельских жителей.

**Материалы и методы:** Для расчета ИДУ колоректального рака были рассчитаны показатели первичной заболеваемости и смертности от рака ободочной и прямой кишки на 100 тыс. населения. В качестве материала исследования были использованы данные государственной статистической отчетности Республики Башкортостан формы №7 «Сведения о заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Башкортостан» и № С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» за 2008 и 2018гг.

**Результаты и обсуждение:** За период наблюдения показатель первичной заболеваемости раком ободочной кишки увеличился на 27,2% (с 17,3 до 22,0 случая на 100 тыс. человек), прямой кишки – на 20,5% (с 17,1 до 20,6 случая на 100 тыс. человек). Более значительный рост заболеваемости раком ободочной кишки отмечался в сельской местности (на 40,5%), чем в городской (на 11,7%). Рост заболеваемости раком прямой кишки был выше среди городских жителей (на 23,6%), чем среди сельских (на 15,2%).

За одиннадцатилетний период выявлен рост смертности от колоректального рака. Более значительный рост смертности отмечался при раке ободочной кишки на 23,6% (с 10,6 до 13,1 случая на 100 тыс. человек). Рост смертности от этой патологии был почти одинаков как в городской местности (на 23,8%), так и в сельской (23,5%). При раке прямой кишки увеличение показателя смертности составило 14,4% (с 10,4 до 11,9 случая на 100 тыс. человек), в основном за счет смертности среди городского населения (на 24,5%), чем среди сельского (7,4%).

Сравнительный анализ показал, что в 2008г. и в 2018г. показатели заболеваемости раком ободочной кишки и прямой кишки были выше среди городского населения, чем среди сельского, а показатель смертности был выше среди сельских жителей, чем среди городских. В следствии этого ИДУ оказался выше в сельской местности, чем в городской, даже несмотря на то, что в динамике индекс снизился. Так, в 2008г. ИДУ рака ободочной кишки среди населения, проживающих в сельской местности, составил 0,92, в 2018г. – 0,59, ИДУ рака прямой кишки соответственно – 0,73 и 0,68. Среди населения, проживающего в городской местности, ИДУ рака ободочной кишки в 2008г. был 0,46, в 2018г. – 0,52, прямой кишки соответственно – 0,52 и 0,5. Возрастные особенности ИДУ характеризовались более высокими

показателями в возрастной группе 70 лет и старше, как при раке ободочной кишки (ИДУ=0,85), так и при раке прямой кишки (ИДУ=0,75).

**Заключение:** За одиннадцатилетний период наблюдения для первичной заболеваемости и смертности от рака ободочной и прямой кишки населения Республики Башкортостан характерен рост. Худшие показатели были среди сельского населения, чем сред городского. Высокий ИДУ в сельской местности, по сравнению с городской, характеризуется неблагоприятными результатами статистической отчетности в селе. Вместе с тем уменьшение индекса в динамике свидетельствует об улучшении регистрации случаев заболеваемости и смертности, в основном благодаря автоматизированному регистру. Особое внимание при проведении анализа качества учета онкологических больных следует обратить на старшие возрастные группы, т.к. среди них высокий ИДУ вероятно из-за недоучета больных в этих группах населения.

#### **Список литературы:**

1. Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П., Простов, М.Ю. Показатели онкологической помощи больным колоректальным раком в России // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2013. – №6 (4). – С. 41-43.
2. Одинцова И.Н., Черемисина О.В., Писарева Л.Ф., Спивакова И.О., Вусик М.В. Эпидемиология колоректального рака в Томской области // Сибирский онкологический журнал. – 2017. – № 16(4). – С. 89-95.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2019. – С. 250.

## **ПОЗИТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК КЛЮЧ К УСПЕХУ**

студентка Донскова Г.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Позитивное мышление - это особый стиль мышления, характеризующийся жизнерадостным мироощущением, способностью воспринимать, аккумулировать и распространять положительные мысли и эмоции [1]. Успех- это положительный результат в достижении поставленной цели [2].

На протяжении многих лет ученые и психологи изучают феномен влияния позитивного мышления на формирование личности. Более ранние исследования, проводимые в студенческих сообществах, доказывают связь между такими понятиями как позитивное мышление и стабильность, оптимизм в ситуациях успеха, неудачи и межличностные взаимоотношения [3]. Преимущества позитивного мышления заключаются в следующем: люди,

обладающие данным типом мышления, прилагают больше усилий в достижении своих целей, не склонны сдаваться, демонстрируют отличную производительность труда, лучше адаптируются к негативным ситуациям, ориентированы на преодоление трудностей, что непосредственно влияет на достижение успеха [4,5].

**Цель исследования:** Оценить отношение студентов Сеченовского Университета к использованию методик позитивного мышления в своей жизни.

**Материалы и методы:** В данном исследовании были применены методы анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 45 студентов Сеченовского Университета в возрасте от 18 до 24 лет.

**Результаты и обсуждение:** По данным анкетного опроса установлено, что 30 респондентов (66,7%) твердо ориентированы в понятии «позитивное мышление», 23 респондента (51,1%) считают себя обладателями позитивного мышления. На вопрос «Обладаете ли вы позитивным мышлением» никто из участников анкетного опроса не прибегнул к радикально отрицательному ответу. Абсолютное большинство - 40 участников (88,9%), хотят развивать у себя позитивное мышление, даже при его наличии. В повседневной жизни все опрошенные студенты используют различные методики позитивного мышления. Наиболее востребованными оказались фокусировка на положительных эмоциях, ей пользуются 29 студентов (64,4%), и рефрейминг (интерпретация негативных ситуаций в позитивном ключе), к которому прибегают 26 студентов (57,8%), 45 участников исследования (100%) дали положительный ответ на вопрос «хотите ли вы работать с людьми, обладающими позитивным мышлением».

**Заключение:** Как следует из представленного материала, все студенты предпочитают работать с людьми, обладающими позитивным мышлением, что обусловлено следующими закономерностями: к позитивно настроенному человеку тянутся люди, с ним комфортнее работать, за ним готовы следовать как за лидером. Согласно проведенному анкетному опросу, для достижения своих целей все участники используют методики позитивного мышления, таким образом можно утверждать, что оптимистичный образ мысли помогает двигаться к достижению цели. Позитивное мышление – является неотъемлемой частью жизни успешного человека, именно благодаря которому у людей повышаются эффективность и результаты рабочей деятельности.

#### **Список литературы:**

1. Ромаха О.В., Лапухина М.В. Позитивное мышление в интеллектуально-культурологическом аспекте // Аналитика культурологии. - 2004. - №1. - С. 21-23.
2. Дмитриев Д.В. Толковый словарь русского языка.. - М.: АСТ, Астрель, 2003. - 1584 с.
3. Новикова К.А., Касимова С.Г. Связь позитивного мышления, смысло-жизненных ориентаций и жизнестойкости у студентов. // Концепт. - 2013. - №7. - С. 1-9.

4. Бонивелл И. Ключи к благополучию. Что может позитивная психология. - М.: Время, 2009. - 192 с.

5. Андреева Ю.В. Педагогический оптимизм: от способности мыслить позитивно к созданию ситуации успеха // Вестник ЮУрГУ. - 2012. - №26. - С. 61-65.

## **АНАЛИЗ АДАПТИРОВАННОСТИ УСЛОВИЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

студент Дорофеев Н.А.; студент Тяпченко А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Дьяченко Т.С.

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Волгоград*

**Введение:** Профилактика – одно из приоритетных направлений в современной российской и мировой медицине. Качество и доступность медицинской помощи в целом зависят и от развития медицинской реабилитации – третичной профилактики [1]. Как часть последней, санаторно-курортное лечение имеет особое значение для лиц с ограниченными возможностями, и потребность в нём достаточно высока [1,2]. Вместе с тем удовлетворённость этим видом лечения складывается из множества параметров. Поэтому изучение условий оказания данной медицинской помощи необходимо для повышения ее качества и доступности.

**Цель:** Проведение анализа подготовленности санаторно-курортных учреждений г. Эссентуки для оказания помощи лицам с ограниченными возможностями.

**Материалы и методы:** В ходе исследования был проведён опрос с использованием специально разработанной анкеты в 21 санатории г. Эссентуки среди 385 респондентов старше 18 лет. Из общего числа опрошенных были отобраны 139 человек, указавшие наличие у них установленной группы инвалидности. Обработка и анализ полученных данных производились с использованием Microsoft Excel 2013 (США), а также RStudio Team (2019). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.

**Результаты и обсуждение:** Согласно результатам проведённого опроса, большинство респондентов – 43,88% относится к возрастной группе «Старше 60 лет», вторые по частоте – 33,82% - «46-60 лет». Значительно меньше было представителей групп «26-45 лет» и «18-25 лет» - 13,67% и 8,63% соответственно. При этом разница между числом женщин и мужчин была не выражена – 47,45% мужчин и 52,55% женщин. Более 2/3 опрошенных – 67,65% указали уровень своего образования как «Высшее (в т.ч. неоконченное)», 30,15% – как «Среднее профессиональное» и 2,2% – как «Среднее общее». В вопросе о роде занятий вариант ответа «Пенсионер» выбрало более половины анкетированных – 51,82%. Варианты «Рабочий» и «Служащий» отмечены со схожей частотой – 22,63% и 21,17% соответственно. Наименьший процент –

4,38% – был у варианта «Студент». Распределение по группам ограничения трудоспособности было такое, что ответ «I группа» выбрали 8,09% опрошенных, «II группа» – 53,68%, «III группа» – 23,52%, а «Ребёнок-инвалид» – 14,71%.

На вопрос об удовлетворённости условиями проживания, отдыхающие санаториев г. Ессентуки в подавляющем большинстве случаев – 87,05% – отвечали положительно. 11,51% ответили, что не удовлетворены условиями, а 1,43% дали свой вариант ответа, написав, что удовлетворены «Частично» или «Не в полной мере». Среди специальных условий, созданных для лиц с ограниченными возможностями, чаще всего – в 76,47% анкет – респонденты отмечали «Пандусы, подъёмные платформы», на втором месте по частоте выбора – в 74,26% случаев – были «Выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов». Третьими же, с указанием в 66,91% случаев, были «Сопровождающие работники». Среди часто выбираемых вариантов были также «Специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения» и «Адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы» – в 58,09% и 49,26% анкет соответственно. Кроме того, комбинация из одновременно выбранных 4 самых частых ответов, также в целом была самым частым суммарным ответом на данный вопрос – 9,56%. Реже всего – 10,29% анкет – из фиксированных ответов опрашиваемые выбирали «Дублирование информации шрифтом Брайля». Однако об обеспеченности санатория условиями доступности для лиц с ограниченными возможностями положительно отзывались 89,93% участников опроса, а 10,07% – отрицательно.

**Выводы:** Анализ подготовленности санаторно-курортных учреждений для лиц с ограниченными возможностями показал, что большинство из медицинских организаций, согласно ответам респондентов, обладают как минимум частью необходимых условий. При этом чаще всего имелись пандусы и подъёмные платформы, выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов и сопровождающие работники. Но, несмотря на то, что зачастую не отмечалось наличие сменных кресел-колясок, дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации, а также шрифтом Брайля, 89,93% опрошенных считали, что санаторий обеспечен необходимыми для лиц с ограниченными возможностями условиями. Однако немалая часть опрошенных всё же указывала на обратное, что подтверждает необходимость дальнейшего проведения работ по расширению специальных условий и повышению доступности и комфорта лечения в санаториях для данной категории людей.

#### **Список литературы:**

1. Царик Г.Н. и др. Оценка доступности и качества медицинской реабилитации в Кемеровской области // Политравма. – 2017. – №. 3.
2. Опалева О.Д. Изучение удовлетворенности качеством услуг, оказываемых санаторием, как часть маркетингового продвижения на рынке санаторных услуг // Молодой ученый. – 2017. – №. 34. – С. 40-44.

## УСПЕШНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ВРАЧА С КОЛЛЕГАМИ И ПАЦИЕНТАМИ

студент Дрогозюк О.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Коммуникации в современном мире играют ключевую роль в межличностных взаимодействиях между людьми самых различных возрастных групп, специальностей, культур. Сегодня человек с хорошо развитым навыком общения имеет значительные преимущества в разных сферах его жизни. Если мы говорим об успешной коммуникации среди врачей, их взаимодействии с коллегами и пациентами, то это важнее, чем простые межличностные отношения, так как это напрямую влияет на то, насколько эффективно пройдет лечение данного пациента. Недостаточно просто собрать анамнез и провести некоторые инструментальные исследования. Необходимо изучить больного, увидеть личность страдающего человека во всей полноте со всеми ее индивидуальными особенностями, проблемами и другими проявлениями, которые могут беспокоить пациента. Как правило, это всегда приводит к успешному взаимодействию между врачом и пациентом, что повышает приверженность пациента к лечению и общий прогноз скорого выздоровления [1].

**Цель:** Изучить роль и способы совершенствования коммуникации для эффективного общения врача с коллегами и пациентами.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал получен с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 73 студента Сеченовского Университета. Среди них 40% обучалось на 5 и 60% на 6 курсах. По специальности лечебное дело было 80% респондентов и медико-профилактическое дело - 20%. Юношей было 40% и девушек - 60%, средний их возраст составлял – 22 года. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** По результатам анкетного опроса студентов было установлено, что 84% из них считают важным учиться в образовательной организации коммуникативным навыкам, 3% утверждают, что в этом нет необходимости, еще 3% - затруднились ответить на этот вопрос. На необходимость освоения коммуникативных навыков врачами указали 69,4% респондентов, 1,4% - считают это неважным, 29,2% - затруднились ответить на данный вопрос.

Среди основных качеств, которыми должен обладать врач для успешной коммуникации были названы: 87,5% - терпимость, 70,8% – доброжелательность, 63,9% - открытость и искренность, 48,6% - обаяние. В



поведение врача, для успешной коммуникации, по мнению опрошенных студентов, должно быть: умение слушать собеседника и говорить с ним - 87,7%, уметь только слушать собеседника - 9,6%, остальные студенты затруднились ответить на данный вопрос.

Установлено, что 62% студентов испытывают трудности при общении с коллегами, а 48,6% испытывают трудности в общении с пациентами. При возникновении трудностей 63,9% студентов действуют по ситуации, 29,2% стараются больше молчать и слушать собеседника, 2,8% уйти от разговора и 4,2% больше говорить и не давать высказаться собеседнику. Если конфликт произошел, 55,6% студентов пытаются понять точку зрения другого человека, 36,1% спокойно доказывает свою точку зрения, 5,6% проявляет гнев, 2,8% уходит от разговора.

Развитием коммуникативных навыков занимается 77,4% опрошенных студентов. Самым популярным способом для этого 60% респондентов назвали увеличение времени для общения с другими людьми, 30% студентов самостоятельно изучают данный вопрос и 10% - учатся у опытных коллег.

При самооценке студентами своих коммуникативных навыков 16,9% считают их очень хорошими, 52,1% - хорошими, 22,5% - утверждают, что им необходимо развивать свои коммуникативные навыки и 8,5% - затруднились ответить на данный вопрос.

**Выводы:** Владение и совершенствование коммуникативных навыков является важным качеством врачебного персонала. Только в условиях полного взаимопонимания между врачом и пациентом мы можем говорить о персонализированном подходе к пациенту, а также о высокой приверженности пациентов к лечению. Таким образом, студенту медицинского вуза необходимо развивать свои коммуникативные навыки для дальнейшего успеха в своей карьере [2].

#### **Список литературы:**

1. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа. – Иркутск, 2012. - С. 8-30.
2. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Коммуникационный процесс врач - пациент в современном здравоохранении. – М., 2007. – 201 с.

## **ВЛИЯНИЕ АРХИТЕКТУРЫ СТОЛИЧНЫХ МИКРОРАЙОНОВ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ МОСКВИЧЕЙ**

магистрант Дюшаков Е.А.

научный руководитель к.м.н., доц. Косаговская И.И.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением, г. Москва*

**Введение:** Возросший интерес к исследованиям уровня субъективного ощущения качества жизни человеком с учетом нарастающей критики традиционных монетарных методов оценки благополучия и уровня жизни привел к возникновению нового направления в экономике. Так называемая

«экономика счастья» занимается изучением уровня субъективного благополучия в различных масштабах, от стран и регионов до индивидуальных домохозяйств, и рассматривает факторы, способные повлиять на него.

**Цель:** Анализ влияния визуальных и пространственных характеристик жилой среды на удовлетворенность качеством жизни людей, проживающих в определенном архитектурном типе застройки микрорайонов.

**Материалы и методы:** Исследование включало в себя геопространственный и статистический анализ, опрос более 2 000 москвичей, что позволило выявить закономерности, связанные с влиянием характеристик жилой среды на удовлетворенность москвичей жизнью в целом, местом жительства, социальными связями в районе проживания, а также состоянием здоровья.

В качестве метода анализа использовалась простая линейная регрессия, где уровень удовлетворенности качеством жизни выступал в качестве зависимой переменной, а проживание в определённой типологии жилья - независимой. Этот метод позволил оценить, изменится ли удовлетворенность человека качеством жизни, если при прочих равных условиях (доход, семья, и пр.) его место жительства заменить с одной типологии застройки на другую.

**Результаты и обсуждение:** Несмотря на существенную роль личных характеристик, внешние факторы способны серьезно повлиять на удовлетворенность жизнью. Исследование показало, что такие характеристики как развитость инфраструктуры и социальных институтов, цены на жилье, социальный состав населения, транспортная доступность, экологическая обстановка и климат имеют значение для субъективного благополучия жителей в масштабе города. В масштабе государства на удовлетворенность жизнью оказывают влияние такие социальные категории как доход, свобода, равенство, социальный климат, правосудие.

Само по себе проживание в определенном типе жилья объясняет лишь около 1,0% различий в уровне счастья жителей. Была выявлена более сильная связь между жилой типологией и удовлетворенностью местом жительства. Проживание в так называемых «хрущевках» уменьшает удовлетворенность местом проживания на 2.03 балла по сравнению со «сталинками», в 9-12-этажном жилье – на 2.08 балла, в многоэтажных зданиях типовых и нетиповых видов застройки коэффициенты равны 1.48 и 0.77 баллам соответственно. Вид типологии застройки объясняет до 8,0% вариаций в уровне удовлетворенности местом жительства. При этом важную роль играют такие факторы, как удовлетворенность квартирой и ее размерами, внешним видом здания, привлекательностью окружающей застройки, озеленением и тем, насколько приятно проживать в данном районе в целом. Кроме того, жители кирпичных домов в целом давали более высокую оценку своему месту жительства, чем респонденты из блочного и панельного жилья.

**Заключение:** Жилая застройка 1930х-50х годов ассоциируется с более высокими показателями по большинству объективных и субъективных параметров. Тем не менее, даже с учетом демографических и социально-экономических переменных, положительная оценка жителями визуальных и

пространственных характеристик района остается значимым параметром, объясняющим разницу между типологиями застройки. Среди других важных переменных - доля индивидуально спроектированного жилья в окрестностях, удовлетворенность квартирой и ее площадь.

Данное исследование проводилось в масштабе города с целью тестирования общих закономерностей, что не позволяет сформулировать конкретные предложения по районам Москвы, но дает возможность для общих рекомендаций по формированию жилой застройки.

#### **Список литературы:**

1. Городков А.В. Основы территориально-пространственного развития городов: Учебное пособие. - М.: Проспект Науки, 2014. - 320 с.
2. Вендина О.И. Московская идентичность и идентичность москвичей // Известия РАН. Серия Географическая. - 2012. - №5. - С.27-39.
3. Городская среда. Технология развития: настольная книга / Под ред. В.Л.Глазычева. - М.:«Издательство Ладыя», 1995. - 240с.
4. Шевчук Д.В. Региональная экономика и пространственное развитие в 2 т. Т. 1 региональная экономика. Теория, модели и методы: Учебник для бакалавриата и магистратуры. - М.: Юрайт, 2015. - 306 с.
5. Любовный В.Я. Москва и столичный регион. Проблемы регулирования социально-экономического и пространственного развития. - М.: Экон-Информ, 2011. - 329 с.
6. Savage M. Urban Sociology, Capitalism and Modernity / M. Savage and A. Warde. - London: Macmillan, 1993. - 221 p.

### **ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

магистрант Земскова А.А.

научный руководитель: к.м.н., доц. Косаговская И.И.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением, г. Москва*

**Введение:** В настоящее время современные условия жизни оказывают пагубное влияние на состояние здоровье населения, выражающееся в дефиците двигательной активности, следствием этого являются приобретенные вредные привычки и низкий уровень здоровья, в результате которых растет распространенность неинфекционных заболеваний. В данном исследовании рассматривается влияние физической активности на формирования физического и психического здоровья, а также физическая активность как фактор профилактики возникновения неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, ожирения и диабета). Основной идеей нашего исследования является изучение отношения населения к физической активности и социально – экономические условий, позволяющих вести активный образ жизни. Предпосылкой к исследованию является теория о том,

что сознательное отношение к физической активности является одним из основополагающих факторов формирования здорового образа жизни [1].

**Цель:** Исследование связи между отношением населения к физической активности и социально – экономическими условиями для ее реализации по данным научных исследований.

**Материалы и методы:** В исследованиях используются психологические тесты: тест психологической активности, тест определения самостоятельности и осознанности, тест уровня мотивации. Помимо психологических тестов были проведено сравнение физиологических показателей (АД, вес, уровень холестерина и сахара в крови, ЖЕЛ). Дополнительно был проведен анкетный опрос отношения населения к занятиям физической культурой.

**Результаты и обсуждение:** По определению ВОЗ, физическая активность — это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий.

Люди, не занимающиеся достаточно физической активностью, больше подвержены таким распространённым неинфекционным заболеваниям как: сердечно – сосудистые, ожирение, диабет, хронические респираторные и др. Кроме этого, дефицит двигательной активности оказывает негативное влияние и на психологическое состояние населения: стрессы и утомляемость, частые перепады настроения и пр. Люди, чье отношение к двигательной активности было менее мотивированным, уделяли меньше внимания и времени на поддержания достаточного уровня двигательной активности. Соответственно, привлечение населения к активному образу жизни, мотивация, создание соответствующих социально – экономических условий для занятий, положительные примеры и подкрепление опыта помогают привлекать большее число людей к занятиям физической активности и тем самым повышать состояние здоровья населения.

**Заключение:** Недостаток физической активности в повседневной жизни, в результате низкой мотивации и несерьезного отношению к двигательной активности, часто приводят к негативным последствиям для физического и психологического здоровья. В связи с этим необходимо повышать мотивацию и потребность у населения в занятиях физической активностью. Проблема дефицита двигательной активности, несомненно, является социально и экономически значимой. Физическая активность во многом зависит от пола, возраста, уровня образования, убеждений и взглядов, социального окружения и др. Учитывая все эти факторы, необходимо стимулировать и пропагандировать повышение физической активности населения через изменения отношения к повседневной физической нагрузке.

#### **Список литературы:**

1. Теряева, М.А., Развитие психических качеств на занятиях физической культуры у молодежи. В кн.: Актуальные проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации: материалы V всероссийской с международным участием науч. – практ. конф. студентов и аспирантов. - Томск: ТГУ, 2017. С. 193 – 195.

2. Тиунова, О.В. Мотивация к ведению здорового образа жизни, использованию возможностей физической культуры и спорта для укрепления здоровья, самосовершенствования, самовоспитания и социальной адаптации / О.В.Тиунова, Д.А. Фильченкова. – Москва: Товарищество научных изданий КМК, 2017. - С. 17 – 58.

3. Соловьева Т.С. Уровень физической активности и мотивированности городского населения к занятиям физической культуры и спортом // Качество жизни и человеческий потенциал территорий. – 2016. - №3 (83). – С. 119 – 136.

## **ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ РЕСУРСА ГРАЖДАН ДЛЯ ПРИЗЫВА В ВООРУЖЕННЫЕ СИЛЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

аспирант Избагамбетова К.А.

Научный руководитель: д.м.н., доц. Кузьмин С.А.

*ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, кафедра медицины катастроф,  
г. Оренбург*

**Введение:** В современных условиях реформирования Вооруженных сил Российской Федерации (ВС РФ) существенно возрастает роль человеческого фактора, так как именно от него зависит боеготовность войск, социальное благополучие личного состава армии, флота и общества [1].

Однако, за последние два десятилетия ряд факторов, в том числе политических, идеологических, демографических, экономических и социальных, оказал отрицательное воздействие на состояние системы комплектования ВС РФ. Возможность призыва граждан на военную службу в объеме, обеспечивающем потребность в обороне и безопасности страны, существенно сократилась [2,3].

Распоряжением Правительства РФ от 3 февраля 2010 г. № 134-р утверждена «Концепция федеральной системы подготовки граждан к военной службе до 2020 года», основной целью которой является «создание условий для обеспечения гарантированного комплектования ВС РФ физически и морально-психологически подготовленными гражданами».

**Цель:** Провести анализ количества граждан, поставленных на воинский учет в Оренбургской области за последнее десятилетие, и их влияния на формирование призывного ресурса для призыва в ВС РФ.

**Материалы и методы:** Проанализированы результаты медицинских освидетельствований юношей при первоначальной постановке на воинский учет (ППВУ) в изучаемом регионе за период с 2009 г. по 2018 г.

**Результаты и обсуждение:** В результате «демографического провала» отмечается значительное уменьшение призывного ресурса за изучаемый период времени. Так, в 2009 году в Оренбургской области на воинский учет было поставлено 13337 юношей, в последующие годы до 2016 года регистрировалось ежегодное снижение количества 17 - летних юношей до 9062 человек. С 2017 года наметилась положительная динамика и увеличение количества юношей, поставленных на воинский учет, и в 2018 году их количество составляло 9560 человек.

За период с 2009 по 2018 годы в изучаемом регионе также произошел значительный подъем военно-патриотической работы среди детей и подростков, произошло заметное улучшение лечебно-оздоровительной работы. Проводимые совместными усилиями мероприятия нашли отражение в существенном улучшении состояния здоровья юношей допризывного возраста. Так, годность к военной службе по состоянию здоровья при ППВУ за изучаемый период значительно выросла и составила в среднем по Оренбургской области в 2018 году – 78,65% (2009 г. – 66,1%; 2010 г. – 65,6%; 2011 г. – 66,3%; 2012 г. – 66,25%; 2013 г. – 67,65%; 2014 г. – 72,27%; 2015 г. – 74,06%; 2016 г. – 74,78%; 2017 г. – 75,44%).

При изучении структуры заболеваний, послуживших основой для принятия решений об освобождении граждан от военной службы по состоянию здоровья, было установлено, что в 2009 году лидирующее положение занимали психические расстройства и расстройства поведения, которые составили 26,4%; на втором месте были болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 15,41%; третье место занимали болезни нервной системы – 11,57%. Затем следовали: болезни органов дыхания – 9,16%; болезни глаза и придаточного аппарата – 7,62%; болезни органов пищеварения – 6,99%; болезни органов кровообращения – 4,87%; болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,52%. На оставшиеся группы болезней приходилось 13,46%.

Через 10 лет, в 2018 году лидирующее положение по-прежнему занимали психические расстройства и расстройства поведения, а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, которые составили 26,98% и 14,82% соответственно; на третье место вышли болезни глаза и придаточного аппарата – 10,82%. Далее следовали: болезни системы кровообращения – 9,49%; болезни нервной системы – 9,1%; болезни органов дыхания – 5,8%; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 5,57%; болезни мочеполовой системы – 3,45%. На оставшиеся группы болезней приходилось 13,97%.

В результате проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий за изучаемый период с 2009 по 2018 годы из числа нуждающихся было излечено: консервативно - от 82,25% до 89,48%, оперативно - от 61,48% до 84,65%; охват санацией полости рта вырос с 81,65% до 90,48%; обеспеченность зубопротезированием выросла с 56,41 до 89,3%; обеспеченность корригирующими очками - с 95,67% до 100%.

**Заключение:** Таким образом, подготовка молодежи к военной службе требует межведомственного взаимодействия в работе государственных и общественных организаций, пропаганды здорового образа жизни, улучшения состояния их здоровья, увеличения охвата допризывной и призывной молодежи занятиями физической культурой и спортом.

#### **Список литературы:**

1. Смагулов Н.К., Мухаметжанов А.М. Оценка функционального напряжения и резистенции организма военнослужащих на этапах прохождения срочной службы // Военно-медицинский журнал. – 2013. - №2. – С. 38 – 44.

2. Боев М.В. Медико-демографические аспекты в моногородах и сельских поселениях // Здоровье населения и среда обитания. – 2013. - №6. – С. 4–5.

3. Кузьмин С.А. Анализ состояния здоровья граждан призывного возраста Оренбургской области // Военно-медицинский журнал. – 2012. - №9. – С. 17- 21.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ В РОССИИ И КАЗАХСТАНЕ**

студент Капёнкин А.В.; студентка Трунина Е.Е.; студентка Болдырева К.В.

Научный руководитель к.м.н., доц. Дьяченко Т.С.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,*

*г. Волгоград*

**Введение:** На сегодняшний день бесплодие является одной из главных проблем человечества [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2018 г. в Российской Федерации суммарный показатель фертильности составил 1,4 ребенка на женщину, хотя всего тридцать лет назад в 1990 г. он равнялся 1,9. Это снижение отрицательно сказалось на численности населения в стране, убыль которой к 2014 г. составила 3,4% [2]. Для поддержания нормального воспроизводства населения необходимо 2,1 ребенка на женщину. В Республике Казахстан показатель фертильности за 2018 год составил 2,6 ребенка на женщину [1].

Исследование информированности о проблеме бесплодия и необходимости использования ВРТ является актуальным, так как позволит сделать вывод о медицинской грамотности населения и разработать план внедрения репродуктивных технологий в регионах, где это необходимо.

**Цель:** Сравнение осведомленности взрослого населения Российской Федерации (РФ) и Республике Казахстан (РК) об организации специализированной медицинской помощи в сфере вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

**Материалы и методы:** Для оценки информированности населения проведено анонимное анкетирование. Оригинальная анкета включала в себя 18 вопросов, преимущественно закрытого типа. Всего опрошено 300 респондентов: по 150 граждан РФ и РК. Соотношение женщин и мужчин среди опрошенных в обеих странах составило 3:1. Возрастная структура в обеих выборках характеризуется преобладанием лиц 18-24 лет. Из всех респондентов 33,3% состоят в браке, имеют детей 29,3% и 39,3% опрошенных в РФ и РК соответственно. Учатся и/или работают 90,7% (РФ) и 96% (РК) опрошенных. Около 1/3 опрошенных в обеих группах связаны с медицинской деятельностью.

**Результаты и обсуждение:** Большинство респондентов в обеих странах считают проблему бесплодия социально значимой: 72% в РФ и 80,7% в РК. Около 30% участников анкетирования из обеих стран не смогли правильно

выбрать из предложенных вариантов специалиста, занимающегося лечением бесплодия. Две трети опрошенных в РК никогда не слышали о ВРТ, а в РФ – наоборот, 88,7% опрошенных знают о методах ВРТ. 52% россиян и 67,3% казахстанцев не знают о наличии в их городах медицинских организаций, занимающихся ВРТ.

Среди опрошенных из РФ 68,1% считают, что лечение бесплодия является дорогостоящим, и затраты на это превышают 100 т.р. (600 тыс. тг), аналогичный показатель в РК составил 92,6% опрошенных.

По данным анкетирования 38,7% граждан РФ и 20,7% граждан РК обратились бы в центр репродуктивных технологий при необходимости. Германия, Израиль, Россия и США, по мнению участников анкетирования, являются приоритетными странами для лечения бесплодия. Главными критериями при выборе страны респонденты обеих выборок выделили следующие: лучшие навыки и знания специалистов, наличие новейших технологий в этой отрасли, более комфортные условия пребывания в медицинском учреждении.

**Заключение:** Бесплодие в настоящее время является актуальной мировой проблемой, но демографические процессы и показатели в разных странах отличаются вследствие влияния ряда факторов (социальные, экономические, политические и др.). Анализ результатов анкетирования показал, что большая часть населения РФ и РК осведомлена о бесплодии как социально значимой проблеме, но казахстанцы в меньшей степени проинформированы о структуре и доступности ВРТ. Это можно объяснить тем, что показатели рождаемости в РК выше, чем в РФ, поэтому население РК не имеет такой необходимости в использовании ВРТ.

#### **Список литературы:**

1. Исупова О.Г. Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности // Демографическое обозрение. - 2017. - №1(11). - С. 3-4. - URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/vspomogatelnye-reproduktivnye-tehnologii-novye-vozmozhnosti> (дата обращения: 09.01.2020).
2. F. Zegers-Hochschild et al. for ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology // Fertility and Sterility. – 2018. - №92. – P. 1520–1524; and Human Reproduction. – 2018. - № 24. – P. 1–5.

## **АНАЛИТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ПРИМЕРЕ ОКБ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСИЙСКА**

студент Карпенко В.А.; студент Сизиков Н.О.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Кривых Е.А.

*Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,  
г. Ханты-Мансийск*



**Введение:** Высокая летальность от сердечно-сосудистых заболеваний – главный виновник российского отставания от других стран по продолжительности жизни. В России ежегодно переносят инфаркт более 159657 человек [1], это на 45-55% обуславливает это отставание у мужчин и еще больше - у женщин [2]. Смертность от инфарктов снизилась на 16% за период от 1990 до 2016 года [3], но такая тенденция сохраняется не во всех регионах РФ.

**Цель:** изучить заболеваемость инфаркта миокарда и сравнить данные между собой, попытаться найти зависимость возникновения данного заболевания от социально-экономических условий и сделать вывод.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ по данным предоставленным отделом статистики Окружной клинической больницы (ОКБ) города Ханты-Мансийска за период 2016-2018 год, анализ статистических сборников [4] Росстат [1], анализ тематической литературы [1,5,6,7,8]. Критерием включения больных в данное исследование являлось наличие крупноочагового или мелкоочагового инфаркта миокарда в острую стадию и период рубцевания [7]

**Результаты и обсуждение:** Анализ данных показал о снижении случаев возникновения острого инфаркта в Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО) в т.ч. городе Ханты-Мансийск. Улучшение методов при оказании высокотехнологической скорой медицинской помощи при инфаркте миокарда (далее ИМ). Основываясь на статистических данных заболеваемости острым инфарктом миокарда 2016 и 2018 годов [1]: Уральский Федеральный округ является одним из ведущих по стране, несмотря на это в Ханты-Мансийском автономном округе явление первичного инфаркта миокарда (на 100 тысяч населения) значительно ниже, кроме того тенденция к заболеваемости инфарктом миокарда в округе снижается. Большинство пациентов Окружной клинической больницы (ОКБ) ХМАО поступают в первые 2 часа [4]. Агитация в средствах массовой информации (СМИ) проводимое при поддержке ОКБ ХМАО осуществляется преимущественно в форме буклетов, количество населения, мотивированного на здоровый образ жизни, по результатам анонимных опросов увеличилось [4,7,8].

#### **Выводы:**

1. Инфаркт миокарда является одним из ведущих социально значимых заболеваний, высокая летальность от сердечно-сосудистых заболеваний – главный виновник российского отставания от других стран по продолжительности жизни.

2. В Ханты-Мансийском АО зарегистрирован минимальный уровень заболеваемости ИМ.

3. Национальные, государственные и окружные программы, а также высокотехнологическое оснащение больниц, значительно сократили количество смертей от ИМ.

4. В связи со значимостью заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе ИМ, обеспеченность койками РФ УрФО и ХМАО соответствуют потребностям.

### **Список литературы:**

1. Чумарина В.Ж. Общая смертность по отдельным причинам на 100 000 населения (декабрь), пересчет результатов к 1 году: Данные Росстата от 08.02.2019.
2. Поликарпов А.В. Александрова Г.А. Леонов С.А. Голубев Н.А. Зайченко Н.М. Шелепова Е.А. Сборник статистических материалов по болезням системы кровообращения Москва. – 2018. - С. 11-26.
3. Чумарина В.Ж. Смертность населения по полу и возрастным группам: Данные Росстата от 2017.
4. Данные предоставленные отделом статистики ОКБ ХМАО.
5. Отчет по исполнению плана основных мероприятий, реализуемых Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. – 2018. - С. 15-17.
6. МКБ-10 (1995). Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10. В 3-х томах. Т.1. Ч.1. М.: Медицина.
7. Achar S. A., Kundu S., Norcross W. A. Diagnosis of acute coronary syndrome. – 2005. - P. 26-119.
8. Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и деятельность медицинских организаций в 2017 году: статистические материалы: Т.2. / общ. редакция Р.К. Акназаров – Ханты-Мансийск: БУ «Медицинский информационно-аналитический центр», 2018. – 146 с.

## **ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОЙ И ВЗРОСЛОЙ ПОЛИКЛИНИК В ОКБ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСИЙСК**

студентка Касимова Е.О.; студент Стратан В.А.

Научный руководитель: к.м.н. Кривых Е.А.

*Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Ханты-Мансийск*

**Введение:** главной ценностью для каждого человека является его здоровье, в связи с чем, в современном мире одним из основных векторов развития цивилизованного государства является поддержание высокого уровня здоровья населения. Реализацией данных целей занимается государственная программа «Бережливая поликлиника», в рамках которой осуществляется улучшение деятельности такого звена первичной медицинской помощи как поликлиника.

**Цель:** определение удовлетворенности людей в оказании профессиональной медицинской помощи в детской и взрослой поликлинике окружной клинической больницы города Ханты-Мансийска.

**Материалы и методы:** в анкетировании приняли участие 1122 человек в возрасте старше 18 лет, посетившие детскую и взрослую поликлинику ОКБ г. Ханты-Мансийска и давшее добровольное согласие на участие в исследовании. Сбор материала проводился методом анкетирования. Анкета, разработанная студентами Ханты-Мансийской Государственной Медицинской Академии, включала вопросы: возраст; место жительства; удовлетворение режимом работы специалистов в ОКБ; длительность процедуры записи к врачу (в течение какого времени смог записаться на прием); способы записи на приеме к врачу; количество обращений за медицинской помощью в ОКБ г. Ханты-Мансийска; удовлетворенность точностью приема по времени, указанном в талоне или при самозаписи; удовлетворенность работой регистратуры; удовлетворенность информацией, полученной от лечащего врача о заболевании, плане обследования, лечении, рекомендации по режиму дня и питания; оценивание культуры общения персонала поликлиники; удовлетворенность качеством оказанных медицинских услуг; предложения по улучшению доступности и качества, предоставляемых ОКБ медицинских услуг; причина неудовлетворенности.

**Результаты и обсуждение:** При исследовании определили, что в детском отделении 45% родителей возрастом 26-45 лет; 28% - 18-25; 19% - 46-60; и всего 8% - старше 60 лет. Большинство обследуемых были из Ханты-Мансийска (84%), из Ханты-Мансийского района – 8%, из ХМАО – 7%, другие территории составили – 1% . Пациенты наиболее часто записываются на приемы, взяв талон в регистратуре (31%), по телефону – 20%, на приеме у врача – 19%, в терминале – 17%, другие способы записи – 13%. За медицинской помощью 69% обращались несколько раз, 24% утверждают, что обращались всего 1 раз. 6% постоянно посещают ОКБ, и 1% ни разу не обращались за медицинской помощью. Подавляющее большинство анкетированных – 91%, в целом, устраивает режим работы специалистов ОКБ, однако 9 % исследуемых заявило, что, по их мнению, этот критерий не соответствует желаемому, а именно, их не устраивает длительность приема – он слишком короткий, длительный перерыв, не своевременное начало рабочего дня. На прием попадали преимущественно в указанное в талоне время 45%, 37% ожидали около 15 минут, 12% - приблизительно 30 минут, и еще 6 % ожидали своего приема более 30 минут. Из всех пациентов 56% были полностью удовлетворены организацией работы регистратуры; у 13% долго искали карточку; 19% столкнулись с отсутствием талонов на прием; 6% были не довольны грубым отношением со стороны регистратуры; еще 6% пациентов была предоставлена неполная или неверная информация о расписании приема врачей. Из 1122 опрошиваемых человек 989 (88%) остались довольны оказанной им медицинской услугой; тем не менее 133 человека, что составляет 12% были не удовлетворены одним или несколькими указанными критериями. При проведении исследования было выявлено, что более половины респондентов (90%) удовлетворены качеством оказываемых медицинских услуг населению.

**Выводы:** 90% пациентов удовлетворены оказанием медицинской помощи населению, что связано с высокой квалификацией участковых врачей, постоянной работой их на участке и внимательным отношением к пациентам. Пациенты обращались с жалобами на какие-либо заболевания, что свидетельствует о недостаточном проведении профилактических мероприятий в округе. Недостаточно организованная деятельность поликлиники составляет 85% от всех замечаний респондентов, что в 5 раз больше, чем по поводу работы медицинского персонала. По мнению пациентов, можно значительно улучшить обустройство отделений ОКБ, в том числе, обеспечить его различными удобствами и нововведениями.

#### **Список литературы:**

1. Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и деятельность медицинских организаций в 2016 году (Статистические материалы) / Под ред. Р.К. Акназарова. - Ханты-Мансийск, 2017. – 294 с.
2. Улумбекова Г.Э. Предложения по программно-целевому управлению для достижения в РФ ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2024г. // ОРГЗДРАВ, Вестник ВШОУЗ: журнал для непрерывного медицинского образования по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». – 2018. - №2(12). – С. 6.

### **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПО СИСТЕМЕ БУТЕЙКО И СТРЕЛЬНИКОВОЙ**

студентка Кашева К.А.; студентка Похиленко А.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Пузырева Л.В.

*ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, кафедра фтизиатрии, фтизиохирургии  
и инфекционных болезней, г. Омск*

**Введение:** Ежегодно в стране наблюдается осенне-зимний подъем заболеваемости острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) и гриппом. По данным Федерального центра по гриппу и ОРЗ в период с 27 января по 2 февраля 2020 года заболеваемость ОРВИ по населению в целом составила 849,9 случаев на 100 тыс. населения, что выше предэпидемической базовой линии (699,8) на 21,4%. Заболеваемость гриппом составила 3,0 случаев на 100 тыс. населения, что выше предэпидемической базовой линии (0,61) в 4,9 раза [1]. Актуальным способом борьбы и профилактики ОРЗ является дыхательная гимнастика [2]. Она включает в себя специальные дыхательные упражнения, способствующие укреплению общего тонуса организма [2].

**Цель работы:** обоснование эффективности применения дыхательной гимнастики и разработка рекомендаций по профилактике ОРЗ.

**Материалы и методы:** В качестве объекта исследования (17 мальчиков и 34 девочки возрастом 11-12 лет) выбраны школьники сенситивного периода развития, т.к. они составляют основную часть группы риска, их организм ввиду

гормональной перестройки, неравномерного роста и развития, несовершенства строения органов и систем наиболее уязвим к факторам внешней среды, возбудителям и патогенам. Исследование проводилось при помощи социологического метода в виде анкетирования, методов математической статистики и естественного гигиенического эксперимента длительностью 3 месяца. До и после проведения комплекса дыхательная гимнастика по системе Бутейко и Стрельниковой проводилось исследование функций органов дыхания с помощью функциональных проб (Штанге, Генчи, спирометрия, измерение артериального давления и подсчет пульса, расчет адаптационного потенциала) [3].

**Результаты и обсуждение:** По результатам анкетирования была выявлена частота заболеваний шестиклассников за последний год. Около 14% опрошенных ответили, что не болели, 41% - болели 1 раз, 39% - болели 2-3 раза за год и 6% - более 3 раз.

Из опрошенных 65% детей занимаются спортом. Самые популярные виды спорта это танцы (20 %) и плавание (16 %). Дети, регулярно занимающиеся спортом, болеют реже.

По результатам опроса было выявлено, что у 12% учеников курят в семье. Сравнив заболеваемость детей из курящих и не курящих семей, мы обнаружили корреляцию между пассивным курением и частотой заболеваний ОРЗ у детей.

По результатам анкетирования 86% учеников имеют отдельную комнату для проживания, а у 14% отсутствует личная комната. Выявлено, что школьники, проживающие одни в комнате, реже болели ОРЗ.

В результате естественного гигиенического эксперимента число лиц, неудовлетворительно выполняющих пробу Штанге, снизилось с 60 до 47%, а число лиц, показавших отличный результат, возросло с 20 до 27%. Число лиц, неудовлетворительно выполняющих пробу Генчи, снизилось с 82 до 50%, а число лиц, показавших отличный результат, возросло с 6 до 10%. Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) у девочек в среднем увеличилась на 58,82 мл, у мальчиков на 52,94 мл. Число лиц, у которых ЖЕЛ ниже нормы, снизилось с 18 до 2%.

**Выводы:** Перед выполнением комплекса физических упражнений в ходе анкетирования школьников нами была выявлена корреляционная зависимость между заболеваемостью ОРЗ и воздействием табачного дыма на обучающихся, отсутствием занятий спортом, совместным проживанием в одной комнате с другими членами семьи. В результате трехмесячного применения методики дыхательная гимнастика среди шестиклассников нами было выявлено улучшение показателей функциональных проб и разработаны следующие рекомендации: качественно и сбалансировано питаться с наличием в суточном рационе овощей и фруктов более 500 грамм; поддерживать оптимальную двигательную активность, продолжать комплекс дыхательной гимнастики, придерживаться принципов режима дня; избегать переохлаждения организма; минимизировать воздействие табачного дыма на детский организм; в период эпидемий и в сезон ОРЗ избегать мест скопления людей; избегать

контактов с больными людьми; после посещения улицы мыть руки, промывать нос и горло; не менее 2 раз в неделю проводить влажную уборку и регулярно проветривать помещение.

#### **Список литературы:**

1. Министерство здравоохранения РФ ФГБУ НИИ гриппа /ФГБУ НИИ вирусологии им. Д. И. Ивановского. Ситуация по гриппу в России и мире. - URL: [https://www.influenza.spb.ru/system/epidemic\\_situation/situation\\_on\\_a\\_flu/](https://www.influenza.spb.ru/system/epidemic_situation/situation_on_a_flu/) (дата обращения: 02.02.2020).

2. Фаттахов Ф. Б. Влияние дыхательной гимнастики на тонус организма // Педагогическое мастерство: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Москва, июнь 2016 г.). — М.: Буки-Веди, 2016. — С. 19-21. — URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/191/10650/> (дата обращения: 02.02.2020).

3. Вайнбаум, Я.С. и др. Гигиена физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений / Я.С. Вайнбаум, В.И. Коваль, Т.А. Родионова. - М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 240 с.

## **АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОСТОЯННЫХ КЛИЕНТОВ САЛОНА КРАСОТЫ С МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИЕЙ**

студент Колибаба Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Козлов В.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** В связи с быстрым развитием маркетинга, изучение удовлетворенности потребителя качеством оказываемых медицинских услуг является неотъемлемой частью роста организации. Рынок меняется, вместе с ним под влиянием современных трендов трансформируется и мнение аудитории, которое необходимо постоянно учитывать для сохранения эффективной работы учреждения [1,2].

**Цель:** Изучить удовлетворенность клиентов деятельностью салона красоты в области эстетической медицины и косметологии.

**Материалы и методы:** На основании разработанной анкеты были изучены предпочтения постоянных клиентов организации, оказывающей услуги в области эстетической медицины и косметологии. Опрос прошли 108 человек. Анкетированным было предложено 18 вопросов, ответы на которые содержат информацию об индивидуальных характеристиках, социальном статусе, предпочитаемых услугах, общее мнение об организации и др. Статистическая обработка проводилась в программе SPSS.

**Результаты и обсуждение:** Большинство опрошенных клиентов (85%) имело высшее образование, 10,3% - среднее (среднее специальное) и 4,7% -

незаконченное высшее. По роду занятий - большинство работает в коммерческих (41,5%) организациях и в государственных учреждениях (34,0%), реже среди клиентов встречаются частные предприниматели 9,4%, домохозяйки – 7,5%, пенсионеры – 5,7%. Наиболее редко клиентами являются студенты – 1,9%.

Чаще всего клиенты получали информацию об организации по рекомендации – 41,4%, через интернет узнавали – 30,3%, через наружную рекламу получили 21,2%, 5,1% - через социальные сети, и 2% отнесли себя к старой базе клиентов. Большинство опрошенных указали, что тратят менее 10 мин, чтобы добраться до организации (57,9%), от 15 до 30 мин. тратят 35,5% опрошенных и более часа - 6,5%.

При оценке ключевого критерия, который является критерием выбора организации (от 1 до 8 рангового места), наиболее часто первое ранговое место получал критерий – квалификация специалиста (в 79,8 % из 104 человек оценивших данный критерий) средний ранг для данного критерия составил 1,4. На втором месте по значимости оказался критерий близости нахождения организации к дому (32,3% первых ранговых мест из 93 оценивших, и средний ранг – 3,0). Третьим по значимости критерием является цена услуги, средний ранг для которой составил 3,3 при 86 клиентах, отметивших значимость данного критерия. Далее в порядке значимости критерии расположились следующим образом: широта спектра услуг (3,4), система скидок (4,6), известность и качество косметики (4,7), наличие эксклюзивных услуг (4,9). К наиболее незначимым критериям были отнесены отношение к клиенту и сервис (выбрали всего по 2 клиента).

При оценке удовлетворенности услугами организации со стороны клиентов, наибольшая частота удовлетворенности характеризует услуги, относящиеся к сфере косметологии (77,8%). Второе место по степени удовлетворенности со стороны клиентов занимают услуги ногтевого сервиса – 51,9%. По остальным направлениям количество клиентов, отметивших удовлетворенность услугами, составило менее 50%: массаж – 47,2%, услуги по уходу за волосами – 46,3%, услуги по улучшения качества кожи тела – 41,7%.

Далее опрошенным было предложено оценить по 5-балльной шкале определенные параметры деятельности организации. При этом самые высокие средние оценки получили культура обслуживания – 4,99, качество услуг – 4,92, работа администратора – 4,96, внешний вид персонала – 4,90. Далее, исходя из оценки по 5 балльной шкале, расположились: интерьер (4,88 баллов), широта спектра услуг (4,86 баллов), соотношение цена/качество (4,77 баллов), квалификация персонала (4,47 баллов).

Таким образом, квалификация персонала – главное требование при выборе организации и она же имеет сравнительно более низкую оценку по сравнению с другими характеристиками при оценке удовлетворенности клиентов.

При оценке времени ожидания услуги у специалиста, 84,9% опрошенных, ответили, что услуга оказывается всегда во время, 14,2% клиентов отметили ожидание 5-10 мин., и 0,9% опрошенных упомянули, что

ждать приходится более 15 мин., 64,2% опрошенных указали, что во время визита они получили «то, что ожидали», 32,1% клиентов указали, что ими было получено больше, чем они ожидали, и 3,8% опрошенных затруднились с ответом на данный вопрос.

На открытый вопрос, касающийся пожеланий клиентов, были даны следующие ответы: 57,1% из оставивших пожелания были заинтересованы в скидках и акциях по снижению цены на услуги, 28,6% указали на необходимость повысить квалификацию специалистов, предоставляющих услуги по уходу за волосами, и 14,3% выразили заинтересованность в повышении квалификации массажистов.

**Заключение:** Таким образом, анкетирование помогло выявить вектор развития организации, основываясь на предпочтениях постоянных клиентов, недостатки в работе специалистов и административного звена. Данный тип исследования мнения необходимо проводить регулярно в связи с модификацией рынка и изменчивостью состава группы постоянных клиентов.

#### **Список литературы:**

1. Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., Г.Н. Лактионова Г.Н. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. [Электронный ресурс]: режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskie-podhody-k-issledovaniyu-udovletvorennosti-patsientov-vysokotehnologichnoy-meditsinskoj-pomoschy/viewer>

2. Воловская Н.М., Уличев А.С. Удовлетворенность потребителей продуктом (по материалам маркетингового исследования) [Электронный документ]: режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/udovletvorennost-potrebiteley-produktom-po-materialam-marketingovogo-issledovaniya/viewer>

## **МАРШРУТИЗАЦИЯ И МОНИТОРИНГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

студентка Колодяжная Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кульмухаметова Н.Г.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
г. Уфа*

**Введение:** В последние годы наблюдается увеличение доли женщин в структуре ВИЧ-инфицированных. В связи с этим увеличивается число беременных с ВИЧ-инфекцией и количества родов в данной группе женщин, отмечается вертикальная передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку [1,2,3].

**Цель:** Изучение маршрутизации и мониторинга ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

**Результаты и обсуждение:** На сегодня в регионе действует Закон от 21 декабря 1998 года № 209-з «О предупреждении распространения на территории



Республики Башкортостан заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Проблема ВИЧ-инфекции в акушерско-гинекологической практике заслуживает особого внимания. У ВИЧ-инфицированных женщин беременность должна быть запланирована в соответствии с рекомендациями специалистов. Наблюдение беременной с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом Центра профилактики и борьбы со СПИД Республики Башкортостан и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства. Для каждой пациентки составляется дорожная карта и лист маршрутизации. Участковый врач акушер-гинеколог направляет информацию о течении и осложнениях беременности, сопутствующих заболеваниях, результатах лабораторных исследований для коррекции антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и/или антиретровирусной терапии и запрашивает сведения об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности. При диспансерном наблюдении за ВИЧ-инфицированными беременными используются неинвазивные методы (ультразвуковая диагностика, доплерография, непрямая кардиотокография) оценки состояния плода. В связи с широким внедрением информатизации в области здравоохранения в регионе организован дистанционный мониторинг беременных. Все беременные, в том числе с ВИЧ-инфекцией, включаются в регистры. В женской консультации регистратором выдается женщине анкета (опросник: анамнез, жалобы, вопросы к врачу), которую она заполняет до приема врача. Акушерка кабинета доврачебного приема измеряет температуру тела, вес, артериальное давление, частоту сердечных сокращений матери и плода, окружность живота, высоту стояния дна матки. Врач изучает полученные на доврачебном приеме данные и осматривает женщину. Акушерка в кабинете врача вносит данные осмотра врача в электронный дневник РМИАС (Республиканская медицинская информационная автоматизированная система), распечатывает дневник и прикрепляет к медицинской документации беременной. Медицинский работник кабинета централизованного мониторинга беременных вносит данные по результатам приема врача и результаты исследований в раздел «Скрининг» регистра беременных. В регистры беременных также вносятся записи консультантов, скрининг «Астрайя». Система позволяет контролировать маршрутизацию ВИЧ-инфицированных беременных, проведение плановой/экстренной химиопрофилактики и/или антиретровирусной терапии поэтапно от первого до третьего уровней оказания акушерско-гинекологической помощи в период амбулаторного наблюдения. В течение года было взято под наблюдение в женских консультациях республики 43944 беременных, из них ВИЧ-инфекцию имели 414 (0,89%) женщин. В структуре установленных путей передачи ВИЧ-инфекции у них превалировал половой путь - 91,8%, парентеральный путь составлял 8,2%. При диспансерном наблюдении особое внимание уделялось наличию вирусных, материнских, акушерских и плодовых факторов, влияющих на передачу ВИЧ-инфекции от

матери ребенку; корректировались поведенческие реакции беременных. Родоразрешение пациенток проводилось в перинатальных центрах второго и третьего уровней, как правило, через естественные родовые пути в соответствии с разработанными протоколами ведения родов и клиническими рекомендациями по ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку проводилась во время беременности в 95,6%, в родах - в 98,5% и новорожденному - в 100,0%. Показатель вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку составил 1,9% (8 случаев). Не отмечалось материнской и перинатальной смертности, активации ВИЧ-инфекции за данный период наблюдения.

**Заключение:** Маршрутизация и дистанционный мониторинг ВИЧ-инфицированных женщин способствовали своевременному обследованию, оказанию качественной акушерско-гинекологической помощи и проведению соответствующей антиретровирусной профилактики и/или антиретровирусного лечения ВИЧ-инфекции, благодаря чему удалось предотвратить неблагоприятные исходы беременности, родов и послеродового периода, снизить показатель вертикальной передачи вируса.

**Список литературы:**

1. Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б., Шульдяков А.А. и др. Терапевтические подходы к коррекции психических расстройств у беременных с ВИЧ-инфекцией. Нефармакологические методы лечения (часть 2) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. - №8. – С. 16-26.
2. Латыпов А.Б., Валишин Д.А., Яппаров Р.Г. ВИЧ-инфекция среди беременных женщин в Республике Башкортостан // Журнал инфектологии. – 2019. – №1(11). – С. 46-52.
3. Рузиев М.М. Особенности распространения ВИЧ-инфекции у беременных женщин в Республике Таджикистан // Вестник академии и медицинских наук Таджикистана. – 2018. – №2(26). – С. 243-248.

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ  
В РАЙОНАХ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ  
ПИЩЕВАРЕНИЯ**

аспирант Кореневская Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Лопухова В.А.

*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПО с учебным центром бережливых технологий, г. Курск*

**Введение:** Клиническая и социально-экономическая значимость гастроэнтерологической заболеваемости весьма значительна по причине влияния этих заболеваний на качество жизни пациентов и большим экономическим ущербом для страны [2]. Болезни органов пищеварения остаются одной из актуальных и трудно решаемых проблем современной медицины [1]. Совершенствование и реализация новых подходов в планировании гастроэнтерологической помощи взрослому населению - один

самых актуальных вопросов организации здравоохранения на территории Российской Федерации.

**Цель:** изучить территориальные особенности первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения у взрослого населения в Курской области за 2017 г.

**Материалы и методы:** в работе проведено ретроспективное исследование данных Федеральной службы государственной статистики и данных формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» по Курской области о заболеваемости взрослого населения болезнями органов пищеварения.

**Результаты и обсуждение:** При определении структуры первичной гастроэнтерологической заболеваемости по всем районам Курской области были выявлены наиболее часто регистрируемые нозологические формы болезней органов пищеварения по кодам МКБ-10. При этом в целом по Курской области в 2017 г. самые высокие показатели выявлены по кодам K29 (гастрит и дуоденит) – 10,4 %, K80-83 (болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей) – 9,9 %, K85-K86 (болезни поджелудочной железы) – 8,0 %, K25-K26 (язва желудка и двенадцатиперстной кишки) – 6,3 %, K70-K76 (болезни печени) – 4,4 %.

В структуре первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения Курской области за 2017 г. установлен наибольший удельный вес по коду K29 (гастрит и дуоденит) в Солнцевском районе (58,2 %), по кодам K80-83 (болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей) в Пристенском районе (48,9 %), по кодам K85-K86 (болезни поджелудочной железы) в Щигровском районе (45,4 %), по кодам K25-K26 (язва желудка и двенадцатиперстной кишки) в Тимском районе (29,2 %), по кодам K70-K76 (болезни печени) в Кореневском районе (22,7 %).

В свою очередь наименьший удельный вес по кодам K29 (гастрит и дуоденит), K85-K86 (болезни поджелудочной железы), K25-K26 (язва желудка и двенадцатиперстной кишки) выявлен в Суджанском районе (0,9 %, 0,3 % и 0,7 % соответственно), по кодам K80-83 (болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей) и K70-K76 (болезни печени) - в Фатежском районе (1,0 % и 0,15 % соответственно). По коду K29 (гастрит и дуоденит) случаев заболеваний в Коньшевском и Медвенском районах Курской области и по кодам K70-K76 (болезни печени) в Коньшевском и Медвенском, а также в Советском, Солнцевском и Черемисиновском районах в 2017 г. зарегистрировано не было.

По уровню первичной гастроэнтерологической заболеваемости населения Курской области первое место в 2017 г. занимали гастриты и дуодениты (2,34 ‰), второе – болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (0,99 ‰), третья – болезни поджелудочной железы (0,92 ‰). Структура ведущих патологий желудочно-кишечного тракта в целом по Курской области оставалась стабильной.

**Заключение:** Изучение территориальных особенностей первичной гастроэнтерологической заболеваемости по нозологическим формам у взрослого населения в Курской области за 2017 г. позволило выявить наиболее уязвимые районы по заболеваемости гастритом и дуоденитом (K29), болезнями желчного пузыря, желчевыводящих путей (K80-83), болезнями поджелудочной железы (K85-K86), язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (K25-K26), болезнями печени (K70-K76). Полученные данные могут быть использованы для совершенствования и повышения эффективности системы оказания медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения.

**Список литературы:**

1. Беляева Ю.Н. Болезни органов пищеварения как медико-социальная проблема // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3, Вып. 3.
2. Корневская Е.В., Лопухова В.А. Медико-социальная значимость проблемы первичной гастроэнтерологической заболеваемости в РФ // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции. – 2018. – С. 129-132.

**ПОТЕРЯННЫЕ ГОДЫ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ В СТАНДАРТНОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА**

аспирант Кошечкина Н.В.

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ходакова О.В.

*ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, кафедра общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения, г. Чита*

**Введение:** Забайкальский край относится к районам периферического типа с низким социально-экономическим развитием и региональными особенностями: экстремальные природно-климатические и экологические условия; значительная протяженность территории, определяющая низкую плотность населения 2,50 чел./км<sup>2</sup>, сложную транспортно-логическую сеть.

Востребованность научного исследования медико-демографических показателей отдельно взятых районов, обусловлена продолжающимся ухудшением состояния здоровья населения в Забайкальском крае, происходящим под воздействием неблагоприятных факторов среды обитания, в том числе уровня социально-экономического развития.

В настоящее время показатель «Потерянные годы потенциальной жизни (PYLL/ППЖ)» является одним из самых популярных систем измерения благосостояния населения в мире. Показатель ППЖ аккумулирует основные характеристики смертности: число умерших, вклад каждого возрастного периода в показатель смертности, гендерную предрасположенность. Таким образом, ППЖ позволяет оценить, как основные причины преждевременных смертей и размер потерянного человеческого капитала, так и эффективность применяющихся превентивных мер.

**Цель:** Провести анализ потерянных лет жизни в стандартной популяции среди взрослого населения, проживающего в районах Забайкальского края.

**Материалы и методы:** Данными для расчета ПГПЖ явились выкопировочные данные из формы №С-51 «Сведения об умерших по полу, возрасту и причинам смерти» Забайкалкрайстата за 2015-2018 гг. Рассчитан стандартизованный показатель ПГПЖ на 100 тыс. населения на основе коэффициентов мирового стандарта населения ОЕСД. Методы, используемые в работе: контент-анализ, метод выкопировка данных, санитарно-статистический и аналитический методы. В исследовании применялись два метода кластерного анализа: иерархическая кластеризация и метод k - средних.

**Результаты и обсуждение:** При анализе коэффициента ПГПЖ стандартизованного по возрасту в Забайкальском крае за период 2015-2018 гг. установлена стабильная динамика изменения показателя, характеризующая уменьшением уровня ПГПЖ к 2016 г. до 21451 человеко-лет (темп убыли – 7,9%) и резким снижением к 2018 г. до 13900 человеко-лет (темп убыли – 38,8%).

При проведении сравнительного анализа потерянных лет потенциальной жизни среди районов, установлено среднее значение стандартизованного показателя ПГПЖ – 2042,4 человеко-лет ДИ 95% [1988-2501], для не стандартизованного – 5878,8 человеко-лет ДИ 95% [5203-6148]. Регистрируются межрайонные различия как для стандартизованного, так и для фактического показателя ПГПЖ.

Так же выявлены различия между стандартизованными и фактическими показателями, что свидетельствует о влиянии возрастного состава на показатели ПГПЖ.

Для выявления относительно однородных групп наблюдений по стандартизованному показателю ПГПЖ в районах Забайкальского края использовался кластерный анализ. Анализ позволил установить четыре кластера, сформированные по стандартизованному показателю ПГПЖ. К первой группе относятся 8 районов и стандартизованный показатель ПГПЖ варьирует в пределах от 3231,25 до 3700,83 человеко-лет. Второй кластер представлен 12 районами. Показатель ПГПЖ от 1358,56 до 1672,52 человеко-лет. Третий кластер представлен тремя районами. Стандартизованный показатель ПГПЖ различается в пределах от 4009,46 до 8320,28 человеко лет. К четвертому кластеру относятся 8 районов. Стандартизованный показатель ПГПЖ определяется в пределах от 790,29 до 1027,27 человеко-лет.

**Заключение:** Таким образом, показатель ПГПЖ является чувствительным индикатором, позволяющим выделить однородные совокупности по результатам кластерного анализа. Выявлено возрастное влияние на показатель ПГПЖ. Для установления статистически значимых дискриминант, обуславливающих формирование кластеров, необходимо дальнейшее изучение.

#### **Список литературы:**

1. Бойцов С.А. Годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 году / И.В. Самородская // ФГБУ Государственный

научно - исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России - Москва, 2012. – С. 2.

2. Красильников И.А. Методические рекомендации по использованию показателя «Потерянные годы потенциальной жизни» (ППГЖ) для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях / Иванова А.Е., Семенова В.Г., Сабгайда Т.П., Евдокушкина Г.Н. // РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России - Москва, 2014. С. 8.

## САМОПРЕЗЕНТАЦИЯ ВРАЧА

студентка Курагина М.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Феномен самопрезентации сопровождает нас ежедневно. У каждого из нас на подсознательном уровне уже сформирован образ собственной презентации, которую называют «природной самопрезентацией». При этом существует и заранее спланированная, осознанная тактика позиционирования своей персоны, которую принято называть «искусственная презентация» [1,2].

Понятие самопрезентация происходит от латинского слова, что в переводе означает «самоподача», то есть представление себя другим людям. В основе самопрезентации лежит управление впечатлением о себе у других людей с помощью бесчисленных стратегий поведения, заключающихся в предъявлении своего внешнего образа другим людям [1,3].

В современном мире активное развитие информационных технологий вывело феномен самопрезентации на новый уровень. Врач, может не только при помощи вербального общения управлять впечатлением на пациента или коллегу, но и создать первое впечатление он-лайн при помощи сайтов, социальных сетей и т.д. Публичные выступления, например конференции, так же являются способом побуждения окружающих к определенным действиям. Именно поэтому необходимо врачам осваивать и развивать навыки самопрезентации [4,5].

**Цель:** Оценить отношение студентов Сеченовского Университета к самопрезентации.

**Материалы и методы:** Исследование проведено с использованием методов: анкетного опроса, аналитического, логического и статистического. Единицами наблюдения являлись 36 студентов Сеченовского Университета.

**Результаты и обсуждение:** Исследование показало, что среди ошибок, допускаемых, врачами при самопрезентации: 72,2% респондентов выбрали - невнимание к пациенту, 52,8% - неуверенность в себе, 36,1% - стремление к

постоянным оправданиям, 30,6% - отсутствие собственной мотивации и 27,8% - страх осуждения. Внешний вид врача так же важен, как и его профессиональная подготовка для 30,6% респондентов, «скорее да, чем нет» ответили на этот вопрос 44,4% студентов, 16,7% - «скорее нет чем да» и «нет» - 8,3% опрошенных лиц. Способы невербальных средств общения, помогающие регулировать течение процесса общения и создавать психологический контакт между партнерами, изучали 55,6% студентов. О том, что люди судят о человеке по первому произведенному им впечатлению уверены 44,4% респондентов, 38,9% ответили «скорее да, чем нет» и 16,7% «скорее нет, чем да». На вопрос: «Вы способны преподнести себя с лучшей стороны?» – 41,5 % - дали положительный ответ, 52,8 % ответили «скорее да, чем нет», а 5,6% считают, что не способны преподнести себя с лучшей стороны. При этом 38,9 % студентов уверены, что могут сохранить о себе благоприятное впечатление, а 61,1% считают, что скорее способны его сохранить. Контроль производимого впечатления является важным аспектом, которому необходимо уделять особое внимание. Человек должен быть внимателен к своей аудитории как к источнику сигналов, содержащих важную информацию о его представлении. Иначе он рискует быть понятым неправильно. На вопрос: «Как Вы считаете, можете ли управлять впечатлением другого человека о себе?» - 30,6% ответили «да», 41,7% - «скорее да, чем нет» и 19,4% - «скорее нет, чем да» и не могут – 8,3% студентов.

**Заключение:** Повышение и развитие навыков самопрезентации у врачей необходимо для налаживания взаимодействия в социуме, достижения желаемого результата, повышения персональной ответственности, привлечения интереса пациентов к желаемым действиям, направленным на профилактику и лечение заболеваний.

#### **Список литературы:**

1. Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни . - М.: Канон-пресс-Ц, 2000. - 304 с.
2. Журавлева И.А Феномен самопрезентации личности в психологии // Вестник университета. - 2012. - №16. - С. 248 - 251.
3. Куклинов М.Л., Сапегина С.Г, Малютина Л.В. Самопрезентация в процессе трудоустройства // Проблемы экономики и менеджмента. - 2014. - №12 (40). - С. 7 - 11.
4. Васина Е. Самопрезентации индивида в сети: особенности языковых игр // научные ведомости. - 2016. - №14 (235). - С. 61 -66.
5. Погонцева Д.В. Самопрезентация в киберпространстве // Философские проблемы информационных технологий и киберпространства. - 2012. - №2 (4). - С. 66-72.

# СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ ВОРОНЕЖСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО ЗА 2015 – 2019 ГГ

студентка Лагутина С.Н.; студент Чижков П.А.

Научные руководители: д.м.н., проф. Лавлинская Л.И.,

к.м.н., асс. Лавлинская Т.А., к.м.н., асс. Черных Е.А.

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра  
общественного здоровья и здравоохранения, г. Воронеж*

**Введение:** Заболеваемость населения является одним из главных показателей, характеризующих здоровье нации. Ухудшение здоровья молодого поколения, в том числе и студенческого населения, которое определяет значимый интеллектуальный потенциал для России, в последние годы способствовало значительному изменению в показателях заболеваемости. Исходя из сложившейся ситуации, приоритетом служит охрана здоровья студенческого населения, а также формирование у них мотивационного устоя к здоровому образу жизни на этапах первичной профилактики амбулаторного звена [1,2].

**Цель:** Статистический анализ общей и первичной заболеваемости студентов ВГМУ имени Н. Н. Бурденко, а также заболеваемости с временной утратой трудоспособности за 2015 – 2019 гг. на примере БУЗ ВО ВГКП №1 (студенческой поликлиники г. Воронежа).

**Материалы и методы:** Нами были проанализированы данные официальной статистической отчетности БУЗ ВО ВГКП №1 г. Воронежа (сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания (12 форма), учетные формы первичной медицинской документации: медицинские карты студентов (форма 025-3/у), листы временной нетрудоспособности студентов (форма 095/у)). Рассчитывались относительные показатели, характеризующие распространенность признаков на 1000 (100) человек. При анализе данных были произведены вычисления следующих показателей:  $t$  - критерий Стьюдента с непосредственным вычислением среднего арифметического значения ( $M$ ), среднеквадратического отклонения ( $\sigma$ ), ошибки средней арифметической ( $m$ ). Достоверными считали различия в значениях при  $t > 2,0$ ;  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение:** За исследуемый период (2015 – 2019 гг.) стоит отметить, что общая заболеваемость студентов, обучающихся в ВГМУ имени Н. Н. Бурденко, снизилась на 28,2 % (с 664,3 до 477,0 случаев на 1000 студентов). При этом количество заболевших студентов в период 2016 – 2017 гг. снижалось в 1,3 раза быстрее по сравнению с другими годами. Первичная заболеваемость студентов ВГМУ имени Н.Н. Бурденко за исследуемый период времени: снижение на 17, 5% с 326 до 268, 9 случаев на 1000 студентов. Наиболее значительное снижение показателей пришлось также на период 2016 – 2017 гг. (в 1,45 раза). Распределение классов болезней в структуре общей заболеваемости студентов за 2015 – 2019 гг. показывает, что неинфекционные



заболевания в 4,75 раза преобладают над инфекционными. Ведущей патологией среди неинфекционных болезней являются: болезни органов дыхания (респираторного тракта) и составляют 32,4 %. Среди патологии респираторного тракта в 78% - случаев определялись вирусные и бактериальные заболевания, в 19% случаев пациенты имели обструктивные нарушения, связанные с аллергической природой (бронхиальная астма, ХОБЛ), среди 2% отмечались атипичные заболевания бронхолегочной системы. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы в 36% отмечались ИБС, в 14% - артериальная гипертензия, 12% - различные виды аритмий, 38% - случаев отмечались вегето-сосудистые дистонии. При изучении заболеваемости патологии опорно-двигательного аппарата отмечались: 67% - идиопатический сколиоз, 26% - артропатии, 5% - варикозное расширение вен нижних конечностей, 2% - другая патология. Среди патологии зрительного аппарата в 86% - отмечалась миопия слабой и средней степени, 12% - воспалительные заболевания глаза, 2% - травмы глаза. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности студентов ВГМУ им. Н. Н. Бурденко за исследуемый период снижалась. В пересчете на дни нетрудоспособности ЗВУТ снизилась в 1,6 раз с 52,1 в 2015 г. До 32,5 на 100 обучающихся в 2019 г. В числе зарегистрированных случаев временной нетрудоспособности ЗВУТ снизилась в 1,7 раз с 7,9 до 4,2 на 100 обучающихся ВУЗа. В структуре ЗВУТ (по дням нетрудоспособности) студентов г. Воронежа к 2019 г. наиболее часто отмечались заболевания органов дыхания (69,1%), травмы и отравления (16%), воспалительные заболевания органов других систем (15%).

**Заключение:** Исходя из проведенных исследований можно сделать вывод о том, что общая заболеваемость студентов, которые обращались за медицинской помощью в БУЗ ВО ВГКП №1 начала снижаться к 2019 году, приближаясь к средним показателям заболеваемости студентов по г. Воронежу. Национальные программы, относящиеся к работе первичного звена на данный момент исследования, не в полной мере реализуются в работе врачей амбулаторно-поликлинического звена, что позволяет держать показатель общей заболеваемости среди студентов на достаточно высоком уровне.

