



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: стратегии инноваций

IV МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Саратов, 5–6 октября 2023 года

Сборник материалов

Саратов
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
2023

УДК 614.2:001.895:005:005.745 (47044 – 21 Саратов)
ББК 51.1 (2+65.291.551 (2 – 2 Саратов) ф
Э94

Редакционная коллегия:

А.С. Федонников, проректор по научной работе; *И.Г. Новокрещенова*, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением и фармацией; *М.В. Еругина*, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины); *Е.А. Андриянова*, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии; *А.А. Дубгорин* (отв. секретарь), ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины)

Рекомендует к изданию редакционно-издательский совет СГМУ

Материалы собраны И.А. Муртазиной

Э94 **Эффективный менеджмент здравоохранения:** стратегии инноваций : IV Международная научно-практическая конференция, Саратов, 5–6 октября 2023 года : сборник материалов / ред. коллегия : А. С. Федонников, И. Г. Новокрещенова, М. В. Еругина [и др.] ; Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского. – Саратов : Саратов. гос. мед. ун-т, 2023. – 158 с.
ISBN 978-5-7213-0843-7

Данное издание содержит материалы Международной научно-практической конференции, проводившейся в Саратове 5–6 октября 2023 года.

Сборник предназначен для организаторов здравоохранения, научных сотрудников, специалистов по направлениям «Управление сестринской деятельностью», «Управление и экономика фармации», представителей профессий, связанных с медициной и здравоохранением, в круг интересов которых входит организация и оказание профильной специализированной медицинской помощи, разработка и трансфер медицинских технологий, лекарственных средств, медицинских изделий, иных продуктов для созидания здоровья, а также для сотрудников медицинских вузов, НИИ и иных заинтересованных структур.

УДК 614.2:001.895:005:005.745 (47044 – 21 Саратов)
ББК 51.1 (2+65.291.551 (2 – 2 Саратов) ф

Материалы представлены в авторской редакции

© Саратовский государственный
медицинский университет
им. В.И. Разумовского, 2023
© Авторы, 2023

ISBN 978-5-7213-0843-7

ЗНАЧИМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С 1994 ПО 2022 ГОД

Алферов Д.В.^{1,2}, Пашина И.В.¹, Алферова М.Е.¹, Бреусов А.В.^{1,3},
Лукашов М.И.⁴, Исаенко Т.П.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск

² Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская
больница №1 имени Николая Сергеевича Короткова», г. Курск

³ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Российский университет дружбы народов имени
Патриса Лумумбы», г. Москва

⁴ Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская областная
многопрофильная клиническая больница», г. Курск

Исследование выполнено в рамках гранта Российского научного фонда № 23-28-10301 «Социально-демографические аспекты эпидемиологии и профилактики инфекций, передаваемых половым путём, и наркологических расстройств среди молодежи в новых медико-социальных условиях», <https://rscf.ru/project/23-28-10301>

Введение. ВИЧ-инфекция является серьезным заболеванием, и ВИЧ-инфицированные люди потенциальные источники заражения [1]. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (РФ) продолжает оставаться напряженной. При этом основным путем распространения ВИЧ-инфекции в РФ является половой путь при гетеросексуальных контактах (67,8% в 2021 году), его доля в структуре впервые выявленных случаев заражения ВИЧ-инфекцией постоянно увеличивалась с 2002 года. Одновременно с этим доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков (парентеральный путь) снизилась до 21,8 % [2].

В Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 года отражено, что профилактика ВИЧ-инфекции является одной из основных задач здравоохранения РФ [3].

Цель исследования. Анализ динамики удельного веса путей передачи ВИЧ-инфекции среди жителей Курской области за период с 1994 по 2022 годы для разработки направленности профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения работы анализировались данные информационного бюллетеня Центра профилактики и борьбы со СПИД Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская областная многопрофильная клиническая больница» по выявляемости ВИЧ-инфекции среди жителей Курской области в динамике с 1994 по 2022 годы по путям заражения. Для статистического анализа использовались методы описательной статистики.

Результаты исследования. В ходе проведенного нами анализа выявляемости ВИЧ-инфекции среди жителей Курской области в динамике с 1994 по 2022 годы по путям заражения выявлено, что половой путь заражения на протяжении всего исследуемого периода являлся основным и колебался в пределах от 51,3% до 77%. В период с 1994 по 2012 год отмечался наибольший удельный вес заражения ВИЧ-инфекцией половым путем (более 70%). В период с 2015 по 2017 годы отмечалось минимальное значение полового пути передачи (51,3-52,5%). Затем с 2018 года начался рост удельного веса полового пути передачи ВИЧ-инфекции, и к 2022 году он вновь достиг высокого уровня (74,7%).

Второе место по путям заражения ВИЧ-инфекцией у жителей Курской области занимает парентеральный путь. Так с 1994 по 2014 годы отмечался незначительный рост удельного веса парентерального пути заражения ВИЧ-инфекцией (21,0-29,6%), а в 2015 году удельный вес парентерального пути резко вырос до 43,1% и в течение трех лет сохранялся на высоком уровне, однако не превысил половой путь заражения. Затем, с 2018 по 2022 годы отмечается выраженное снижение доли парентерального пути заражения (с 31 до 13,5%).

Удельный вес вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду на протяжении всего периода наблюдения не имел линейного характера и каких-либо выявленных закономерностей, и колебался от 0,0 до 1,9%.

Стоит отметить, что среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных определенную долю составляли люди с неустановленным путем передачи ВИЧ-инфекции. Удельный вес данной группы постоянно рос с 1994 года (1,7%) и достиг к 2022 году 10,6%.

Заключение. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции среди жителей Курской области является половой путь, как и в РФ в целом. Значимость парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции в последние годы снижается как в Курской области, так и в РФ. Однако удельный вес полового пути заражения в Курской области выше, а парентерального ниже, чем в РФ. При проведении профилактических мероприятий следует обратить внимание на половое воспитание населения, защищенный половой акт, в том числе уделить особое внимание барьерным методам контрацепции. Для профилактики ВИЧ-инфекции важно раннее выявление и информирование пациентов для предотвращения дальнейшего распространения инфекции как половым, так и другими путями.

Вызывает особую настороженность рост удельного веса новых случаев выявления ВИЧ-инфекции с неустановленным путем передачи. Так как это создает трудности при разработке и проведении профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Покровский В.В. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита, человека в России и стратегии борьбы с ней // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2021. – Т. 11. – №. 3. – С. 6–12.

2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году». – 2022.

URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=21796 (дата обращения: 09.09.2023).

3. Распоряжение правительства Российской Федерации от 21 декабря 2020 года № 3468-р «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года». – 2020.

URL: <https://docs.cntd.ru/document/573200412> (дата обращения 09.09.2023).

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Анников Ю.Г., Кром И.Л., Левченко К.К., Томников М.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в современном мире [1], часто сопровождаясь физическими, социальными, когнитивными и психологическими последствиями в отдаленном периоде [2]. Современные исследования свидетельствуют о том, что ЧМТ является не «временным событием», а хроническим и прогрессирующим состоянием [3]. При хроническом течении ЧМТ пациенты живут с недооцененными и плохо управляемыми последствиями травмы [4]. Известны исследования [5], которые обсуждают качество жизни (КЖ) пациентов с перенесенной ЧМТ среди факторов, определяющих прогноз ЧМТ.

Цель исследования. Изучение перспектив объективизации отдаленного прогноза больных с перенесенной ЧМТ.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 414 респондентов трудоспособного возраста, из которых 14 – с сочетанной травмой конечностей. 93,6% респондентов – мужчины. У большинства (81,9%) респондентов ЧМТ была диагностирована в возрасте до 50 лет. 54,0% респондентов перенесли ЧМТ от 1 года до 5 лет назад. У пациентов исследовали неврологический статус, а также оценивали показатели КЖ в течение 2020–2022 гг.

Когортное лонгитюдное социологическое исследование КЖ с использованием опросника WHOQOL–100 реализовано методом анкетного опроса. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского (Протокол №9 от 06 июня 2017 г.).

Анализ результатов исследования проведен с использованием статистических, аналитических и математических методов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью стандартных алгоритмов SPSS Statistic 21.0.

Результаты исследования. Исследование неврологического статуса в динамике осуществляли совместно с анализом КЖ пациентов. Следует отметить, что в клинической практике отсутствуют объективные лабораторно-диагностические показатели, отражающие динамику состояния больных с последствиями ЧМТ. Кроме того, изменения в состоянии этой группы пациентов не всегда коррелируют с изменениями, выявляемыми при нейровизуализационных методах обследования (КТ и/или МРТ).

При проведении ежегодного обследования у 64,7% респондентов отмечалось клиническое ухудшение, которое отражалось в усилении выраженности общемозговой симптоматики (головные боли, головокружение, тошнота), когнитивных нарушений (снижение памяти и внимания) и астенического синдрома (быстрая утомляемость, раздражительность, снижение трудовой активности, нарушение сна) в 96% случаев. Новые симптомы (посттравматическая эпилепсия)

были зарегистрированы в 4% случаев. Клиническое ухудшение состояния сопровождалось снижением КЖ респондентов в динамике ($p < 0,05$).

У 6,3% больных сохранялась стабильная клиническая картина. У этих больных пирамидная симптоматика (моно- и гемипарезы/параличи) оставалась неизменной в течение нескольких лет в сочетании с периодическими головными болями и легким головокружением.