#### **Список литературы:**

1. Блинова Е.Г. Основы социально-гигиенического мониторинга условий обучения студентов высших учебных заведений / Е.Г. Блинова, В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2012. – № 1. – С. 35–40.

2. Кожевникова Н.Г. Роль факторов риска образа жизни в формировании заболеваемости студентов / Н.Г. Кожевникова // Земский врач. – 2011. – № 6. – С.13–17.

# ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ С СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ МЕДИЦИНЫ-4П

магистрант Лазарева О.Д.

Научный руководитель: д.м.н. Абольян Л.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** В условиях демографического кризиса возрастает актуальность формирования репродуктивных установок молодёжи, живущей во времена изменяющихся семейных, брачных, репродуктивных ценностей и стереотипов [1]. Информирование населения и, особенно, молодежи по вопросам репродуктивного здоровья, включая вопросы прегравидарной подготовки пары с учетом современных подходов в медицине 4П (персонализация, предикция, превентивность, партисипативность) представляется важным как с позиций индивидуального, так и общественного здоровья [2, 3].

**Цель исследования:** заключалась в оценке образа жизни студенческой молодежи медицинского вуза в современных условиях, включая репродуктивные установки и информированность о прегравидарной подготовке с позиций 4П.

**Материалы и методы:** Проведен опрос студентов московского медицинского вуза (Сеченовский Университет). Использовалась специально составленная нами анкета, состоящая из 50 вопросов, объединенных в 6 блоков, включая медико-социальную характеристику семьи родителей, здоровье и образ жизни студента, отношение к браку и рождению детей, информированность о репродуктивном здоровье и прегравидарной подготовке, оценку источников информации о репродуктивном здоровье и прегравидарной подготовке. В исследовании приняли участие студенты 2-го и 5-го курсов трех факультетов – лечебного, медико-профилактического (МПФ) и фармацевтического. Всего собрано 155 анкет. Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета IBM SPSS.21.

**Результаты и обсуждение:** Среди опрошенных студентов большинство составили девушки (83,5%), студенты 2-го курса (78,0%), обучающиеся на медико-профилактическом факультете (65,9%). Средний возраст опрошенных  $21,1 \pm 3,6$  года ( $M \pm \delta$ ). Большинство студентов считают важным соблюдение здорового образа жизни (90,6%) и следуют основным его принципам: регулярно курят и употребляют алкоголь лишь 11,8% и 3,1% респондентов, соответственно; спят 7 и более часов – 56,7%; стараются употреблять здоровую пищу 79,5% и физически активны 79,4%. Большинство студентов имеют нормальную массу тела (ИМТ) – 71,7%, однако у 21,3% студентов она была ниже нормы (в основном среди девушек). Тем не менее, считают себя абсолютно здоровыми лишь 27,5%

студентов. Возможно, это связано с высокой выявляемостью заболеваний и факторов риска во время ежегодных медицинских осмотров.

Студенты осознают важность соблюдения здорового образа жизни для сохранения репродуктивного здоровья (89,8%). Большинство студентов не состоят в браке (94,5%), и более половины считают оптимальным возраст 25-29 лет для создания семьи (56,7%) и рождения ребенка (55,1%). Основными мотивами при выборе партнера и вступления в брак были названы «любовь» (79,5%) и «уважение и забота близкого человека» (82,7%). Большинство студентов ориентированы на рождение 2-х (48,0%) и более (23,7%) детей -  $1,9 \pm 0,99$  ребенка ( $M \pm \delta$ ). Однако 10,2% опрошенных вообще не планируют рождение детей в своих семьях. Выявлено, что рождение большего числа детей планируют девушки по сравнению с юношами, а также респонденты из многодетных семей. К сожалению, лишь 27,6% студентов «имеют полное представление» о репродуктивном здоровье, а о прегравидарной подготовке «слышат впервые» 63,8% и 32,3% «имеют лишь общие представления». Студенты осознают важность этих вопросов и считают, что нужно начинать информировать молодежь о репродуктивном здоровье, включая вопросы прегравидарной подготовки, уже в старших классах школ (42,5%) и на первых курсах высших и средних учебных заведений (24,4%). Основными источниками информации по вопросам репродуктивного здоровья они назвали сайты в Интернет (62,6%), также как и по вопросам прегравидарной подготовки (26,8%). Однако, по мнению студентов, кроме электронных ресурсов в Интернет (78,6%) привлекательными для них также являлись бы следующие источники информации – индивидуальные беседы с медработником (78,7%), занятия на профильных кафедрах в университете (74,8%), лекции медработников (63,0%) и групповые занятия (59,2%), санитарно-просветительные материалы (54,6%) и научно-популярная литература (46,3%).

**Заключение:** Полученные данные позволили оценить образ жизни студентов медицинского вуза, их отношение к созданию семьи и рождению ребенка, информированность по вопросам репродуктивного здоровья, включая современные принципы прегравидарной подготовки с позиций медицины-4П, а также наметить конкретные мероприятия по повышению информированности студентов по данным вопросам.

#### **Список литературы:**

1. Миронова Ю.Г. Факторы формирования репродуктивных установок современной студенческой молодежи в Российском регионе (на примере г. Астрахани) // Общество: социология, психология, педагогика. – 2018. - № 12. – С. 56-59.
2. Прегравидарная подготовка: клинический протокол/под ред. В.Е. Радзинского. - М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. - 80 с.
3. Аполихин О.И., Катибов М.И., Шадеркин И.А., Просьянников М.Ю. Принципы "Медицины 4 D" в организации медицинской помощи на примере урологических заболеваний // Экспериментальная и клиническая урология. - 2017. - № 1. - С. 4-8.

# **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АСТМОЙ И АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (2008-2018 ГГ.)**

студент Лакеенков Н.М.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Пивоварова Г.М.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, г. Санкт-Петербург*

**Введение:** По данным эпидемиологических исследований, в России 4-8 % населения страдает астмой. Среди детей данный показатель повышается до 5-10 %, а среди взрослого населения находится в пределах 5 %. В структуре первичной заболеваемости хроническими заболеваниями органов дыхания в России астма, астматический статус (J45, J46) делит второе место с хронической обструктивной легочной болезнью (J44). Анализ первичной заболеваемости астмой и астматическим статусом среди населения России и Сибирского федерального округа (СФО) позволит оценить полноценность проводимых профилактических мероприятий, разработать рекомендации по улучшению данного показателя.

**Цель:** Изучить уровень и динамику первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом среди населения России и Сибирского федерального округа, провести сравнительный анализ полученных данных.

**Материалы и методы:** При выполнении работы были использованы официальные данные статистических сборников Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2008-2018 годы. Для обработки статистических данных использовалась программа Microsoft Excel 2010.

**Результаты и обсуждение:** Анализ динамики первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом среди населения РФ показал, что за период с 2008 по 2018 годы первичная заболеваемость астмой, астматическим статусом среди населения России увеличилась на 5,7 ‰ (в 2008 году она составила 78 случаев на 100 000 населения, а в 2018 – 83,7). При расчете коэффициента наглядности было установлено, что уровень первичной заболеваемости увеличился на 7,3 %.

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом был отмечен в 2016 году – 86,5 случаев на 100 000 населения, наиболее низкий уровень – в 2011 году (71,3 случая).

За период с 2008 по 2018 годы первичная заболеваемость астмой, астматическим статусом среди населения Сибирского федерального округа увеличилась на 36,1 ‰ (в 2008 году составила 103,6 случаев на 100 000 населения, в 2018 – 139,7). При расчете коэффициента наглядности было выявлено, что уровень первичной заболеваемости увеличился на 34,8 %.

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости среди населения был отмечен в 2018 году – 139,7 случаев на 100 000 населения, наиболее низкий уровень в 2010 году – 99,3 случаев на 100 000 населения.

Проведен сравнительный анализ первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом среди населения России и Сибирского федерального округа.

Сравнительный анализ показал, что в 2018 году уровень первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом среди населения СФО в 1,7 раза выше, чем уровень первичной заболеваемости среди населения России (СФО – 139,7 ‰, РФ – 83,7 ‰).

Среди населения Сибирского федерального округа также отмечается более высокий рост уровня первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом с 2008 по 2018 гг., чем среди населения России за тот же период (СФО – уровень первичной заболеваемости увеличился на 34,8 %, РФ – уровень первичной заболеваемости увеличился на 7,3 %).

#### **Выводы:**

1. Уровень первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом в 2018 году среди населения Сибирского федерального округа в 1,7 раза выше, чем уровень первичной заболеваемости среди населения России (СФО – 139,7 ‰, РФ – 83,7 ‰).

2. Среди населения СФО отмечается более высокий рост уровня первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом с 2008 по 2018 гг., чем среди населения России за тот же период (СФО – уровень первичной заболеваемости увеличился на 34,8 %, РФ – уровень первичной заболеваемости увеличился на 7,3 %).

3. Уровень первичной заболеваемости астмой, астматическим статусом среди населения Сибирского федерального округа является самым высоким среди населения РФ, что следует учитывать в разработке профилактических мероприятий на данной территории.

#### **Список литературы:**

1. Показатели заболеваемости бронхиальной астмой в Мордовии / Н.А. Степанов, Л.В. Ледяйкина, В.С. Верещагина, Т.А. Куняева // Здоровье населения и среда обитания. – 2019. – № 7 (304). – С. 57-60.

2. Самсонова, Т.В. Обоснование организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию пульмонологической помощи и улучшению качества жизни больных хроническими заболеваниями органов дыхания : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.02.03 / Самсонова Татьяна Васильевна. – СПб., 2018. – 24 с.

3. Заболеваемость всего населения России в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни / Статистические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Часть I. : М. – 2019. – 140 с.

### **СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОЖИДАНИЯ МОЛОДЕЖИ ЦИРКУМПОЛЯРНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ**

студентка Лукина А.Д.; студентка Зубарева М.И.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А.

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» кафедра  
общественного здоровья и здравоохранения, г. Архангельск*

**Введение:** Достижение целей государственной программы «Социально-экономическое развитие Арктической зоны Российской Федерации на период до 2020 года» в значительной мере зависит от готовности молодежи постоянно проживать и трудиться в сложных условиях Арктики. Последняя определяется комплексом факторов, косвенная оценка которых может быть дана посредством изучения социальных и экономических ожиданий молодых людей [1].

**Цель работы:** Оценка социально-экономических ожиданий молодежи циркумполярных регионов России в зависимости от места проживания.

**Материалы и методы:** Было выполнено анкетирование в группе 223 обучающихся (в т.ч. 139 (62,3%) девушек, 56 (37,7%) юношей) клинических факультетов Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск), постоянно проживающих в Мурманской и Архангельской областях, Республике Коми, Ненецком автономном округе (НАО). В качестве инструмента анкетирования использована авторская анкета, дистракторы ответов на вопросы которой сформулированы по принципу шкал Ликерта и представляли собой степень согласия или несогласия респондентов с рядом утверждений. Ответы респондентов проанализированы в зависимости от места жительства (соответственно, жители городов с численностью населения более 100 тыс. чел., жители городов с численностью населения менее 100 тыс., жители сельских поселений). Сравнительный анализ ответов выполнен с помощью построения таблиц сопряженности и теста  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты и обсуждение:** С утверждением: «Я испытываю чувство безнадежности (безысходности) из-за невозможности самому(-ой) улучшить свое финансовое положение» согласны 55,6% опрошенных, проживающих в крупных городах; 48,3% респондентов, проживающих в небольших городах; 61,6% жителей сельских поселений ( $p=0,588$ ). Три четверти жителей крупных городов (73,5%); жителей небольших городов (76,9%) и две трети (64,3%) жителей сельских поселений согласны с утверждением «Я испытываю беспокойство / тревогу за свое материальное положение в связи с экономическим состоянием региона» ( $p=0,500$ ). С утверждением «Я испытываю потребность в повышении доходов» согласились 97,1%; 96,3%; 82,3% респондентов соответственно ( $p=0,008$ ). С утверждением «В этом регионе я легко смогу найти работу по специальности» согласны 67,1%; 76,2%; 63,6% респондентов в зависимости от места жительства ( $p=0,396$ ). С утверждением «Работая в этом регионе, я смогу быстро улучшить свое материальное благополучие» согласны 20,1%; 35,0%; 25,0% респондентов соответственно ( $p=0,723$ ). Более половины (57,6%) жителей крупных городов, половина (46,5%) жителей небольших городов и треть (31,2%) респондентов, проживающих постоянно в сельских поселениях, ожидают в перспективе ухудшения экономической ситуации в регионе ( $p=0,007$ ).

**Выводы:** Таким образом, перспективы социально-экономического развития Арктического региона молодые люди, проживающих в циркумполярных регионах, оценивают довольно пессимистично. Низкий уровень социально-экономических ожиданий – предрасполагающий фактор к осуществлению внешней и внутренней миграции, что ставит под угрозу освоение ресурсного потенциала Арктической зоны страны.

### **Список литературы:**

1. Госпрограмма «Социально-экономическое развитие Арктической зоны РФ на период до 2020 г.» утв. постановлением Правительства от 21.04.14 №366.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРИЧИНА СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ**

студентка Маленкова Е.Э.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кривых Е.А., Качальская Я.В.  
*БУ ВО ХМАО-Югры Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,  
г. Ханты-Мансийск*

**Введение:** Психические расстройства входят в Перечень социально значимых заболеваний (утв. постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715) [1], значительно ограничивают человека в его желании и возможности жить полноценной жизнью. При расстройствах психики страдает наиболее сложный интегративный уровень деятельности человека, что приводит к стойкой утрате трудоспособности.

**Цель:** Проанализировать показатели стойкой утраты трудоспособности по причине психических расстройств и рассмотреть проводимые профилактические мероприятия в ХМАО- Югре.

**Материалы и методы:** Проведен статистический анализ данных по инвалидизации населения в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре за 2016, 2017 и 2018 года и проанализированы сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения по медицинской профилактике и укреплению здоровья населения БУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

**Результаты и обсуждение:** Показатели стойкой утраты трудоспособности по психическим расстройствам имеют тенденцию к повышению. В ХМАО-Югре на 31.12.2018 г. 7437 человек имеют группу инвалидности вследствие психических расстройств. Общее количество инвалидов в отчетном году по сравнению с 2017 годом повысилось на 628 человек, т.е. на 9,2 %, а по сравнению с 2016 годом повысилось на 812 человек – на 11% [2].

Впервые признано инвалидами 414 человек (2016 г. – 438; 2017 г. - 348), что составило 24,9 на 100 тыс. населения (2016 г. -29,5; 2017 г. – 21,1). В 2018 году наблюдается уменьшение числа впервые признанных инвалидами по сравнению с 2016 годом, а по сравнению с 2017 годом показатели первичной инвалидности как в абсолютных, так и в относительных цифрах возросли. Из общего числа впервые признанных инвалидами в 2018 г. – 241 (58,2%) детей. По сравнению с 2017 годом увеличилось количество детей, признанных инвалидами на 76 человек, т.е. на 46,1%, а по сравнению с 2016 годом уменьшилось на 69 человек – на 16,7%.

В структуре пациентов, впервые признанных инвалидами за 2018 год наибольшее количество составляют больные с умственной отсталостью - 30,4%; пациенты с шизофренией-12,1%, 5,5 % - больные с хроническими неорганическими психозами и детскими психозами и 2,6 % - больные психическими расстройствами вследствие эпилепсии.

По сравнению с 2017 г. отмечается увеличение первичной инвалидности на 66 человек, а с 2016 годом – уменьшение на 69 человек.

Потребность населения ХМАО-Югры в специализированной психоневрологической медицинской помощи обеспечивают 5 окружных психиатрических учреждений, имеющие в своей структуре диспансерные отделения. Одним из структурных подразделений бюджетного учреждения ХМАО - Югры «Ханты-Мансийский клиническая психоневрологическая больница» является кабинет медицинской профилактики, организующий и координирующий профилактическую работу.

В 2017 году была организована школа для обучения лиц осуществляющих уход за тяжелобольными людьми с психическими расстройствами, проведена интернет – акция «Открытое письмо: как прекрасен этот мир!».

Разработана программа «Пирамида», которая активно используется и направлена на проведение единых профилактических мер учреждениями по профилю «Психиатрия», «Наркология», способствующие снижению уровня заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами (химические и нехимические аддикции), а также на профилактику жестокого обращения в семье, повышение стрессоустойчивости, уменьшение влияния интернет провокаций среди жителей Югры.

Существует тренинг: «Линия жизни» среди учащихся общеобразовательных школ, разработаны арт - терапевтические занятия: «Здоровье души», также организованы лекционные занятия среди несовершеннолетних, направленные на профилактику стрессовых состояний.

Специалисты приняли участие в Международном Конгрессе «Психическое здоровье человека 21 века», тематика: «Психическое здоровье и образование».

Организована круглосуточная работа экстренной психологической помощи, также привлекаются СМИ: телевизионные программы, радиопередачи и публикации в прессе. Проводятся профилактические беседы «Профилактика психического здоровья и пропаганда ЗОЖ» среди пациентов, находящихся в стационарных условиях.

**Выводы:** Наблюдается повышение показателей стойкой утраты трудоспособности по сравнению с 2017 годом, и уменьшение по сравнению с 2016. ХМАО вносит большой вклад в профилактику психических расстройств, доступность и качество оказания помощи больным, чем предотвращает стойкую утрату трудоспособности среди населения.



### **Список литературы:**

1. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

2. Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и деятельность медицинских организаций в 2017 году (Статистические материалы) / Под ред. Р.К. Акназарова. Ханты-Мансийск. - 2018. - С.294.

## **О ПЛАНАХ СТУДЕНТОВ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА РАБОТАТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА РУКОВОДЯЩИХ ДОЛЖНОСТЯХ**

студент Малина Г.Д.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Важность феномена лидерства в управлении осознавалась ещё в глубокой древности. Проблема «идеального правителя» занимала одно из центральных мест в истории политической мысли, начиная с эпохи античности и вплоть до наших дней. Многие поколения мыслителей анализировали взаимоотношения руководителя и подчиненных, правителя и подданных, особое внимание уделялось психологическим качествам лидера, отличающим его от «массы» [1]. Этимология слов «руководство» и «лидерство» в английском языке близка: оба термина образованы от глагола «вести». Но, несмотря на близость происхождения, в языке закрепилось понимание «руководства» как процесса, связанного с назначением на должность, а «лидерство» же несет в себе неформальный аспект [2]. Проблемы психологии руководства и лидерства в процессе труда, стили руководства, типы руководителей - эти вопросы остаются актуальными и в наши дни [3].

**Цель:** Изучить стремление студентов Сеченовского Университета к работе на руководящих должностях в медицинской отрасли.

**Материалы и методы:** Исследование проведено с использованием методов: исторического, аналитического, логического, монографического, статистического и анкетного опроса. Единицами наблюдения являлись 60 студентов, обучающихся в Сеченовском Университете. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** По данным анкетного опроса студентов было установлено, что 30,5% из них в будущем планируют работать на руководящих должностях, 57,6% хотели бы стать руководителями, но сомневаются в этом, 10,2% больше склонилось к тому, что не станут руководителями, а 1,7% уже трудятся на руководящих должностях.

По мнению опрошенных, руководитель должен обладать такими качествами, как: системное мышление (54,2%), харизма (37,3%), креативность (25,4%), коммуникабельность (50,8%), стрессоустойчивость (62,7%), ответственность (81,4%). Из предложенных стилей управления респондентами в качестве оптимальных были названы: демократический (57,6%), либеральный (18,6%), авторитарный (15,3%). Кроме этого, 91,5% студентов хотели бы работать с начальником, который является лидером, 3,4% - с начальником, который опирается на власть, для 5,1% респондентов не имеет значения какой у них будет начальник. Установлено, что при работе с коллективом опрошенные студенты стремятся использовать лидерство - 86,4%, власть используют - 5,1%, для 8,5% не имеет значения выбор между властью и лидерством.

**Выводы:** Как следует из представленного материала более 30% студентов планирует стать руководителями в медицинской отрасли и использовать при работе с подчиненными исключительно лидерские качества и демократический стиль управления.

#### **Список литературы:**

1. Лопухин В.Ю. Феномен лидерства в управлении человеческими ресурсами: авторитет, влияние, власть // Вестник СГТУ. – 2009. – № 4 (42). – С. 192 – 197.

2. Абрегова И.И., «Руководство» и «Лидерство» как явления социального управления // Норма. – 2012. – С. 50-54.

3. Райгородский Д.Я. Психология руководства. - Самара: Бахра-М, 2005. - 768 с.

## **ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПОВ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В НЕОНАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ И ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ**

магистрант Маркова А.А. (Монахова А.А.)

Научный руководитель: д.м.н. Абольян Л.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Грудное вскармливание является неоспоримым приоритетом при вскармливании не только здоровых, но и больных, и недоношенных новорожденных. Однако, в условиях неонатологического стационара, где лежат больные дети, приходится преодолевать гораздо больше препятствий для поддержки грудного вскармливания и обеспечения младенца грудным молоком с самого рождения, чем при вскармливании здорового доношенного ребенка [1]. В основе современных рекомендаций по поддержке грудного вскармливания в неонатологических отделениях лежат организационные принципы Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к

ребенку» (ИБДР), расширенные и адаптированные применительно к этим отделениям – Нео-ИБДР [2].

**Цель:** Оценить практику поддержки грудного вскармливания в неонатологических отделениях акушерских стационаров и детских больниц Российской Федерации в соответствии с современными организационными принципами Нео-ИБДР.

**Материалы и методы:** В 2017 году Россия в числе 36 стран приняла участие в международном инициативном исследовании Нео-ИБДР [3]. С помощью анкеты самооценки, разработанной специалистами-членами Скандинавской и Канадской (Квебек) группы [2], проводился опрос персонала неонатологических отделений по оценке соответствия практики отделений трем руководящим принципам, десяти шагам успешного кормления грудью и Международному своду правил маркетинга заменителей грудного молока. В России в исследовании приняли участие 60 неонатологических отделений акушерских и детских стационаров в 23 городах и восьми федеральных округах, продвигающих организационные принципы ИБДР [4]. Ответы на вопросы анкеты оценивались по шкале с ранговыми значениями от 0 до 100. Определялись итоговые оценки и их составляющие в целом по стране и по федеральным округам (медиана). Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета IBM SPSS.21.

**Результаты и обсуждение:** Участие неонатологических отделений России в международном проекте Нео-ИБДР позволило оценить практику поддержки грудного вскармливания в этих отделениях в соответствии с современными рекомендациями ВОЗ. Показатель итоговой оценки практики отделений составил 90 (максимально возможная оценка – 100), что позволило Российской Федерации занять лидирующее, второе место среди 36 стран, принявших участие в этом исследовании [3]. В федеральных округах значения итогового показателя колебались в пределах 83–94. Более высокие оценки неонатологических отделений, входящих в состав акушерских стационаров, когда-либо аттестованных как «Больница, доброжелательная к ребенку» продемонстрировали, что организационные принципы ИБДР приемлемы для этих отделений, а также то, что акушерские и неонатологические отделения не могут работать в изоляции – процесс аттестации одних отделений оказывает влияние на пересмотр политики и практики других. В России, как и во многих других странах, не проводится отдельная аттестация неонатологических отделений, входящих в состав акушерских стационаров, на звание «Больница, доброжелательная к ребенку», но, тем не менее, 80% респондентов выразили желание пройти аттестацию ИБДР в своих отделениях.

Выявлено, что наибольшие трудности в практике неонатологических отделений вызывало внедрение рекомендаций, направленных на участие семьи в выхаживании младенца и поддержку матери; подготовку беременных женщин к грудному вскармливанию; создание условий для осуществления длительного кожного контакта матери с ребенком, важного для выхаживания недоношенного или больного новорожденного (метод Кенгуру), и кормления этих младенцев только грудным молоком с рождения (исключительно грудное вскармливание).

**Выводы:** Современные организационные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания Нео-ИБДР могут быть успешно внедрены в неонатологических отделениях для больных и недоношенных младенцев в Российской Федерации. Перспективными представляются исследования по оценке удовлетворенности матерей качеством медицинской помощи по поддержке грудного вскармливания в акушерских и детских стационарах.

**Список литературы:**

1. Рюмина И.И., Нароган М.В., Орловская И.В., Зубков В.В., Коренева О.А., Дегтярев Д.Н., Байбарина Е.Н. Организация грудного вскармливания новорожденных в перинатальном центре (клинические рекомендации). Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2017. - № 4. – С. 149-154.

2. Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Three Guiding Principles and Ten Steps to protect promote and support breastfeeding. Self Appraisal Tool to assess standards and criteria. - 2015. Available from: [https:// www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi/neo-bfhi-package](https://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi/neo-bfhi-package)

3. Maastrup R, Haiek LN, Neo-BFHI Survey Group. Compliance with the “Babyfriendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” in 36 countries//Matern Child Nutr. – 2019. - Apr; 15(2): e12690.

4. Абольян Л.В., Пастбина И.М., Полянская С.А., Монахова А.А. Современные подходы к оценке практики поддержки грудного вскармливания в неонатологических стационарах // Вопросы детской диетологии. – 2019. Т. 17. - № 4. – С. 5–13.

**УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ ПЕРЕД ПУБЛИЧНЫМ ВЫСТУПЛЕНИЕМ**  
студентка Мацепуро Ю.Г.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Ведение:** Навыки управления эмоциями перед публичным выступлением необходимы для современного врача. Хорошая подготовка к выступлению в значительной мере определяет его успех, но еще не гарантирует его. Все зависит от того, сумеет ли оратор найти подход к конкретным слушателям, то есть завоевать их внимание, вызвать живой интерес, напряженную работу мысли, эмоциональный отклик. Если этого не произойдет, речь прозвучит "для себя", что, конечно, вряд ли удовлетворит оратора и к тому же вызовет отрицательную реакцию слушателей. Успех речи во многом зависит от того, удастся ли сразу же найти подход к слушателям, установить с ними контакт [1].

**Цель:** Изучить необходимость формирования навыков у студентов Сеченовского Университета управлять эмоциями перед публичным выступлением.

**Материалы и методы:** В процессе исследования были использованы методы: анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса, к которому привлечено 46 студентов Сеченовского Университета. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** По результатам опроса студентов было установлено, что 67,4% респондентов испытывают волнение перед выступлением настолько, что должны преодолевать себя, 32,6% не испытывают волнения, 60,9% студентов нуждаются в тщательной подготовке к выступлению, даже если не раз выступали на эту тему, а 39,1% подготовка не нужна.

Анализ ранее опубликованных по данной теме материалов показал, что выступление перед аудиторией всегда было, есть и будет стрессовой ситуацией для студентов. Повышенный уровень тревожности возникает как эмоциональная реакция на стрессовые ситуации. В данном случае выступление перед большой аудиторией можно расценивать как стрессовую ситуацию для студентов [2]. Причинами волнения студентов по результатам анкетного опроса являются: сомнения в своих знаниях, в том, что сумеют ли они ответить на задаваемые вопросы, сомнения в собственных силах; страх перед большой аудиторией; неуверенность в себе; повышенная ответственность перед близкими и коллегами [3].

Чтобы научиться справляться с эмоциями, необходимо соблюдать следующие правила: нужно твердо знать, о чем вы собираетесь говорить; не спланировав свою речь заранее, вы не будете точно знать, о чем говорить, не сможете уверенно чувствовать себя перед публикой; проявляйте уверенность; чтобы чувствовать себя смелым, поступайте так, словно не испытываете страха, приложите к этому все свои силы и смелость вытеснит страх; чаще выступайте, это самое важное правило. Страх – это результат неуверенности, которая вызвана незнанием того, на что вы способны, а это, в свою очередь, является следствием недостатка опыта. Накопите позитивный опыт – и страх исчезнет [4].

**Выводы:** Обучение студентов управлению эмоциями перед публичным выступлением, технологии самопрезентации позволяет развивать у них коммуникативные умения, которые являются очень важными в их будущей профессиональной деятельности. Целесообразно включить данную тему в программу их подготовки по дисциплине общественное здоровье и здравоохранение.

#### **Список литературы:**

1. Баева О.А. Ораторское искусство и деловое общение: Учебное пособие. - Минск: Новое знание, 2001. – 120 с.
2. Андриенко О.А. К вопросу о психологической поддержке выпускников общеобразовательных школ при подготовке и сдаче ЕГЭ: В сборнике «Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры». – Оренбург, 2018. - С. 43-49.

3. Андриенко О.А. Современные образовательные технологии: технология самопрезентации // Балканско научно обозрение. - 2019. - № 1(3). – С. 7.

4. Карнеги Д. Как выработать уверенность в себе и влиять на людей, выступая публично. – Рыбинск: ОАО «Рыбинский Дом печати», 2007. - 416 с.

## **ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

студент Машлыкин А.А.; студентка Зулхашева А.Б.;

студент Коротков-Дрегваль А.Э.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Дьяченко Т.С.

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, кафедра общественного здоровья  
и здравоохранения, г. Волгоград*

**Введение:** Ни для кого не секрет, что распределение профессий среди мужчин и женщин неравномерно и зачастую пол является одним из факторов, влияющих на выбор специальности. Примером может стать наша повседневная действительность: мы видим мало женщин хирургов, в противовес мужчинам, которые численно преобладают в этой сфере деятельности [1].

Хирургия является древнейшей областью медицины. Однако исторически сложилось, что женщину не допускали до оперативного лечения. Это может быть связано с несколькими факторами: социальным, религиозным, политическим [2]. Казалось бы, в современном обществе профессиональные стереотипы и предрассудки должны быть откинута в пучину истории, но мы наблюдаем противоположную ситуацию.

**Цель:** Изучить отношение студентов-медиков к гендерным стереотипам в хирургии.

**Материалы и методы:** Проведено анкетирование 202 студентов 1-6 курсов лечебного факультета ВолгГМУ. Разработана оригинальная анкета, состоящая из 9 преимущественно закрытых вопросов.

**Результаты и обсуждение:** В исследовании приняли участие 160 девушек (79,2%) и 42 юноши (20,8%). Студентами младших курсов являлись 55,4% респондентов, старших – 44,6%. Большинство лиц мужского и женского пола после окончания специалитета в качестве дальнейшего обучения намерены выбрать хирургическую специализацию (50% и 66,7% соответственно). Осведомлены о наличии гендерных стереотипов в хирургии 83,1% девушек и 85,7% юношей. Из тех, кто выбрал варианты «Нет» и «Затрудняюсь ответить» – студенты младших курсов, которые практически не сталкивались с клиническими дисциплинами (60,1%). На вопрос о целесообразности выбора женщинами хирургической специализации мнения разошлись: 47,6% мужчин их поддерживают, 40,5% против этого и 11,9% воздержались от ответа; у девушек это составило 71,9%, 13,7% и 5% соответственно. В качестве обоснования отрицательного ответа около 2/3 респондентов указали негативное влияние на личную жизнь (64,7% и 68,2%), около четверти – трудность профессии, с которой женщина «не сможет

справиться» – 23,5% и 27,3%.

Мужская часть опрошенных более консервативна в своих взглядах и считает, что женщинам больше подходит специализация по терапии и акушерству и гинекологии – 21,4% и 35,7%; никто из респондентов не выбрал хирургию. В свою очередь большинство женщин отдали предпочтение ответу «Любая из имеющихся» - 72,5%.

Для 83,8% девушек и 64,3% юношей не имеет значение пол хирурга. Однако 1 девушка (0,6%) отдала предпочтение женщинам-хирургам.

**Выводы:** Таким образом, сталкивались или знакомы с проявлением гендерных стереотипов в хирургии более 80% респондентов. Студенты младших курсов меньше всего осведомлены о гендерных аспектах медицинских специальностей из-за отсутствия клинического опыта. Лишь 47,6% мужчин согласны с тем, что женщина может выбрать любую специализацию после окончания ВУЗа. Больше половины респондентов утверждают, что пол хирурга для них не имеет значение при обращении.

#### **Список литературы:**

1. Хвалюк П.О., Шиндряева И.В. Влияние гендерных стереотипов на выбор профессии в медицинской сфере // Теория и практика современной науки. – 2017. – №11(29). – С. 369-373

2. Ковалева М.Д., Воробьев А.А., Петрова И.А. Образ первой женщины хирурга в изобразительном искусстве // Бюллетень Волгоградского научного центра Российской академии медицинских наук и администрации Волгоградской области. – 2004. – № 1(11). – С. 3–6.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ**

аспирантка Миронова А.В.

Научный руководитель: чл.-корр. РАН, д.м.н., проф. Карпов О.Э.  
*ФГБУ Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова,  
кафедра общественного здоровья, организации и информатизации  
здравоохранения Института усовершенствования врачей, г. Москва*

**Введение:** Рост распространенности устойчивых к антимикробным препаратам микроорганизмов отмечается во всем мире. Это может привести к тому, что нечем будет лечить пациентов с бактериальными или грибковыми инфекциями, что обратит вспять век прогресса в области общественного здравоохранения.

«Если не относиться к проблеме антибиотикорезистентности серьезно, то она приобретет катастрофические последствия для здоровья людей и животных, производства продуктов питания и мировой экономики, в целом», - сказала Маргарет Чен, Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1].

На этом фоне разные страны мира разрабатывают свои стратегии сдерживания роста антибиотикорезистентности. Ключевая роль в них отводится быстрой бактериологической идентификации патогена.

На этом фоне совершенствование эффективности работы бактериологических лабораторий встает на первый план. Все шире по миру распространяются технологии масс-спектрометрии - MALDI-TOFMS, позволяющие существенно сократить время идентификации патогена и ускорить назначение рациональной антибактериальной терапии, тем самым предотвратив формирование устойчивости у микроорганизмов к антибиотикам, назначенным эмпирическим путем.

**Цель:** оценка эффективности работы бактериологической лаборатории, проводящей идентификацию микробов и грибов на масс-спектрометре MALDI-TOFMS.

**Материалы и методы:** Критерием эффективности работы бактериологической лаборатории были выбраны сроки оптимизации антимикробной терапии в связи с ускоренной идентификацией патогена. С помощью инструментария клинико-экономического анализа были сравнены две альтернативные методики диагностики бактериальных инфекций: классический бактериологический анализатор, основанный на идентификации микроорганизмов в зависимости от их биохимических свойств, и масс-спектрометр MALDI-TOF, оценивающий вид микроорганизма на основе сопоставления спектрального состава со своей библиотекой.

**Результаты и обсуждение:** Для исследования эффективности работы бактериологической лаборатории был применен наиболее распространенный метод клинико-экономического анализа «затраты-эффективность» [2], который показал, что клиническая и экономическая эффективность лаборатории выше в том случае, когда идентификации микроорганизмов проводится на масс-спектрометре. А снижение количества опасных медицинских отходов класса Б при применении технологий масс-спектрометрии не только показывает социальную эффективность работы лаборатории, но и позволяет сэкономить на утилизации отходов.

Рассмотрена идентификация на бактериологическом анализаторе, которому требуется для определения микроорганизма до вида в среднем 8 часов. По сравнению с рутинными биохимическими рядами, которые ставятся на 24 часа, анализатор позволяет ускорить анализ на 66,7%. Таким образом, эффективность бактериологического анализатора составляет 66,7%. А затраты, необходимые для проведения 1 анализа составляют 700 рублей.

При проведении идентификации на масс-спектрометре, которая занимает около 6 минут или 0,1 часа, эффективность бактериологического анализа по сравнению с рутинными «цветными рядами» возрастает до 99,5%, а затраты, необходимые для одного анализа – 72 рубля.

Рассчитаем показатель клинико-экономического анализа «затраты-эффективность»:  $CER = DC/Ef$ , где CER – соотношение «затраты эффективность», DC – прямые затраты, Ef – эффективность исследуемой технологии.

Для бактериологического анализатора коэффициент CER будет равен:  $CER = 700/66,7=10,49$ .

Для идентификации методом MALDI-TOFMS коэффициент CER будет равен:  $CER = 72/99,5=0,72$ , таким образом, у метода MALDI-TOFMS по



сравнению с бактериологическим анализатором показатели затрат и индекса CER ниже  $72 < 700$ ,  $0.72 < 10.49$ , а показатели эффективности выше  $99.5 > 66.7$ .

В случае когда инновационная диагностическая технология имеет показатели затрат и CER ниже, чем у используемой диагностической технологии, а показатель эффективности выше, очевидно, что новый метод сопряжен с меньшими затратами, т.е. является экономически более выгодным. Исследуемая диагностическая технология признается строго предпочтительной или доминантной и является целесообразной для дальнейшего использования, так как позволяет сэкономить денежные ресурсы при более высокой эффективности самого метода.

**Заключение:** Внедрение современных инновационных технологий диагностики бактериальных инфекций не только повышает эффективность работы отдельного подразделения лабораторной службы, но и предотвращает распространение такой глобальной угрозы как формирование устойчивости у микроорганизмов к тем или иным классам антибиотиков.

**Список литературы:**

1. <https://www.pharm.reviews/stati/sobytiya/item/1403-na-generalnoj-assamblee-oon-obsudili-problemu-antibiotikorezistentnosti>
2. ГОСТ 91500.14.0001-2002 «Клинико-экономические исследования. Общие положения».

## **ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОБЕСПЕЧЕНИИ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

магистрант Николаев В.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Сафоничева О.Г.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, г. Москва*

**Введение:** Известно, что на качество и продолжительность жизни человека влияют множество факторов (генетические, эпигенетические и др.). Для пожилого человека важно быть интегрированным в общество, ощущать себя полезным для семьи, делиться своим жизненным опытом. По данным Всемирной организации здравоохранения для улучшения качества жизни пожилых людей необходимо обеспечить им оптимальные жилищные условия, полноценное питание, доступ к лекарственным средствам, врачебной помощи, а также создать условия для самообслуживания и удовлетворения других потребностей.

Современная система здравоохранения направлена на диагностику, профилактику, лечение и реабилитацию заболеваний. Другие задачи, связанные с качеством и продолжительностью жизни, необходимо решать при взаимодействии с социальными центрами и службами.

**Цель:** Анализ роли территориальных центров социального

обслуживания (ТЦСО) в структуре повышения качества жизни и обеспечения активного долголетия граждан пожилого возраста.

**Материалы и методы:** В работе использованы аналитический метод исследования, метод информационного поиска, количественного и качественного анализа результатов.

**Результаты и обсуждение:** В городах России создана система социального обеспечения людей пожилого возраста, направленная на проведение мероприятий по оказанию социальных услуг (социально-бытовых, психологических, педагогических и др.) [1]. В Москве таких ТЦСО насчитывается более 100, что говорит о востребованности услуг учреждений социального обслуживания населения. Для повышения качества жизни пожилых людей необходимо поддерживать их мобильность, физическую и умственную активность, а также обеспечивать их социальную вовлеченность.

Регулярная физическая активность является необходимым условием поддержания здоровья в пожилом возрасте, включает обычную двигательную активность в течение дня, занятия оздоровительной физической культурой, фитнесом, а также спортом, предполагающим целенаправленные тренировки и соревнования [2,3]. Умеренные физические нагрузки [4,5] способствуют поддержанию здоровья пожилых людей, замедляют течение хронических заболеваний, позволяя сохранять мобильность и социокультурные связи. Результаты исследований [6-7] показывают, что кроме физической активности важна интеллектуальная и социальная деятельность, ЗОЖ, которые работают на сохранение здоровья и активное долголетие.

Сегодня, программам социализации пожилых людей, реализации их творческого потенциала, повышению активности в мире уделяют особое внимание, привлекая к решению таких задач социальные институты общества. В России в последнее время реализуются пилотные проекты «Московское долголетие», «Старшее поколение». Новым в продвижении технологий активного долголетия г. Москвы является проект «Мой социальный центр», запущенный в 2019 г., который предусматривает создание городского пространства с развитой инфраструктурой, с активным вовлечением пожилых людей в оздоровительные мероприятия: социальные, физические, творческие, интеллектуальные активности и др. Реализуемые на практике этими центрами технологии активного долголетия способствуют социализации жителей района и активизации их связей, привлечению к спортивным и регулярным физическим нагрузкам. Живое общение с врачами и прослушивание лекций по профилактике заболеваний способствует соблюдению принципов ЗОЖ и приверженности к персональному лечению.

**Выводы:** Проведенный анализ показал, что существующие модели ТЦСО оказывают социальную поддержку малоподвижным и социально незащищенным пожилым людям, обеспечивая интегрированный уход и надомное обслуживание. Однако, для повышения качества и продолжительности жизни активных и мобильных граждан пожилого возраста необходимо создание новых форм и проектов регионального и федерального значения, ориентированных на потребности данной целевой аудитории, а также

инновационных программ вовлечения их в различные активности (образовательные, оздоровительные, социокультурные и др.).

#### **Список литературы:**

1. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (последняя редакция) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Анисимов В.Н. Профилактика старения для всех: методическое пособие. – М.: «Учитель», 2015. – 120 с.
3. Барышева Г.А., Клемашева Е.И., Маланина В.А. и др. Активное благополучие старшего поколения: долголетие и вовлеченность в региональный социум. – Томск: «СТТ», 2019. – 136 с.
4. Rennemark M., Jogr us C., Elmst ahl S., et al. Relationships Between Frequency of Moderate Physical Activity and Longevity: An 11-Year Follow-up Study // *Gerontol Geriatr Med.* – 2018. – Vol. 4. – P. 1–8.
5. McPhee J.S., French D.P., Jackson D., et al. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty // *Biogerontology.* – 2016. – Vol. 17(3). – P.567–580.
6. Сафоничева О. Синдром верхней апертуры грудной клетки (новый взгляд на патогенез и лечение) // *Врач.* – 2006. – № 13. – С. 68-70.
7. Narushima M., Liu J., Diestelkamp N. Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability // *Ageing Soc.* – 2018. – Vol. 38(4). – P. 651–675.

### **ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

студентка Петрова В.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** одной из основополагающих компетенций современного специалиста в последнее время стало умение эффективно организовывать время на любом уровне – личном, командном, корпоративном, а также способность согласовывать свои действия с действиями окружающих для выполнения поставленных задач [1]. Этот постулат относится также и к обучающимся в высших учебных заведениях, особенно – по медицинским направлениям. Для совершенствования организации своего времени были разработаны методики тайм-менеджмента, освоение и непосредственное использование которых в жизни, уже на этапе обучения, позволяет будущим специалистам оптимизировать многие личностные качества, способствующие продуктивному изучению учебных дисциплин и правильному выбору желаемого направления дальнейшей деятельности в качестве профессионала.

**Цель:** изучение и оценка способности студентов медицинского университета управлять своим временем при помощи методик тайм-менеджмента как фактора, влияющего на развитие высокой работоспособности и продуктивности, необходимых как при обучении, так и в процессе дальнейшей деятельности.

**Материалы и методы:** для достижения поставленной цели использовался метод анкетного опроса, к которому было привлечено 32 студента 4, 5 и 6 курса, обучающихся по специальностям лечебное дело, медико-профилактическое дело и педиатрия в Сеченовском Университете. При обосновании выводов использовались статистический и аналитический методы.

**Результаты:** Анализ ранее опубликованной литературы свидетельствует, что тайм-менеджмент – это самоорганизация, умение управлять собой, руководить процессом управления в самом широком смысле слова – во времени, в пространстве, общении, деловом мире [2]. Студенты ежедневно сталкиваются с рядом задач, для эффективного решения которых необходимо грамотно подходить к планированию своего времени. Данный аспект был освещен в работе В.В. Руженковой, В.А. Руженкова и М.А. Колосовой, в которой были обсуждены 20 факторов, негативно влияющих на жизнь студентов и описаны эффективные способы их устранения, среди которых одним из основных являлся тайм-менеджмент [3]. Вопросы о влиянии методик управления временем на жизнь студентов высших учебных заведений также были рассмотрены в работе И.И. Стрекаловой, результаты которой доказывают существенное положительное влияние тайм-менеджмента на формирование многих качеств у студентов, способствующих высокой продуктивности, работоспособности и стресс устойчивости [4].

Результаты нашего исследования показали, что более половины опрошенных студентов осведомлены о методике тайм-менеджмента. Большинство студентов ежедневно занимается планированием своего времени при помощи гаджетов (54,8 %), ежедневников (19,4 %) и блокнотов (16,1%), что помогает им качественно распределять нагрузки в течение дня. Студенты используют тайм-менеджмент с целью стать более собранными (54,8 %), а также для того, чтобы успевать решать все повседневные задачи (41,9%).

**Выводы:** Освоение методик управления своим временем на этапе становления специалиста играет немаловажную роль в развитии работоспособности, позволяет грамотно подходить к вопросу организации своей деятельности как в процессе обучения, так и при дальнейшей работе в качестве специалиста по выбранному направлению. В связи с вышесказанным, целесообразно данную тему освещать в рамках образовательной программы по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

#### **Список литературы:**

1. Архангельский Г.А., Лукашенко М.А., Телегина Т.В., Бехтерев С.В. Тайм-менеджмент. Полный курс. - М.: Альпина Паблишер, 2012. - 312 с.
2. Моргунова Н.В., Моргунова Р.В. Тайм-менеджмент: Учеб. пособие. – Владимир: Изд-во ВлГУ, 2014. – 72 с.

3. Руженкова В.В., Руженков В.А., Колосова М.А. Тайм-менеджмент – как способ повышения устойчивости студентов-медиков к учебному стрессу (медико-психологический аспект) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018 г. - №6. – С. 115-120 с.

4. Стрекалова И.И. О возможности применения технологий тайм-менеджмента для эффективной организации самостоятельной работы студентов // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2013. - №2. – С. 226-227.

## **КРИТЕРИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НАЛИЧИЯ ЛИДЕРСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ УНИВЕРСИТЕТСКИХ ПРОФИЛЕЙ**

преподаватель-стажер Политыко А.О.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Глушанко В.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК, г. Витебск*

**Введение:** в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь № 343 от 16 сентября 2019 года «О деятельности Академии управления при Президенте Республики Беларусь», который ориентирует на проведение научных исследований и разработок по улучшению оценки перспективности кадрового резерва и совершенствованию его мониторинга, было принято решение о подготовке специальной программы, которая отвечает основным требованиям организации статистического исследования.

Формирование лидерских качеств на личностном и профессиональном уровне важно не только как средство самоутверждения личности в студенческие годы, но и для последующей социальной адаптации выпускников высших учебных заведений в жестких, экстремальных ситуациях современной жизни, требующих выработки креативных способностей с целью обеспечения успешной деятельности.

Новая социокультурная личностно-ориентированная парадигма образования позволяет подойти к рассмотрению проблемы формирования лидерских качеств как профессионально значимых с учетом того, что эффективность подготовки специалистов во многом определяется степенью их сформированности [1].

**Цель исследования:** Разработка программы оценки лидерских качеств у студентов-выпускников.

**Материалы и методы:** 1). Методика «Диагностика лидерских способностей» (Диагностика управленческих способностей: сб. тестов и диагностических методик д. руководителей / авт.-сост. Н.В. Романчик) [2], 2). Методика «Оценка коммуникативных и организаторских склонностей в процессе первичной профконсультации (методика КОС В.В.Синявского и Б.А. Федоришина)» [3].

**Результаты и обсуждение:** 1) изучена литература, нормативно-правовые акты, зарубежный и отечественный опыт по подбору стратегического резерва руководителей здравоохранения; 2) определен способ оценки уровня лидерских способностей у студентов-выпускников: методика «Диагностика лидерских способностей». Сущность методики заключается в предложении респондентам 50 высказываний, к каждому из которых дано два варианта ответов. Необходимо выбрать один из вариантов и отметить его в бланке ключа. После этого респондентам предлагается подсчитать количество совпадающих вариантов с одной из двух предложенных колонок с ответами. За каждое совпадение даётся 1 балл. Степень выраженности лидерских навыков оценивается по итоговому количеству баллов. Шкала оценки варьирует от слабовыраженного лидерства до склонности к диктату. 3) определен способ оценки уровня развития коммуникативно-организаторских навыков: Методика «Оценка коммуникативных и организаторских склонностей в процессе первичной профконсультации (методика КОС В.В.Синявского и Б.А.Федоришина)». В данной методике необходимо ответить на 40 вопросов. Предлагается 2 варианта ответа: «да» или «нет». В разделе «Обработка и оценка материалов» выделено 2 подпункта: «Коммуникативные способности» и «Организаторские способности». Подсчитывается итоговое количество баллов отдельно по каждому из подпунктов, указанных ранее. Затем вычисляются оценочные коэффициенты по формуле. Результаты могут варьировать от 0 до 1. Каждому коэффициенту соответствует определенный уровень оценки (от низкого до очень высокого). 4) создано портфолио для выявления возможной зависимости между результатами научной, творческой, социальной и др. видами деятельности, личными качествами и уровнем лидерских способностей у студентов-выпускников; 5) на основании изученных зарубежных и отечественных источников информации по проблемам развития лидерских качеств выявлена предполагаемая зависимость между уровнем развития лидерских качеств и уровнем развития коммуникативно-организаторских навыков. Предполагается, что уровень развития лидерских качеств будет напрямую зависеть от уровня развития коммуникативно-организаторских склонностей. И эта зависимость будет прямой (чем выше уровень развития коммуникативно-организаторских склонностей, тем выше уровень развития лидерских качеств).

**Выводы:** Методики, изложенные в данной работе, можно рассматривать как элемент оценки уровня заинтересованности в организаторской и управленческой работе, а также способность к анализу соотношения риск-польза в зависимости от развития лидерских качеств, и применять данные критериальные основы наличия лидерских способностей у студентов-выпускников не только для медицинских университетов, но и вузов других профилей.

#### **Список литературы:**

1. Ломова, Л.А. Формирование профессионально значимых лидерских качеств будущих учителей музыки: дис. к-та пед. наук: 13.00.08 / Л. А. Ломова. – Воронеж, 2006. – 232 с.

2. Диагностика управленческих способностей: сб. тестов и диагностических методик д. руководителей / авт.-сост. Н.В. Романчик. - Мн., 2004. - С. 22-27.

3. Psylist – психологический образовательный сайт [Электронный ресурс] / Психологический практикум / Психодиагностика профессионального подбора кадров / Оценка коммуникативных и организаторских склонностей в процессе первичной профконсультации (методика КОС В.В.Синявского и Б.А.Федоришина). – Режим доступа: <https://psylist.net> (Дата доступа: 09.04.2019).

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИНТЕРНЕТЕ**

аспирант Полухин Н.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Эккерт Н.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Благодаря растущей доступности Интернета все больше потребителей медицинских услуг используют возможности всемирной сети для поиска информации о здоровье и медицинских организациях (МО) [1]. Это создает условия для взаимодействия медицинских организаций с различными группами населения вне зависимости от их возраста, дохода и местонахождения.

Около 80% населения Российской Федерации имеют доступ в Интернет [2]. Поиск информации о здоровье составляет 4% всех поисковых запросов. 16% запросов о здоровье напрямую относятся к поиску информации о медицинских организациях и конкретных врачах [3]. 47% потребителей медицинских услуг изучают отзывы о медицинских организациях и 31% используют Интернет для поиска информации о врачах (специальности, образовании, квалификации, опыте работы врача) [4].

Веб-сайт МО дает возможность пациентам и их родственникам получить актуальную информацию об уровне профессиональной квалификации и опыте медицинских работников, а также способствует укреплению партнерских отношений между пациентом и врачом в лечебно-диагностическом процессе и демонстрирует информированность МО о потребностях населения [5]. Кроме того, что веб-сайт медицинской организации представляет информацию пациентам и населению о деятельности МО, он, в первую очередь, является важным элементом маркетинговых коммуникаций в сфере здравоохранения. При этом необходимо отметить, что информация о медицинских услугах, методах лечения, диагностики и реабилитации, правах и обязанностях пациентов, о квалификации медицинских работников должна быть представлена на веб-сайтах МО надлежащим образом, в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов РФ [6,7].

Анализ и улучшение качества веб-сайта МО как во время разработки, так и во время эксплуатации данного сайта, является большим конкурентным преимуществом медицинской организации [8] и положительно влияет на привлечение новых пациентов в МО и их удовлетворенность медицинскими услугами [9]. Оценка качества веб-сайта МО является многомерной задачей, что обуславливает необходимость определять параметры, по которым будет проводиться оценка.

**Цель:** На основании изучения научных публикаций зарубежных и отечественных исследователей в области маркетинговых коммуникаций проанализировать существующие методики оценки качества веб-сайтов МО.

**Материалы и методы:** При проведении исследования были проанализированы научные публикации зарубежных и отечественных исследователей по теме маркетинговых коммуникаций в сфере здравоохранения (публикации в рецензируемых журналах и материалах конференций доступных в базах PubMed, eLibrary, ResearchGate и Academia). Результаты были экспортированы в программное обеспечение Mendeley для дальнейшего анализа и синтеза.

**Результаты и обсуждение:** Анализ научных публикаций по теме маркетинговых коммуникаций продемонстрировал следующее. Rangraz Jeddi F. и соавторы выделяют семь основных измерений оценки маркетинговых коммуникаций на веб-сайте МО: юзабилити (качественная оценка комфорта работы с веб-сайтом), эффективность, простота использования, понятность, достоверность информации и интерактивность (степень взаимодействия между элементами веб-сайта и пользователями) [10]. Cherfi S. S. с соавторами предлагают использовать шесть измерений: поддерживаемость (усилия направленные на поддержание веб-сайта, другими словами — простота системы), функциональность, достоверность, юзабилити, эффективность и адаптированность веб-сайта под разные браузеры и устройства [11]. Devine T. отмечает важность только двух измерений: юзабилити и достоверности информации [12]. Elling S. с соавторами разделяет оценку качества веб-сайта на три составляющих: навигация, контент и дизайн [13].

Некоторыми авторами были предприняты попытки сгруппировать измерения оценки и сравнить существующие методики. Allison R. и соавторы предприняли попытку выделить восемь основных категорий для оценки качества веб-сайта МО: юзабилити, контент, дизайн (авторы включили в эту категорию поиск по сайту, карту сайта, уникальность), функциональность, внешний вид веб-сайта, интерактивность, удовлетворение потребностей потребителей медицинских услуг, лояльность (первое впечатление о веб-сайте) [14]. Исследователи утверждают, что все методы оценки в изученных ими исследованиях других авторов так или иначе подпадают под одну из вышеперечисленных категорий.

**Выводы:** Несмотря на то, что исследованиями по оценке качества веб-сайтов МО занимаются ученые во всем мире, как в развитых, так и в развивающихся странах, вопрос универсальности подходов к этой оценке остается открытым. Каждая группа ученых использует собственные подходы,



которые не всегда соответствуют результатам других аналогичных исследований, а применяющиеся измерения, несмотря на похожие названия, нередко подразумевают разные элементы оценки. Исследования, посвященные оценке качества веб-сайтов медицинских организаций в РФ, к сожалению, не охватывают большей части вышеуказанных измерений и, в основном, ограничиваются преимущественно оценкой соответствия российским нормативно-правовым актам [15–17]. Это обуславливает важность изучения и адаптации международного опыта и, в перспективе, разработки систем автоматического анализа и оценки качества веб-сайтов МО с учетом организационных аспектов отечественной системы здравоохранения.

#### **Список литературы:**

1. Tonsaker T., Bartlett G., Trpkov C. Health information on the Internet // *Canadian Family Physician*. — Т. 60. — № 5. — С. 407–408.
2. «Каждому возрасту - свои сети» [Электронный ресурс] // Всероссийский центр изучения общественного мнения. — 2018. 12 февраля. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116691> (дата обращения: 07.02.2020).
3. «Поиск здоровья» [Электронный ресурс] // ООО «Яндекс». — 2016. 23 ноября. URL: [https://yandex.ru/com-pany/researches/2016/ya\\_health](https://yandex.ru/com-pany/researches/2016/ya_health) (дата обращения: 07.02.2020).
4. Лечи нас, интернет! [Электронный ресурс]// Акционерное общество «Институт Общественного Мнения Анкетолог». — 2019. 05 июня. URL: <https://iom.anketolog.ru/2019/06/05/lechinas-internet> (дата обращения: 07.02.2020).
5. Snyder K., Ornes L.L., Paulson P. Engaging patients through your website // *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. — 2014. — Т. 36. — №2. — С. 33–38.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» // СПС КонсультантПлюс.
8. Fennell K.M. et al. The consumer-driven development and acceptability testing of a website designed to connect rural cancer patients and their families, carers and health professionals with appropriate information and psychosocial support // *Eur J Cancer Care*. — 2017. — Т. 26. — № 5. — С. e12533.
9. Ansari R., Ahmadian L., Harandi N.B. Developing and Evaluating Parents' Satisfaction with a Website to Manage Pediatric Asthma // *Perspectives in health information management*. — 2019. — Т. 16. — № Summer. — С. 1a–1a.

10. Rangraz Jeddi F., Gilasi H., Khademi S. Evaluation models and criteria of the quality of hospital websites: a systematic review study // *Electronic physician*. — 2017. — Т. 9.— № 2. — С. 3786–3793.

11. Cherfi S.S., Tuan A.D., Comyn-Wattiau I. An exploratory study on websites quality assessment // *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*. — 2014. — Т. 8697. — С. 170–179.

12. Devine T. et al. Making quality health websites a national public health priority: Toward quality standards // *Journal of Medical Internet Research*. — 2016. — Т. 18. — № 8. — С. 1–11.

13. Elling S. et al. Measuring the quality of governmental websites in a controlled versus an online setting with the “Website Evaluation Questionnaire” // *Government Information Quarterly*. — 2012.— №2. — С. 383–393.

14. Allison R. et al. A Comprehensive Framework to Evaluate Websites: Literature Review and Development of GoodWeb. // *JMIR formative research*. — 2019. — Т.3. — №4. — С. e14372.

15. Колгашкин А.Ю. Информация в сети Интернет о государственных наркологических учреждениях. Критический анализ / Колгашкин А.Ю., Кучеров Ю.Н., Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В. // *Наркология*. — 2015. — №9(165). — С. 11–17.

16. Муравьева В.Н., Муравьев А.В., Хрипунова А.А., Мартыненко С.В., Зенин В.В., Корольков А.С., Титлакова Е.Н. Веб-ресурсы учреждений здравоохранения как механизм повышения доступности медицинской помощи населению // *Медицинский вестник Северного Кавказа*.—2016. —Т. 11.—№1. —С. 114–116.

17. Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций // *Здравоохранение Российской Федерации*. —2017.—Т. 61. —№2. —С. 70-75.

### **ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЕ НАВЫКА ОРОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС**

студент Пономарев Н.А.; ординатор Лисица И.А.; студентка Лисовская Е.О.;  
студент Гостимский И.А.; студент Кривец А.В.; студент Бута А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Лисовский О.В.

*ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, кафедра общей медицинской  
практики, г. Санкт-Петербург*

**Введение:** Впервые о необходимости поддержания проходимости дыхательных путей и возможности искусственной вентиляции легких указано в трудах Парацельса (1493-1541). Значительное влияние на развитие методики интубации трахеи оказали А. Везалий, Н.И. Пирогов. Впервые в анестезиологии оротрахеальная интубация проведена 05.07.1878 года В. Макьюеном, когда пациенту с опухолевым образованием корня языка введена гибкая гофрированная трубка. Так как интубация трахеи проводилась «вслепую», частым осложнением являлось неправильное позиционирование

эндотрахеальной трубки. Использование прямой ларингоскопии с наружным источником света при интубации предложено А. Кирстейном в 1895 году. Современный вид ларингоскоп приобрел после 1913 года, когда Magill, Miller и Macintosh модифицировали клинки, предложенные Chevalier Jackson. При этом они имели наружный источник света. Henry H. Janeway разработал и внедрил ларингоскоп с питанием от батареи [1,2]. С внедрением визуализации при прямой ларингоскопии значительно уменьшилось количество ошибок, связанных с позиционированием эндотрахеальной трубки, однако появились другие осложнения: травма зубов, разрыв стенки трахеи, повреждение надгортанника, ларингоспазм [3].

В связи с введением в 2007 году в федеральный государственный образовательный стандарт требований о необходимости использования симуляционного оборудования при формировании и закреплении технических навыков и умений у студентов [4], в 2011 году в СПбГПМУ началось симуляционное обучение студентов, клинических ординаторов и врачей в едином специализированном центре [4].

Обучение на симуляторах способствовало безопасному освоению навыков интубации с возможностью в учебных классах выявить ошибки, отработать алгоритм до автоматизма и, лишь затем, приступать к реализации полученных знаний в повседневной практике.

**Цель работы:** Предупреждение осложнений интубации трахеи путем внедрения адаптированной методики симуляционного обучения слушателей.

**Материалы и методы:** Для отработки навыка интубации трахеи для клинических ординаторов и врачей по специальности «Анестезиология и реаниматология» в 2019 году в симуляционном центре внедрена и адаптирована для программа обучения навыку интубации трахеи, которая содержит наглядное пособие по анатомии верхних дыхательных путей, адаптированный алгоритм позиционирования пациента в зависимости от его конституциональных особенностей, выполнения прямой ларингоскопии и оротрахеальной интубации. Разработан оценочный лист, позволяющий определить ошибки на всех этапах манипуляции и получить обратную связь.

**Результаты и обсуждение:** По разработанной программе обучены 126 студентов старших курсов по специальностям «Педиатрия» и «Лечебное дело» и 48 клинических ординаторов по специальности «Анестезиология и реаниматология». Респонденты разделены на шесть групп (три группы по 42 студента и три группы по 18 клинических ординаторов).

В первых группах предлагалось выполнить оротрахеальную интубацию без предварительной теоретической подготовки. Среди студентов при выполнении манипуляции, процент осложнений составил 85,4%, у клинических ординаторов – 66,7%. Наиболее частыми встречались следующие ошибки: неправильное позиционирование эндотрахеальной трубки и травма зубов. После проводимого дебрифинга и углубленной теоретической подготовки, процент ошибок при повторном проведении манипуляции составил 52,8% (n=22) и 33,6% (n=6) соответственно. Во второй группе проводилась предварительная теоретическая подготовка без использования наглядных

материалов. Процент осложнений при первоначальной попытке интубации трахеи составил 52,8% у студентов (n=22) и 44,8% у клинических ординаторов (n=8). После дебрифинга, при проведении повторной демонстрации навыка, ошибки наблюдались в 26,4% и 16,8% соответственно. В третьей группе первоначально проводилось теоретическое занятие с повторением курса анатомии верхних дыхательных путей, техники интубации трахеи и визуализации интубации трахеи на манекене. Осложнения выявлены у 19,2% студентов и 11,2% ординаторов.

#### **Выводы:**

1. Внедрение симуляционных методик обучения позволяет отработать навыки до должного уровня без риска для здоровья пациента.

2. Использование адаптированного подхода в обучении повышает эффективность освоения навыка интубации до 80,8% среди студентов и до 88,8% у клинических ординаторов.

#### **Список литературы:**

1. Богданов А.Б., Корячкин В.А. Интубация трахеи. – СПб.: «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2004. – 183 с.

2. Флемминг Д.С. Осложнения интубации трахеи. В кн.: Осложнения при анестезии. Под ред. К.Оркина и Л.А.Куперман, 1985. Том I. С. 64-76.

3. Клинические рекомендации ФАР «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей в стационаре (2-ой пересмотр)». Москва, 2018.

4. Гостимский А.В., Лисовский О.В., Селиханов Б.А. «Симуляционное обучение клинических ординаторов различных специальностей». – М.: «Оргздрав: новости, мнения, обучение», 2018. 2(12) – С. 56-57.

### **ОТ ГРУППЫ К КОМАНДЕ**

ординатор Пронин И.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Подавляющее большинство серьезных успехов последних десятилетий во многих направлениях деятельности человека являются результатом эффективности команд [1-5]. В связи с этим различным отраслям современного экономического пространства, в том числе медицине, как представляющий государственный сегмент, так и частное предпринимательство, необходимо использовать не только персонализированный подход к отбору кадров, но и различные методики, для формирования рабочих групп, с целью повышения общей результативности и конкурентоспособности организации.

**Цель исследования:** Изучить ситуации, в которых наиболее предпочтительна работа в командах.

**Материалы и методы исследования:** к исследованию было привлечено 45 студентов четвертого курса, которые были разделены на две группы для участия во время учебного процесса в различных деловых играх и других формах занятий. С помощью наблюдения и метода анкетного опроса было установлено, в каких случаях лучше работать студенту одному, а в каких - в команде.

**Результаты:** анализ литературных источников свидетельствует, что вопросы командообразования чрезвычайно важны, так как они могут повышать эффективность деятельности человека в различных сферах экономики [1].

Проведенное исследование свидетельствует, что предпочтительней работать человеку одному в следующих ситуациях: для решения простых задач или «головоломок», когда кооперация удовлетворительна, когда разнообразие мнений ограничено, когда задачу необходимо решить срочно, при наличии неустранимого конфликта интересов участников или когда организация предпочитает работу с частными лицами.

Более эффективной является работа в командах: для решения сложных задач или «проблем», когда для принятия решения необходим консенсус, когда присутствует неопределенность и множественность вариантов решения, когда необходима высокая самоотдача, когда требуется широкий диапазон компетентности, при возможности реализации целей членов команды, когда организация предполагает использовать результаты командной работы для разработки стратегии и видения.

**Заключение:** Анализ полученных в процессе исследования результатов свидетельствует, что для более эффективной работы организации крайне необходимо работать не только с конкретным физическим лицом, но и с командой для достижения запланированных результатов.

**Список литературы:**

1. Галкина Т.П. Социология управления. От группы к команде: Учеб. пособ. - М.: Финансы и статистика, 2010. – С. 33-41.
2. Резник С.Д., Куликов В.Г. Эффективная команда менеджера. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. – С. 47-93.
3. Крюгер Вольфганг. Руководство командой: Перс англ. - М.: Омега-Л, 2011. – С. 56-64.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Фролов Д.Ф., Грабенко Т.М. Теория и практика командообразования: Современная технология создания команд. - СПб.: Речь, 2009. – С. 20-31.
5. Максвелл Д. Создай команду лидеров. - Мн.: ООО Попури, 2011. – 224 с.

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КРУПНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

магистрант Распаева О.Л.

Научный руководитель: д.м.н. Абольян Л.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и  
здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья  
им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Процесс реформирования системы здравоохранения предусматривает повышение роли среднего медицинского звена, увеличение его самостоятельности [1]. Медицинские сестры перинатальных центров играют важную роль в медицинском уходе и оказании лечебно-профилактической помощи новорожденным, в том числе родившимся недоношенными или с врожденными пороками развития. Особенностью работы медицинских сестер отделений неонатологического профиля в современных условиях является внедрение в практику новых эффективных методов профилактики, в том числе, обеспечение совместного пребывания матери и новорожденного, проведение мероприятий по поддержке грудного вскармливания, осуществление санитарно-просветительной работы с матерями и родственниками новорожденных [2,3].

**Цель:** Дать оценку медико-социальной характеристике деятельности сестринского персонала неонатологических отделений перинатального центра и его профессиональным компетенциям (на примере поддержки грудного вскармливания).

**Материалы и методы:** Был проведен опрос медицинских сестер с помощью специально составленной нами анкеты. Анкета состояла из 30 вопросов, объединенных 4 блоками – общие вопросы, образование и выбор профессии, условия работы и компетенции по реализации мероприятий по поддержке грудного вскармливания. Исследование проводилось на базе Института неонатологии и педиатрии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России (Центр). Всего опрошено 176 медицинских сестер всех семи отделений неонатологического профиля, включая отделения новорожденных (29,7%), реанимации и интенсивной терапии (26,3%), патологии (26,9%) и хирургии новорожденных (17,1%). Объем выборки составил 91,7% от общего числа медицинских сестер этих отделений. На основании выкопировки данных из историй развития новорожденных проводилась оценка показателей грудного вскармливания за время пребывания новорожденных в Центре и на момент выписки. Всего проанализировано 99 карт здоровых доношенных младенцев. Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета IBM SPSS.21.

**Результаты и обсуждение:** Результаты проведенного исследования показали, что все опрошенные медицинские сестры были представлены женщинами, большинство из которых - в возрасте 20-49 лет (94,8%). Общий стаж работы респондентов по специальности составил (медиана и интерквартильный размах) – Me=10,0 лет (IQR 5,0-20,0), а стаж работы в Центре – Me=4,0 года (IQR 1,0-10,0). Большинство окончили медицинский колледж (94,9%), и все прошли повышение квалификации по специальности «Сестринское дело в педиатрии» и усовершенствование по циклу «Сестринский уход за новорожденными». В выборе профессии ведущими были названы следующие мотивы – «это мое призвание» (45,1%), «милосердие и сострадание» (32,0%) и «возможность иметь стабильную работу» (30,9%). Оценивая условия работы, респонденты дали положительную оценку оснащенности рабочего места необходимым оборудованием, обеспеченности лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, возможности повышения квалификации и профессионального роста, психологическому климату в коллективе и размеру оплаты труда, но при этом они отметили значительные физические и психологические нагрузки. Более половины опрошенных выразили мнение, что им принадлежит ключевая роль как самостоятельного персонала в рамках выполняемых должностных обязанностей (60,6%). В реализации себя как специалиста респонденты наибольшее значение придают материальным методам стимулирования (62,3%) и повышению квалификации (61,7%).

Поддержка грудного вскармливания в отделениях осуществлялась медицинскими сестрами (56,6%) и специально выделенными консультантами по грудному вскармливанию (52,6%). Лишь около половины из числа опрошенных проходили обучение по вопросам грудного вскармливания (46,9%), главным образом на базе Центра (42,3%). Значительное их число испытывают трудности при консультировании кормящих матерей в случае возникновения у мам трудностей с грудным вскармливанием (40,6%-54,9%). Тем не менее, за время пребывания в Центре показатель исключительно грудного вскармливания (ИГВ) составлял 54,5%, а выписывались на грудном вскармливании 92,9% младенцев, в том числе на ИГВ – 70,7%.

**Заключение:** Результаты проведенного исследования будут использованы для разработки научно-обоснованных рекомендаций по оптимизации условий профессиональной реализации медицинских сестер и повышения качества оказываемой ими медико-профилактической помощи, включая грудное вскармливание, в отделениях неонатологического профиля перинатального центра.

#### **Список литературы:**

1. Двойников С.И. Необходимость формирования новой модели деятельности сестринского персонала и актуальные задачи образовательных учреждений // Медсестра. – 2017. – № 10. – С. 6-10.

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».

3. Клинические рекомендации. Неонатология/под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с.

## **ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

студентка Рахматова Ф.Б.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Киньябулатов А.У.

*ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ, кафедра общественного здоровья  
и организации здравоохранения с курсом ИДПО, г. Уфа*

**Введение:** В наше время медицинская услуга воспринимается пациентами как вид товара, который невозможно осязать и оценить на вид. Этому способствует распространение частных медицинских организаций, увеличение ассортимента и количества платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях, а также твердая уверенность населения в том, что платные медицинские услуги качественнее «бесплатных» государственных.

**Цель:** Изучить влияние предпринимательской деятельности на сферу здравоохранения, рассмотреть её положительные и отрицательные стороны.

**Материалы и методы:** Сравнение, анализ, синтез, дедукция.

**Результаты и обсуждение:** В здравоохранении предпринимательством считается деятельность организаций или частных лиц, направленная на оказание медицинских услуг и получение прибыли. В свою очередь медицинские услуги считаются полезным видом деятельности, но, к сожалению, пациенты, часто не видят в оказании им качественных медицинских услуг ценность в виде хорошей работоспособности, большей продолжительности жизни, более высокого качества жизни. Поэтому для пациентов элементами торга часто выступают лишь неприятные симптомы, дискомфорт, которые можно «удалить» с помощью медицинских анализов, обследований, посещений врача, что негативно сказывается на отношении потребителей к предпринимательству в здравоохранении, как к способу заработка на негативных ощущениях, телесных страданиях. При этом любая медицинская услуга имеет ряд отличительных признаков: изменчивость качества, неосвязаемость, отсутствие владения, неразрывность производства и потребления услуги, неспособность услуг к хранению.

Неоднородность и изменчивость качеств зависят от оснащённости лечебно-профилактического учреждения, квалификации и стажа персонала, лекарственной и инструментальной обеспеченности. Так же большое влияние оказывает психологическая обстановка и контакт между врачом и пациентом, эмоциональная стабильность обеих сторон.

Неосвязаемость или нематериальный характер медицинской услуги заключается в невозможности изучить качество, увидеть или попробовать до получения этой услуги.

Неразрывность производства и потребление услуги тесно взаимосвязаны между собой. Исключением является лишь разрыв во времени при продаже путевок в санатории, где медицинская услуга будет потребляться позже, но



неразрывность производства и потребление будут сохраняться.

Частная медицинская практика подразумевает собой оказание медицинских услуг вне учреждений государственного, муниципального и ведомственного сектора здравоохранения пациентам за счет их личных средств. Она имеет свои, как положительные, так и отрицательные стороны.

К положительным относятся:

- широкий ассортимент услуг, что является большим удобством для пациентов, так как многие виды анализов, не входящих в систему ОМС просто отсутствуют в государственных медицинских учреждениях;

- нет необходимости стоять в очередях – запись к врачу осуществляется в удобное для пациента время;

- лучшее качество медицинской услуги – время приема пациента не ограничивается 10-12 минутами и врач собирает более полный анамнез, что способствует более точной постановке диагноза;

- высокий профессиональный уровень специалистов – руководство гарантирует качество медицинских услуг, так как подбор медицинского персонала проводится по высоким критериям, где учитываются стаж, категория врача. В виду кадрового дефицита в российском здравоохранении, нет конкуренции при устройстве в большинство государственных медицинских организации медицинских работников, что приводит к разнице уровня компетентности врачей государственного и частного сектора здравоохранения.

Для государства роль частной медицины заключается в привлечении в увеличение сбора налогов, снижение нагрузки на государственный сектор систем здравоохранения, обеспечение конкуренции среди медицинских работников, увеличение ответственности граждан к собственному здоровью, увеличение доли частных исследований по улучшению качества медицинских услуг.