У 29% респондентов отмечалось клиническое улучшение: частичный или полный регресс афазий у 4,1% больных, частичный или полный регресс моно- и гемипарезов у 4,7% больных, уменьшение частоты судорожных или эпилептических приступов до одного раза в несколько лет или полное их отсутствие у 4,1% больных, регресс астенического синдрома у 12,0% больных, снижение выраженности общемозговой симптоматики, астенического синдрома у 4,1% больных. Клиническое улучшение сопровождалось улучшением показателей КЖ в динамике ($p < 0,05$).

У 4,1% больных наблюдалась обратная зависимость в виде снижения общего показателя КЖ и улучшения клинической картины (уменьшение выраженности общемозговой симптоматики, астенического синдрома).

Заключение. В ходе исследования динамики клинического состояния и показателей КЖ пациентов с последствиями ЧМТ установлено, что оценка показателей КЖ может считаться дополнительным объективным персонализированным критерием для определения прогноза у пациентов в отдаленном периоде ЧМТ.

Список литературы

1. Dewan M.C., Rattani A., Gupta S., Baticulon R.E., Hung Y.C. et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury // Journal of neurosurgery. – 2018. – V. 1. – P. 1–18.
2. Langlois J.A., Rutland-Brown W., Wald M.M. The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview // The Journal of head trauma rehabilitation. – 2006. – V. 21. – № 5. – P. 375–378.
3. Wilson L., Stewart W., Dams-O'Connor K., Diaz-Arrastia R., Horton L. et al. The chronic and evolving neurological consequence of traumatic brain injury // The Lancet. Neurology. – 2017. – V. 16. – № 10. – P. 813–825.
4. Schulz-Heik R.J., Poole J.H., Dahdah M.N., Sullivan C., Adamson M.M. et al. Service needs and barrier to care five or more years after moderate to severe TBI among veterans // Brain Injury. – 2017. – V. 31. – № 10. – P. 1287–1293.
5. Maas A.I.R., Menon D.K., Adelson P.D., Andelic N., Bell M.J. et al. Traumatic brain injury: Integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research // The Lancet. Neurology. – 2017. – V. 16. – № 12. – P. 987–1048.

ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Апресян А.Ю.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург*

Введение. Заболевания периферических артерий (ЗПА) распространены среди населения виду их коморбидности с иными болезнями системы кровообращения [1; 2]. Учитывая хронический характер ЗПА, сопровождающийся риском возникновения угрожающих жизни состояний, важным организационным фактором оказания медицинской помощи является обеспечение высокой доступности динамического наблюдения больных. Согласно современным представлениям [3; 4] о доступности медицинской помощи, информированность больных о своем заболевании, динамическом наблюдении, профилактике рецидивов является важнейшим компонентом её обеспечения, что может быть реализовано путем внедрения интерактивного инструментария взаимодействия пациента и врача.

Цель исследования. Изучить результаты применения специализированных информационно-справочных материалов при диспансерном наблюдении больных с ЗПА.

Материалы и методы исследования. В 2022 году в трех поликлиниках Санкт-Петербурга при диспансерном наблюдении больных с ЗПА применены специально разработанные информационно-справочные материалы «Записная книжка диспансерного пациента». По итогам диспансерного наблюдения с применением нового инструментария проведен опрос 1953 больных. Статистический анализ данных проведен с использованием программы SPSS Statistics 21.

Результаты исследования. Каждый больной с ЗПА при первом в году визите по поводу диспансерного осмотра получал «Записную книжку диспансерного пациента», содержащую разъяснительные материалы, а также разделы для ведения дневника пациента: уровень глюкозы крови, артериального давления, индекс массы тела, мониторинг дистанции свободной ходьбы, признаков ишемии, отметок о запланированных лечебно-диагностических мероприятиях с указанием их даты и времени, с обязательной предварительной записью на их выполнение при посещении пациентом лечащего врача.

При первичной индивидуальной беседе с лечащим врачом больным разъяснялись факторы риска развития заболевания, его осложнений, особенности его течения, лечения, диагностики, порядок обращения в поликлинику для постановки на диспансерное наблюдение, порядок ведения «Записной книжки диспансерного пациента».

В итоге, при реализации оказания медицинской помощи с использованием «Записной книжки диспансерного пациента», была повышена дисциплинарная ответственность пациентов за контроль показателей своего здоровья, в том числе на основе сформированных совместно с лечащим врачом напоминаний о предстоящих обследованиях, лечебных процедурах, визитах в поликлинику.

Опрос больных выявил их высокую удовлетворенность внедренными подходами к реализации диспансерного наблюдения: 72,0 % указали, что активно использовали предложенную в «Записной книжке диспансерного пациента» форму контроля показателей состояния здоровья, 84,3 % отметили удобство формирования напоминаний о предстоящих лечебно-диагностических процедурах в едином документе, находящемся у них на руках.

Применение проактивных методик информирования позволило не только донести до пациентов информацию о необходимости посещения поликлиники с целью профилактического осмотра, но и одновременно записать пациента на прием к врачу на конкретные дату и время, что повысило отклик пациентов на предложенные профилактические мероприятия: до внедрения таких подходов только

41,1 % указывали, что регулярно посещают врача, после таких пациентов оказалось 88,2 % ($t = 4,4$; $p < 0,05$).

Повышенное внимание к пациентам, в том числе своевременная проактивная запись на прием, обязательное консультирование у врача-сердечно-сосудистого хирурга положительно отразилось и на организационной доступности медицинской помощи: до внедрения данного инструментария 27,7 % отмечали, что им трудно попасть на прием к врачу, по итогам – таких пациентов было только 15,0 % ($t = 4,6$; $p < 0,05$)

Заключение. Предложенные методики индивидуального информирования, в том числе контент информационно-разъяснительных материалов «Записной книжки диспансерного пациента», создали условия для повышения доступности медицинской помощи больными ЗПА, подтвержденные по результатам опроса пациентов.

Список литературы

1. Бегун Д.Н., Морозова Т.А., Сурикова А.В. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема // Молодой ученый. – 2019. – Т. 246. – № 8. – С. 25-28.

2. Денисенко М.Н., Генкель В.В., Шапошник И.И. Особенности поражения периферических сосудов у пациентов с гипертонической болезнью // Лечебное дело. – 2016. – № 2. – С. 33-36.

3. Строгонова О.Б. Информированность жителей Санкт-Петербурга о возможностях системы обязательного медицинского страхования // Экология человека. – 2010. – № 8. – С. 46-51.

4. Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б., Дорогойкин Д.Л., Жужлова Н.Ю. и др. Доступность медицинской помощи как облигатный социальный предиктор здоровья населения в России // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12. – № 2. – С. 101-104.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Балакина Д.Д., Кром И.Л., Еругина М.В., Барашков Г.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В последние годы увеличились показатели заболеваемости и смертности раком полости рта. Большая часть злокачественных новообразований полости рта относится к визуальным локализациям, но, несмотря на это, 80% случаев диагностируются в III-IV стадиях заболевания [1].

В литературе наблюдается рост исследований качества жизни, релевантных здоровью, для оценки соматического состояния и эффективности лечения, бремени болезни, основанной на восприятии пациента [2], а также представления о том, какие параметры качества жизни воспринимаются как наиболее важные [3].

А.В. Решетников [4] определяет качество жизни как «базовую категорию в анализе основных социальных явлений и процессов». При многочисленных публикациях, устанавливающих влияние заболевания и лечения на качество жизни

пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями полости рта, известны лишь единичные исследования связи между общим качеством жизни и качеством жизни, релевантным здоровьем полости рта [5].

Цель исследования. Изучение качества жизни, релевантного здоровью, пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями полости рта в терминальных стадиях заболевания.

Материалы и методы исследования. Исследование качества жизни пациентов онкологическими заболеваниями полости рта проводилось с использованием опросников FACT-H&N (Version 4) и WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). В исследование включены на основе случайной выборки 112 пациентов. Средний возраст $66,5 \pm 3,5$ года ($p < 0,05$), большинство из них – мужчины (76,7%). У всех респондентов диагноз установлен на поздней (IV) стадии заболевания.

Результаты исследования. При оценке физического состояния у 86,9% респондентов с использованием опросника FACT-H&N (Version 4) в значительной степени выражен недостаток энергии, большинство пациентов (95,5%) отметили выраженные побочные эффекты лечения, тошноту. У 83,9% респондентов – сильные боли, 64,3% вынуждены проводить время в постели. 56,3% респондентов указывают на хорошие отношения с друзьями и поддержку друзей, на значительную психологическую поддержку семьи – 74,1% респондентов.

При оценке качества жизни пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями полости рта, в терминальных стадиях болезни с использованием опросника ВОЗ КЖ 100 отмечается снижение средних значений показателей качества жизни в сферах и субсферах опросника, детерминированных соматическим состоянием респондентов: F1 «Физическая боль и дискомфорт», F2 «Жизненная активность, энергия и усталость», F6 «Самооценка», F11 «Зависимость от лекарств и лечения» и сферы «Уровень независимости». Более высокие средние значения показателей качества жизни респонденты фиксируют в сферах и субсферах, качество жизни в которых определяется личностными характеристиками пациента и имеющейся у пациентов социальной поддержкой: F14 «Практическая социальная поддержка», F17 «Окружающая среда дома», F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков», F22 «Окружающая среда вокруг», F24 «Духовность/религия/личные убеждения» и «Духовной» сферы.

Заключение. В результате проведенных исследований установлена соматическая и социальная детерминированность значений показателей качества жизни пациентов. Доказано соответствие показателей качества жизни пациентов, определенных с использованием опросников FACT-H&N (Version 4) и WHOQOL-100.