Отрицательная сторона заключается в уменьшении доступности медицинской помощи, так как не всё население имеет возможность оплатить частные медицинские услуги, а попытки государства залатать эти «дыры» приводит к коммерциализации целых направлений в здравоохранении, в которых находятся дорогостоящие и выгодные медицинские услуги, в то же время государству остаются лишь низкобюджетные направления. Так же важным критерием является то, что частная медицина – это, прежде всего, бизнес, главной целью которого является получение прибыли. Поэтому за частным сектором здравоохранения нужен особый контроль качества, регулирование доли частного здравоохранения во всей системе здравоохранения и по областям деятельности.

**Выводы:** Предпринимательство в сфере здравоохранения является неотъемлемой частью всей системы здравоохранения, имеет свои положительные и отрицательные стороны и вносит свой вклад, как в оказание медицинской помощи населению, так и в экономику государства и общества.

**Список литературы:**

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) от 30.11.1994 N 51-ФЗ.

2. Уголовный кодекс Российской Федерации (УК РФ) от 13.06.1996 N 63-ФЗ.
3. Абчук В.А. Курс предпринимательства. – СПб.: Издательство «Альфа», 2001. – 544 с.
4. Мочерный С. В., Некрасова В. В. Основы организации предпринимательской деятельности: Учебник для вузов / Под общ. ред. проф. С. В. Мочерного. - М.: Приориздат, 2004. - 224 с.
5. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. 3-е изд. испр. и дополн. – Барнаул: Аз Бука, 2005. – 269 с.

## **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН, ПРЕРВАВШИХ БЕРЕМЕННОСТЬ**

студентка Рахматуллина Ю.Э.; студентка Аверьянова К.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шарафутдинова Н.Х.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
г. Уфа*

**Введение:** В профилактике искусственного прерывания беременности у подростков основная роль принадлежит здоровому образу жизни семьи, характеру семейных отношений, наличию доверительных отношений между детьми и родителями. Не менее важным являются источники, формы получения информации по репродуктивному поведению на этапах обучения, адекватности выбранных методов контрацепции. Изучение социальных аспектов искусственного прерывания беременности позволяют проводить их эффективную профилактику [1,2]. В сельских условиях информированность населения значительно ниже, чем в городской местности ввиду низкой санитарной и образовательной культуры женщин, большой занятости домашним трудом, ограниченной возможности доступа к средствам и методам получения информации [3].

**Материалы и методы:** Материалами исследования послужили результаты анкетного опроса 280 женщин.

**Результаты и обсуждение:** Результаты исследования позволили установить, что среди респондентов в возрасте 18-19 лет оказалось 13,8%, в возрасте 20-29 лет – 24,5%, в 30-39 лет – 35,8%, в 40-49 лет – 25,9%. Имели высшее образование 23,2%, среднее специальное образование 39,4%, среднее общее образование – 30,0%, неполное среднее – 7,4%.

Среди сельских женщин, прервавших беременность, 48,5% состояли в браке, 18,8% жили в гражданском браке, не состояли в браке 16,9%, разведены 7,0%, вдовы - 8,8%. Состояли в браке 6,6% в возрасте 18-19 лет, 51,6% - в возрасте 20-29 лет, 47,4% - в возрасте 30-39 лет, 49,5% не состояли в браке 13,4%, 16,0%, 20,0% и 16,8% соответственно. Среди сельских женщин в старших репродуктивных возрастах увеличивалось количество вдов: в возрасте 20-29

лет – 2,8%, в возрасте 30-39 лет – 12,2%, в возрасте 40-49 лет – 9,8%.

Распределение сельских женщин по количеству прерываний беременности свидетельствует, что большая часть женщин в возрасте 18-19 лет один раз прервали беременность, в возрасте 20-29 лет таковых оказалось 14,2%, в 30-39 лет – 8,0%, в 40-49 лет – 5,6%. Напротив, прервавших беременность более трех раз отмечалось в возрасте 40-49 лет (35,%).

Среди обследованных женщин обучающиеся составили 3,4%, работающие 58,4%, не работающие 38,2%. Среди работающих к служащим себя отнесли 24,5% опрошенных. Среди работающих лиц большая часть (45,6%) была занята в агропромышленном комплексе, остальные работали в образовании, жилищно-коммунальном хозяйстве, строительстве. Среди профессиональных групп можно выделить наиболее часто встречающиеся из них: разнорабочие, животноводы, уборщицы, продавцы, учителя и другие. Доход ниже прожиточного минимума указали 65,7% опрошенных женщин. Из числа опрошенных женщин 75,8% имели детей. У 15,6% на момент опроса был один ребенок, у 49,3% - двое детей, у 30,1% - трое детей, у 5,0% четыре и более детей. На одну женщину пришлось 1,8 ребенка и 2,8 раза прерывания беременности.

При оценке репродуктивного здоровья женщины отметили наличие нарушений менструации, эрозии шейки матки, миомы матки, частых воспалительных заболеваний тазовых органов.

При оценке причин прерывания беременности сельские женщины указали, что эта беременность была не запланированной (55,5 из 100 опрошенных), достаточное количество детей (53,7 из 100 опрошенных), не достаточная помощь со стороны государства в воспитании детей (42,8) и другие причины.

**Заключение:** Среди сельских женщин, прервавших беременность, 48,5% состояли в браке, 18,8% жили в гражданском браке, не состояли в браке 16,9%, разведены 7,0%, вдовы - 8,8%, имели высшее образование 23,2%, среднее специальное образование 39,4%. В среднем имели 1,8 ребенка, среднее количество прерываний беременности составило 2,8. Среди них 38,2% нигде не работали, две третьих отметили низкий уровень дохода. Причинами прерывания беременности - не запланированная беременность, достаточное количество детей, не достаточная помощь со стороны государства в воспитании детей.

#### **Список литературы:**

1. Закоркина Н.А., Банушевич И.А. Причина абортс у подростков, проживающих в сельской местности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №4. – С. 20-22.

2. Полунина, Н.В., Турбина, Ю.О., Ашанина, Н.М. Профилактика медико-социальных факторов риска здоровья женщин репродуктивного возраста. Окружающая среда и здоровье. Гигиена и экология урбанизированных территорий: материалы VI Всеросс. науч.-практ. конф. с международным участием молодых ученых и специалистов, посвящённой 85-летию ФГБУ "НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина". - М., 2016. – С. 480.

3. Лукичева А.А., Атьман В.О., Мусаева З.А., Мушников Д.Л., Абрамова С.А., Хряпкин С.А. Характеристика медицинской информированности девушек в возрасте 18-ти лет // Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. - № 4(17). – С. 214-216.

## **ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРЕНДА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

магистрант Рем М.А.

Научный руководитель к.м.н., доц. Якушина И.И.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** С ростом расходов на здравоохранение и увеличением информированных пациентов, больницы нуждаются в брендинге, чтобы создавать стратегии управления и устанавливать долгосрочные отношения с пациентами. Брендинг в здравоохранении помогает потребителю выбирать место оказания медицинской услуги, являясь своеобразной гарантией качества медицинской помощи [1]. Современные медицинские организации, независимо от формы собственности нуждаются в эффективном маркетинговом плане, но они анализируют целевой рынок на завершающих стадиях предоставления услуг.

**Цель:** Изучение методов формирования бренда медицинской организации.

**Методы:** Данное исследование является описательным. С помощью аналитического метода были собраны данные о применении брендинга в различных государственных больницах мира. Данные были собраны путем поиска ключевых слов в электронных научных базах данных, веб-сайтов и отчетов отдельных стран в области брендинга больниц.

**Результаты:** Выявлено, что каждая анализируемая больница приняла некоторые меры: конкурентная позиция организации, стратегии брендинга, установление бренда в отношении с клиентами, что привело к привлечению большего числа пациентов и сокращению расходов на здравоохранение. Например, в 2017 г. иранские исследователи с помощью метода «path-анализа» изучили процесс формирования доверия к бренду и влияние имиджа бренда в сфере здравоохранения. Используя анкетирование 240 респондентов было выявлено, то наиболее значимыми факторами, формирующими удовлетворенность медицинскими услугами, для пациентов являлись имидж бренда, искренность и доброжелательность медицинского персонала, взаимоотношения с врачом, основанные на взаимопонимании [2]. Изучен опыт Йоркской больницы в Англии, представившей себя в качестве первой в регионе с высоким уровнем приема, лучшей организацией, где уделялось внимание наличию квалифицированного медицинского персонала. Детская больница Альберты в Канаде публикует точные финансовые аудиты и годовые отчеты, имеет самый высокий уровень активности в отделении неотложной помощи в

регионе [3]. Результаты показывают, что профильные клиники знают о преимуществах брендинга для привлечения большего количества пациентов и повышения кредитоспособности и популярности, и в них ведутся запланированные мероприятия по формированию бренда.

**Заключение:** Таким образом, в последнее время имидж больничного бренда превратился в важный фактор для сравнения больниц клиентами. Для повышения лояльности к бренду и ценности бренда, а также для удовлетворения потребностей клиентов в секторе обслуживания в больницах, можно использовать маркетинговые мероприятия по взаимоотношению с клиентами для увеличения выгоды для клиентов [4].

**Список литературы:**

1. Whelan, S. Davies, G. Walsh, M. Bourke, R. Public sector corporate branding and customer orientation // Journal of business research. – 2010. - Vol. 63. – p.1164-1171.
2. Khodadad Hosseini SH, Behboudi L. Brand trust and image: effects on customer satisfaction. // Int J Health Care Qual Assur. – 2017.- №14; 30(7). – p.580-590.
3. Afzal E., Modarresi M.H., Maleki M.R. Comparative Study of Branding in Iranian Public Hospitals and Some other Public Hospitals in Selected Countries // Biosciences Biotechnology Research Asia. – 2016.- №13 (1).
4. Kim K., Kim K., Kim D., Kim J. Brand equity in hospital marketing. // Journal of business research. – 2008. – №61. – p. 75-82.

## **ЛИЧНЫЙ БРЕНД ВРАЧА**

студентка Репетюк А.Д.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Деятельность опытного врача целенаправленна, результативна и социально значима. Но в современной медицине уже мало быть только профессионалом, теперь необходимо уметь доводить информацию о своей экспертности потенциальным пациентам и большую роль в этом играет медиaproстранство [1]. Больной всегда идет на имя врача, кроме того именитые врачи собирают вокруг себя медицинских профессионалов. Именно поэтому, в наше время, необходимо развивать эгомаркетинг в системе здравоохранения. Люди должны иметь возможность знать профессионалов своего дела [2,3].

**Цель:** Изучить отношение студентов Сеченовского Университета к формированию личного бренда врача.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал получен с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 40 студентов Сеченовского Университета.

Среди них 31% обучалось на 5 и 69% на 6 курсах, по специальности лечебное дело - 41% и медико-профилактическое дело - 59%. Юношей было 43% и девушек – 57%, средний их возраст составлял – 23 года. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** Как показал анализ ранее опубликованных работ, вопросу формирования личного бренда врача были посвящены исследования Н.А. Савельевой [4], Е.Ю. Гагариной [5]. В них авторами было обосновано, что бренд представляется как образ личности доктора, выделенной потребителем среди конкурирующих специалистов, а формирование в социальной сети бренда врача повышает репутацию медицинских учреждений и улучшает показатели дополнительного консультирования в общедоступном режиме.

По результатам анкетного опроса студентов Сеченовского Университета было установлено, что 35,7% из них уверены, что будут формировать свой личный бренд, после окончания университета, 40,5% - планируют работу по самопрезентации в медиа-сфере, а 23,8% отказались от создания личного бренда врача. Студенты планируют формировать свой бренд с помощью публикаций в научных журналах (65,7%) , продвижения в социальных сетях (65,7%), участия в телепрограммах (31,4%) и создания личного сайта (2,9 %).

**Выводы:** Учитывая заинтересованность студентов в формировании личного бренда врача, целесообразно данную тему включить в программу их подготовки по дисциплине общественное здоровье и здравоохранение.

#### **Список литературы:**

1. Маджаева С.И. Вербализация концепта «врач» – лингвокультурный и когнитивный аспекты // Научные Ведомости Белгородского гос. ун-та. – 2010. – № 24(95). – С. 152–156.
2. Акулич М.В. Интернет-маркетинг. – М.: Дашков и К, 2016. – 352 с.
3. Артамонова Г.В., Богомолова Н.Д. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Психология управления. - Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия, 2006. – 72 с.
4. Савельева Н.А., Кармадонов А.В. Эгомаркетинг в медицине. Качество управленческих кадров и экономическая безопасность организации: Сборник материалов национальной научно-практической конференции / Под ред. В.Н. Ходыревской. - Курск: Тринадцатые Ходыревские чтения, 2019. - С. 244-247.
5. Гагарина Е.Ю. Самопрезентация бренда врача в социальной сети: Сборник «Русский язык и литературоведение профессиональной коммуникации и мультикультурном пространстве». Материалы Международной научно-практической конференции. - 2018. - С. 78-80.

## УВЕРЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧА

студентка Романова И.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Уверенность является одним из необходимых компонентов для достижения любой намеченной цели и жизненного успеха. В настоящее время многие авторы придают большое значение вопросам изучения роли личностных характеристик в процессе профессионального обучения и исследованию специфики их взаимовлияния и взаимосвязи. Особое определяющее значение для личностного и профессионального становления будущего врача имеет такое личностное свойство, как уверенность [1].

Это является одним из критериев, по которым пациент оценивает своего врача. Уверенность может показать, насколько врач владеет своими знаниями, что непременно будет способствовать выздоровлению пациента [2].

**Цель:** Изучить отношение студентов Сеченовского Университета к вопросу о формировании уверенности у врача.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал получен с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 32 студента 6 курса лечебного факультета Сеченовского Университета.

**Результаты и обсуждение:** Как свидетельствует анализ ранее опубликованной литературы уверенное поведение - это необходимое, но еще не гарантированное условие для достижения успехов в карьере. Достигать поставленных целей удастся тем, кто не только проявляет уверенность, но еще и обладает компетентностью в том, чем занимается [3]. Уверенность без профессиональных навыков не только бесполезна, но подчас и небезопасна в медицине. В связи с чем, каждому врачу необходимо осуществлять как профессиональное самосовершенствование, так и развитие уверенности в себе. Уверенность не приходит сама по себе, чтобы ее сформировать следует проявлять активность, включаться в работу, накапливать и осмысливать полученные знания [4].

Результаты проведенного исследования показали, что 28,5% опрошенных студентов имеют низкий уровень уверенности (стремятся избегать трудностей, боятся работать без наставника), 53,7% обладают средним уровнем уверенности (способны работать без надзора, принимают решения, несмотря на несогласие других), 17,8% имеют высокий уровень уверенности (радуются получению сложных заданий, действиями обосновывают свою уверенность).

Полученные нами данные совпадают с результатами исследования Е.Л. Никитиной и Д.А. Шляхта [5]. В данных работах авторами также представлены

специальные методики, которые можно использовать для повышения уровня уверенности:

1) Подумайте, кто для вас является воплощением уверенности в себе и постарайтесь перенять его поведение, вжиться в эту роль.

2) Постарайтесь восстановить в памяти все детали обстановки, когда все вокруг восторгалось вашими достижениями. Ощутите гордость за себя, почувствуйте вкус победы. Зафиксируйте этот образ в сознании, затем перенесите его на текущую ситуацию.

**Выводы:** Исследование показало важность формирования уверенности врача, так как это играет важную роль в профессии, успешной конкуренции, социальном продвижении. Уверенному в себе специалисту легко приводить веские аргументы и отстаивать свою точку зрения. Уверенность порождает успех, а успех порождает уверенность.

#### **Список литературы:**

1. Никитина Е.Л. Специфика проявления инициативности и уверенности у студентов медиков // Вестник РУДН, серия Психология и педагогика. – 2009. - № 1. - С. 46.

2. Скотникова И. Г. Проблемы уверенности: история и современное состояние // Психологический журнал. – 2002. - №1(23). - С. 60-69.

3. Лейбин В. Постклассический психоанализ: энциклопедия. М.: АСТ, 2009. - 1022 с.

4. Коптева Н. В. Онтологическая уверенность и самоактуализация // Вестник Адыгейского государственного университета. - 2011. - № 1. - С. 116–126.

5. Никитина Е.Л., Шляхта Д.А. Соотношение выраженности уверенности личности с показателями инициативности у разных групп студентов медиков и врачей-хирургов // Вестник РУДН, серия Психология и педагогика. – 2011. - № 1. – С. 42.

## **ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

студентка Русскова К.С.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, институт  
клинической медицины, г. Москва*

Научный руководитель: к.э.н., доц. Бекренева Н.Н.

*Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО  
РМАНПО Минздрава России, кафедра организации здравоохранения  
и общественного здоровья, г. Пенза.*

**Введение:** В соответствии с Федеральным Законом от 03 декабря 2012 года №236-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации ...» в нормативно-правовые акты Российской Федерации введено понятие «профессиональный стандарт» [1]. Профессиональный стандарт (профстандарт) – характеристика квалификации, необходимая работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том



числе выполнения определенной трудовой функции [2]. Профессиональные стандарты разрабатываются не на конкретную должность или профессию, а на вид профессиональной деятельности. Тем самым исключается дублирование трудовых функций по различным должностям. Профессиональные стандарты носят комплексный характер и раскрывают необходимые для выполнения работником трудовых функций знания и умения.

Совет по профессиональным квалификациям (СПК) в здравоохранении, полномочиями которого наделен Союз «Национальная медицинская палата», занимается, в том числе, разработкой и актуализацией профессиональных стандартов и квалификационных требований [3]. Особенностью внедрения профстандартов в здравоохранении является наличие в организациях как медицинского, так и немедицинского персонала. В настоящее время в здравоохранении утверждено 50 профстандартов, находятся в стадии разработки еще 40 [4,5].

**Цель:** Изучить вопросы, возникающие на практике в связи с внедрением профессиональных стандартов в медицинских организациях.

**Материалы и методы:** В качестве первичного материала анализировались утвержденные профессиональные стандарты, на основании которых вносятся изменения в локальные акты медицинской организации, а именно - штатное расписание, должностные инструкции, положения о подразделениях, трудовые договоры, положение об оплате труда, положение о премировании, положение об аттестации, положение об обучении и др.

**Результаты и обсуждение:** Общий алгоритм действий работодателя по практическому внедрению профессиональных стандартов в организации проходит поэтапно и включает в себя следующие мероприятия:

1. Подготовительные работы – включают в себя создание рабочей группы по внедрению профессиональных стандартов, обучение членов рабочей группы, разработка комплексного плана внедрения профессиональных стандартов.

2. Реализация плана внедрения профессиональных стандартов требует проведения анализа должностных инструкций, трудовых договоров, составление сравнительной матрицы выполняемых трудовых функций.

3. Приведение в соответствие названий должностей и требований к ним в организации, с указанными в квалификационных справочниках, по которым установлено предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений согласно ч. 2 ст. 57 ТК РФ.

4. Проведение сравнительного анализа требований к образованию и обучению в профессиональных стандартах и уровнем образования и обучения работников организации. Планирование и составление графика обучения и развития персонала с учетом идентификации компетенций на соответствие требованиям профстандартов по квалификационным уровням.

5. Внесение изменений в штатное расписание и другую нормативную документацию организации, разработка типовых должностных инструкций на основе требований профессиональных стандартов. При этом нужно учесть, что изменения в локальные нормативные акты вносятся в том же порядке, в

котором они утверждались, в том числе учитывая мнение представительного органа работников. С внесенными изменениями и дополнениями все сотрудники организации должны быть ознакомлены под роспись.

**Заключение:** Внедрение профессиональных стандартов позволяет обеспечить рост производительности труда, оптимизацию затрат на персонал, повышение конкурентоспособности организации и персонала, в том числе совершенствование эффективности работы лечебно-диагностических отделений и медицинских организаций.

**Список литературы:**

1. Федеральный закон "О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 1 Федерального закона "О техническом регулировании" от 03.12.2012 N 236-ФЗ (последняя редакция), статья 1.

2. Кадыров Ф.Н. Особенности применения профессиональных стандартов в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения // Менеджер в здравоохранении. – 2016. – №8. – С.67-77.

3. Федеральный закон "О независимой оценке квалификации" от 03.07.2016 N 238-ФЗ (последняя редакция), статья 5.

4. Совет по профессиональным квалификациям в здравоохранении [Электронный ресурс] / Перечни утвержденных и разрабатываемых профессиональных стандартов. - <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=22234>

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ  
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ  
ГИЖДУВАНСКОГО РАЙОНА**

ассистент Сафаров Х.Х.; ассистент Тохтаев Г.Ш.

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ташкенбаева У.А.,

*Ташкентская медицинская академия, кафедра дерматовенерология,  
г.Ташкент, Узбекистан*

**Введение:** Обследование на ИППП представляет важное звено в своевременном выявлении и лечении больных данными нозологическими заболеваниями. В современных условиях довольно сложно диагностировать венерические болезни «официальным путем», т.е. обращением пациентов в специализированные лечебные учреждения (Многопрофильная центральная поликлиника). Это связано с целым рядом социально-бытовых проблем, боязнью огласки и др. факторами. При Гиждуванский районном многопрофильном центральном поликлиники работает кожно-венерологический кабинет, который проводит анонимное обследование любого обратившегося гражданина на предмет наличия вышеуказанных заболеваний.

**Цель исследования:** Изучить работу кожно-венерологического кабинета по выяснению жалоб, проведению первичного осмотра и полному обследованию на ИППП, в соответствии со стандартами по дерматовенерологии Мз РУз.

**Материалы и методы:** Материалом для анализа послужили отчеты работы серологических лабораторий, предоставленных МЦП Гиждуванского района.

**Результаты и обсуждение:** Нами проанализированы случаи обращения с 2018 по 2019 гг. Так, обращаемость в кабинет в 2018 г. составляла 1463 пациентов, в 2019 г. – 1960 человек. Сифилис был выявлен у 11 пациентов в 2018 г. и 8 в 2019 г., гонорея диагностирована у 13 и 7 пациентов соответственно, урогенитальный трихомониаз у 225 и 261 пациентов соответственно, герпетическая инфекция отмечена у 2 и 1 больных соответственно. Кроме того, в 2019 году при данном кабинете выявлен 1 случай положительных результатов на ВИЧ. Число пролеченных больных выросло с 18 в 2018 г. до 25 в 2019 г.

**Выводы:** Приведенные выше данные свидетельствуют о целесообразности внедрения подобных кожно-венерологических кабинетов с целью выявления и своевременного лечения больных с ИППП. При этом гарантия анонимности играет большую роль в доверии больного к лечащему врачу.

## **ЛИДЕРЫ И ОБЩЕСТВО**

студентка Сереженко Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** На протяжении многих лет проводились исследования феномена лидерства и роли лидеров в обществе для изучения отношений власти и подчиненных к групповой организации работы. В современных источниках понятие лидерство характеризуется как процесс социального влияния, благодаря которому лидер получает поддержку со стороны других членов сообщества для достижения поставленной цели [1].

Вопрос лидерства возникает в любом обществе, где имеется два и более человек. Со временем в группе кто-то из участников начинает занимать доминирующее положение, такие люди играют более активную роль, к их словам и мнению прислушиваются, отдают приоритет в обсуждаемом вопросе, поддерживают их идеи и способы воплощения в жизнь, а другие люди выполняют поставленные им задачи для достижения общей цели. Таким образом, можно наблюдать разделение коллектива на ведущих – лидеров, а также на ведомых – их последователей [2].

**Цель:** Научно-методическое обоснование роли лидеров в обществе.

**Материалы и методы:** Исследование проведено с использованием аналитического, исторического и статистического методов.

**Результаты и обсуждение:** Анализ ранее опубликованной литературы показал, что в настоящее время существуют различные мнения о сущности лидерства и его происхождении. С одной стороны, допускается, что «лидерами рождаются», с другой – многими учеными признается возможность целенаправленного формирования лидерских качеств. Специалисты отмечают,

что в каждом человеке заложен потенциал, который в силу определенных условий, внешних факторов и мотивации самого человека либо реализуется и развивается в дальнейшем, либо не проявляется совсем [3,4].

В любом обществе можно проследить признаки настоящего лидера, но не всегда бывает так, что он является единственным. Помимо первостепенного лидера в иерархической ступени посередине располагаются лидеры второго и третьего уровня, далее находятся последователи, готовые идти за своим руководителем. Каждый человек представляет из себя единицу социума, где он является неотъемлемой частью каких-либо групп, и, в результате чего, всю жизнь, взаимодействуя в них, испытывает на себе влияние формальных или неформальных лидеров. Примерами таких лидеров в обществе являются не только политические деятели, а также современная молодежь - ведь именно она является неким «проводником» между гражданами и государством. В свою очередь, политические лидеры, как значимые лица политического процесса, делают вклад в дальнейшее успешное развитие общества, влияя при этом на общую ситуацию в стране [5]. Таким образом, мы рассматриваем лидера - как действенного коммуникатора, человека, способного побудить общество к действию, возбудить энтузиазм, а также пробудить энергию в своих последователях [6,7,8].

**Выводы:** В последние годы феномен лидерства активно рассматривается учеными и экспертами всего мира, в связи с чем, с большой долей уверенности, можно утверждать, что лидерство занимает ключевую роль в развитии общества.

#### **Список литературы:**

1. Комлева В.В. Лидерство как фактор устойчивого развития общества: российские и зарубежные исследования. // Среднерусский вестник общественных наук. - 2015. - №6. - С. 12-22.
2. Емельянов Ю.Н. О сущности лидерства. Лидер и общество: В сборнике «Руководство коллективом как проблема социальной психологии». - СПб., 1971. - С. 67.
3. Каштанова Е.Ю., Гулягина А.И. Влияние лидера на управленческие процессы в молодежных организациях. // Вестник Мордовского университета. - 2014. - №3. - С. 172-176.
4. Афонина В.Н. Государственная молодежная политика в современной России: Взаимодействие институтов государства и гражданского общества Афонина В.Н. – Ростов на Дону, 2002. – С. 180.
5. Авцинова Г.И. Политическое лидерство // Государство и право. - 1993. - №5. - С. 138–146.
6. Котрухова Р.И. Эффективное развитие лидерского потенциала современной молодежи. // Вестник Челябинского государственного университета. - 2009. - №14. - С. 54-58.
7. Гутарева Н.Ю. Лидерская позиция в современном обществе. // Молодой ученый. - 2015. - №11. - С. 1185-1187.
8. Sokolov N.A., Reshetnikov V.A., Tregubov V.N., Sadkovaya O.S., Mikerova M.S., Drobyshev D.A. Developing characteristics and competences of a

**ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПОТЕРЯННЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ  
У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Г. ЯКУТСКА  
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

магистрант Сиахиди М.Х.; магистрант Аскарлова Ж.В.

Научные руководители: д.м.н., проф. Саввина Н.В.; к.м.н., доц. Попова Е.К.

*ФГАОУ ВО Северо-Восточного федерального университета*

*им. М.К. Аммосова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,  
общей гигиены и биоэтики Медицинского института, г. Якутск*

**Введение:** Онкологические заболевания дыхательной системы - это одни из самых трудноизлечимых заболеваний, приводящих человека к инвалидности и ранней смерти. Эта онкологическая патология является серьезной проблемой для общественного здравоохранения. Согласно данным федеральной службы государственной статистики Российской Федерации число онкологических заболеваний с каждым годом увеличивается [1].

В структуре онкологической заболеваемости ведущее место занимает онкология трахеи, бронхов и легких 13,0% [2]. Не стоит забывать, что лидирующие позиции по данным онкологическим заболеваниям занимают мужчины.

Высокий уровень заболеваемости от онкологических заболеваний дыхательной системы обусловлен чрезвычайно высокой распространенностью факторов риска. В Республике Саха (Якутия) к ним можно отнести курение и низкий температурный режим [3-5].

Важной особенностью в распространении факторов риска среди мужчин является возраст. От общего числа респондентов, больше всего мужчин курят от 20-60 лет. Причем наблюдается тенденция к увеличению числа курящих мужчин с возрастом, в группе от 20-40 лет эта цифра достигает 20% от общего числа респондентов, а в группе от 41-60 лет составляет 23% курящих мужчин [6]. Так же стоит отметить, что к факторам риска относятся условия профессиональной занятости [6] и уровень образования [6,7].

**Цель:** Изучение факторов риска и потерянных лет жизни (YLL) от онкологических заболеваний дыхательной системы у мужчин в трудоспособном возрасте в г. Якутске Республики Саха (Якутия) и обоснование путей решения данной проблемы.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось в г. Якутске в 2019г. на базе Северо-Восточного федерального университета кафедры общественное здоровье и здравоохранение общей гигиены и биоэтики Медицинского института. В суммарную численность вошли все случаи онкологических заболеваний дыхательной системы у мужчин в возрасте от 18-60 лет (n=1032) за период с 2006-2016гг. С диагнозами по МКБ-10 для рака гортани (n=84) - С32 и С33-34 для рака легкого (n=948). Данные были предоставлены

Федеральной службой государственной статистики Республики Саха (Якутия).

При расчете (YLL) была использована формула, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения [8].

**Результаты:** В период 2006–2016 гг. смертность от рака легких и гортани с возрастом постепенно возрастала: от 18-20 случаев смертности не зарегистрировано, в возрасте от 21-30 зарегистрировано 2 (0,2%) случая смерти, 31-40 17 (1,6%), 41-50 лет 208 случаев что составило (20,2%) и 51–60 лет 805 случаев (78,0%). Средний YLL от рака легких и гортани составил 8 лет жизни. И напротив если посмотреть по годам, то с 2006-2016гг. наблюдается тенденция к росту смертности от онкологических заболеваний дыхательной системы в более молодом возрасте (в 2006 и 2016 г. смертность составила 110 и 84 случаев) и в этом же периоде YLL составил 859 и 1000 лет жизни.

**Заключение:** Высокая смертность от рака легких может быть связана с высокой распространенностью курения среди мужчин в Республике Саха (Якутия) и влиянием низких температур окружающей среды [9]. Исследование немецких ученых показывают, что между этими двумя переменными существует линейная связь [6,8,10].

Уменьшение онкологических заболеваний дыхательной системы косвенно может быть достигнуто путем предотвращения курения, пропаганды здорового образа жизни, повышения информированности [11]. Как показывают ранее проведенные исследования, уровень образования снижает частоту курения среди мужчин и повышает мотивацию к ведению здорового образа жизни [12,13].

#### **Список литературы:**

1. Федеральная служба государственной статистики. Социально-экономические показатели российской федерации за 1991-2017гг. - <https://www.gks.ru/folder/210/document/13396>

2. Однцова И.Н., Писарева Л.Ф., Хряпенок А.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в мире // Сибирский онкологический журнал. – 2015. №(5). – С. 95-101. <https://elibrary.ru/item.asp?id=24641691>

3. Агаджанян Н. А., Егорова Г. А., Киприянова Н. С. Эколого-эпидемиологические особенности онкологической заболеваемости в Республике Саха (Якутия) // Экология человека. –2005. №1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekologo-epidemiologicheskie-osobennosti-onkologicheskoy-zabolevaemosti-v-respublike-saha-yakutiya>

4. Величковский Б.Т. Причины и механизмы низкого коэффициента использования кислорода в легких человека на Крайнем Севере // Acta Biomedica Scientifica. – 2013. - №2-2 (90). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-i-mehanizmy-nizkogo-koeffitsienta-ispolzovaniya-kisloroda-v-legkih-cheloveka-na-kraynem-severe>.

5. Луценко М.Т., Пирогов А.Б. Хронические заболевания легких в условиях севера России // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4 (часть 1) – С. 74-79.

6. Аскарлова Ж.В., Попова Е.К., Саввина Н.В. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и зависимости от

профессиональной деятельности у мужчин трудоспособного возраста в г. Якутске // *Социальные аспекты здоровья населения*. [сетевое издание] – 2019. – №65(5). – С. 3. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-3

7. Siriporn Kamsa-ard S., Kamsa-ard S., Luvira V., Suwanrungruang K., Vatanasapt P., Wiangnon S. Risk Factors for Cholangiocarcinoma in Thailand: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Asian Pac J Cancer Prev.* –2018. –19(3). P. 605-614. DOI:10.22034/APJCP.2018.19.3.605

8. WHO. WHO | Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY).

9. Sharma A. и др. A link between cold environment and cancer // *Tumor Biol.* - 2015. - Т. 36. - № 8. - С. 5953–5964.

10. John U., Hanke M. Lung cancer mortality and years of potential life lost among males and females over six decades in a country with high smoking prevalence: an observational study // *BMC Cancer.* - 2015. - Т. 15. - № 1. - С. 876.

11. Golechha M. Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward // *Int. J. Prev. Med.* - 2016. - Т. 2016 - January.

12. Danielsson M., Gilljam H., Hemström O. Tobacco habits and tobacco-related diseases: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 10 // *Scand. J. Public Health.* - 2012. - Т. 40. - №9. - С. 197–210.

13. Gilman S.E. и др. Educational attainment and cigarette smoking: a causal association? // *Int. J. Epidemiol.* - 2008. - Т. 37. - № 3. - С. 615–624.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

аспирант Сидоров К.Г.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Лопухова В.А.

*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПО с учебным центром бережливых технологий, г. Курск*

**Введение:** Для организации стоматологической помощи населению существенное значение имеют сведения о состоянии стоматологического здоровья населения. Одним из методов, изучающим заболеваемость, является оценка данных об обращаемости населения за медицинской помощью. Анализ зарегистрированных данных можно рассматривать как альтернативу дорогостоящего эпидемиологического обследования [1].

Необходимо достичь рационального планирования и организации конкретного вида медицинской помощи, что достигается с помощью конкретных данных уровня потребности населения в ней, учитывая также совокупность факторов объективного и субъективного характера [2]. Отображением этой потребности может выступить частота обращаемости за медицинской помощью и рассчитываемые на основе этих данных показатели заболеваемости населения.

**Цель:** Определить структуру и общую заболеваемость болезней полости рта у взрослого населения Курской области за 2017 г.

**Материалы и методы:** Работа выполнена в дизайне ретроспективного исследования по данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области о заболеваемости взрослого населения болезнями полости рта, слюнных желез и челюстей по кодам МКБ-10 (K00-K14). В исследовании нами были рассчитаны показатели общей заболеваемости (распространенности) болезнями полости рта, слюнных желез и челюстей 28 районов Курской области. Определялся показатель общей заболеваемости населения на тысячу человек с учетом, как первичных обращений за медицинской помощью в 2017 году по поводу стоматологических заболеваний, так и ранее выявленных заболеваний среди населения.

**Результаты и обсуждение:** При определении структуры общей заболеваемости по всем районам Курской области были выявлены наиболее часто регистрируемые нозологические формы болезней полости рта, слюнных желез и челюстей по кодам МКБ-10 (K00-K14). При этом в целом по Курской области самые высокие показатели выявлены по кодам K02 (кариес зубов) – 44,8% и K04 (болезни пульпы и периапикальных тканей) – 40,7%, другие болезни твердых тканей зубов (K03) составили лишь 4,1%.

После проведения анализа, было выявлено, что в структуре общей заболеваемости болезнями полости рта, слюнных желез и челюстей Курской области за 2017 г. установлен наибольший удельный вес по кодам K02, K04 K03 в Касторенском, Щигровском Дмитриевском районах соответственно. В свою очередь наименьший удельный вес выявлен в Советском районе (K02), Касторенском районе (K04). По коду K03 случаев заболеваний в Глушковском, Касторенском, Коньшевском, Корневском, Курчатовском, Льговском, Мантуровском, Обоянском, Щигровском, Советском, Суджанском, Фатежском, Понуровском, Пристенском районах в 2017 г. зарегистрировано не было.

На основании проведенного исследования была определена общая заболеваемость на 1000 человек населения в 2017 году по кодам K02 и K04, так как они зарегистрированы во всех районах Курской области и было установлено, что изучение территориальных особенностей распространенности стоматологических заболеваний по нозологическим формам у взрослого населения в Курской области за 2017 г. позволило выявить наиболее уязвимые районы по заболеваемости: кариес зубов (K02) и болезни пульпы и периапикальных тканей (K04).

**Заключение:** Наибольший показатель общей заболеваемости населения болезнями ротовой полости, слюнных желез и челюстей по нозологической форме K02 в Касторенском районе и составил 997 ‰, а по коду K04 в Льговском районе – 670 ‰. Наименьшие показатели по коду K02 установлены в Фатежском районе – 64 ‰, а по K04 в Курском районе – 39 ‰. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации стоматологической помощи взрослому населению.

#### **Список литературы:**

1. Сидоров К.Г. Актуальность изучения потребности населения в первичной медико-санитарной стоматологической помощи // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: Сборник статей по



материалам XI международной научно-практической конференции. - 2018. - С. 45-49.

2. Шестакина Н.В., Лопухова В.А. Изучение состояния здоровья населения: оценка уровня заболеваемости кариесом у детей города Курска // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - С. 133.

## **СОВМЕСТНЫЕ ЗАКУПКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ**

студент Табаев И.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Фомин А.А.

*Петрозаводский государственный университет, кафедра семейной медицины,  
общественного здоровья, организации здравоохранения, безопасности  
жизнедеятельности, медицины катастроф, г. Петрозаводск*

**Введение:** Главной и единственной целью медицинской организации является оказание медицинской помощи населению, неотъемлемой частью которой являются лекарственные препараты и медицинские изделия (катетеры, инфузионные системы, бинты, шприцы и т.д.), от качества которых зависит удовлетворенность лечением пациента и соответственно его скорейшее выздоровление, так, например, неподходящий по размеру внутривенный катетер становится причиной травматизации вен. Медицинские работники, обладающие широким спектром лекарственных средств больше внимания уделяет индивидуальному подбору лечения для каждого конкретного пациента, снижая время его пребывания в стационаре. Но так как небольшие районные больницы при закупках небольшого количества данных категорий товаров вынуждены устанавливать достаточно высокую начальную (максимальную) цену контрактов (НМЦК), что непосредственно снижает терапевтические возможности медицинских организаций. Решением данной проблемы могут быть совместные закупки, в рамках которых можно снизить НМЦК. Согласно статье 25 Федерального закона от 4 апреля 2013 г. № 44-ФЗ: если два и более заказчика закупает одни и те же товары, работы, услуги, то они вправе проводить совместные конкурсы или аукционы; если нескольким заказчикам требуются одни и те же приобретения, то руководители этих учреждений могут принять решение об объединении своих потребностей и поручить уполномоченному органу провести общую закупку [1].

**Цель:** Рассчитать возможную экономию медицинских организаций (19 стационаров) Республики Карелия (РК) по 90 позициям за три года (2016-2018 гг.), которую они получили бы при совместных закупках (закупка всеми стационарами РК).

**Материалы и методы:** Основным материалами для изучения и анализа послужили контракты на закупку лекарственных средств и медицинских изделий медицинских организаций РК, размещенные на портале госзакупок (11514 контрактов). Для оценки возможной экономии мы вычислили теоретическую цену совместной закупки по каждой позиции (средняя цена за

единицу товара трех самых крупных закупок медицинских организаций РК по каждой позиции), после чего вычли из нее реальную цену по каждой позиции 19 стационаров РК и рассчитали совместную экономию по 90 позициям закупок, рассматриваемых в данном исследовании.

#### **Результаты и обсуждение:**

Прежде чем перейти к полученным результатам, необходимо определиться с тем как выглядели бы совместные закупки. В нашем представлении все медицинские организации РК могли бы поручить общую закупку ГБУЗ РК "Республиканская больница имени В.А.Баранова", которая собирала бы заявки и формировала бы на основании этих данных контракт в системе госзакупок, после чего полученные позиции отправлялись в соответствующие учреждения. Такой подход создаст привлекательные условия для крупных федеральных оптовиков и производителей, что в конечном итоге приведет к росту конкуренции и снижению закупочной цены, стабильной поставке лекарственных средств и медицинских изделий в районы.

В ходе анализа полученных данных, мы пришли к выводу, что 19 стационаров, участвующих в исследовании могли бы сэкономить 1 654 415,32 руб. за 2016г. (общая сумма закупок 52 049 501,03 руб.), 2 595 729,70 руб. за 2017г. (общая сумма закупок 48 002 285,55 руб.), 2 773 448,36 руб. за 2018г. (общая сумма закупок 44 322 202,85 руб.), что в среднем составляет около 5% экономии на закупках лекарственных средств и медицинских изделий. Кроме того некоторые медицинские организации в ходе наших расчетов получили бы убыток, а другие экономию значительно превышающую средний результат, так например ГБУЗ РК "Пудожская центральная районная больница" в 2018г. сэкономил бы 403 886,60 руб. (общая сумма закупок 1 487 764,16 руб.), а ГБУЗ РК "Республиканский перинатальный центр" в том же году сохранил бы 685 044,02 руб. (общая сумма закупки 1 680 098,70 руб.). Хочется отметить, что эта экономия рассчитана только на основании имеющихся цен по закупкам крупных стационаров РК, и при общей закупке поставщики могут предоставить более выгодные цены, тем самым увеличив выгоду не только в районах больниц, но и крупных республиканских стационаров.

**Заключение:** В ходе нашего исследования мы рассчитали положительный экономический эффект от возможного проведения совместных закупок медицинскими организациями РК. Сохраненные средства могли бы пойти на расширение ассортимента медицинских изделий и лекарственных препаратов, которое позволило бы персоналу более качественно оказывать медицинскую помощь пациентам, а также увеличить их удовлетворенность пребыванием в стационаре. По нашему мнению совместные закупки могли бы улучшить ситуацию с лекарственным обеспечением, избежав при этом лишних издержек, за счет повышения конкуренции на фармацевтическом рынке.

#### **Список литературы:**

1. Федеральный закон от 05.04.2013 N 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

студентка Терешкова А.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Пивоварова Г.М.  
*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, г. Санкт-Петербург*

**Введение:** Проблема алкоголизма и наркомании в настоящее время остается актуальной: число травм на производстве, преступлений и административных правонарушений, совершаемых в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, растет. Также увеличивается число детей и подростков, употребляющих алкоголь и наркотические средства. В настоящее время большое обсуждение в обществе вызвала проблема употребления несовершеннолетними жевательной табачной продукции (снюса, насвая и их аналогов), а также полный запрет на оборот жевательного табака. В связи с чем, данная тема имеет высокую актуальность [1].

**Цель:** Изучить и сравнить уровни общей заболеваемости алкоголизмом и наркоманией среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа, выделить субъекты риска среди населения Северо-Западного федерального округа.

**Материалы и методы:** В исследовании были использованы санитарно-статистические и аналитические методы анализа данных Федеральной Службы Государственной Статистики Министерства здравоохранения Российской Федерации, программы MicrosoftWord, MicrosoftExcel.

**Результаты и обсуждение:** В 2018 году число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, и синдромом зависимости от алкоголя в Российской Федерации составило 51,6 на 100 тыс. населения. Данный показатель среди населения Северо-Западного федерального округа ниже на 13% и составил 44,7 на 100 тыс. [2].

Субъектами риска по данному показателю в Северо-Западном федеральном округе является население Ненецкого автономного округа (181,8 на 100 тыс.), Республики Коми (107,5 на 100 тыс.), Псковской (85,9 на 100 тыс.) и Калининградской (79,1 на 100 тыс.) областей, Республики Карелия (78,1), Архангельской области без автономного округа (64,7 на 100 тыс.), Новгородской (55,2 на 100 тыс.) области.

Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение, с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, (алкогольными психозами) в Российской Федерации в 2018 году составило 12,4 на 100 тыс. населения. В Северо-Западном федеральном округе данный показатель составил 11,6 на 100 тыс., что на 6,5% ниже, чем среди населения Российской Федерации.

Субъектами риска по данному показателю в Северо-Западном

федеральном округе является население Ненецкого автономного округа (70,5 на 100 тыс.), Калининградской (33,7 на 100 тыс.), Псковской (28,3 на 100 тыс.) областей, Республики Карелия (21,8 на 100 тыс.), Вологодской области (19,7 на 100 тыс.), Республики Коми (18,8 на 100 тыс.), Архангельской области без автономного округа (14,4 на 100 тыс.)

Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение, с синдромом зависимости от наркотических веществ в России в 2018 году составило 10,1 на 100 тыс. населения. Среди населения Северо-Западного федерального округа данный показатель составил 8,1 на 100 тыс. населения, что на 19,8% ниже, чем среди населения Российской Федерации.

Данный показатель выше, чем среди населения Российской Федерации, в Республике Коми (10,7 на 100 тыс.)

Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под диспансерное наблюдение, с синдромом зависимости от ненаркотических веществ в России и в Северо-Западном федеральном округе в 2018 году не отличается, и составило 0,2 на 100 тыс. населения.

Субъектами риска по данному показателю в Северо-Западном федеральном округе является население Республики Карелия (0,8 на 100 тыс.), Архангельской области без автономного округа (0,4 на 100 тыс.), Вологодской области (0,3 на 100 тыс.)

**Выводы:** В 2018 году, по сравнению с населением России, в Северо-Западном федеральном округе число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, - ниже на 13%, число пациентов с алкогольными психозами – ниже на 6,5%, число пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ – ниже на 19,8%, число пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических веществ не отличается. Следует уделять большее внимание профилактике употребления несовершеннолетними и взрослыми алкоголя и наркотических средств, жевательного табака.

#### **Список литературы:**

1. Некрасов А.П. Размышления об излечении алкоголизма и наркомании в новых спецучреждениях в Министерстве здравоохранения Российской Федерации // Уголовно-исполнительное право. – 2018. – Т. 13(1–4). - № 3. – С. 325–328.
2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

### **СПОСОБЫ УБЕЖДЕНИЯ ДРУГИХ**

студентка Терешкова Е.Г.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Среднестатистический человек обычно, проснувшись утром, смотрит новости или читает газету, выходя на работу, делает несколько телефонных звонков, по возможности решает проблемы, основываясь на информации, полученной из интернета, телевизионных новостей, а также от друзей и знакомых. Большая часть принятых нами решений и системы ценностей основаны на том, что мы узнаем из чьих-то уст [1].

Убеждение – это твердое, прочно устоявшееся мнение о чем-либо, а убеждать – это значит доказывать что-либо кому-то, заставляя поверить в то, согласиться с кем, чем-либо, склонять к какому-то решению [2]. Средствами формирования убеждения являются практическое обоснование, аргументация, а также психологические и риторические приемы [3]. Любой лидер должен уметь не только замотивировать и повести за собой, но и убедить, что именно его решения верны и неоспоримы. Политики, ведущие, блогеры являются, несомненно, лидерами и способны убеждать массы в том, что именно так и надо поступать, действовать [4]. Лидер стремится вперед, вверх, достигает успехов и так ярко и красиво это делает, что остальные увлекаются его идеями и вовлекаются в это движение, объясняя это влиянием чего-то загадочного, особой харизмы и становятся его последователями [5].

**Цель:** Провести анализ отношения студентов к убеждению других людей.

**Материалы и методы:** Исследование проведено с использованием методов: исторического, аналитического, логического, статистического и анкетного опроса, к которому было привлечено 40 студентов из разных университетов в возрасте от 18 до 25 лет. Среди них было 9 юношей и 31 девушка.

**Результаты и обсуждение:** В ходе анкетного опроса было установлено, что студенты чаще всего доверяют сведениям, полученным в интернете (87,2%), затем прислушиваются к мнению друзей и родственников (56,4%), на третьем месте оказалось телевиденье (12,8%), после мнение политиков (7,7%), самыми непопулярными способами получения информации оказались газеты (2,6%) и радио (0%).

Из опрошенных лиц 74,4% считают, что могут убеждать других, остальные либо не уверены в своей способности убеждения (12,8%), либо считают, что ей не обладают (12,8%). Среди респондентов 53,8% предпочитают убеждать других, а 46,2% - прислушиваться к мнению окружающих. Слышали о методах, которые могут использоваться для убеждения других 69,2% опрошенных лиц, 30,8% такой информацией не владеют.

Самыми эффективными способами для убеждения, по мнению студентов, являются: аргументация своего ответа, подкрепленная фактами - 40%; позитивные эмоции и юмор - 7,5%; негативные эмоции и принижение оппонента - 17,5%; не хотят никого убеждать - 5%; затруднились с ответом - 30%.

Человек с даром убеждения по материалам проведенного исследования должен быть уверенным в себе (85%), иметь самообладание (62,5%) и умение слушать (62,5%), также ему необходимо уметь произвести впечатление (60%),

чувство юмора (32,5%), хладнокровие (30%), желание спорить (12,5%), эрудированность (7,5%) и умение отстаивать свою точку зрения (5%).

**Выводы:** Убеждение является неотъемлемой частью лидерства и опирается на знание собеседника, его эмоции, выбор аргументов, жестов, мимики [6]. Одними из главных качеств человека, необходимых для убеждения оппонента являются: уверенность в себе, самообладание, умение показать себя, а также хладнокровие в любой ситуации.

#### **Список литературы:**

1. Михеева А.М. Влияние средств массовой информации на современное общество // Социологические науки. - 2016. - №1. - С. 137-138.

2. Ивин А.А. Риторика: искусство убеждать. - М.: Фаир-пресс, 2003. - 304 с.

3. Евлеев Ю.В. Средства убеждения // Философия и общество. - 2015. - №3. - С. 144-154.

4. Сургутский В.И., Самойлов А.В. Современные формы убеждения в административной деятельности полиции // Право и общество. - 2015. - №4. - С. 43-48.

5. Ксенофонтова Е.Г. Лидерство, как стремление или исторические тенденции понимания феномена лидерства // Социология. Политология. - 2016. - №2. - С. 144-147.

6. Попов Л.Л. Убеждение и принуждение. - М.: Моск. рабочий, 1968. - 159 с.

## **ПРОФИЛАКТИКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ**

ассистент Тохтаев Г.Ш.; ассистент Сафаров Х.Х.

Научный руководитель: д.м.н. Садиков А.А.

*Ташкентская медицинская академия, кафедра дерматовенерологии,  
г.Ташкент, Узбекистан*

**Введение:** С увеличением числа людей, занимающихся спортом, количество кожных заболеваний, ассоциированных со спортом, также постоянно увеличивается. Спортивная деятельность может привести к развитию новых или обострению хронических дерматологических заболеваний, что может негативно повлиять на результаты спортсмена. Существуют так называемые переходные состояния, которые могут быть как специфическими, так и общими, ослабляющими организм и тем самым предрасполагающими к заболеваниям. Показано, что первые признаки болезни проявляются, прежде всего, при предъявлении организму повышенных требований. Переходные состояния имеют важное значение для предупреждения и выявления болезни. Спортсмены, чья деятельность связана с ежедневными тренировками в плавательных бассейнах, подвержены постоянному контакту кожи с дезинфектантами, которые повреждают кожу, способствуют дегидратации и обезжириванию верхних слоев эпидермиса, снижая барьерную функцию кожи и приводя к ее сухости.

**Цель исследования:** Изучить функционального состояния кожи спортсменов занимающихся единоборством в условиях жаркого климата в зависимости от времени года.

**Материалы и методы:** Амбулаторные карты спортсменов. Биологический материал – соскоб из кожи спортсменов. Часть микроорганизмов в качестве источников питания использует секретируемые водо- и жирорастворимые субстанции, продукты распада кератина и самих микробов. Они являются постоянными обитателями кожи, не влияют на ее функциональное состояние и не вызывают болезней. Другие микроорганизмы продуцируют токсины и ферменты, которые способны менять развитию дерматозов. Значительное количество микроорганизмов, колонизирующих кожу, относится условна. Одной из важнейших функций нормальной микрофлоры является ее участие в колонизационной резистентности, под которой подразумевается совокупность механизмов, придающих стабильность микробиоценозу и обеспечивающих предотвращение заселения хозяина посторонними микроорганизмами. При снижении колонизационной резистентности происходит увеличение числа и видового спектра потенциально патогенных микроорганизмов, транслокация через барьеры организма, возникновения эндогенной инфекции или суперинфекции различной локализации. У человека барьерная функция восстанавливается на шестьдесят процентов через 12 ч, а полное восстановление занимает семьдесят два ч. Нарушения целостности кожного барьера значимый фактор в развитии хронических кожных заболеваний. Нарушение восстановления эпидермального барьера приводит к обезвоживанию эпидермиса и развитию выраженных явлений сухости кожи. Среди стафилококков выделяют представителей нормальной микробиоты человека эпидермальный стафилококк, и условно патогенных – золотистый стафилококк. Золотистый стафилококк считается наиболее опасным из-за существования резистентных штаммов. Появления штаммов микроорганизмов с признаками патогенности при больших физических нагрузках. Гнойничковые заболевания кожи могут оказывать существенное влияние на самочувствия спортсмена и уровень спортивных результатов.

**Результаты и обсуждение:** У спортсменов, занимающихся ежедневно по несколько часов, изменения биофизических показателей могут быть более стойкими, поэтому, в связи с постоянными тренировками, восстановление до исходных показателей маловероятно. Показано, что наиболее многочисленными резидентными группами микроорганизмов в данном локусе являются пропионовые бактерии, стафилококки и дрожжи. Показано, что само по себе носительство кожной нормофлоры, обеспечивает защиту человека от оппортунистических микроорганизмов за счет выделения антагонистических субстанций - так называемых киллеров. Эпидермального стафилококк производит пептиды, токсичные для других организмов, стафилакокк и стрептококков группы А, а значит удаление эпидермального стафилококка например, путем злоупотребления топическими антибиотиками может привести к уничтожению антимикробных пептидов данной бактерии, что

позволит потенциально патогенным организмам более эффективно проникать на кожу.

**Выводы:** Определения состава микрофлоры кожи у спортсменов, до сих пор практически не проводились. Вместе с тем известно, что по окончании спортивной карьеры здоровье большинства профессиональных спортсменов резко ухудшается. Определение состава основных групп микроорганизмов на коже спортсменов, позволит выявить особенности функционального состояния кожи у спортсменов, что может являться важным фактором в профилактике дерматологических заболеваний у спортсменов.

## **УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

ординатор Трифонова Г.В.

*ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра организации  
здравоохранения и общественного здоровья, г. Москва*

**Введение:** Повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью является одной из первоочередных задач, стоящих перед здравоохранением России. Решение проблемы качества медицинской помощи связано с устойчивой неудовлетворенностью населения медицинскими услугами, увеличением числа жалоб, судебных исков, претензий на некачественную медицинскую помощь. Это создает серьезные социальные проблемы и снижает качество жизни населения, что обусловило усиление внимания не только государства, но и общественных организаций к проблемам оценки качества медицинских услуг.

**Цель:** Изучить мнение пациентов о медицинской помощи, предоставляемой в многопрофильном стационаре.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования проведен социологический опрос в виде анкетирования 603 пациентов, находящихся на стационарном лечении многопрофильного стационара города Москвы в 2019 гг.

Опрошено 43.8% мужчин и 56.2% женщин. В возрасте до 30 лет было 14.2% опрошенных, от 31 до 50 лет – 40.9%, от 51 и старше – 44.9%. По уровню образования респонденты распределились следующим образом: среднее образование – 18.7%, среднее специальное образование – 51.3%, высшее – 24.5%, неоконченное среднее – 5.5%. Почти половина (49.3%) респондентов ранее лечились в стационаре.

Предлагаемая анкета содержала вопросы, собирающие информацию об удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинской помощи. Анкета включала вопросы для сбора информации по следующим показателям: характеристика респондентов; оценка качества работы медицинского персонала; оценка качества лечения, питания и условия пребывания в стационаре, оценка удовлетворенности. Для измерения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи и получения объективных социологических данных, показатели оценивались по



пятибалльной системе. Ответы респондентов с 4 и 5 баллами учитывались как «хорошо», с 3 баллами – «удовлетворительно», с 2 и 1 баллом – «неудовлетворительно».

**Результаты и обсуждения:** Результаты анкетирования показали, что качество работы медицинского персонала респонденты оценили следующим образом: хорошее – 63%, удовлетворительное – 33%, неудовлетворительное – 4% пациентов. Работу лечащего врача оценили как хорошее – 70%, удовлетворительное – 27%, неудовлетворительное – 2% пациентов. Качество лечения оценили как хорошее – 71%, удовлетворительное – 29% пациентов. Обеспеченность медикаментами и расходными материалами оценили как хорошее – 75%, удовлетворительное – 35% пациентов. Оснащенность современным оборудованием оценили как хорошее – 62%, удовлетворительное – 38% пациентов. Качество лечебного питания оценили как хорошее – 57%, удовлетворительное – 29%, неудовлетворительное – 14% пациентов. Условия пребывания в стационаре оценили как хорошее – 83%, удовлетворительное – 12%, неудовлетворительное – 5% пациентов. Техническое состояние, ремонт помещений, площадь помещений оценили как хорошее – 81%, удовлетворительное – 16%, неудовлетворительное – 4% пациентов. Комфортность мест пребывания оценили как хорошее – 66%, удовлетворительное – 21%, неудовлетворительное – 13% пациентов.

В результате проведенного анкетирования было выявлено, что пациенты, выражали высокую удовлетворенность условиями пребывания в стационаре (более 80,0%). Средний уровень удовлетворенности пациенты высказали в отношении качества работы медицинского персонала и качества лечения. Удовлетворенность пациентов качеством лечебного питания имела самый низкий уровень.

**Выводы:** Проведенный социологический опрос пациентов позволяет анализировать с позиции пациента различные компоненты качества медицинской помощи. Проведение в медицинской организации внутреннего аудита с целью выявления негативных факторов, влияющих на реализацию ожиданий пациентов при получении медицинских услуг дает представление о тех проблемах, которые порой скрыты, но существуют. Это в свою очередь, может помочь в выявлении «слабых мест» в организации качественных лечебно-диагностических мероприятий, а так же позволит определить конкретные пути совершенствования медицинской помощи и повысить удовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи.

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

заочный аспирант Фатхуллина Л.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Александрова О.Ю.

*ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Минздрава России, курса общественное здоровье и здравоохранение, кафедры организационно правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности  
ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г Москва*

**Введение:** Стандартная операционная процедура (СОП) является элементом системы управления качеством медицинской помощи [1]. В работе представлен опыт разработки и внедрения СОПов в отделении заготовки крови и ее компонентов (ОЗК) и в лечебно-диагностических отделениях ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» (МКДЦ). СОП - документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи [2]. Важной отличительной чертой СОПов является то, что они основаны на практических наблюдениях, последовательны, предсказуемы, просты в понимании, наглядны и легко воспроизводимы. Внедрение СОП позволяет решить проблему обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации [3].

**Цель:** Обеспечение безопасности гемотрансфузий путем разработки и внедрения СОПов по трансфузиологии для совершенствования эффективности работы медицинского персонала.

**Материалы и методы:** МКДЦ является многопрофильным медицинским центром на 389 коек со специализацией на сердечно-сосудистых и неврологических заболеваниях.

С 2014 года по 2019 гг. 14837 пациентам проведено 32181 гемотрансфузий. Гендерная характеристика: мужчины 64% (9495), женщины - 36% (5342). Пациентов возрастом до 60 лет было 35% (5192), старше 60 лет - 65% (9645). За указанный период постгемотрансфузионных осложнений не отмечалось. Для обеспечения безопасности гемотрансфузий в клинических отделениях и в ОЗК разработаны 87 СОП. Одновременно с разработкой и внедрением СОПов проведено обучение 616 сотрудников МКДЦ. Всего обучен 31 сотрудник ОЗК (11 врачей, 16 кадров среднего медицинского персонала и 4 – младшего медицинского персонала), а также 585 сотрудников клинических отделений, участвующих в проведении гемотрансфузий (врачей – 226, среднего медицинского персонала – 359).

Оценку эффективности работы медицинского персонала оценивали путем анкетирования пациентов, которые проходили медицинское обследование и лечение в МКДЦ. Анкета включала в себя следующие пункты: внимательное отношение, вежливое обращение и достаточную квалификацию

медицинского персонала; комфортные условия пребывания; оперативность и хорошая организация работы в отделениях; современный уровень оборудования и качество исследований; доступная интерпретация врачом полученных результатов исследования.

**Результаты и обсуждение:** За период с 2014 по 2019 гг. анкетирование проведено у 99719 пациентов, прошедших лечение и обследование в МКДЦ, из них 55% (54818) по программе государственных гарантий и 45% (44901) по программе платных услуг.

Всего в 2019 году опрошено 5729 пациентов из лечебно-диагностических отделений прошедших лечение и обследование в МКДЦ. Средний показатель удовлетворенности пациентов лечением, диагностическими исследованиями и обслуживанием был равным 99,9%. Пациенты до 60 лет составили 79% от числа опрошенных, их удовлетворенность – 99,9%. Пациенты старше 60 лет составили 21%, удовлетворенность – 99,9%.

**Заключение:** Использование СОПов при проведении гемотрансфузий облегчает понимание выполняемых задач медицинским персоналом, позволяет избегать нестандартных ситуаций, отслеживать и совершенствовать работу. Внедрение СОПов позволило сократить время медицинского персонала для выполнения процедуры в соответствии с необходимыми требованиями, что дало возможность снизить степень риска возникновения ошибок, повысить квалификацию и оперативность, улучшить эффективность работы медицинского персонала.

СОПы являются важным инструментом для совершенствования эффективности работы и обеспечения безопасности гемотрансфузий и медицинской деятельности в медицинских организациях.

#### **Список литературы:**

1. Вялков А.И., Воробьев П.А., Сура М.В., Авксентьева М.В. Стандартные операционные процедуры (СОПы) как один из элементов управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2005.- №7. - С.1-6.

2. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р53420-2009 «Кровь донорская и ее компоненты. Общие требования к обеспечению качества при заготовке, переработке, хранении и использовании донорской крови и ее компонентов (утв. Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии 28.10.2009г. №485-ст)».

3. Гололобова Т.В., Шестопалова Т.Н., Харлампиди М.П., Фатхуллина Л.С., Хайруллин Р.Н. Методические принципы формирования стандартных операционных процедур // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 9. – С. 3-8.

# ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДСТВАМИ СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

магистрант Федака А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Косаговская И.И.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), Высшая школа управления здравоохранением Института  
лидерства и управления здравоохранением, г. Москва*

**Введение:** В нашем исследовании рассматриваются психологические и социальные условия реализации материнства у первородящих женщин. Предпринимается попытка проанализировать возможности социально-педагогической деятельности в целях профилактики депрессивных расстройств и формирования материнского поведения в первый год жизни ребенка. В центре нашей работы стоит изучение отношения женщины к опыту материнства и условий, в которых оно реализуется. Предпосылкой к исследованию является теория о том, что материнское поведение формируется в рамках поведенческих и физиологических механизмов, а также под воздействием «доминанты материнства» [1].

**Цель:** Исследование связи выраженности послеродовой депрессии с психологическими и социальными условиями материнства, и роли социально-педагогической деятельности в профилактике послеродовых депрессий у первородящих женщин.

**Материалы и методы:** В исследовании используются: шкала депрессии Бека (BeckDepressionInventory), Эдинбургский опросник послеродовой депрессии (EdinburghPostnatalDepressionScale (EPDS)), а также авторская анкета об условиях материнства. Для исследования готовности к материнству используется методика «Фигуры» [1]. Методологической основой исследования является концепция материнства Г.Г.Филипповой, С.Ю.Мещеряковой, В.И.Брутман, И.Ю.Хамитовой [2, 3, 4].

**Результаты и обсуждение:** Материнское поведение это комплекс из биологических инстинктов и социокультурной обусловленности. Первородящие женщины испытывают больше тревоги во время беременности, не представляют, что ждет их после родов и не имеют сформированного образа материнства, не знают какие методики воспитания они будут применять со своими детьми. Женщины, чьи ожидания от материнства не совпадают с реальностью, имеют более выраженные показатели депрессии [5]. Соответственно, опыт материнства, обучение, положительные примеры и подкрепление опыта материнства помогают формировать более адекватные реальности ожидания [6].

Исследование показало, что обучение, информационная обеспеченность и поддержка женщины на этапе адаптации к роли матери способствует формированию биологически и психологически обоснованному материнскому поведению и снижает риск послеродовых депрессий. Разрабатывается программа социально-педагогической поддержки беременных и новоявленных

матерей, обсуждаются возможности практического применения полученных результатов.

**Выводы:** Сложности адаптации к роли матери и игнорирование социально-культурного опыта становления материнства часто приводят к негативным психологическим процессам, к затяжным депрессиям и повышению уровня тревожности. Остро необходимы обучение материнству, физическая и психологическая поддержка женщины на этапе адаптации к роли матери. Проблема профилактики и послеродового сопровождения, несомненно, является социально значимой, способствующей более успешному материнству и рождению большего числа детей. В обществе есть повышенный запрос на квалифицированную социально-педагогическую помощь. «Модель обучающего сопровождения женщины-матери является методом социально-культурного воспитания, служит повышению родительской компетенции, развитию положительных качеств у матерей, навыков взаимопомощи, оптимизма, уверенности в себе и удовлетворенности новой ролью» [7].

#### **Список литературы:**

1. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ): дисс. докт. психол. наук. М., 2000. – 449с.
3. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. М., 2000. – №5. – с.18-27.
4. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. — 2000. Т. 21. – №2. – с.79-87
5. Крученкова Е.П. Материнское поведение млекопитающих. М.: УРСС, 2009. – 208 с.
6. Якупова В. А. Роль психологических и физиологических условий материнства в развитии послеродовой депрессии // Российский психологический журнал. – 2018. – Т. 15, № 1. – с. 8–23.
7. Коняева Н.А. Формирование материнского поведения в условиях социально-культурной деятельности: дисс. канд. пед. наук. М., 2005. – 220 с.

### **ТУБЕРКУЛЕЗ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

студент Халикова Р.А.; студент Садртдинов Д.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Борисова М.В.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, кафедра общественного здоровья и организации*

*здравоохранения с курсом ИДПО, г. Уфа*

**Введение:** Туберкулез – инфекционная болезнь, одна из ведущих причин заболеваемости, которая входит в десятку наиболее распространенных причин смертности в мире и чаще других инфекционных возбудителей (включая ВИЧ/СПИД) становится причиной смерти людей. Согласно оценкам ВОЗ, в 2018 г. во всем мире туберкулезом заболело 10 миллионов человек, и

этот параметр в последнее время остается на сравнительно стабильном уровне. Бремя заболевания варьируется в огромных пределах в зависимости от страны, от менее пяти до более 500 новых случаев на 100 000 населения в год, а глобальное среднее значение составляет примерно 130 [1].

**Цель:** Изучить социальные и медицинские аспекты заболеваемости туберкулезом в Республике Башкортостан (РБ).

**Материалы и методы:** В работе использованы данные официальной статистики: формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом» и данные Башкортостанстата.

**Результаты и обсуждение:** За период 2016-2018 гг. в РБ наблюдается снижение заболеваемости туберкулезом. Так, показатель территориальной заболеваемости туберкулезом за три года снизился на 5,3%, а за 2018 год снизился на 2,9%, составив 39,7 на 100 тыс. населения (РФ 2018 г. – 44,4). Показатель заболеваемости туберкулезом населения, обслуживаемого в системе здравоохранения, в динамике за три года также уменьшился на 2,9%, составив в 2018 г. 36,7 на 100 тыс. населения (РФ 2018 г. – 38,5). На формирование эпидемиологической ситуации по туберкулезу оказывает влияние качество противотуберкулезных мероприятий в учреждениях УФСИН России по Республике Башкортостан. В учреждениях исполнения наказания показатель заболеваемости туберкулезом среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных снизился на 24,9% и составил в 2018 г. 792,8 на 100 тыс. контингента (РБ 2016 г. – 1056,0), в то же время он остается выше территориального показателя заболеваемости по РБ в 20 раз (РБ – 39,7 на 100 тыс. населения). Заболеваемость туберкулезом среди граждан, проживающих в учреждениях социального обслуживания, в течение 2016-2018 гг. оставался на уровне 53,3 на 100 тыс. соответствующего контингента.

Снижение заболеваемости туберкулезом отмечается и среди городского, и среди сельского населения. Заболеваемость туберкулезом среди городского населения в 2018 году составила 38,3 на 100 тысяч населения и превысила среднереспубликанский показатель на 4,4% (36,7 на 100 тысяч населения), а заболеваемость туберкулезом среди сельского населения (34,1 на 100 тысяч населения) была ниже республиканского показателя на 7,1%. Эти различия обусловлены большими миграционными процессами в городской местности, ростом числа социально-дезадаптированных групп населения, наличием большого резервуара инфекции в городах. Вместе с тем, ежегодно заболеваемость туберкулезом городского населения превышает заболеваемость туберкулезом сельского населения (в 2018 году соответственно 38,3 и 34,1 на 100 тыс. соответствующего населения).

В структуре заболевших активным туберкулезом в 2018 г. преобладали мужчины, их удельный вес в 2,2 раза выше удельного веса женщин (соответственно 68,3 и 31,7%).

Заболевают туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18-44 года, доля которых в 2018 г. составила 55,6% (РФ в 2018 г. – 61,3%).

Необходимо отметить, что в 2018 году две трети больных (66,7%) активным туберкулезом были выявлены при профилактических осмотрах, этот показатель немного выше, чем в РФ (62,5%).

Анализ социального состава впервые заболевших туберкулезом показал, что основную группу 72,3% составляют социально незащищенные группы населения (пенсионеры, инвалиды, неработающие, БОМЖи), работающие составили 17,7%, служащие – 5,5%, учащиеся – 2,7%, дошкольники – 1,5% и т.д.

Среди впервые заболевших туберкулезом в 2018 году у 96,6% заболевших был выявлен туберкулез органов дыхания, у 1,2% – туберкулез костей и суставов, у 0,6% – туберкулез мочеполовых органов и т.д.

В клинической структуре впервые заболевших туберкулезом органов дыхания в 2018 г. преобладал инфильтративный туберкулез легких – 70,9%, второе место занимал диссеминированный туберкулез легких – 12,7% , третье – очаговый туберкулез – 7,3% и т.д. Число заболевших туберкулезом по месяцам различно. В 2018 году наибольший удельный вес заболевших туберкулезом отмечался в марте – 15,0%, в октябре – 12,0% и в июне – 10,0%, наименьший – в январе и в декабре – по 5,0%.

**Заключение:** В республике наблюдается тенденция к стабилизации эпидобстановки по туберкулезу, которая характеризуется снижением показателей заболеваемости туберкулезом, совершенствованием системы активного выявления туберкулеза с применением флюорографических и других методов исследования и иммунодиагностики. Однако существует необходимость дальнейшего совершенствования работы по контролю над туберкулезом и реализации современных методов борьбы с заболеванием с целью дальнейшего снижения заболеваемости туберкулезом в регионе.

#### **Список литературы:**

1. ВОЗ. Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения. WHO/HTM/TB/2015.31. Geneva: World Health Organization, 2018.

## **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ISO 9001 2015 В РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

ординатор Хасанов В.Р.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шарафутдинова Н.Х.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кафедра  
общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,  
г. Уфа*

**Введение:** В медицине понятие «качество» довольно расплывчато. Поэтому в современном здравоохранении для формирования понятия качества медицинской помощи (КМП) в медицинских организациях появилось необходимость использовать стандарты менеджмента качества применительно к лечебно-диагностическому процессу.

Принципы управления качеством носят универсальный характер и применимы практически ко всем видам деятельности. В здравоохранении для повышения культуры и улучшения качества медицинской помощи в ряде учреждений применяется международный стандарт ISO 9001-2015.

**Цель:** Оценить эффективность системы управления качеством медицинской помощи на основе международного стандарта ISO 9001-2015 в ГБУЗ РБ Городской детской клинической больницы № 17 г. Уфы.

**Материалы и методы:** Анализ системы управления качеством медицинской помощи в ГБУЗ РБ Городской детской клинической больницы № 17 г. Уфы на основе международного стандарта ISO 9001-2015 проведен на основании отчета по анализу результативности функционирования ГБУЗ РБ ГДКБ №17 и отчета по самооценке деятельности конкурсанта ГДКБ №17 за 2018 и 2019 гг.

**Результаты и обсуждение:** В целях построения системы менеджмента качества (СМК) и системы управления качеством медицинской помощи по инициативе главного врача Городской детской клинической больницы № 17 г. Уфы в 2018 г. организован отдел качества медицинской помощи. С целью определения приоритетных направлений улучшения деятельности медицинской организации и построения СМК больницы были определены процессы, владельцы процессов и оценена результативность традиционной системы. На основании полученных данных разработана многоуровневая система проведения внутренних аудитов, проводится ежеквартальный анализ СМК и ее процессов. В ходе внутренних аудитов СМК в 2018 г. до внедрения международного стандарта ISO 9001-2015 выявлены 64,0% несоответствий критериям. внедрение стандарта позволило к концу 2019 г. сократить количество несоответствий до 28%. Проведённый анализ показал положительную тенденцию по устранению несоответствий, а также результативности процессов и СМК в целом с 2018 по 2019 гг.

Изменения в работе медицинской организации связанные с внедрением международного стандарта оценивали по трем критериям: удовлетворенность пациентов, удовлетворенность сотрудников, результаты экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в рамках внутреннего контроля.

С целью определения восприятия пациентами качества предоставления услуг внедрены методы изучения непосредственного мнения пациентов: ежемесячное анкетирование и электронные опросы, работа с жалобами и письмами пациентов непосредственно внутри больницы и вне организации (социальные сети, сайт медицинской организации, электронный ящик, СМИ). В ходе анализа удовлетворенность пациентов оказания медицинской помощи в 2019 г. увеличилась на 27,0% по сравнению с 2018 г.

Важнейшим ресурсом любой организации является персонал. По этой причине в 17 больнице создана целая система работы с кадрами: подбор сотрудников; зарплата, поощрения и взыскания, материальная помощь; трудовая дисциплина; условия труда и быта, отпуска; культурно-массовая работа; спортивный досуг, оздоровительные мероприятия и медицинское обслуживание; работа с детьми сотрудников; неформальное общение,



торжества; взаимодействие с профсоюзом, планирование и организация профессиональной подготовки, в том числе по вопросам повышения КМП. Мониторинг удовлетворенности персонала за период 2018-2019г.г. показал высокий уровень удовлетворенности персонала работой в 2019г. – 92,0% (удовлетворенность в 2018г. – 75%).