Список литературы

1. Сангинов Д.Р., Мудунов А.М., Юлдошев Р.З., Базаров Н.И., Ниязов И.К. и др. Реконструктивно-восстановительные операции и вопросы качества жизни больных с местно-распространённым раком головы и шеи // Вестник авиценны. – 2019. – Т. 21. – №. 1. – С. 165-172.
2. Анников Ю.Г., Кром И.Л., Еругина М.В. Современные подходы к оценке качества жизни больных с черепно-мозговой травмой // Социология медицины. – 2018. – Т. 17. – №. 2. – С. 122-124.
3. Rogers S.N. Quality of life perspectives in patients with oral cancer // Oral oncology. – 2010. – V. 46. – №. 6. – P. 445–447.
4. Решетников А.В. Социологическое осмысление интегрального понятия качество жизни и методология его оценки: доклад на научно-практической

конференции с международным участием (Москва, Сеченовский университет, 05.02.2019). – Москва. – 2019.

5. Qin S.H., Li X.M., Li W.L. Systematic retrospective study of oral cancer-related quality of life scale // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2018. – V. 36. – №. 4. – P. 410-420.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ / ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Буканова К.В.¹, Коновалов О.Е.²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва

Введение. Россия за последние годы сделала значительный шаг вперед по пути модернизации и реализации национальных систем здравоохранения [1, 2]. Выявление основных причин неудовлетворённости качеством и доступностью стоматологической помощи [3], помогает более конкретно и целенаправленно планировать мероприятия по их устранению [4, 5].

Цель исследования. Изучить и проанализировать удовлетворённость оказания стоматологической помощи детям с точки зрения родителей/законных представителей.

Материалы и методы исследования. В рамках диссертационной работы разработана анкета, дающая информацию и отражающая мнение родителей/законных представителей пациентов младше 18 лет.

Результаты исследования. В государственных ЛПУ, посещают стоматолога 1-2 раза в год 43,7%, более 2 раз в год – 11,4%, а 44,9% обращаются только в случае необходимости. В частных клиниках 34,2% посещают стоматолога 1-2 раза в год, 29,1% – более 2 раз в год, 36,7% в случае необходимости. Запись на приём в желаемый день: в государственных ЛПУ- 38,5%; 61,5% не удалось попасть на приём, в частных клиниках запись на приём получили 86,3 %.

«Срок ожидания приёма»: в государственных ЛПУ в период от 1 до 3 дней на приём к стоматологу смогли попасть 21,4%; от 3 до 7 дней – 24,5%; от 7 до 14 дней – 54,1%; в частных клиниках ожидание приёма составило от 1 до 3 дней у 55,4%; от 3 до 7 дней – 30,8%; от 7 до 14 дней – 13,8 %; ожидание приёма в течение 2 недель выявлено не было. В государственных ЛПУ срок ожидания диагностического исследования с момента получения направления на диагностическое лечение составило: 1-3 часа – у 78,8%; 1 день – у 21,2%; более 2 дней– 0%. В частных клиниках срок ожидания 1-3 часа – у 92,3%; 1 день – у 7,7 %; более 2 дней – 0%.

«Уровень квалификации врача»- в государственных ЛПУ 69,5% считают уровень квалификации врача стоматолога высоким; 25,3% – средним; 5,2% – низким, в частных клиниках 85% респондентов уровень квалификации врача оценили как высокий; 15% – как средний. «Отношение медицинского персонала»: в государственных ЛПУ 63,4% отметили вежливость, доброжелательность,

компетентность и внимание во время приёма, 31,3% на эти вопросы не ответили, отметили неудовлетворённость 5,3%. В частных клиниках 91,7% отметили все вышеперечисленные качества, указали неудовлетворённость 8,3%.

По размещению информации в помещениях, информации о работе ЛПУ и порядке оказания медицинских услуг: 98% удовлетворены предоставленной информацией и 2% недовольны.

Дополнительные комментарии, а также предложения- 71,5% респондентов давать воздержались. Родители (47 чел.) имеющих на иждивении ребёнка-инвалида, предложили проводить приём в отдельном кабинете, в определённый день недели, а также введение отдельных адаптационных мероприятий для подготовки к стоматологическому приёму.

В среднем удовлетворённость пациентов качеством оказания услугами по ОМС составила -72,8%, по платным услугам – 93,4%, 68,9 % респондентов готовы оплачивать платные стоматологические услуги. 78,3% родителей предпочитали для своего ребенка государственные ЛПУ; 15,2% - по полису ДМС и частный сектор; 6,5% -выбрали оба варианта ответа.

Заключение. Данное исследование показало, что большинство родителей/законных представителей оценили оказание стоматологической помощи детям положительно. Установлено прямо-пропорциональное соответствие между материальным положением и выбором родителями стоматологического лечения детям по программам ОМС, ДМС и платным услугам по критерию стоимости. Самую низкую удовлетворённость имеют родители детей-инвалидов и детей с ОВЗ. Уровень удовлетворённости был достоверно выше по ДМС и платным услугам - 94,0%; по сравнению с ОМС -75,1%.

Список литературы

1. Паспорт национального проекта «Здравоохранение», утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 №16). – 2021.

URL: <https://iktpport.amst.pro/documents/medical/zdrav.pdf> (дата обращения: 22.09.2023).

2. Мурашко М.А., Самойлова А.В., Швабский О.Р., Иванов И.В., Минулин И.Б. и др. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея // Общественное здоровье. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 5-15.

3. Орешкова А.М., Гажва С.И., Рябова В.М. Организация стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра и ментальными расстройствами // VolgaMedScience: Сборник тезисов VIII Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, Нижний Новгород. – 2022. – С. 564-565.

4. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Профессиональные стандарты: роль и значение в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности, основные задачи // Менеджер здравоохранения. – 2022. – №. 8. – С. 4-11.

5. Янушевич О.О., Кисельникова Л.П., Зуева Т.В., Золотницкий И.В., Огарёва А.А. Особенности оказания стоматологической помощи детям в 2020 и 2021 годах // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23. – №. 2. – С. 105-113.

ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Волынчик Н.В.^{1,2}

¹ООО «Газпром трансгаз Саратов»

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», г. Саратов

Введение. На сегодняшний день, безусловно, главным приоритетом государственной политики в Российской Федерации является забота о здоровье граждан. Медицинские учреждения стали неотъемлемой частью этой стратегии, их ведущая роль в обеспечении медицинской помощи и поддержке населения бесспорна. Одним из ключевых показателей эффективности управления медицинскими учреждениями является доверие населения к их деятельности. Без этого доверия любые попытки улучшения системы здравоохранения могут оказаться безуспешными.

Цель исследования. Рассмотреть влияние религиозных предрассудков на менеджмент в здравоохранении.

Материалы и методы исследования. Исследование обширной исторической литературы проливает свет на вечную борьбу между медициной и религией, сопровождающую наше человечество через века. Этот конфликт не утихает и в современности. Тактика и методы, применяемые религией в ее противостоянии науке, меняются в зависимости от социокультурных контекстов и общественных условий.

В настоящее время можно наблюдать интересное явление – церковь стремится к примирению религии и науки. В Соединенных Штатах Америки врачей подвергают требованию находить общий язык между религией и наукой. Теперь врачи должны признавать существование божественного начала, а затем ориентироваться на принципы и методы медицинской науки [1].

В некоторых аспектах возникают и противоречия, где сталкиваются религиозные убеждения и научные достижения медицины. Американский учёный Сэм Харрис, выделяет: «Люди, использующие религиозные доводы для блокировки исследований в области стволовых клеток в медицине, подобны сторонникам теории плоской Земли – с научной и моральной точки зрения. И это следует учитывать в наших дискуссиях о таких вопросах. Внесение религии в эту сферу общественной политики лишь увеличивает страдания людей в течение предстоящих десятилетий»[2].

Религиозные предрассудки оказывают значительное воздействие на различные сферы общества, включая менеджмент в здравоохранении. Одним из ярких проявлений таких предрассудков является оценка внешности, личности и мышления человека исключительно с точки зрения его религиозных установок. Это явление сильно мешает управлению в медицине и создает негативные последствия для здоровья и общественного благополучия. Один из примеров религиозных предрассудков можно наблюдать в отношении ортодоксальных православных. Люди, не знакомые с этой верой, могут навязчиво считать, что они отстаивают устаревшие традиции, не приспособленные к современной медицине. Это может привести к тому, что медицинские специалисты не учитывают религиозные особенности пациента и принимают решения, основанные на неверных

предположениях. Аналогичные предубеждения могут сказаться и в отношении мусульман и иудеев. Люди, не знакомые с их верой, могут недооценивать их потребности и требования в медицинском обслуживании. Например, непонимание религиозных обрядов и правил, связанных с питанием, может привести к неправильному лечению или назначению диеты, что может негативно сказаться на здоровье пациента. Оценка внешности также может стать источником предвзятости. Люди могут судить о вероисповедании человека исключительно по его внешнему облику, приписывая стереотипные черты, которые не всегда соответствуют действительности. Это может привести к недостаточной медицинской помощи или даже отказу в ней на основе предвзятых взглядов.

Результаты исследования. В целом, религиозные предубеждения, выражающиеся в оценке внешности, личности и мышления человека как носителя определенных религиозных установок, представляют серьезную проблему для медицинского сообщества. Они мешают достижению цели медицины – предоставление качественной и неискаженной помощи каждому пациенту, независимо от его вероисповедания. Для борьбы с этими предубеждениями необходимо усилия в образовании, повышении культурной грамотности и привлечении религиозных лидеров к диалогу с медицинским сообществом.

Заключение. Подводя итог, стоит подчеркнуть, что влияние религии на современный менеджмент в здравоохранении остается значительным. Люди, исповедующие религиозные убеждения, иногда остаются на отшибе от новейших биомедицинских достижений. Этот факт подтверждает, что мировые религии продолжают предоставлять ответы на фундаментальные вопросы о смысле жизни и методах её поддержания.

Список литературы

1. Намберс Рональд Л., Ларсон Эдвард. Творение, эволюция и границы науки: дискуссия в Соединенных Штатах // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. – 2015. – Т. 33. – №. 4 – С. 55-83.

2. Харрис С. Конец веры. Религия, террор и будущее разума // Москва: Издательство ЭКСМО. – 2011. – 496 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ: САМООЦЕНКА И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ЗАПРОС

Довжик И.А., Тимошилов В.И.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск*

Введение. В настоящее время остается высокая заболеваемость болезнями сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем и распространенность проблемы избыточного веса. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в России за 2019 год умерло 3,01 на 100 000 населения из-за заболеваний опорно-двигательной системы и соединительной ткани и 216 человек на 100 000 населения из-за ишемической болезни сердца. А также у 23,1% населения имеется избыточный

вес [1]. В связи с этим с целью профилактики требуется пропаганда активного спорта, повышения двигательной активности и реабилитационных услуг. В восприятии населением имеются медико-социальные проблемы, которые связаны с профессиональной спецификой работы и возрастом. Отдельно нужно рассматривать студентов-медиков, т.к. у них имеются профессиональные знания, но не всегда они их используют в собственной жизни.

Цель исследования. Изучить фактическую физическую активность, её самооценку и возможность использования оздоровительно-реабилитационных услуг студентами-медиками Курской области.

Материалы и методы исследования. Исследование представляло собой опрос 165 студентов КГМУ с охватом всех курсов обучения для обеспечения возрастной репрезентативности. Объем выборки соответствует поисковому значению исследования с уровнем достоверности результатов 90%. Результаты анкетирования представлены в виде экстенсивных показателей.

Результаты исследования. Большинство респондентов считают, что имеют недостаточную физическую активность 52%. Однако 40% опрошенных отвечают, что выполняют норму и лишь 8% имеют повышенную физическую активность.

Ведущим видом физической активности является легкая атлетика (бег, прыжки в длину, скандинавская ходьба, спортивная ходьба и т.д.), который указали 29,1% респондентов. Второе место занимают танцы и художественная гимнастика – 27,3%. Практически четверть опрошенных занимаются игровыми командными видами спорта (футбол, волейбол, баскетбол, хоккей и т.д.) – 24,8%. Отдельно можно выделить физическую активность на даче – 20,6%. Меньшую популярность имеют тяжёлая атлетика (Body-билдинг, гиревой спорт, кросс-фит и т.д.) – 23%; водные виды спорта (плавание, гребля (академическая), сплавление на байдарках, подводный хоккей и т.д.) – 18,2%; игровые индивидуальные виды спорта (настольный теннис, бадминтон, боулинг и т.д.). Существенно уступают боевые искусства (борьба, бокс, карате, самбо и т.д.) 9,1% и иные виды физической активности 1,8%. Систематически не занимаются 29,7% респондентов, однако следует отметить, что 70,3% занимаются каким-то из перечисленных видов спорта и заинтересованы в повышении своей физической активности.

Несмотря на то, что для поддержания должного уровня физической нагрузки необходимо контролировать его, 47% респондентов не отслеживают с помощью специальных электронных устройств и программ (фитнес-браслет, смарт-часы, мобильные приложения и т.д.) свою активность, однако 53% за ней следят.

Среди тех, кто контролирует свою физическую активность с помощью специальных электронных устройств и программ (фитнес-браслет, смарт-часы, мобильные приложения и т.д.) достигают нормы физической активности ежедневно лишь 19% респондентов. Наиболее часто опрошенные выполняют норму 3-5 дней в неделю – 65%; а также менее двух раз в неделю – 16%.

С целью улучшения собственного здоровья и самочувствия готовы воспользоваться мероприятиями оздоровительного и профилактического 81% респондентов: из них 48% на бюджетной и 33% на договорной основе. А также 19% опрошенных не испытывают потребности в дополнительных медицинских процедурах.

Если рассматривать экономический аспект, то 22% респондентов готовы тратить 1000 – 2 500 рублей в месяц. Такое же количество опрошенных согласны выделять из своего бюджета 2 500 – 5 000 рублей в месяц. Однако 17% и 7%

респондентов соответственно готовы тратить 500 – 1 000 рублей в месяц и 0 – 500 рублей в месяц. Лишь 10% могут выделить из своего бюджета более 5 000 рублей в месяц на мероприятия оздоровительного и профилактического характера.

Заключение. Таким образом, можно сделать выводы, что:

1. Существует общественный запрос на бюджетное финансирование спортивно-оздоровительной работы.

2. Только 7% опрошенных совершенно не готовы тратить деньги на такие занятия, а 39% готовы к расходам до 2 500 рублей в месяц.

3. О субъективной удовлетворенности физической активностью заявляют 40%, что при этом не соответствует данным объективного контроля.

4. Общим результатом исследования можно считать установленный общественный запрос на реализации персонализированной модели спортивно-оздоровительной работы на базе университета в рамках существующего финансирования.

Список литературы

1. Разина А.О., Руненко С.Д., Ачкасов Е.Е. Роль физической реабилитации в комплексном лечении ожирения и коррекции избыточной массы тела // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – №. 4. – С. 93-103.

ТЕНДЕНЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ)

Дубгорин А.А., Еругина М.В., Кром И.Л., Войтешак А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Современный этап развития паллиативной медицинской помощи (ПМП) представляет непрерывный процесс совершенствования организационных форм ее оказания, механизмов реализации и нормативного регулирования. Актуальность развития системы ПМП связано с ежегодным увеличением потребности в оказании паллиативной помощи по причине тенденции старения населения и накопления доли хронических заболеваний в популяции. Оказание качественной паллиативной помощи невозможно без системы подготовки специалистов, а дефицит квалифицированных кадров, оказывающих ПМП, в первичном звене здравоохранения приводит к перераспределению функциональных обязанностей и дополнительной профессиональной нагрузке на врачей общего профиля. Основная роль в оказании ПМП на амбулаторном этапе отводится врачам первичного звена (участковый врач-терапевт, врач общей практики), осуществляющим непосредственное взаимодействие с пациентом и его родственниками. [1; 2; 3].

Цель исследования. Выявление региональных особенностей оказания паллиативной медицинской помощи на амбулаторном этапе в Саратовской области.

Материалы и методы исследования. В качестве материала исследования были разработана оригинальная анкета для врачей (участковые врачи-терапевты, врачи общей практики), оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПСМП).

Статистические данные обрабатывались с использованием программных средств Microsoft Excel. Была проведена оценка значимости различия независимых выборок с помощью t-критерия Стьюдента, при котором разность относительных величин рассматривалась как статистически значимая при $t \geq 2$, $p \leq 0,05$. Данные представлялись в виде $P \pm m$, где P – относительная величина, а m – её стандартная ошибка. Для обеспечения репрезентативности в бесконечно крупной совокупности, в исследовании участие 405 врачей терапевтов-участковых и врачей общей практики поликлиник г. Саратова.

Результаты исследования. На основании ранее полученных результатов, свидетельствовавших о том, что в Саратовской области имеется недостаточная обеспеченность и укомплектованность специалистами, оказывающими ПМП, был проведен социологический опрос в медицинских организациях региона по вопросам практического оказания ПМП.

Большинство респондентов – врачей ПМСП принадлежали к возрастной группе от 22 до 32 лет (46,3% опрошенных), 92,8% опрошенных респондентов работают в городских поликлиниках областного центра, 7,2% – в районных поликлиниках Саратовской области. Средний опыт работы в медицинских организациях составил $9,4 \pm 1,3$ года, 23,2% имеют квалификационную категорию, 1,4% – ученую степень.

Анализ результатов анкетирования отражает негативную тенденцию по вопросам подготовки специалистов в области ПМП: $24 \pm 1,2\%$ врача указали, что в их организациях ПМП оказывается специалистами, имеющими сертификат о повышении квалификации по вопросам оказания паллиативной помощи, $4 \pm 2,1\%$ респондентов указали, что ПМП оказывается участковыми врачами-терапевтами и врачами общей практики. Только 15,3% респондентов ответил положительно на вопрос о наличии сертификата об успешном освоении программы повышения квалификации по вопросам оказания ПМП. При ответе на вопрос «Что Вы чувствуете при общении с пациентом, нуждающимся паллиативной помощи?» $61 \pm 1,8\%$ врачей испытывают неуверенность при общении с пациентом, нуждающимся в ПМП по причине нехватки знаний и умений при оказании ПМП. Врачи ПСМП в 69% ситуаций направляют пациентов в медицинские организации, оказывающие профильную специализированную помощь, при встрече с более тяжелыми клиническими случаями и пациентами в терминальном или пограничном состоянии.