Внутренний контроль качества внутри организации осуществлялся на 3 уровнях: врач(самоконтроль), заведующий отделением, заведующей КЭР (заместитель главного врача). В ходе управленческих решений с 2018г. по 2019 г. количество дефектов медицинской помощи снизилось в 1,5 раза, а сумма штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций снизилось в 2,2 раза.

**Выводы:** Внедрение системы управления качеством медицинской помощи на основе международного стандарта ISO 9001-2015 в ГБУЗ РБ Городской детской клинической больницы № 17 г. Уфы дало положительный импульс для повышения культуры управления. Вовлеченность сотрудников в построении СМК и повышении КМП стало частью культуры управления.

Внедрение системы менеджмента качества привело к росту удовлетворенности пациентов услугами, повышение репутации и престижа больницы, формирование представления у сотрудников о постоянном саморазвитии и улучшении, повышение трудовой мотивации в коллективе больницы.

#### **Список литературы:**

1. Алексеева Н. Ю. Ломакина Е. А. О новых подходах к управлению качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения // Пробл. управл. здравоохр. – 2011. - №2. – С. 14-16.

2. Павлов В. В., Суслин С. А., Каширин А. К., Шешунова С. В. Совершенствование управления качеством медицинской помощи как аспект модернизации здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2011. - №7-8. – С. 29-32.

3. Эмануэль А.В., Иванов Г.А., Таут Д.Ф., Аверьянова Е.В., Окша Т.А., Игумнова Ю.Н. Системы менеджмента качества в сфере здравоохранения: мифы и реальность // Вестник Росздравнадзора. – 2017. - №1. – С. 15-19.

## **СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО ПРОФИЛЮ ПСИХИАТРИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ**

студентка Хасанова К.И.

Научные руководители: к.м.н., доц. Кривых Е.А., Качальская Я.В.  
*БУ ВО ХМАО-Югры Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,  
г. Ханты-Мансийск*

**Введение:** Одной из важнейших проблем здравоохранения на данный момент становится увеличение распространенности психических расстройств,

которые входят в Перечень социально значимых заболеваний (утв. постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715) [1].

Население ХМАО-Югры в 2016 году составляло 1 626 755 человек [2], в 2017 году - 1 646 078 человек [3], а в 2018 - 1 655 074 человек. В течение 2018 года в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре всего зарегистрировано больных с психическими расстройствами 33

633 человек - 2,0 % от всего населения округа (2016 г. – 33870 – 2,1%; 2017 г. – 34245 – 2,1%). Данные показатели общего числа больных психическими расстройствами за 2016-2018 гг. указывают на необходимость подробного анализа деятельности психиатрической службы.

**Цель:** Осветить проблемы заболеваний по профилю психиатрия, а также оценить эффективность деятельности психиатрической помощи в ХМАО-Югре, выявить её достоинства и недостатки.

**Материалы и методы:** Проведен статистический анализ деятельности психиатрической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе- Югре за 2016, 2017 и 2018 года, на основе данных по структуре и динамике заболеваемости психиатрического профиля, стойкой утрате трудоспособности, работе амбулаторной службы и стационара.

**Результаты и обсуждение:** В 2018 году отмечено снижение абсолютного числа зарегистрированных больных с психическими расстройствами с 34245 человек-2,1% (2017 г.) и с 33870 человек – 2,1% (2016г.) до 33633 человек- 2,0%. Из них абсолютное число детей увеличилось с 6322 человек – 1,8% (2017 г.) и с 6327 человек – 1,9% (2016 г.) до 6550 человек – 1,8% в 2018 году. В ходе статистического исследования в 2018 году выявлено снижение первичной заболеваемости с 246,5 до 223,4 на 100 тысяч населения (2016 г. – 267,8; 2017 г. – 246,5). Показатели по первичной заболеваемости в 2018 г. у детей по сравнению с 2017 годом повысилась незначительно с 294,8 до 300,1 на 100 тыс. детского населения). Среди подростков первичная заболеваемость снизилась с 580,8 до 418,7 на 100 тыс. подросткового населения.

В структуре первичной заболеваемости по психозам, не психотическим психическим расстройствам (которые стабильно занимают лидирующую позицию) и умственной отсталости также выявлена положительная динамика за три года. В 2018 году в психотические расстройства составили 15,6 % (580 случаев) по сравнению с 18,7 % (766 случаев) в 2017 году и с 17,4% (763 случая) в 2016 году, не психотические расстройства – 77,2 % (2868 случаев), в 2017 году – 74,0 % (3014 случаев), в 2016 году 75,3% (3302 случая), умственная отсталость – 7,2 % (269 случаев), в 2017 году – 7,3% (301 случай), в 2016 году 7,3% (319 случаев). Среди больных, впервые обращающихся за психиатрической помощью, в течение последних лет преобладают больные с психическими расстройствами не психотического характера. Динамика общей заболеваемости имеет скачкообразный характер: повышение в 2017 году по сравнению с 2016, и последующее снижение в 2018 году. Показатель общей заболеваемости в 2018 г. уменьшился с 2074,8 по сравнению с 2017 г. до 2021,1 с 2016 г. до 2069,1 на 100 тыс. населения.

Необходимо отметить, что показатель общей заболеваемости среди детей имело тенденцию к снижению с 2016 г. по 2018 г. включительно: 2016 г. - 1868,4, 2017 г. - 1825,6, 2018 г. - 1790,4. Показатель снизился на 2% по сравнению с 2017 годом и на 3,2% по сравнению с 2016 годом.

Показатель общей заболеваемости подростков за 2018 год также снизился по сравнению с 2017 г. на 6,8% с 3401,5 до 3170,0, а по сравнению с 2016 на 2,2% с 3239,6 до 3170,0 на 100 тыс. подросткового населения. (2016 г. - 3239,6; 2017 г. - 3401,5). В структуре общей заболеваемости по сравнению с 2017 и 2016 годами значительных изменений не произошло. На долю больных с психозами в 2018 году приходилось 22,2% (2016 г. - 20,8%; 2017 г. - 21,6%), больных с умственной отсталостью - 18,5 % (2016 г. - 18,2%; 2017 г. - 18,1%), доля больных с не психотическими расстройствами составила 59,3 % (2016 г. - 61,0%; 2017 г. - 60,3%). В структуре общей заболеваемости по сравнению с 2017 и 2016 годами значительных изменений не произошло.

**Выводы:** В целом, работу специализированной психиатрической службы в ХМАО-Югре можно считать эффективной. Отмечено снижение абсолютного числа зарегистрированных больных с психическими расстройствами и динамики первичной заболеваемости в 2018 году.

#### **Список литературы:**

1. Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и деятельность медицинских организаций в 2017 году (Статистические материалы) / Под ред. Р.К. Акназарова. Ханты-Мансийск. - 2018. - С.294.
2. Крот К.В., Мешалкина С.Ю., Слободенюк Е.В. Социально-экономическая значимость психических расстройств: региональные аспекты // Дальневосточный медицинский журнал. - 2016. - №1. - С. 92.
3. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

## **АНАЛИЗ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЗАВЕДУЮЩИХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ**

аспирант Хаустова Э.Е.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В. Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Конечной целью управления медицинским учреждением является обеспечение максимальной эффективности использования фондов больницы, обеспечение высокого уровня лечебно-диагностического процесса и благополучных исходов лечения больных [1]. Огромную роль в достижении данной цели играет заведующий лечебно-диагностического отделения. От его работы зависит оперативное решение управленческих и лечебно-

диагностических задач, обеспечивающих надлежащее качество и своевременность оказываемой пациентам медицинской помощи.

**Цель:** Анализ нормативных документов, регламентирующих деятельность заведующих лечебно-диагностическими отделениями.

**Материалы и методы:** В качестве первичных материалов в исследовании использовались нормативно-правовые документы (НД) о деятельности заведующих лечебно-диагностическими отделениями медицинских организаций. Методы исследования: аналитический и логический.

**Результаты и обсуждение:** Основным НД, регламентирующим деятельность здравоохранения и заведующих лечебно-диагностическими отделениями медицинских организаций является Федеральный Закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) [2]. В данных Основах заведующий отделением медицинской организации (здесь он упоминается как руководитель подразделение) фактически не связан с лечебно-диагностическим процессом в руководимом им отделении. Он занят исключительно управленческой деятельностью (расстановка кадров, контроль за их работой). Это противоречит ряду подзаконных актов сложившейся клинической практике, так как заведующий отделением принимает активное участие в лечебно-диагностическом процессе.

Лечебно-диагностические функции заведующего нормированы в должностных инструкциях и ряде региональных нормативно-правовых актах. Согласно Приказу Министерства здравоохранения от 23 июля 2010 г. N 541н [3] заведующий структурным подразделением должен осуществлять: руководство деятельностью подразделения в соответствии с положением о структурном подразделении; контроль за работой персонала, качеством проводимого лечения в соответствии со стандартом медицинской помощи. Также предъявляются определенные требования к квалификации заведующим отделением: высшее проф. (медицинское) образование, послевузовское проф. образование и (или) дополнительное проф. образование и сертификат специалиста по специальности; стаж работы по специальности не менее 5 лет.

В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 30 ноября 1993 г. N 283 [4] заведующий отделением функциональной диагностики осуществляет: консультативную помощь врачам отделения; разбор сложных случаев и ошибок в диагностике. В соответствии Приказом Минздравмедпрома РФ от 29 ноября 1994 г. N 256 [5] зав. отделением неотложной наркологической помощи осуществляет своевременное обследование и лечение больных в отделении, консультации больных в других учреждениях; надлежащую расстановку и организацию труда врачебного, среднего и младшего медицинского персонала. Есть еще ряд НД, где четко прописаны функции зав. отделением, как непосредственного участника лечебно-диагностического процесса.

Согласно профессиональному стандарту «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» к зав. отделениями предъявляются следующие требования: совершенствование управленческой

деятельности; умение рассчитывать потребность в специалистах своего отделения; умение управлять корпоративным знанием, основанном на применении информационных и аналитических систем и др. [6].

**Заключение:** Таким образом, заведующий отделением играет ключевую роль в обеспечении максимальной эффективности использования фондов больницы; обеспечении высокого уровня лечебно-диагностического процесса и благополучных исходов лечения больных. Профессиональный стандарт ориентирует деятельность заведующих лечебно-диагностическими отделениями не только на клинический аспект, но и расширяет их функциональные обязанности в организационно-управленческом направлении.

#### **Список литературы:**

1. Мохов А. А. Заведующий отделением как субъект лечебно-диагностического процесса // Медицинское право. – 2014. – №. 3. – С. 7.

2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". - [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 10.02.2020).

3. Приказ Минздрава РФ от 23.07.2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (ред. от 09.04.2018). - [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_104261/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/) (дата обращения: 10.02.2020).

4. Приказ Минздрава РФ от 30.11.1993 г. N 283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения РФ». - <https://zakonbase.ru/content/base/70529/> (дата обращения: 10.02.2020).

5. Приказ Минздравмедпрома РФ от 29.11.1994 г. N 256 «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи» (изменения от 29.09.1997 г). - <http://base.garant.ru/4170521/> (дата обращения: 10.02.2020).

6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7.11.2017 № 768н Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». - <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71722794/> (дата обращения: 10.02.2020).

## **СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ, ХИРУРГИИ И МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

магистр социологии Хмельницкая О.М.

Научный руководитель к.ф.н., Сабденова В.Т.

*Карагандинский государственный технический университет, кафедра  
Ассамблеи народа Казахстана и социально-гуманитарных дисциплин,  
г. Караганда, Казахстан*

Отличительной обособленностью и универсальной значимостью среди человекообразующих и социо-антропологических деятельностей, служений и взаимоотношений обладает медицина. Особенный интерес составляет среди гуманитарных и научных основ антропологического анализа, именно медицинский анализ, с его глубокой спецификой человеческой телесной, физиологической и духовной природой и универсальной дополняемостью исторического и естественного понимания личности человека. Медицина с появлением человека стала неизменным спутником жизни и его планетарной экзистенции. В Древней Греции и Риме хирургия всегда считалась составной частью медицины.

Древнеримский ученый-энциклопедист и врач Авл Корнелий Цельс (Aulus Cornelius Celsus) «латинский Гиппократ» в I веке н.э. нарисовал отличный портрет хирурга, изложив требования, которые предъявляла к нему медицина: «Хирург должен быть человеком молодым или близко состоять к молодому возрасту; он должен иметь сильную, твердую, не знающую дрожи руку; и левая его рука должна быть так же готова к действию, как и правая; он должен обладать зрением острым и проницательным, душой бестрепетной и сострадательной настолько, чтобы он желал вылечить того, кого взялся лечить, и чтобы он, будучи взволнован его криками, не спешил больше, чем того требует дело, и не оперировал больше, чем это необходимо. Но пусть он также делает все так, как будто крики больного не задевают» [1].

360-летие существования перевода на русский язык, созданного в 1658 году Епифанием Славенецким опередило знакомство крупных регионов будущего мирового сообщества, после основных европейских, с книгой знаменитого Андреаса Везалия «О строении человеческого тела», основателя мировой анатомии, ознаменовавшего животворность 475-летней (половина тысячелетия) анатомической хирургии своим научным трудом 1543 года создания «*De corporis humani fabrica*».

Судя по древнерусской летописи «Изборники Святослава» (XI в. прошлого тысячелетия), хирурги умели разрезать ткани, ампутировать конечности, лечить раскаленным железом, останавливать кровотечения кипящим маслом [2,с.465].

Деятельность Амбруаза Паре (Ambroise Pare), французского хирурга XVI в., сыграла большую роль в развитии хирургии в качестве научной дисциплины и превращении хирурга-ремесленника в полноправного врача-специалиста. Он предложил своеобразный кровоостанавливающий зажим для заживления ран (военная хирургия), выступив против обработки ран кипящим маслом.

Первыми докторами медицины из числа «природных россиян» в XV в. стали Юрий Дрогобычский и Георгий Скорина. Юрий Дрогобычский одним из первых русских поступил учиться на медицинский факультет Краковского университета. Из его научных работ известна книга «Прогностическое суждение 1483 г. Юрия Дрогобыча с Руси, доктора медицины Болонского университета», изданная на латинском языке 535 назад в Риме. В 1481-1482 гг. он работал ректором университета Болоньи [3].

Петру Васильевичу Посникову была выдана «Привилигерованная грамота», где сказано: «Господин Петр Посников... зрелость остроумия толикующе краснословия показал силу памяти, поучения словесности и прочих вещей, я же совершеннейшем философе и враче... Падуанская академия, следуя древнейшему обычаю присудила звание «доктора философии и врачества, книги первозаторения..., перстень золотый наперст его возложен и бирету учительскую... на главу положи» - такое описание защиты диссертации Посниковым дает в своем труде В. Рихтер [4, с.87].

Вся последующая деятельность П. В. Посникова была связана с дипломатической службой во Франции, Англии и Голландии; он контролировал обучение российских студентов за рубежом.

В 1581 году Царским приказом со значением лечить государя, а впоследствии и царскую семью лекарствами, травами и господским уходом создается Первая на Руси Аптека. С 1655г. подготовка врачей и организация медицинского дела осуществляется по учреждённому Аптекарскому приказу. С середины 17 века на Руси медицина и лекарская деятельность служит народу страны российской; по царскому распоряжению лекари и будущие доктора (врачи) должны присягать на верность медицинскую своему народу. Аптекарский приказ в 1669 г. впервые начал присуждать степень доктора медицины. 2019 год-350-летия признания врачевания российской государственной важности служения и степени доктора медицины в качестве высшей подготовленности медицинской работе, умениям и искусству.

В Петербурге в 1716 и 1719 гг. по указу Петра I были открыты Военный и Адмиралтейский госпитали со школами по обучению хирургии-300-летие становления военно-научной российской хирургии. В 1903 году 24 июня (115-летие известия в мировом научно-публикационном издании) во «Всемирном вестнике» была напечатана статья об особом интересе Петра I к медицине «Лично изучивший анатомию в 1698 году в Лейдене, затем в Амстердаме у первой знаменитости того времени Рюйша (Frederik Ruysch), а потом в Париже у Дювернуа (Georges Louis Duvernoy), государь, друживший со всеми этими врачами, научился от них и вскрывать трупы, что производил не раз, и оперировать над живыми людьми...» [5].

Приоритетной значимостью в академической системе высших учебных заведений в истории Российской научной деятельности имело открытие в Москве в 1755 г. Императорского Московского университета. В основаниях его работы в 1758 г. начал работу медицинский факультет, заложивший становление первого высшего учебного медицинского заведения, имевшего начала русского врачевания и работы российского доктора медицины. Далее МФ ИМУ преобразуется в институт, Императорский Медицинский Университет, затем в Высшую Московскую Медицинскую Академию им. И.М. Сеченова и Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, принявшего в свою историю в 2018 году 260-летие.

Следующий период истории русской медицины и хирургии венчает Николай Иванович Пирогов. В Геттингене Н.И. Пирогов работал в клинике у Б.Лангенбека, которого высоко ценил и совершенствовал свои знания по

анатомии и хирургии, следуя принципу Лангенбека: «Нож должен быть смычком в руке каждого хирурга» [6,с. 22 .].

Величайший российский доктор медицины (хирургии) Н.И. Пирогов является обладателем 3-х Демидовских премий Петербургской академии наук в 1844, 1851 и 1860 гг., созданной Петром I в 1723 году - в 2018г. 295 летие ее основания, приближающееся 300-летие Императорской Российской фундаментальной системы наук. Демидовская премия-это самая высокая мера признания медицинских и естественнонаучных достижений в постимператорской и современной России. Российская фундаментальная полнофункциональная анатомия и хирургическая высшая анатомическая школа начинается с Пирогова Николая Ивановича.

Второе базовое ценностное направление медицинской русской и российской науки - это аналитическая физиология. Основателем русской научной физиологии является тоже выпускник Московского Российского Императорского Университета Иван Михайлович Сеченов, в 2019 году 190-летие со дня его рождения. Д.м.н., Сеченов Иван Михайлович определил органичную связь между ЦНС и физиологическими реакциями телесной активности человека; и «открыл второе дыхание» естественно - научной физиологии в российской медицине.

#### **Список литературы:**

1. Латинский Гиппократ. Медики, изменившие мир (от Гиппократа до Бурденко). К.Сухомлинов. - URL:22/01/14//history.wikireading.ru (Дата обращения: 07.02.2020).

2. Савельев В.С. Российская хирургия: история, традиции, достижения. Лауреаты 2002 г. // Лекции лауреатов Демидовской премии (1993-2004). - Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2006. - С. 465-473.

3. Кузьмин М.К. Медицина в Московском государстве: История медицины. - М.: Медицина, 1981. - URL: /www.historymed.chair.library.department (Дата обращения: 31.01.2020)

4. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. Первые доктора медицины на Руси в Московии. История медицины: Учебное пособие по медицине и истории для медицинских работников и студентов ВУЗов. – М.: Просвещение, 1982. – 351 с.

5. День царственного медика-Хроники. Электр. библиограф. Музея антропологии и этнографии Петра Великого РАН (МАЭ РАН) J.J.Driessen-van het Reve. De Hollandse wortels van Peter de Grote (1711-52)... Nederlands/Wet.red N.P. Kopaneva-Sint-Petersburg, 2015. - URL:03/02/20-/hroniki.org.hroniks//

6. Вострякова Е.В., Чилингарида Е.В. Чудесный доктор // Вестник Совета молодых ученых Челябинской области. - 2016. - №4(15). - Т.2. - С.21-24.



## **РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ПЕТРОЗАВОДСКЕ, ЕЁ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ**

студентка Чернова О.В.; студентка Семенова В.А.; студент Верещагин М.А.

Научный руководитель: канд. физ.-мат. наук, доц. Ефлов В.Б.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра семейной медицины, общественного здоровья, организации здравоохранения, безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф, г Петрозаводск*

**Введение:** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) чрезвычайно широко распространены в мире. В год на 100000 человек регистрируется 300000 и более случаев ОРВИ. По данным Роспотребнадзора в Российской Федерации ежегодно регистрируется до 41,5 млн случаев. Эта группа заболеваний поражает всех, как взрослых, так и детей, вне зависимости от места проживания и социального статуса человека. Развитие пандемий обусловлено широким распространением, высокой контагиозностью и огромным многообразием возбудителей ОРВИ, способных приобретать устойчивость к лекарственным средствам в результате быстрых мутаций. Часто ОРВИ протекают с осложнениями и вызывают обострение хронических заболеваний [1-3].

**Цель:** Определение возможных причин повышения уровня заболеваемости ОРВИ и гриппом в разных возрастных группах в Петрозаводске, а также разработка плана повышения эффективности профилактики этих заболеваний.

**Материалы и методы:** Для проведения исследования использовались сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и гриппом с 25.08.2017 по 01.06.2018 еженедельно по данным медицинских организаций города Петрозаводска (данные предоставлены ГБУЗ РК «РМИАЦ»), а так же собраны показания погодных условий на 12 часов 00 минут каждого дня (данные предоставлены Архивом погоды в Петрозаводске — <https://rp5.ru>). На основании собранных данных было составлено три сводные таблицы. Статистический анализ проводился с использованием программы RStudio v1.1.463.0 и утилиты Apache Open Office 4.1.1.

**Результаты и обсуждение:** Эпидемический сезон 25.08.2017 – 01.06.2018 включал в себя 4 «волны» заболеваемости, как у детей, так и у взрослых, четвертая волна заболеваемости была самой большой. Число зарегистрированных случаев заболевания ОРВИ среди взрослых возрастало на неделю позже, чем у детей.

Заражение вирусом гриппа впервые регистрировался в третью волну, пик заболеваемости приходится на четвертую. Фактическая заболеваемость гриппом превышает зарегистрированную медицинскими организациями, т. к. для постановки диагноза необходимо применять дорогостоящие экспресс-тесты. Учитывая значительный рост числа зарегистрированных случаев ОРВИ в 4 волне и совпадающее с ним начало эпидемии гриппа, мы можем предположить, что такие высокие значения заболеваемости ОРВИ обусловлены

вкладом недиагностированного лабораторно гриппа. Легкая форма гриппа у привитых людей имеет симптомы, аналогичные ОРВИ, она не идентифицируется и не регистрируется терапевтами.

Для анализа влияния погодных условий на рост заболеваемости ОРВИ было составлено 2 графика, которые включали средние значения числа зарегистрированных случаев ОРВИ среди детей и взрослых на каждое значение температуры и среднее значение температуры для каждого значения показателя относительной влажности. Максимальные значения заболевших за отчетный период детей и взрослых приходятся на интервал температур [-5;+5]. Обнаруженный температурный интервал строго соответствует высоким показателям влажности (70% и выше).

**Заключение:** Резкий рост детской заболеваемости в сентябре обусловлен высокой антигенной нагрузкой в закрытых школьных помещениях и, возможно, пренебрежением правилами личной гигиены. Взрослые заражаются позже от детей и реже обращаются к врачам. Сочетанное действие высокой влажности и низких температур способствует развитию патологических состояний, осенью и зимой такие погодные условия преобладают в Карелии, поэтому необходимо усиление профилактических мер не только в этот временной промежуток, но и до него (летом).

#### **Список литературы:**

1. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: Учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. – 736 с.

2. Доршакова Н.В. Регион республики Карелия как территория повышенного риска заболеваемости населения болезнями органов дыхания: автореф. дис. канд. мед. наук. - Архангельск, 1997. - 37 с.

3. Зверев В.В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: в 2 т. Том 1.: Учебник [Электронный ресурс]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. URL: - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436417.html> (дата обращения: 30.03.2019)

## **ОТНОШЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

студентка Чигирь А.Г.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана,  
г. Москва*

**Введение:** Здоровье российской молодёжи сегодня вызывает большой интерес, ведь именно от состояния этой категории населения в последующем зависит здоровье нации. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) обучающихся является сложной комплексной задачей, при реализации которой,

безусловно, основную роль играют образовательные организации [1]. Однако, как показывает практика, о здоровье студентов во время интенсивных аудиторных занятий мало кто задумывается [2]. Регламентированные перерывы от 10 до 60 минут, предусмотренные для восстановления работоспособности учащихся, используются последними чаще неправильно, без пользы для их здоровья [3]. Полученные в школе знания о ведении ЗОЖ не находят практического применения в стенах университета, а данная миссия, возложенная на систему профессионального образования, по мнению специалистов, не выполняется [4].

**Цель:** Изучить отношение к ЗОЖ учащихся старших классов школы и студентов выпускных курсов университета.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал получен с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 30 учеников старших классов ГБОУ СОШ №1415 и 36 студентов Сеченовского Университета. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты:** Согласно анкетному опросу, у большинства школьников (53,3%) и студентов (33,3%) чувство усталости возникает в конце всех занятий, при этом доля лиц приходящих уже уставшими на занятия среди школьников выше - 16,7% по сравнению с 3% студентов. Установлено, что почти четверть учеников школы (26,7%) не умеет справляться со стрессом, но желают этому научиться. Для студентов курение в перерывах является привычкой в 13,9% случаев, в то время как для 25% школьников это способ заведения новых знакомств. В свободное время между учебными занятиями большинство школьников и студентов предпочитает поесть: 46,7% и 55,6% соответственно. По мнению учеников старших классов школы ЗОЖ больше способствует успеху в жизни (30%), отодвигая на второй план его влияние на привлекательность (23,3%) и хорошее настроение (10%).

Полученные в данном исследовании результаты совпадают с материалами социологических опросов студентов, представленных С.А. Стрижовым (2009), согласно которым ЗОЖ укрепляет здоровье (80,6%), поддерживает работоспособность (60,8%), обеспечивает хорошее настроение (53%), поддерживает привлекательность (46,7%), способствует успеху в жизни и в бизнесе (45,5%) [5].

**Выводы:** Учитывая значимость ЗОЖ для молодежи и имеющиеся резервы по его совершенствованию, данную работу необходимо целенаправленно осуществлять во всех образовательных организациях.

#### **Список литературы:**

1. Васильев И.В. Формирование у обучающихся мотивации к ведению здорового образа жизни в контексте оценки качества образования // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии / Сборник статей по материалам ХLI международной научно-практической конференции № 6 (41). - Новосибирск: Изд. «СибАК», 2014. – С.8.

2. Киршина Е.Д. Обеспечение отдыха студентов во время аудиторных занятий путём применения комплекса физических упражнений: Монография / Под ред. проф. В.С. Макеевой. - Орел: ОрелГТУ, 2010. – 280 с.

3. Демкина Е.П. Формирование здорового образа жизни студентов: как не упустить главного? // Высшее образование в России. - 2016. - №5 (201). - С. 50-55.

4. Методические указания по организации обучения студентов высших учебных заведений (Гигиенические и медицинские вопросы), утверждённые Минздравом СССР 18.01.1982 и заместителем Главного государственного санитарного врача СССР 06.01.1982. – М., 1982. – 18 с.

5. Стрижов С.А. Здоровый образ жизни - путь к повышению качества жизни // Здоровый образ жизни как условие устойчивого развития государства и источник конкурентоспособности бизнеса. Первый Общероссийский конгресс 29–30 января 2009: Сборник материалов / Под общ. ред. С.А. Стрижова. – М.: ООО «Издательство «Прспект», 2009. – С.10.

## **ФОРМИРОВАНИЕ АВТОРИТЕТА У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

студентка Шаповал А.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Формирование врача как специалиста начинается в стенах медицинских учебных заведений и продолжается на протяжении всей трудовой деятельности. Повсюду, во все времена подчеркивалось, что врач помимо знаний должен обладать определенными человеческими качествами [1]. Авторитет врача играет большую роль в установлении оптимального психологического контакта с пациентом, а следовательно, во многом определяет эффективность лечения. На всех этапах лечебно-диагностического процесса исключительно важное значение имеет хороший контакт, установленный между больным и врачом. Авторитет врача, личный пример и доверительные отношения между специалистом и пациентом повышают эффективность формирования навыков здорового образа жизни, профилактики и реабилитации заболеваний [2].

**Цель:** Оценить отношение студентов Сеченовского Университета к формированию авторитета врача для эффективной профессиональной деятельности.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы анкетного опроса, аналитический, логический и статистический. Первичный материал получен с помощью метода анкетного опроса, к которому было привлечено 33 студента Сеченовского Университета. Среди них 24,2 % обучалось на 5 и 75,8 % на 6 курсах, по специальности лечебное дело - 9,1 %, медико-профилактическое дело –57,6%, педиатрия - 27,3

% и фармация - 6 %. Юношей было 21,2 % и девушек - 78,8 %, средний их возраст составлял – 23 года. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** По результатам анкетного опроса студентов было установлено: 75,8% респондентов уверены, что формирование авторитета важно в профессиональной деятельности, 21,2% ответили - скорее важно, чем нет и для 3% - авторитет не играет роли в профессиональной деятельности. Большинство респондентов осознают важность авторитета во врачебной практике.

Полученные нами данные совпадают с результатами исследования А.Д. Каприна, которым было доказано, что авторитет, необходим для осуществления профессиональной деятельности, ведь при наличии вариантов выбора врача пациент отдает предпочтение более вежливому и корректному специалисту, у которого сложился более высокий авторитет среди коллег [3]. В таком случае достижение результата в лечении становится более успешным.

Авторитет врача зависит не только от его профессионального опыта и знаний, но и от общей эрудиции, отношения к больным, поведения на работе и быту, умения ладить с людьми, от такта и в то же время – от принципиальности и доброжелательности к коллегам [4].

Следует отметить, что 57,6% опрошенных студентов стремятся к повышению своего авторитета, при этом за счет участия в научной деятельности (27,3%), изучения литературы по данной теме (27,3%), повышения своих лидерских качеств (78,8%), 3% - следят за речью, эмоциями, внешним видом, заслуживают доверие и уважение у коллег, 6% - ничего не делают для повышения авторитета.

**Выводы:** В ходе исследования установлено – 75,8% студентов Сеченовского Университета считают, что авторитет играет важное значение в профессиональной деятельности. Врач, обладающий авторитетом среди коллектива и пациентов, благотворно влияет на состояние здоровья пациента. Успешное выполнение врачом своих обязанностей невозможно без авторитета в глазах коллег и пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Тимофеев Д.С. Авторитет преподавателя – врача // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 5 – С. 75-76.
2. Дорофеев А.Л., Павлова С.П., Могила Т.В., Югай А.Л., Дубинина В.В., Прохорец Е.В. Значение авторитета и личного примера врача в формировании здоровьесберегающего поведения населения // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014 - №2 – С.106.
3. Каприн А.Д., Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Гриднев О.В., Самсонов Ю.В. Психологические аспекты личности врача в процессе его профессионализации // Исследования и практика в медицине. – 2015. - № 2(2) - С. 81-84.

4. Федотов В. П. Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2010. - № 1-2 – С. 93.

## **АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

ординатор Шовкеева Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** Качественное ведение медицинской документации является неотъемлемой частью оказания медицинской помощи. Регистрация изменений в состоянии здоровья пациента обеспечивает адекватное документационное сопровождение лечебно-диагностического процесса. Для оценки качества ведения медицинской документации очень важно знать основные требования к ее ведению. Основным юридическим документом, отражающим состояние госпитализированного пациента, является медицинская карта (формы - № 003/у – медицинская карта стационарного больного) [1].

В последнее время также актуальна проблема поступления жалоб от пациентов и родственников больных, возникновение случаев судебного разбирательства. Анализ лечебно-диагностического процесса в вышеперечисленных случаях можно провести почти всегда только с помощью изучения медицинских карт пациентов, так как в них регистрируются все передвижения пациента, план лечения и диагностические манипуляции.

**Цель:** Выявить и систематизировать основные ошибки при ведении медицинских карт стационарного больного форма 003/у.

**Материалы и методы:** при проведении данного исследования было изучено 200 медицинских карт стационарного больного из отделений хирургического и терапевтического профиля Университетской клинической больницы. Методы: статистический, логический, аналитический.

**Результаты и обсуждение:** В ходе работы с историями болезни были выявлены следующие ошибки:

1. В 95 % случаев, почти в каждой из карт, отсутствовали подписи врачей под протоколами операции, дневниковыми записями и подписи заведующих отделением в листах назначений лекарственных средств.

2. В 20% историй хирургического профиля не указан номер протокола операции или же он не совпадает с номером протокола в графе «операции и диагностические вмешательства» на первой странице истории болезни.

3. Имеют место расхождения в исходе заболевания «выздоровление» или «улучшение».

4. В историях больных терапевтического профиля чаще всего встречаются ошибки при ведении дневников, в 70% случаев они носят

шаблонный характер и не показывают реальную динамику течения заболевания.

5. Температурные листы заполняются формально, не соответствуют данным осмотра врача и его записям в дневниках, часто имеют вид произвольного графика.

6. Встречаются ошибки при оформлении врачами осмотров пациентов в приемном отделении - не указываются фамилии врачей и отсутствуют подписи.

7. В 10% случаев в заключение не обосновывается госпитализация пациента в конкретное отделение стационара.

8. В выходные дни в 50% документации фигурируют записи от руки «Обход дежурного врача» без фамилии и его подписи.

9. В 5% случаев врачи не дописывают напечатанный текст и делают в нем исправления.

10. Результаты некоторых лабораторных и диагностических исследований в 2% случаев отсутствуют в историях болезни, на них нет подписей врача, выполнившего исследование.

Выявленные ошибки в ведении медицинских карт стационарного больного чаще всего врачи объясняют нехваткой времени на их тщательное, более внимательное заполнение в условиях загруженности, большого количества пациентов, необходимости уделять время на осмотр и ежедневное общение с каждым больным. У врачей хирургических специальностей, кроме того, много времени уходит на выполнение сложных операций. У молодых специалистов в первое время работы отсутствует четкое понимание правильного ведения истории болезни. Некоторые врачи, большую часть своего времени сосредоточенные на лечении пациентов и считают, что главное, это непосредственно лечение, а документация имеет второстепенное значение.

**Заключение:** Для устранения недостатков в ведении медицинской документации важная роль принадлежит работе специалистов организационно-методического отдела с врачами медицинской организации, постоянному взаимодействию с ними и формированию у них четкого понимания как правильно оформлять медицинскую документацию, ведь грамотное ее ведение отражает своевременность, полноту и качество оказанной медицинской помощи.

#### **Список литературы:**

1. Ковалев Е.В, Смирнова М.И. К вопросу оценки качества ведения медицинской документации. Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения // Медицина. – 2017. - № 3. - С. 17-20.

2. Поздеев А.Р., Авзалова Ф.Р. Некоторые дефекты ведения медицинской документации в ЛПУ. – Ижевск, 2015. - 206 с.

3. Баринев Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О. Изучение дефектов ведения документации в медицинской практике. – М., 2012. - 152 с.

# РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН

студентка Юмашева В.А.

Научный руководитель: к.б.н., доц. Дегтярёвская Т.Ю.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра биологии и общей генетики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, г. Москва*

**Введение:** Одной из глобальных проблем современной медицины, биологии, а также социальной жизни общества являются злокачественные новообразования (ЗНО). По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), ежегодно в мире регистрируется более 12 млн. новых случаев рака и около 6,2 млн смертей от него. Темп прироста ЗНО настолько велик (2% в год), что превышает рост численности мирового населения на 0,3-0,5%.

В последние годы наблюдается тенденция к росту злокачественных опухолей щитовидной железы. По данным ВОЗ, за последние 20 лет заболеваемость раком этого органа удвоилась, главным образом, за счет наиболее полного выявления у лиц молодого и среднего возраста.

**Цель:** Изучить демографию и заболеваемость населения различных стран раком щитовидной железы и выявить географическую закономерность распространения данного заболевания.

**Материалы и методы:** Проведен поиск в базах данных Pubmed, Cochrane и др., используя следующие ключевые слова: cancer of a thyroid gland, radiation, deficiency of iodine, deficiency of selenium. Исключены статьи с дублирующей информацией.

**Результаты и обсуждения:** Самые высокие показатели заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ) зарегистрированы среди женщин-филиппинок, проживающих на Гавайях (19) и в Калифорнии (12). Ниже заболеваемость у женщин-филиппинок в Маниле (10). Высокая заболеваемость отмечена в Германии (12), Японии (Хиросима – 11), Израиле среди евреек (10), Белоруссии (9). В России в целом заболеваемость РЩЖ низкая.

Изучение факторов риска возникновения РЩЖ позволяет заметить и объяснить закономерность наиболее частого его проявления. Во-первых, все вышеперечисленные районы (за исключением Манилы) были подвержены воздействию физических канцерогенов – ионизирующей радиации.

Так, Белоруссия и Германия подверглись вредному воздействию из-за аварии на Чернобыльской АЭС, Япония – на АЭС Фукусима-1.

Хэнфордский комплекс в штате Вашингтон был составной частью проекта США по разработке первой атомной бомбы, он по-прежнему содержит две трети высокоактивных радиационных отходов страны, что делает его самой загрязнённой территорией в США, а также подвергает загрязнению радиацией другие штаты.

Израиль, в свою очередь, имеет выход к Средиземному морю, в водах которого с 1994 года исчезло около 40 судов, нагруженных токсичными и радиоактивными отходами.



Что касается Манилы, в странах Юго-Восточной Азии наблюдается дефицит селена, как следствие дефицит йода и вытекающие проблемы с щитовидной железой. Важно, что раком щитовидной железы женщины болеют в 2-3 раза чаще, чем мужчины.

**Выводы:** В результате проведенного исследования была изучена демография и заболеваемость населения различных стран раком щитовидной железы и выявлена географическая закономерность распространения данного заболевания.

Полученные данные могут быть использованы в качестве материала для статистических данных.

**Список литературы:**

1. Cancer incidence in five continents. Vol. VIII / eds.: D. M. Parkin, S. L. Whelan, J. Ferlay [et al.]. – Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2002. – 838 p. : tab. – (IARC Scientific Publication ; № 155)

2. Гащенко А. Д. Комплексный анализ распространенности рака щитовидной железы и оказания специализированной медицинской помощи. – 2003. – 137с.

3. Заридзе Д. Г. Канцерогенез. – 2004. – 73 с.

4. Лушников Е.Ф., Цыб А.Ф., Ямасита С. Рак щитовидной железы в России после Чернобыля – 2006. – 126 с.

## **ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УФЫ ЗА 2013-2017 ГГ.**

студент Юнусов Т.Д.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мухамадеева О.Р.

*ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, г. Уфа*

**Введение:** Важное место в оценке состояния здоровья населения занимает изучение уровня заболеваемости и ее структуры по отдельным нозологиям. Известно, что структура заболеваемости меняется в зависимости от возраста больных [1]. Ее анализ позволяет оценить удельный вес отдельных нозологий, что служит основанием для разработки программ по совершенствованию медицинской помощи среди различных групп населения. Учитывая, что данные заболевания ведут к снижению качества жизни пациентов и их семей, внедрение своевременных методов лечения и своевременной профилактики в настоящее время приобретают особое значение [2].

**Цель:** Изучить структуру заболеваемости населения неинфекционными болезнями кожи в г. Уфе за 2013-2017 годы.

**Материалы и методы:** Материалом для разработки явилась первичная медицинская документация: учетная форма № 025/у-12/у «Талон амбулаторного пациента», отчет ФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания

медицинской организации», ежегодные отчеты ГАУЗ РКВД №1 по г. Уфа за 2013-2017 гг.

**Результаты и обсуждение:** Анализ первичной и общей заболеваемости БК и ПК среди детской и взрослой групп населения г. Уфа за 2013-2017 гг. выявил рост уровня показателей. Первичная заболеваемость повысилась в детской группе населения на 9,1% (с 3611,8 до 3942,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста), во взрослой группе на 93,1% (с 1262,1 до 2437,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Общая заболеваемость БК и ПК выросла среди детей на 23,0% (с 5058,1 до 6222,8 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста), среди взрослых на 75,5% (с 2795,6 до 4906,5 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста) соответственно. Обратная картина наблюдается у подростковой группы населения. Уровень как первичной, так и общей заболеваемости в данной возрастной группе снизился на 40,1% и 22,8% соответственно (с 6360,0 до 3808,2 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста и с 10431,8 до 8055,4 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

Неинфекционные заболевания кожи в структуре общей и первичной заболеваемости БК и ПК в г. Уфе занимают  $65,0 \pm 0,16\%$ . Учитывая, что пациенты с данными заболеваниями нуждаются в диспансерном наблюдении, выявлении факторов риска, влияющих на развития и тяжесть заболевания, изучили структуру первичной заболеваемости данными дерматозами в г. Уфе за 2013 г. и 2017 г. В структуре первичной заболеваемости неинфекционными дерматозами среди всего населения г. Уфы в 2017 г. первое место занял atopический дерматит ( $19,58 \pm 0,23\%$ ), второе – псориаз ( $13,42 \pm 0,20\%$ ), третье – экзема ( $11,86 \pm 0,219\%$ ), четвертое – акне ( $9,76 \pm 0,17\%$ ), пятое – невусы ( $9,74 \pm 0,17\%$ ). В целом за период с 2013 г. по 2017 г. произошло изменение структуры заболеваемости неинфекционными дерматозами в г. Уфе. Несмотря на то, что наибольший удельный вес в структуре продолжает составлять atopический дерматит (в 2013 г.  $19,47 \pm 0,20\%$ , в 2017 г.  $19,58 \pm 0,23\%$ ), отмечено увеличение доли псориаза на 30,7% (в 2013 г.  $9,30 \pm 0,15\%$ , 2017 г.  $13,42 \pm 0,20\%$ ) и уменьшение доли пациентов с акне – на 37,47% (в 2013 г.  $15,61 \pm 0,18\%$ , 2017 г.  $9,76 \pm 0,17\%$ ). Доля невусов в структуре заболеваемости в 2013 г. составляла всего  $0,48 \pm 0,04\%$ , а в 2017 г. она увеличилась в двадцать раз –  $9,74 \pm 0,17\%$ . Однако, учитывая, что у пациентов разных возрастов могут преобладать те или иные заболевания, проведена оценка структуры заболеваемости в каждой возрастной категории отдельно. При анализе выявлено статистически значимые различия в структуре первичной заболеваемости неинфекционными дерматозами среди пациентов разных возрастов как в 2013 г., так и в 2017 г. ( $\chi^2 > 6,0$ ;  $p < 0,05$ ). Сравнивая по возрастные структуры первичной заболеваемости неинфекционными болезнями кожи за 2013 г. и 2017 г., можно заключить, что за последние пять лет наблюдается изменение структуры заболеваемости неинфекционными дерматозами в г. Уфе ( $\chi^2 > 6,0$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** В г. Уфе с 2013 г. по 2017 г. наблюдается изменение в структуре неинфекционных заболеваний кожи. Первое место в структуре первичной заболеваемости занимает atopический дерматит. Отмечается

увеличение долей псориаза и невусов. В настоящее время, среди неинфекционных заболеваний кожи детского населения преобладают атопический дерматит (55,1%) и экзема (11,1%), среди подростков – акне (34,4%) и атопический дерматит (33,3%), среди взрослого населения – псориаз (17,6%) и невусы (13,1%). Особенности структуры заболеваемости неинфекционными дерматозами разных возрастных категорий должны обязательно учитываться дерматологами при планировании профилактических мероприятий и проведении диспансерного учета данных пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Бантьева М.Н., Прилипко Н.С. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. – 2013. - №4(32). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/497/30/> (Дата обращения: 15 января 2020).

2. Померанцев О.Н., Потекаев Н.Н. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема. - Клиническая дерматология и венерология. – 2013. - №6. – С. 4-6.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ХАРИЗМАТИЧНЫХ ЛИДЕРОВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

студент Яковлев Н.И.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** В сфере здравоохранения, где существует прямая зависимость пациента от врача с одной стороны и подчиненного персонала от руководителя - с другой, наличие харизмы у формального (главврач, руководитель подразделения) и неформального лидера (выдающийся врач, авторитетный специалист) играет более важную роль, чем в других сферах деятельности.

**Цель:** Изучить самооценку студентов Сеченовского Университета по их отношению к харизматичным лидерам.

**Материалы и методы:** Первичный материал был получен с помощью метода анкетного опроса и теста Ховарда Фридмана, к которому было привлечено 39 студентов Сеченовского Университета. Среди респондентов 18% (7 студентов) обучалось на 5 и 82% (32 студентов) на 6 курсах. Юношей было 12,8% (5 студентов) и девушек - 87,2% (34 студентов), средний их возраст составлял – 23 года. Для обоснования выводов в описательной статистике результатов исследования использовались относительные величины в процентах.

**Результаты и обсуждение:** Как показали результаты проведенного исследования, ранее опубликованные, по данной теме, научные труды

посвящены, в основном, оценке харизмы у политических и духовных лидеров, в сфере здравоохранения этот вопрос практически не рассматривался [1-5].

Основными критериями харизматичного лидера являются: способность постоянного контроля действий и поступков своего ближайшего окружения в целях, чтобы вера последователей не была «слепой» и не привела бы к формированию «культа его личности»; сдерживание себя, чтобы не выходить за рамки дозволенного при общении со своими подчиненными; при наличии значительного числа последователей принятие мер по нивелированию роли «недоброжелателей», завистников и даже – врагов.

По данным анкетного опроса 28,2% студентов Сеченовского Университета считают себя харизматичной личностью, остальные 71,8% сомневаются в этом и ответили на данный вопрос «скорее да, чем нет».

**Заключение:** Учитывая недостаточную научную проработку вопроса о формировании харизматичных лидеров в здравоохранении, данную тему следует начинать изучать будущим руководителям здравоохранения еще в студенческие годы.

#### **Список литературы:**

1. Гениндоржиева Д.Б. Концепция харизмы макса вебера // Вестник Бурятского государственного университета. – 2013. – №5. – С. 131-135.

2. Гроза И.В. Феномен харизмы как предмет дискуссий в отечественной и зарубежной психологии // Национальная ассоциация ученых. – 2015. – №4-4 (9). – С. 127-130.

3. Трофимова А.В. Модели восприятия личности героя в социокультурном пространстве и проблема харизмы // Альманах современной науки и образования. - 2008. – № 4 (11) – С. 240-242.

4. Горбунова О.В. Харизма как ведущий аспект личности руководителя // Формула Менеджмента. – 2019. – №2 (9). – С. 5-12.

5. Ломова Н.В. Теоретический анализ понятия харизмы как социально-психологического явления// Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. – 2014. – №5 (61). – С. 75-79.

## **ОЦЕНКА И МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕСС-УСТОЙЧИВОСТИ**

студентка Якуба Е.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** В современном мире стресс сопровождает человека всю жизнь. Студенты сталкиваются со стрессом уже на этапе поступления в ВУЗ и на протяжении всего обучения, связанного со сменой социальной среды и, порой, места жительства, а также с изменением уклада жизни, с эмоциональными и умственными перегрузками. В свою очередь и дальнейшая профессиональная деятельность может инициировать психологическую

напряженность, подавленность, сильные невроты [1]. Актуальность проблемы адаптации студентов к учебно-профессиональной деятельности обусловлена тем, что в период обучения в ВУЗе закладываются основы профессионализма, формируется готовность и потребность к непрерывному самообразованию в изменяющихся условиях [2]. Именно поэтому студенты обязаны получить психологическую подготовку к влиянию подобных условий и степень устойчивости от стресса у них должна быть достаточно высокой.

**Цель:** Определить уровень стресс-устойчивости и копинг-механизмы молодых людей в ВУЗах и изучить существующие методы формирования стресс-устойчивости.

**Материалы и методы:** Для достижения цели исследования использовались методы тестирования, аналитический, логический и статистический. Стресс-устойчивость личности у респондентов была определена по методике Н.В. Киршевой и Н.В. Рябчиковой [3, стр. 68], а для психологической диагностики копинг-механизмов использовалась методика Е. Хейма [3, стр. 121]. К тестированию по методике Н.В. Киршевой и Н.В. Рябчиковой было привлечено 35 человек, из которых 30 студентов различных ВУЗов. Из них юношей было 12 человек (34,3%), девушек – 23 (65,7%), средний их возраст составляет – 22 года (возраст варьируется от 18 до 28 лет). К тестированию по методике Е. Хейма было привлечено 20 человек, из которых 12 (60%) были студенты Сеченовского Университета. Из них юношей – 7 (35%), девушек – 13 (65%), средний возраст 21,95 (возраст варьируется от 19 до 25).

**Результаты и обсуждение:** Результаты первого тестирования показали, что у 16 юношей уровень стресс-устойчивости был чуть выше среднего, у 9 – выше среднего, у 7 – средний, у 2 и 1 – высокий и чуть ниже среднего, соответственно. В группе девушек были получены следующие результаты: у большинства был определен уровень стресс-устойчивости чуть выше среднего – 14 из 23 (60,86%). При этом в группе юношей уровень стресс-устойчивости был преимущественно выше среднего – 4 из 12 (33,3%). В то же время не наблюдаются различия в уровнях стресс-устойчивости между студентами различных ВУЗов. Полученные данные несколько отличаются от результатов ранее опубликованных работ, в которых уровень стресс-устойчивости у студентов определялся как средний либо ниже среднего [1,4,5].

Для нейтрализации стресса в ранее опубликованной литературе рекомендуется использовать следующие приемы: психологические (аутотренинг, медитация, дыхательные техники, психотерапия), физиологические (массаж, акупунктура, физические упражнения), биохимические (фармакотерапия, фитотерапия и др.) и физические (баня, закаливание, водные процедуры, световое воздействие) [6].

Второе тестирование показало равные результаты между адаптивным копинг-поведением и неадаптивным копинг-поведением. Адаптивные копинг-механизмы преобладали у 4 (20%), относительно адаптивные – у 3 (15%), неадаптивные – у 5 (25%). У 8 из 20 тестируемых не были выявлены ведущие копинг-механизмы (40%). Среди адаптивных и относительно адаптивных

копинг-механизмов, в свою очередь, превалировали когнитивные копинг-стратегии – 10 из 11 (90,91%) и 7 из 8 (87,5%), соответственно. Среди неадаптивных превалировали эмоциональные и когнитивные – по 7 из 11 (63,64%). Также встречались различные комбинации когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий в рамках одного копинг-механизма (18,2% для адаптивных и относительно адаптивных и 54,6% для неадаптивных).

Для сравнения результатов было проанализировано исследование, проведенное среди студентов 1 курса медицинского университета, которое показало, что у данных обучаемых среди адаптивных и неадаптивных копинг-механизмов также преобладают когнитивные и эмоциональные копинг-стратегии соответственно, среди относительно адаптивных – эмоциональные [7].

**Выводы:** Независимо от различий в полученных результатах, можно сделать вывод о том, что стресс-устойчивость у студентов во время обучения в ВУЗе не формируется, либо слабо развивается, что в свою очередь является риском для дальнейшего осуществления профессиональной деятельности. Вследствие чего, наблюдается необходимость в получении студентами психологической подготовки к влиянию стрессовых условий и в обучении приемам, направленным на нейтрализацию стресса [1,6]. В свою очередь, преобладание когнитивных копинг-стратегий, говорит о сформированности у студентов старших курсов когнитивной, поведенческой и эмоциональных сфер по сравнению со студентами 1 курса.

#### **Список литературы:**

1. Пароконная А.Ю. Особенности проявления стрессоустойчивости у студентов медицинского ВУЗа // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. - 2018. - №4. - С. 19-28.
2. Селезнева Н.А. К вопросу о социально-психологической адаптации студентов к условиям учебной работы в ВУЗе // Ученые записки Казанской государственной академии ветеринарной медицины им. Н.Э. Баумана. - 2010. – Т.202. - С. 331-336.
3. Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса: практикум. - Казань: КНИТУ, 2012. - 212 с.
4. Бубнова И.С., Грязнов А.Н. Формирование стрессоустойчивости у студентов посредством фитнес-технологии // Казанский педагогический журнал. - 2019. - №2. - С. 125-129.
5. Теплякова И.В. Формирование стрессоустойчивости как актуальная проблема студентов-первокурсников ВУЗа // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2018. - №1(22). - С. 216-219.
6. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. - СПб.: Питер, 2006. - 256 с.
7. Забылина Н.А. Исследование ведущих копинг-механизмов у студентов медицинского ВУЗа, как фактора адаптации к обучению // Медицина и образование в Сибири. - 2015. - №5. - С. 15.

# ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

аспирант Ярошевич Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., доц. Чернов А.В.

*ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
кафедра общественного здоровья, здравоохранения, гигиены и эпидемиологии  
ИДПО, г. Воронеж*

**Введение:** В настоящее время в отрасли сельского здравоохранения остро стоит проблема дефицита врачебных кадров по ряду специальностей, в том числе врачей-офтальмологов, что ведет к позднему диагностированию офтальмопатологии и инвалидности по зрению. В немногочисленных исследованиях российских авторов описываются некоторые результаты интеграции медицинской деятельности врачебного и сестринского персонала с клинической и экономической эффективностью данного взаимодействия [1-3]. Многолетний опыт зарубежных стран свидетельствует о передаче части врачебных полномочий специалистам со средним медицинским образованием, при этом качество оказания медицинской помощи остаётся на должном уровне [4,5]. В то время как в России деятельность среднего медицинского персонала не предусматривает самостоятельного принятия решений, касающихся лечебно-диагностического процесса. Эти обстоятельства обуславливают потребность поиска новых организационных решений использования кадровых ресурсов в отрасли сельского здравоохранения.

**Цель:** Определить проблемы обеспеченности населения Воронежской области медицинским персоналом и разработать перечень организационных мероприятий по их решению.

**Материалы и методы:** На основании данных годовых отчетов территориального медицинского информационно-аналитического центра (статистическая форма № 30) путём описательной статистики проанализирована динамика обеспеченности населения врачами-офтальмологами медицинских организаций Воронежской области за 2013-2019 гг.

**Результаты и обсуждение:** Выяснилось, что количество врачей-офтальмологов, задействованных в городских и областных медицинских организациях (МО) Воронежской области, составляет более 2/3 их общего числа, без учёта занятых в частном секторе. Сравнительный анализ обеспеченности населения офтальмологами в амбулаторно-поликлинических отделениях городских и сельских МО выявил существенную диспропорцию показателей. Так для городского населения показатель обеспеченности (ПО) составил в 2019 году 0,97 на 10000 населения, для сельской местности этот показатель ниже на 35% и равен 0,62 на 10000 населения. Коэффициент совместительства врачей-офтальмологов районных больниц составляет 1,4, среди городских МО тот же показатель равен 1,2 и не превышает

рекомендуемых. В отношении численности среднего медицинского персонала показатели обеспеченности были стабильны на протяжении всего исследуемого периода.

Одним из решений проблемы кадрового дефицита офтальмологической службы региона может стать укомплектование фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) средним медицинским персоналом после прохождения профессиональной переподготовки по специальности «Медицинский оптик-оптометрист».

**Выводы:** Таким образом, в результате проведенного исследования в качестве меры по повышению доступности квалифицированной офтальмологической помощи для сельского населения, можно использовать в качестве инструмента приближения медицинской помощи пациентам с заболеваниями органа зрения средний медицинский персонал со специальностью «Медицинский оптик-оптометрист». Необходимо разработать методические рекомендации и алгоритмы организации оказания доврачебной офтальмологической помощи в ФАП и спланировать примерные нормативы нагрузки сестринского персонала в соответствие с объемами, сложностью и эффективностью оказания медицинской помощи с учетом региональной потребности.

Рациональное использование имеющихся кадровых ресурсов позволит существенно сократить рост глазной заболеваемости и инвалидности среди населения по причине развития слепоты и слабовидения.

#### **Список литературы:**

1. Королькова Г.С., Тихомирова Г. И., Захарченко Ю.И. Изучение отдаленных результатов профилактической помощи пациентам работоспособного возраста с артериальной гипертензией при участии средних медицинских работников // Российский медицинский журнал. - 2019 №3(25). – С. 143-145.
2. Сулейманова Х.М., Магомаев М.Ш., Омарова Х.М. Модернизации работы среднего медицинского персонала в лечебных учреждениях в современной медицине //Уральский медицинский журнал. -2018. - №5 (160). - С.122-127.
3. Салалыкина Е.В., Папикян О.А. Вопросы оптимизации работы среднего медицинского персонала в условиях центральной районной больницы // International journal of medicine and psychology. - 2018. - №2(1). – С. 12-16.
4. Adler RN, Ferguson WJ, Antar H, Steinkrauss M, Bjoern B, Konar V, Flanagan J, Polakoff DF. Transformation support provided remotely to a national cohort of optometry practices. Ann Fam Med. – 2019. - № 12(17). - P. 33-39.
5. Е.А. Тарасенко. Зарубежный и российский опыт управления кадровыми ресурсами в здравоохранении: структура «прочего» или «вспомогательного» персонала // Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 7. - С. 57-64.



# СПОСОБНОСТЬ ЛИДЕРА УВЛЕЧЬ ЗА СОБОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ

студентка Яшан Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Трегубов В.Н.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, г. Москва*

**Введение:** В настоящее время лидерство трактуется как ведение людей вверх, к более трудным и заманчивым высотам. Само слово «лидерство» происходит от английского глагола to lead - вести за собой, опережать. В данном случае речь идет о движении, которое возглавляется лидером, а за лидером уже устремляются его последователи [1].

Лидер – человек, обладающий высоким личным статусом, оказывающий сильное влияние на мнение и поведение окружающих его людей, членов какого-либо объединения, организации и выполняющий комплекс функций [2].

Личность лидера – это одновременно призвание и совокупная способность быть всегда и во всем впереди (в значимых для людей ситуациях, или там, где это необходимо) [3].

Не бывает лидера без последователей, без тех людей, которые готовы следовать за ним. В такой ситуации между ведущим и ведомыми, прежде всего, должна возникнуть некая общность. Все это вызывает у людей общее чувство причастности и единства, формирует готовность к взаимодействию и трудовой активности [4]. Вопрос, какими способами можно увлечь за собой, изучается еще с давних времён, но до сих пор остается открытым [5].

**Цель:** Изучение лидерских качеств у человека, способных увлечь за собой последователей.

**Материалы и методы:** Исследование проведено с использованием методов: аналитического, логического, статистического и анкетного опроса. К опросу привлечено 51 респондент из разных социальных групп в возрасте от 18 до 25 лет.

**Результаты и обсуждение:** По данным анкетного опроса установлено, что 15,7% респондентов изучали вопрос о методике увлечь за собой последователей, а 84,3% данную методику не изучали. На вопрос о желании овладеть такой методикой мнения опрошенных лиц кардинально разделились: 41,2% хотят научиться ей владеть, 45,1% - не уверены в необходимости данного выбора и только 13,7% - дали отрицательный ответ.

В настоящее время 45,1% опрошенных лиц считают, что способны увлечь за собой сверстников, 53,0% - не уверены в своих способностях, 1,9% не готовы управлять последователями. При этом 47,1% готовы увлечь за собой друзей, 7,8% - однокурсников и коллеги, для 45,1% это не имеет значение.

В исследовании всем респондентам было предложено оценить свои способности при решении следующей задачи: «Представьте ситуацию, Вам необходимо предоставить определенной компании проект, в работе с которым Вам не обойтись без команды. Способны ли Вы будете увлечь проектом

наемных сотрудников?». Скорее всего заинтересуют этим проектом своих коллег, считают 49% опрошенных лиц, 39,2% уверены, что смогут увлечь работой сотрудников и только 11,8% - скорее всего не справились бы с данной задачей.

Респонденты также считают, что настоящий лидер должен обладать харизмой и обаянием (90,2%), уверенностью в себе (84,3%), умением убеждать других (62,7%), креативностью (58,8%), неординарным мышлением (49%), целеполаганием (23,5%), силой (11,8%) и властью (3,9%) или всем вместе (2%).

**Выводы:** Как следует из представленного материала, для управления последователями лидер должен обладать качествами, позволяющему ему вести за собой единомышленников, в том числе харизмой, обаянием, уверенностью в себе, креативностью и неординарным мышлением.

#### **Список литературы:**

1. Ксенофонтова Е.Е., Пехова Н.Н. Социология компетентности и модель компетенций как области научного и практического интереса // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. –2016. – №2. – С. 194-206.
2. Колосков И.А. Современные подходы к теории лидерства // Вестник РМАТ– 2015. – №3. – С. 51-57.
3. Дроина Н.Г. Лидерские качества у студентов ВУЗа. // Альманах мировой культуры. – 2016. – №11-3 (14). – С. 22-26.
4. Литвак А.И. Урок основ лидерства // Новости медицины и фармации. – 2015. – №16. – С. 20-21.
5. Лехтянская Л.В. Экономика и современный менеджмент: теория и практика // Сибирская академическая книга. –2014.– №34. – С. 222-226.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Nemanja Rancic, Berislav Vekic, Viktorija Dragojevic-Simic, Marko Kalezic, Zagor Zagorac, Sasa Dragovic, Rastko Zivic, Filip Pilipovic, Radoje Simic, Dejan Jovanovic, Jovana Milovanovic, Mihajlo Jakovljevic</i> EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN BALKAN COUNTRIES .....	3
<i>Nenad Ratkovic, Nemanja Rancic, Mirjana Stanic, Vitomir Peric, Maja Stojanovic, Mihajlo Jakovljevic</i> ASSOCIATION BETWEEN PLASMA HIGH-SENSITIV C-REACTIV PROTEIN AND TRADITIONAL CARDIOVASCULAR RISK FACTORS .....	5
<i>Авдеева Ю.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ГРУППЕ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА .....	7
<i>Айзятова М.В.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ .....	9
<i>Алексеева В.О.</i> ДЕТЕРМИНАНТЫ ОТНОШЕНИЯ К МНОГОДЕТНОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ .....	11
<i>Ахмадуллина А.Р.</i> ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ, МЕТОДИКА ЕЕ ВЫЧИСЛЕНИЯ .....	13
<i>Ахмедов А.И.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ .....	15
<i>Бакутина Ю.Ю., Зарубайко А.Ю.</i> АБОРТ КАК АСПЕКТ ВЫНУЖДЕННОЙ МЕРЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ .....	17
<i>Балабышев А.В., Мельник А.В.</i> МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СТРАН ЕВРОПЫ .....	18
<i>Белюсова С.Е., Козьявина К.Ю.</i> УРОВЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВРАЧАМИ В 2018 ГОДУ .....	19
<i>Березин Д.С., Буторина Н.С.</i> ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ АРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ .....	21
<i>Бовина А.А.</i> АНАЛИЗ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПО ОБОСНОВАНИЮ СЕТИ И СТРУКТУРЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ .....	23
<i>Важяева С.С., Дударева В.А.</i> ОЦЕНКА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕРИАТРИЯ» ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ .....	25
<i>Валеева Г.Ф.</i> ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК ФИЛОСОФСКИЙ КОНЦЕПТ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА .....	27
<i>Васильева Е.В.</i> ВИДЕНИЕ ИДЕАЛЬНОГО ИМИДЖА ВРАЧА СТУДЕНТАМИ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	29

<b>Васильева Е.А.</b> ГОТОВНОСТЬ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ К ТРУДОУСТРОЙСТВУ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ВОЗГЛАВЛЯЕМУЮ СПЕЦИАЛИСТОМ БЕЗ БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ .....	31
<b>Ветчинкина Е.А.</b> ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	33
<b>Виноградова М.Т.</b> ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК РЕЗУЛЬТАТ РАСШИРЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....	35
<b>Водолагин М.В.</b> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ...	37
<b>Габбасов А.З., Титова А.А., Исламгалиева Л.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДОВ СТЕРЛИТАМАК И САЛАВАТ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ .....	39
<b>Гаранина И.А.</b> ИЗУЧЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ ВЫДАЮЩИХСЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ .....	41
<b>Груздева Е.В.</b> СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МОСКОВСКИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ .....	43
<b>Данилович С.Л.</b> УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ СТУДЕНТАМИ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	45
<b>Даутбаев Д.Г.</b> ВЛИЯНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ, НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	47
<b>Даутова Л.П.</b> ИНДЕКС ДОСТОВЕРНОСТИ УЧЕТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН .....	49
<b>Донскова Г.В.</b> ПОЗИТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК КЛЮЧ К УСПЕХУ .....	51
<b>Дорофеев Н.А., Тяпченко А.А.</b> АНАЛИЗ АДАПТИРОВАННОСТИ УСЛОВИЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ...	53
<b>Дрогозюк О.А.</b> УСПЕШНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ВРАЧА С КОЛЛЕГАМИ И ПАЦИЕНТАМИ .....	55
<b>Дюшаков Е.А.</b> ВЛИЯНИЕ АРХИТЕКТУРЫ СТОЛИЧНЫХ МИКРОРАЙОНОВ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ МОСКВИЧЕЙ .....	56
<b>Земскова А.А.</b> ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ .....	58
<b>Избагамбетова К.А.</b> ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ РЕСУРСА ГРАЖДАН ДЛЯ ПРИЗЫВА В ВООРУЖЕННЫЕ СИЛЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ .....	60

<b>Капёнкин А.В., Трунина Е.Е., Болдырева К.В.</b>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ В РОССИИ И КАЗАХСТАНЕ .....	62
<b>Карпенко В.А., Сизиков Н.О.</b> АНАЛИТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ПРИМЕРЕ ОКБ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСКИЙСКА .....	63
<b>Касимова Е.О., Стратан В.А.</b> ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТСКОЙ И ВЗРОСЛОЙ ПОЛИКЛИНИК В ОКБ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСКИЙСК ...	65
<b>Кашева К.А., Похиленко А.Ю.</b> ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПО СИСТЕМЕ БУТЕЙКО И СТРЕЛЬНИКОВОЙ .....	67
<b>Колибаба Е.А.</b> АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОСТОЯННЫХ КЛИЕНТОВ САЛОНА КРАСОТЫ С МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИЕЙ .....	69
<b>Колодяжная Е.А.</b> МАРШРУТИЗАЦИЯ И МОНИТОРИНГ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН .....	71
<b>Корневская Е.В.</b> ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНАХ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ .....	73
<b>Кошевая Н.В.</b> ПОТЕРЯННЫЕ ГОДЫ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ В СТАНДАРТНОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА .....	75
<b>Курагина М.С.</b> САМОПРЕЗЕНТАЦИЯ ВРАЧА .....	77
<b>Лагутина С.Н., Чишков П.А.</b> СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ ВОРОНЕЖСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО ЗА 2015–2019 ГГ .....	79
<b>Лазарева О.Д.</b> ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ С СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ МЕДИЦИНЫ-4П .....	81
<b>Лакеенков Н.М.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АСТМОЙ И АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (2008–2018 ГГ.) .....	83
<b>Лукина А.Д., Зубарева М.И.</b> СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОЖИДАНИЯ МОЛОДЕЖИ ЦИРКУМПОЛЯРНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ .....	84

<b>Маленкова Е.Э.</b> ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРИЧИНА СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ — ЮГРЕ .....	86
<b>Малина Г.Д.</b> О ПЛАНАХ СТУДЕНТОВ СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА РАБОТАТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА РУКОВОДЯЩИХ ДОЛЖНОСТЯХ .....	88
<b>Маркова А.А. (Монахова А.А.)</b> ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПОВ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В НЕОНАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ И ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ .....	89
<b>Маценуро Ю.Г.</b> УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ ПЕРЕД ПУБЛИЧНЫМ ВЫСТУПЛЕНИЕМ .....	91
<b>Маишлыкин А.А., Зулхашева А.Б., Коротков-Дрегваль А.Э.</b> ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	93
<b>Миронова А.В.</b> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ .....	94
<b>Николаев В.А.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОБЕСПЕЧЕНИИ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА .....	96
<b>Петрова В.А.</b> ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	98
<b>Политыко А.О.</b> КРИТЕРИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НАЛИЧИЯ ЛИДЕРСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ УНИВЕРСИТЕТСКИХ ПРОФИЛЕЙ .....	100
<b>Полухин Н.В.</b> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИНТЕРНЕТЕ .....	102
<b>Пономарев Н.А., Лисица И.А., Лисовская Е.О., Гостимский И.А., Кривец А.В., Бута А.А.</b> ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ НАВЫКА ОРОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС .....	105
<b>Пронин И.С.</b> ОТ ГРУППЫ К КОМАНДЕ .....	107
<b>Раснаева О.Л.</b> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КРУПНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА .....	109
<b>Рахматова Ф.Б.</b> ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	111
<b>Рахматуллина Ю.Э., Аверьянова К.С.</b> СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН, ПРЕРВАВШИХ БЕРЕМЕННОСТЬ .....	113
<b>Рем М.А.</b> ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРЕНДА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	115

<b>Репетюк А.Д.</b> ЛИЧНЫЙ БРЕНД ВРАЧА .....	116
<b>Романова И.С.</b> УВЕРЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧА .....	118
<b>Русскова К.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ .....	119
<b>Сафаров Х.Х., Тохтаев Г.Ш.</b> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В КОЖНО- ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ГИЖДУВАНСКОГО РАЙОНА .....	121
<b>Серезженко Е.В.</b> ЛИДЕРЫ И ОБЩЕСТВО .....	122
<b>Сиахиди М.Х., Аскарлова Ж.В.</b> ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПОТЕРЯННЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА Г. ЯКУТСКА РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ .....	124
<b>Сидоров К.Г.</b> ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ .....	126
<b>Табаев И.А.</b> СОВМЕСТНЫЕ ЗАКУПКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ .....	128
<b>Терешкова А.Ю.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО- ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА .....	130
<b>Терешкова Е.Г.</b> СПОСОБЫ УБЕЖДЕНИЯ ДРУГИХ .....	131
<b>Тохтаев Г.Ш., Сафаров Х.Х.</b> ПРОФИЛАКТИКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ .....	133
<b>Трифонов Г.В.</b> УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ .....	135
<b>Фатхуллина Л.С.</b> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ .....	137
<b>Федака А.А.</b> ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДСТВАМИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ .....	139
<b>Халикова Р.А., Садртдинов Д.А.</b> ТУБЕРКУЛЕЗ КАК МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА .....	140
<b>Хасанов В.Р.</b> ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ISO 9001 2015 В РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ .....	142

<b>Хасанова К.И.</b> СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ» И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ — ЮГРЕ .....	144
<b>Хаустова Э.Е.</b> АНАЛИЗ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЗАВЕДУЮЩИХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ .....	146
<b>Хмельницкая О.М.</b> СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ, ХИРУРГИИ И МЕДИЦИНСКИХ НАУК .....	148
<b>Чернова О.В., Семенова В.А., Верецагин М.А.</b> РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ПЕТРОЗАВОДСКЕ, ЕЁ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ .....	152
<b>Чигирь А.Г.</b> ОТНОШЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ .....	153
<b>Шаповал А.В.</b> ФОРМИРОВАНИЕ АВТОРИТЕТА У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ .....	155
<b>Шовкеева Е.В.</b> АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО .....	157
<b>Юмашева В.А.</b> РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН .....	159
<b>Юнусов Т.Д.</b> ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УФЫ ЗА 2013–2017 ГГ. ....	160
<b>Яковлев Н.И.</b> ФОРМИРОВАНИЕ ХАРИЗМАТИЧНЫХ ЛИДЕРОВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ .....	162
<b>Якуба Е.Ю.</b> ОЦЕНКА И МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ .....	163
<b>Ярошевич Е.А.</b> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ .....	166
<b>Яшан Е.А.</b> СПОСОБНОСТЬ ЛИДЕРА УВЛЕЧЬ ЗА СОБОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ .....	168



Научное издание

I МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сборник тезисов

Директор Издательства *Г.В. Кондрашов*  
Дизайн обложки *Н.М. Привезенцевой*

Компьютерный набор: *В.Н. Трегубов*

Подписано в печать 20.03.20. Формат 60 × 84/16.  
Гарнитура Times. Бумага офсетная.  
Усл. печ. л. 10,23. Печать цифровая.  
Тираж 30 экз. Заказ № 200326а.

Издается в авторской редакции на основе материалов  
и иллюстраций, предоставленных авторами.  
Отпечатано с готового макета в типографии  
Издательства Сеченовского Университета.  
119034, Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2.  
Тел.: +7 (499) 766-44-28  
Официальный сайт: [www.sechenov.ru](http://www.sechenov.ru)

---

## Издательство Сеченовского Университета

---

Издательство является  
**предприятием полного цикла**  
и осуществляет:

- ☑ выпуск учебной и учебно-методической литературы, отвечающей требованиям федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования и федеральным государственным требованиям к послевузовскому профессиональному образованию, необходимой для организации учебного процесса медицинских образовательных учреждений;
- ☑ издание научной, справочной и других видов литературы в интересах обеспечения учебного процесса и научно-исследовательской деятельности учреждения, различных видов документов, используемых администрацией вуза;
- ☑ подготовку и выпуск на договорной основе учебной, научной, справочной и других видов литературы, а также рекламной продукции – презентаций, листовок, буклетов, плакатов, каталогов; печать монографий, авторефератов, диссертаций, дипломов.

**В стоимость издания входит (по согласованию с автором):**


- разработка оригинал-макета издания;
- научное и литературное редактирование рукописи;
- корректура;
- верстка;
- оформление выходных данных (присвоение индексов УДК, ББК, авторского знака);
- печать тиража на современном оборудовании;
- брошюровка на скобу, КБС, ламинирование и пр.

**e-mail: [izdatelstvo@mma.ru](mailto:izdatelstvo@mma.ru)**

 [@sechenovuniversity](https://www.instagram.com/sechenovuniversity)

 [/sechenov\\_ru](https://vk.com/sechenov_ru)

 [@sechenov.ru](https://www.facebook.com/sechenov.ru)

 Сеченовский  
Университет

 [@SechenovUni](https://twitter.com/SechenovUni)