Заключение. Проблема кадрового дефицита специалистов по паллиативной помощи на амбулаторном этапе в Саратовской области остается значительной: при отсутствии в медицинской организации специалиста по паллиативной помощи ПМП оказывают участковые врачи-терапевты и врачи общей практики, не имеющие достаточной квалификации и нужных компетенций. Часть специалистов, оказывающих ПМП пациентам, не имеют повышения квалификации по данному профилю, что может негативно отразиться на качестве оказания медицинской помощи и требует дополнительного изучения.

Список литературы

1. Дубгорин А.А., Еругина М.В. Организационно-экономические тенденции оказания паллиативной медицинской помощи в Саратовской области // Week of Russian science (WeRuS-2023): Сборник материалов XII Всероссийской недели

науки с международным участием, посвященной Году педагога и наставника, Саратов. – 2023. – С. 37-39.

2. Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Шебалова Е.М., Балашова М.Е. Организация паллиативной медицинской помощи на региональном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – №. 3. – С. 464-468.

3. Дубгорин А.А., Коваленко Е.В., Балакина Д.Д., Анников Ю.Г. Проблемы и перспективы организации паллиативной медицинской помощи в России (обзор нормативных актов) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17. – №. 2. – С. 214-220.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

**Камалова А.А.¹, Ханафина М.А.^{1,2}, Гильманова Д.А.²,
Юсупова А.Н.², Гумерова А.М.²**

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская детская больница №1» г. Казани

Введение. Спинальные мышечные атрофии (СМА) — группа орфанных генетически детерминированных нервно-мышечных заболеваний, которые характеризуются первичной прогрессирующей дегенерацией нейронов передних рогов спинного мозга. СМА является генетически гетерогенным заболеванием: возможны все типы наследования. Наиболее часто встречается ранняя детская форма с аутосомно-рецессивным наследованием [1]. Тяжесть течения и прогноз СМА зависит от типа заболевания [2]. Оказание качественной амбулаторно-поликлинической помощи пациентам с СМА является важнейшим звеном в увеличении продолжительности и поддержании качества жизни данных пациентов.

СМА характеризуется существенным социально-экономическим бременем [3].

Цель исследования. Обозначить основные аспекты оказания медицинской помощи детям СМА в амбулаторных условиях; описание клинического случая.

Материалы и методы исследования. Был проведен комплексный обзор литературы на изучаемую тему; анализ и описание клинического случая.

Результаты исследования. Основными аспектами оказания амбулаторной медицинской помощи на дому пациентам с СМА являются:

Регистрация заболеваемости

В настоящее время в Российской Федерации отсутствует официальный регистр пациентов с СМА. Корректные данные о распространённости и заболеваемости СМА помогут в организации адекватной профилактической, диагностической и лечебной помощи пациентам.

Респираторная поддержка

Организация респираторной поддержки на дому является одним из важнейших приоритетов оказания помощи пациентам с СМА. Основными задачами

респираторной поддержки детей с СМА является очищение дыхательных путей и неинвазивная (или инвазивная) вентиляция легких. Дети с СМА должны быть обеспечены на дому аппаратами для вентиляции легких, электроотсосом, инсуфлятором-аспиратором и мешком дыхательным типа Амбу [2].

Нутритивная поддержка

Необходимо оценивать в динамике состояние питания детей с СМА с целью поддержания нутритивного статуса. Пациентам с выраженной дисфагией показано кормление через назогастральный зонд с последующей установкой гастростомы [2]. В таких случаях для питания детей рекомендуется использовать жидкую пищу и специальные сбалансированные смеси для энтерального питания.

Организация психо-эмоциональной помощи

И пациенты, и члены их семей сталкиваются психологическими трудностями принятия диагноза. Основными задачами психо-эмоциональной помощи являются: обеспечение адаптации ребенка со СМА и его семьи к окружающей действительности, препятствуя их уходу в болезнь и социализация семьи.

Профилактика

Основой профилактики СМА является эффективное медико-генетическое консультирование.

Клинический случай

Девочка А., 11 лет. Родилась от I беременности, I срочных естественных неосложненных родов. На первом году жизни развивалась с отставанием в физическом развитии. Диагноз СМА I типа был генетически подтвержден в возрасте 1 года. В возрасте 1 года девочка была госпитализирована в отделение реанимации с диагнозом «аспирационная пневмония», и в возрасте 2 лет была выписана под амбулаторное сопровождение. Первый аппарат ИВЛ был предоставлен семье благотворительным фондом «Вера», в последующем аппараты предоставлялись через отделение паллиативной помощи Детской Республиканской Клинической больницы г. Казани. В данный момент девочка находится на аппарате ИВЛ Monnal T50 и госпитализируется каждые 2 месяца для замены трахеостомической трубки (Shiley). Девочка является носителем гастростомы с 2017 года и госпитализируется каждые 6 месяцев для замены трахеостомической трубки. Ребенок осматривается ежемесячно на дому педиатром и неврологом; также осматривается узкими специалистами в декретированные сроки. Девочка обеспечивается на дому препаратом Рисдиплам, специализированными смесями для питания, расходными материалами.

Заключение. СМА является хроническим прогрессирующим заболеванием, поэтому пациентам требуется постоянная амбулаторная медицинская помощь. Эффективное взаимодействие медицинских работников и членов семей пациентов лежит в основе улучшения качества жизни детей с СМА.

Список литературы

1. Колбин А.С., Влодавец Д.В., Курылев А.А., Балыкина Ю.Е., Проскурин М.А. и др., Анализ социально-экономического бремени спинальной мышечной атрофии в Российской Федерации // Фармакоэкономика. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. – 2020. – Т. 13. – №. 4. – С. 337–354
2. Клинические рекомендации: Проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q. – 2023. – 117 с.
3. Колбин А.С., Влодавец Д.В., Курылев А.А., Германенко О.Ю., Колбина Н.Ю. и др. Оценка технологий здравоохранения орфанных заболеваний. На примере

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗА 2011–2022 ГОДЫ

Карева А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Введение. Проблема болезней органов дыхания (БОД), имеющая существенное социально-экономическое значение, сохраняет свою значимость для системы здравоохранения РФ [1]. Причина заключается в том, что БОД занимают лидирующее положение в структуре общей заболеваемости населения РФ и наносят ущерб здоровью населения за счет временной и стойкой утраты трудоспособности и смертности [2]. В результате распространения новой коронавирусной инфекции в 2020 году были отмечены изменения в уровне и структуре заболеваемости населения со смещением акцента в сторону инфекционных заболеваний [3; 4]. При этом наиболее распространенным и тяжелым клиническим проявлением COVID-19 являлась пневмония [3].

Цель исследования. Провести анализ общей и первичной заболеваемости БОД взрослого населения Санкт-Петербурга за 2011-2022 гг. с акцентом на пневмонию (классы J12-J18 по МКБ-10).

Материалы и методы исследования. В качестве материалов были использованы данные, ежегодно предоставляемые медицинскими организациями по статистической форме №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», за 2011-2022 гг. по классу БОД. В качестве методов исследования были применены: описательная статистика, показатели динамического ряда.

Результаты исследования. В Санкт-Петербурге за последние 12 лет общая заболеваемость БОД среди лиц 18 лет и старше выросла на 50,7% и составила в 2022 году 47951,0 случаев на 100 тыс. населения. При этом с началом пандемии COVID-19 наблюдался выраженный рост показателя с максимальным темпом прироста в период с 2021 по 2022 год – 16,8%. С 2020 по 2022 год данная тенденция к увеличению общей заболеваемости БОД сохранялась среди населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста. Причем среди мужчин 18-59 лет и женщин 18-54 лет значения данного показателя были несколько выше с наибольшим уровнем в 2022 году – 49052,6 случаев на 100 тыс. населения.

Первичная заболеваемость БОД взрослого населения Санкт-Петербурга в 2022 году составила 41277,5 случаев на 100 тыс. населения. В динамике к 2011 году данный показатель увеличился на 68,4%. Наиболее выраженное увеличение показателя было отмечено с 2021 по 2022 год, темп прироста составил 18,5%. За аналогичный период выше прирост (на 30,7%) показателя был среди населения старше трудоспособного возраста.

В 2022 году в структуре первичной заболеваемости БОД взрослого населения Санкт-Петербурга преобладали (91,0%) острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей J00-J06. На втором месте были отмечены острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей J20-J22 с удельным весом 3,6%, на третьем – пневмонии J12-J16, J18 (0,9%). Удельный вес последней был выше в 2020 и 2021 гг. (3,5% и 3,1% соответственно).

Среди взрослого населения Санкт-Петербурга в период с 2011 по 2019 г. первичная заболеваемость пневмонией снизилась на 39,4% с 385,1 до 233,3 случаев на 100 тыс. населения. В период распространения COVID-19 произошел выраженный рост (показатель наглядности по сравнению с базовой величиной 2011 года составил 286,9%) данного показателя до максимального значения, зарегистрированного в 2020 году – 1105,0 случаев на 100 тыс. населения. В 2021 и 2022 гг. уровень первичной заболеваемости пневмонией взрослого населения снизился и составил 1083,3 и 380,7 случаев на 100 тыс. населения соответственно.

Заключение. За анализируемый период с 2011 по 2022 гг. был отмечен рост как общей, так и первичной заболеваемости БОД среди взрослого населения Санкт-Петербурга. В структуре БОД особое внимание было уделено пневмонии, доля которой в период распространения COVID-19 возросла до 3,5%, а уровень заболеваемости увеличился в 4,7 раза. Полученные в результате проведенного мониторинга количественные параметры, характеризующие состояние респираторного здоровья взрослого населения Санкт-Петербурга, могут быть основой для планирования деятельности и оценки эффективности управления пульмонологической службой [3].

Список литературы

1. Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. Заболеваемость, инвалидность и смертность от болезней органов дыхания в Российской Федерации (2015–2019) // Пульмонология. – 2021. – Т. 31. – №. 5. – С. 551–561.
2. Кураева В.М., Фейгинова С.И., Подчернина А.М. Анализ показателей заболеваемости по классу болезней органов дыхания взрослого населения города Москвы и Российской Федерации // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 6-15.
3. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Полянская Е.В., Перельман Ю.М. Динамика заболеваемости населения болезнями органов дыхания в пандемический по COVID-19 период на территории Дальневосточного федерального округа // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2021. – №. 81. – С. 8-18.
4. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я., Янковская Я.Д., Бутова С.В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты // Архивъ внутренней медицины. – 2020. – Т. 10. – №. 2. – С. 87-93.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПРЕГНАВИДАРНЫХ ПРОТОКОЛОВ

Котеняткина А.А., Исраилова Ф.А.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина», г. Бишкек

Введение. Нутритивная недостаточность – патологический процесс, характеризующийся недостаточностью поступления витаминов и минералов, сопровождающийся стойкими изменениями трофического гомеостаза [1]. Прегравидарная подготовка – комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение рисков патологии плода [2, 3]. Сегодня доступно репродуктивное просвещение, существуют протоколы по прегравидарной подготовке, но проблема нутритивной недостаточности беременных женщин остаётся как прежде актуальной. Вопрос об эффективности работы прегравидарных протоколов в отношении нутритивного статуса в настоящее время недостаточно освещён.

Цель исследования. Сравнить нутритивный статус небеременных и беременных женщин на разных сроках гестации для определения эффективности работы прегравидарных протоколов.

Материалы и методы исследования. Проведено одномоментное поперечное исследование путём анонимного анкетирования. В исследовании приняли участие женщины (n=100): 50 небеременных (от 17 до 38 лет) и 50 беременных на разных сроках гестации, от 7 до 37 недель (от 18 до 36 лет). Анкетирование проводилось с 29.01.2023 г. по 1.03.2023г. Анкета оценивает качество и количество питания, особенности рациона, образ жизни. Ссылка на анкету <https://docs.google.com/forms/d/1aN8Z0n3g3QeiiEM59mBEETOfUiluaBuv80zVPS7fVYI/edit?usp=drivesdk>. Данные обработаны в программе «SPSS 16.0».

Результаты исследования. Небеременные женщины: 80% не соблюдают соотношения белков, жиров и углеводов (БЖУ) в рационе. 74% не потребляют морепродукты. 48% сочетают приём мясной пищи с чаем. 56% женщин не получали витаминотерапию до периода беременности. Выявлен дефицит микроэлементов: I (96%), Se (76%), Mg (70%), Fe (66%), Ca (62%); среди полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) – Омега-3 (60%), Омега-6 (86%); среди витаминов – D3 (74%), B9 (68%). Образ жизни: 42% – умеренный, 40% – активный, 18% – малоподвижный. 82% женщин не соблюдают биоритм.

Беременные женщины: 46% не соблюдают соотношения БЖУ. 70% не потребляют морепродукты. 72% сочетают приём мясной пищи с чаем. 82% беременных женщин не получали витаминотерапию в период беременности. Выявлен дефицит микроэлементов: I (100%), Mg (92%), K (86%), Fe (76%), Ca (68%); среди ПНЖК – Омега-3 (40%), Омега-6 (94%); среди витаминов – B4 (84%), B9 (76%), B5 (72%). Образ жизни: 38% – умеренный, 38% – малоподвижный 24% – активный. 78% женщин не соблюдают биоритм.

Проведён сравнительный анализ между небеременными и беременными женщинами на разных сроках гестации по потреблению суточной нормы витамина D, фолиевой кислоты, железа и йода, потребление мяса с чаем. В ходе анализа отмечается дефицит йода, железа, фолиевой кислоты, витамина D как у небеременных, так и у беременных женщин. Есть статистически значимые ($p=0.01$) слабые (V Крамера = 0.257) различия между группами беременных и небеременных по употреблению мясной пищи с чаем. Беременные женщины статистически значимо чаще употребляют мясную пищу с чаем. Выявлен ряд корреляционных связей (где $p<0.05$): потребление морепродуктов влияет на уровень витамина D (-0,246); биоритм влияет на уровень селена (0,244), железа (0,214) и кальция (-0,277). Отмечается корреляционная связь между биоритмом и уровнем железа, кальция и селена.

Заключение. Наблюдается выраженный дефицит микроэлементов и витаминов как у небеременных, так и у беременных женщин, что позволяет сделать вывод о неэффективности работы прегравидарных протоколов в отношении нутритивного статуса. Приём витамина D, фолиевой кислоты и йода является обязательным при наличии беременности [4, 5]. Отсутствие подготовки до и после беременности резко повышает риск развития патологии не только плода в дальнейшем, но и ухудшает качество жизни женщины. Существует острая необходимость контроля эффективности работы прегравидарных протоколов.

Список литературы

1. Костюкевич О.И., Свиридов С.В., Рылова А.К., Рылова Н.В., Корсунская М.И. и др. Недостаточность питания: от патогенеза к современным методам диагностики и лечения // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89. – №. 12–2. – С. 216–225.
2. Елгина С.И., Кабанова С.В., Ситникова О.А., Мозес В.Г., Рудаева Е.В. и др. Информированность студентов медицинского вуза о прегравидарной подготовке // Мать и дитя в Кузбассе. – 2022. – Т. 90. – №. 3. – С. 157-160.
3. Волков В.Г., Сметанкина С.В., Вольнягина А.С., Фатенко С.Н. Оценка приверженности к прегравидарной подготовке беременных в центральной полосе России // Вестник проблем биологии и медицины. – 2018. – Т. 2. – №. 4. – С. 135-138.
4. Астахова Т.Ю. Обеспеченность витамином D беременных женщин, проживающих в условиях ханты-мансийского Автономного округа – Югры // Журнал медико-биологических исследований. – 2023. – Т.11. – №. 1. – С. 14-22.
5. Гасанова Н.Д. Сезонность недоношенности, перинатальной смертности и дефицита фолиевой кислоты в крови беременных// Акушерство, Гинекология и Репродукция. –2020. – Т. 14. – №. 5. – С. 568-576.

ОЦЕНКА КАДРОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (НА ПРИМЕРЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

Кочорова Л.В.¹, Баженова О.А.¹, Соколов И.А.²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Введение. Актуальность исследования определяется высоким уровнем заболеваемости, связанной с поражением нервной системы, и необходимостью повышения качества и эффективности деятельности нейрохирургической помощи [1, 2, 4]. Общая и первичная заболеваемость на конец 2021 года в Санкт-Петербурге составляли 51,9⁰/₀₀ и 5,5⁰/₀₀ соответственно. Уровень госпитализации - 2,8⁰/₀₀. В статье приведен анализ и оценка состояния кадров стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев нейрохирургической службы.

Цель исследования. Статистическая оценка показателей работы нейрохирургической службы в Санкт-Петербурге в 2021 году.

Материалы и методы исследования. Отчётная документация (формы 12, 14, 30) за 2021 год. Сплошной метод исследования. По форме 12 было рассмотрено 278983 случаев заболеваний нервной системы, по форме 14 было изучено 15146 случаев заболеваний нервной системы, по форме 30 было рассмотрено 16682 случаев посещений врачами первичного звена пациентов с нейрохирургическими заболеваниями.

Результаты исследования. Суммарное число штатных должностей врачей-нейрохирургов в 2021 году в Санкт-Петербурге составляло 338,8 единиц (333,8 единиц в стационарном звене и 5,0 единиц в амбулаторном звене). Число физических лиц врачей-нейрохирургов - 242 человека. Таким образом, укомплектованность штатов в 2021 году в Санкт-Петербурге была равна 83,5% (в стационарном звене – 83,7%, в амбулаторном звене – 75%). Обеспеченность населения врачами-нейрохирургами – 0,5⁰/₀₀₀₀. Коэффициент совместительства – 1,2.

В амбулаторных условиях в 2021 году было зарегистрировано 16682 случаев посещений врачей по поводу нейрохирургических патологий, включая профилактические. Из них по поводу заболевания было сделано 84,9% посещений. Частота посещений составила 3,37 на 1000 населения. Главным образом врачи проводят диспансеризацию пациентов по профилю патологии. Под диспансерным наблюдением находилось 23% пациентов, 11% – это пациенты с впервые в жизни установленным диагнозом. На конец 2021 года под диспансерным наблюдением состояло 54516 человек.

Оценка профессиональной характеристики специалистов нейрохирургической службы показала, что довольно у большого процента врачей (51,7%) не было квалификационной категории. Высшую категорию имели 30,2% специалистов, первую – 13,2%, вторую – 5%.

Заключение. Несмотря на довольно низкий коэффициент совместительства, с учетом высоких заболеваемости и болезненности населения Санкт-Петербурга нейрохирургическими патологиями укомплектованность штатов недостаточна [1, 3]. Особенно обращает на себя внимание низкая укомплектованность штатов первичной врачебной медико-санитарной помощи [5]. Беспокойство вызывает и низкая заинтересованность врачей-нейрохирургов в повышении своей квалификации [2, 4]. На данный момент целесообразно сохранение и развитие кадрового потенциала амбулаторного звена путем обеспечения непрерывного последипломного повышения квалификации в области нейрохирургии специалистов, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь, и привлечение большего числа врачей-нейрохирургов в амбулаторное звено [2, 3, 5].

Список литературы

1. Клюковкин К.С., Кожин С.А., Кочорова Л.В., Окулов М.В., Климахина А.С. Формирование мотивационных установок профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 4. – №. 21. – С. 36–42.

2. Клюковкин К.С., Кочорова Л.В., Окулов М.В., Кожин С.А. Современные проблемы профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 2. – №. 70. – С. 149–152.

3. Корхмазов В.Т. Российская нейрохирургия до и во время пандемии COVID-19. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение // Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8. – №. 1. – С. 114–129.

4. Перхов В.И., Потапов А.А., Тяняшин С.В. Показатели работы стационаров нейрохирургического профиля в субъектах Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №. 10. – С. 24–30.

5. Приказ Министерства здравоохранения № 931н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия». – 2012. URL: <https://docs.cntd.ru/document/902392039> (дата обращения 17.01.23).

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кочорова Л.В., Шапиро К.И., Авакян М.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Введение. Патологоанатомическая служба играет важную роль в морфологической диагностике болезней, контроле качества медицинской помощи, разработке статистических показателей заболеваемости и смертности населения, обучении медицинских работников, в научных клинических и медико-биологических исследованиях. Однако обнаруживается несоответствие между профессиональной нагрузкой и условиями труда врачей-патологоанатомов. Данная проблема существует значительное время, но исследования в этой области редки, и они не привлекают должного внимания.

Цель исследования. Выявление недостатков организации работы патологоанатомической службы, предоставление конкретных данных, которые позволили бы изменить настоящее отношение к данной проблеме, определение путей совершенствования существующей системы организации патологоанатомической службы и направления дальнейших исследований.

Материалы и методы исследования. В ходе работы были проанализированы статистические данные о работе патологоанатомической службы, предоставленные Санкт-Петербургским государственным удостоверяющим предприятием «Санкт-Петербургский информационно-аналитический центр», а также использовались демографические показатели города Санкт-Петербурга Федеральной службы государственной статистики (2006-2021 гг.). В ходе исследования были использованы аналитический и статистический методы.

Результаты исследования. Были исследованы показатели обеспеченности населения врачами-патологоанатомами. Исходя из нормативов, установленных Министерством здравоохранения РФ [1;2], количество врачей на 10 000 населения не должно быть меньше 0,29. Таким образом, с учётом соответствующей среднегодовой численности населения [3], установлено, что за 2006-2021 годы фактическое количество врачей было неизменно выше минимума, соответствующего нормативу.

Общие показатели укомплектованности штатов за указанный промежуток времени снижаются, но составляют не менее 91%. Однако с 2016 года ведется учет показателей амбулаторных и стационарных учреждений. В связи с этим было

выявлено, что в 2021 году резко снизился показатель укомплектованности штатов в амбулаторных учреждениях – до 57%. В то же время в учреждениях, не относящихся к амбулаторным или стационарным, в частности таких как патологоанатомические бюро и НИИ, показатель укомплектованности соответствует 100%.

Отмечается тенденция к снижению показателей коэффициента совместительства за указанный период - с 4 до 2,5. Однако в связи с учетом с 2016 года показателей амбулаторных и стационарных учреждений обнаружено, что коэффициент совместительства в этих учреждениях не превышает 1,7, в то же время в таких организациях как патологоанатомическое бюро и НИИ показатель в 2016 году был равен 7,0, а в 2021 году 5,7, что свидетельствует о высокой нагрузке специалистов.

К 2021 году значительно увеличилось (с 39% до 57%) относительное количество патологоанатомических исследований. Дальнейшее увеличение доли вскрытий ограничено законодательными актами, позволяющими отказаться от проведения аутопсии по решению родственников или лечащего врача [4; 5].

Исходя из структуры смертности населения Санкт-Петербурга за 2006-2021 гг. [3], отмечается почти пятикратное увеличение количества летальных исходов от неизвестных причин в 2021 году – с 56 до 280 случаев на 100 000 населения.

Заключение. По итогам исследования выявлена необходимость пересмотра некоторых нормативов, касающихся патологоанатомической службы, в частности показателя обеспеченности населения специалистами. Необходимо дальнейшее увеличение доли аутопсий в целях повышения качества лечения пациентов и улучшения диагностики причин летального исхода. Следует провести исследование по оценке качества работы патологоанатомической службы на основании выявленных коэффициента совместительства и структуры смертности населения РФ.

Список литературы

1. Сон И.М., Леонов С.А., Матвеев Э.Н., Гажева А.В., Мургина О.В. и др., Методика расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах: методические рекомендации // Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – 2012. – №. 16. – С. 33.

2. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 26 июня 2014 г. № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах». – 2023.

URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70610704/> (дата обращения 26.03.2023).

3. Федеральная служба государственной статистики. – 1999.

URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения 26.03.2023).

4. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 30 мая 2016 г. N 09-01/5132 О приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016 года N 179н «О Правилах проведения патологоанатомических исследований». – 2023.

URL: <https://base.garant.ru/22545034/> (дата обращения 26.03.2023).

5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция). – 1997.

URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 26.03.2023).

СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕНТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Кром И.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Одной из важнейших проблем систем здравоохранения в мире в XXI в. является растущее бремя хронических заболеваний. Возросшая продолжительность жизни, достижения современной медицины привели к увеличению числа пациентов, живущих с хроническими болезнями. Значительному количеству пациентов с хроническими заболеваниями необходима паллиативная помощь [1].

Цель исследования. Анализ современного контента паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями в терминальной ситуации болезни.

Материалы и методы исследования. Обзор литературы проводился по материалам зарубежных реферативных и полнотекстовых баз данных.

Результаты исследования. Паллиативная помощь возникла как междисциплинарная деятельность, направленная на управление болью, а также решение психологических, социальных и духовных проблем, нарушающих качество жизни пациентов при неизлечимой болезни [2]. В современной медицинской практике паллиативная помощь ориентирована на оказание поддержки пациентам с ограничивающими жизнь заболеваниями на протяжении всей траектории болезни. В терминальной ситуации болезни паллиативная помощь играет основную роль в управлении симптомами, облегчении страданий, поддержке семьи и лиц, осуществляющих уход.

Континуум междисциплинарной помощи больным с хроническими заболеваниями интегрирует специализированные методы лечения с паллиативной помощью и реабилитацией в единый непрерывный процесс и определяется стадиями заболевания. Оптимальное соотношение составляющих континуума междисциплинарной помощи при хроническом заболевании имеет решающее значение для пациентов.

Известны исследования, которые рассматривают реабилитацию как необходимый раздел паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями в терминальной ситуации болезни. В этом случае реабилитация рассматривается как паллиативная реабилитация. Приоритетным направлением реабилитации больных является сохранение автономии и независимости. Однако, в нетерминальной ситуации болезни обсуждается социальная автономия. Реабилитация направлена на сохранение преморбидных социальных ролей, превенцию инвалидизации пациента и оптимизацию качества жизни пациента.

В терминальной ситуации болезни меняется ракурс независимости, реабилитация сосредоточена на физическом и эмоциональном функционировании больных, когда комфорт должен быть оптимизирован до наступления смерти. Физическое функционирование и независимость должны сохраняться как можно дольше для улучшения качества жизни пациентов и уменьшения бремени ухода за ними.

При организации паллиативной помощи пациентам в терминальной ситуации болезни для повышения качества «конца жизни» обсуждается интеграция паллиативной помощи в национальные системы здравоохранения. В исследованиях отмечается, что во многих случаях смерть пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями в больнице происходит при оказании чрезмерно интенсивного лечения. При этом немногим пациентам с хроническими заболеваниями, умирающим в больнице при неотложной госпитализации, ранее была предоставлена паллиативная помощь. Смерть в больнице пациентов в терминальном состоянии рассматривается как индикатор плохого качества конца жизни, как ненадлежащий уход, поскольку больница не является предпочтительным местом смерти для большинства пациентов. Ранняя интеграция паллиативной помощи в траекторию развития хронического заболевания улучшает контроль симптомов, повышает качество жизни, минимизирует неадекватные медицинские вмешательства в конце жизни.

Потребность в паллиативной помощи усиливается по мере того, как пациенты приближаются к смерти. В последние дни или часы жизни вмешательства, которые могут быть предоставлены паллиативным уходом, обеспечивают комфорт и заботу о пациенте. Целью является смерть, которая согласуется с желаниями пациента и его семьи, свободна от предотвратимых страданий, соответствует культурным особенностям, клиническим и этическим стандартам.

Заключение. Концептуальные подходы к формированию интегрированной медико-социальной помощи больным с хроническими заболеваниями в терминальной ситуации болезни предполагают комплексное междисциплинарное, исключаящее лишь эпизодическую помощь, сопровождение пациентов.

Список литературы

1. De Palma R., Fortuna D., Hegarty S., Louis D., Melotti R. et al. Effectiveness of palliative care services: A population-based study of end-of-life care for cancer patients // *Palliative Medicine*. – 2018. – V. 8. – №. 32. – P. 1344–1352.
2. Santiago-Palma J., Payne R. Palliative care and rehabilitation // *Cancer*. – 2001. – V. 4. – №. 92 – P. 1049–1052.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ МАССОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЯХ ПОСТРАДАВШИХ И ПУТИ ИХ НИВЕЛИРОВАНИЯ

Масляков В.В., Сидельников С.А., Пименова А.А., Поликарпов Д.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Проблема организации приема при групповых и массовых поступлениях пострадавших из районов чрезвычайных ситуаций (ЧС) в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), проведения им медицинской сортировки и оказания медицинской помощи не теряет своей актуальности в современных условиях [1, 2].

Цель исследования. Выявить проблемные вопросы организации и выполнения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) различного уровня, при массовых поступлениях пострадавших из районов чрезвычайных ситуаций (ЧС) и определить пути их нивелирования.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 136 пострадавших, доставленных из районов ЧС в ЛПУ г. Саратова и Саратовской области за период с 2010 по 2021 годы. Все поступившие были доставлены бригадами скорой медицинской помощи (БСкМП). Исследование сплошное, ретроспективное, в качестве первичной документации использованы истории болезней пострадавших.

Результаты исследования. Как показывает проведенное исследование из 136 пострадавших, доставленных в лечебные учреждения г. Саратова и Саратовской области, различные ошибки в организации поведения медицинской сортировки и оказания пострадавшим медицинской помощи отмечены в 76 (55,9%) случаях.

Все ошибки условно можно разделить на две большие группы. Первая, наиболее часто встречаемая, была связана с организацией процесса приема при массовых поступлениях пострадавших из зон ЧС. Такие ошибки зарегистрированы в 52 (38,2%) наблюдениях.

Все ошибки первой группы можно разделить на два блока. Первый блок ошибок – это отсутствие проведения медицинской сортировки пострадавших или её некачественное проведение – 43 (31,6%) случая. Они обусловлены нехваткой персонала при осуществлении медицинской сортировки или недостаточными знаниями по её проведению. В данном случае мы имели в виду привлечение специалистов, имеющих недостаточно опыта, которые не могут качественно и быстро оценить состояние пострадавших.

Второй блок ошибок был обусловлен удлинением времени оказания медицинской помощи – 9 (6,6%) случаев и, соответственно, в травмоцентрах 1 уровня – 2 (1,5%), в травмоцентрах 2 уровня – 3 (2,2%) и в травмоцентрах 3 уровня – 4 (2,9%) случая. К данной ситуации мы относили те случаи, когда суммарное время от момента поступления в приемное отделение до момента поступления в отделение превышало 10 минут.

Ко второй группе ошибок были отнесены случаи, когда происходила недооценка тяжести состояния, неправильная постановка диагноза, связанная с ошибкой, неполноценное проведение противошоковой или инфузионной терапии. Данную категорию ошибок обозначили как лечебные. Они встречались реже и отмечены лишь в 9 (6,6%) случаях и все зарегистрированы только в травмоцентрах 3 уровня.

Также предлагаем использовать нами разработанную программу «Математическо-статистический расчет необходимого количества медицинского персонала при массовом поступлении пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий» [3].

Разработанная программа прошла государственную регистрацию и представляет собой способ определения необходимого количества врачей с помощью специальной формулы: $y = -0,0015x^3 + 0,0574x^2 + 0,3295x + 0,3228$,

где y – количество требуемого медицинского персонала (полученное значение округляется до ближайшего целого по правилу округления),

x – количество поступивших пострадавших.

Заключение. 1. Ошибки в проведении медицинской сортировки и при оказании медицинской помощи пострадавшим, доставленным из зон ЧС в приемно-диагностические отделения ЛПУ выявлены в 55,9% случаев.

2. Все ошибки условно разделяются на две большие группы. Первая связана с организацией процесса приема пострадавших из зон ЧС и проведения им медицинской сортировки – 38,2% случаев. Вторая обусловлена недооценкой тяжести состояния пострадавших, и она зарегистрирована в 6,6% случаев. Большая часть из них отмечена в травмоцентрах 3 уровня.

3. С целью оптимизации привлечения врачей при массовых поступлениях пострадавших в ЛПУ, рекомендуем использовать разработанную программу и внедрять реверсивный метод привлечения персонала в приемно-диагностические отделения.

Список литературы

1. Кузовлев О.П., Шабловский О.Р., Лаптев В.А., Иванов Ю.В. Опыт оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях // Медицина экстремальных ситуаций. – 2011. – Т. 4. – №. 38. – С. 5-13.

2. Баранов А.В., Ключевский В.В., Барачевский Ю.Е. Организация медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном этапе медицинской эвакуации // Политравма. – 2016. – №. 1. – С. 12-17.

3. Масляков В.В., Барулина М.А., Павлова О.Н., Сидельников С.А., Пименова А.А. и др. Программа расчета необходимого количества медицинского персонала при массовом поступлении пострадавших // Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ 2022681281, 11.11.2022. Заявка №2022680930 от 08.11.2022.

РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ» СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Михайлов В.Ю., Решетников В.А.

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

Введение. Организация оказания медицинской помощи по профилю «урология» в рамках функционирующей модели трехуровневой системы в разных субъектах РФ имеет региональные различия [1]. Отсутствие четких механизмов маршрутизации, наличие сложностей с телемедицинскими консультациями, проблем с кадровым обеспечением, оснащенностью медицинских организаций, выполнением медицинских стандартов затрудняет для пациентов получение качественной медицинской помощи, что подтверждается сохраняющимся значительным количеством послеоперационных осложнений, высокими уровнями инвалидизации, летальности [2].

Цель исследования. Повышение эффективности урологической службы при оказании медицинской помощи населению на основе реализации функций Национального медицинского исследовательского центра (НМИЦ) по профилю «урология» Сеченовского Университета.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ показателей деятельности Национального медицинского исследовательского центра по профилю «урология» Сеченовского университета за 2020-2022 гг.

Результаты исследования. НМИЦ по профилю «урология» является структурным подразделением Сеченовского Университета. Центр сформирован с целью повышения качества урологической помощи путем развития и внедрения инновационных технологий в сфере здравоохранения, укрепления кадрового, в том числе научного потенциала, внедрения в практическое здравоохранение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Принцип функционирования НМИЦ как «головной» организации по профилю «урология» основан на взаимодействии центра с «якорными» медицинскими организациями, оказывающими урологическую помощь населению в курируемых субъектах РФ.

В рамках работы НМИЦ по организационно-методическому руководству за период 2020-2022гг. в ходе выездных мероприятий проведен анализ состояния оказания медицинской помощи по профилю урология в 46 регионах РФ в целях осуществления организационно-методической поддержки медицинским организациям субъектов РФ оказания медицинской помощи по профилю «урология».

Был осуществлен сбор и анализ информации об организации и функционировании медицинской помощи по профилю «урология» в субъектах РФ. Проведена оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей. Были даны конкретные рекомендации по совершенствованию урологической помощи в каждом регионе.

Телемедицинские консультации (ТМК) являются одним из ключевых направлений работы с регионами НМИЦ В 2022 году проведена 521 телемедицинская консультация/консилиум (130,25% от плана).

При реализации образовательного направления деятельности в 2020-2022 гг. было проведено 50 научно-практических мероприятия в режиме онлайн. Средняя посещаемость зарегистрированными слушателями научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий выросла в 1,4 раза и составила 65,2 чел./вебинар против 45,0 в 2020 году. Суммарное количество подключений медицинских организаций в 2022г составило 782.

Доля пациентов, проживающих на территории других регионов РФ получивших медицинскую помощь на базе клинических подразделений по профилю «урология» Сеченовского Университета составила 59,7% от общего числа пролеченных в НМИЦ. При этом, если число пациентов из регионов, не закрепленных за НМИЦ оставалась в примерно на том же уровне, что и в 2020 г., то число пациентов из прикрепленных регионов сократилось в 2022 г. относительно 2020 г. на 16,6% (с 688 до 574 человек).

Заключение. Таким образом, деятельность НМИЦ в рамках реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» призвана повысить эффективность и качество оказания медицинской помощи населению по всей стране, повысить качество подготовки и переподготовки медицинского персонала, обеспечить более быстрый вывод современных методов лечения в практическое

здравоохранение, повысить удовлетворенность населения услугами в сфере здравоохранения. Для оценки эффективности деятельности НМИЦ в данном направлении запланировано проведение комплексного исследования с использованием методов статистического, медико-экономического анализа и экспертных оценок.

Список литературы

1. Баженов И.В. Организация урологической помощи в Свердловской области // Уральский медицинский журнал. – 2017. – №. 2. – С. 5–12.
2. Есауленко И.Э., Золотухин О.В., Аносова Ю.А., Мадыкин Ю.Ю., Кочетов М.В. и др., Послеоперационные осложнения как оценочный показатель эффективности работы трехуровневой системы оказания медицинской помощи по профилю урология в Воронежской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – №. 2. – С. 87-90.

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА)

Мириева И.Д., Сазанова Г.Ю., Пономарев А.Д., Ивлиева Е.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В 2020 году был введен в действие ГОСТ 58771-2019 «Национальный стандарт Российской Федерации – Менеджмент риска. Технологии оценки риска», в котором представлены рекомендации выбора тактики преодоления рисков управления организациями независимо от их форм собственности [1]. Изучение руководителями медицинских организаций проблем управления рисками необходимо для разработки направлений развития системы здравоохранения и формирования адаптивных организационных технологий современного здравоохранения.

Цель исследования. По результатам социологического исследования изучить степень влияния управленческих рисков на развитие системы здравоохранения региона.

Материалы и методы исследования. Для оценки влияния управленческих рисков была разработана оригинальная анкета, включающая в себя общую и специальную части и определена численность репрезентативной выборочной совокупности (N=326 чел., n – 158 чел.).

При проведении исследования использовался социологический, статистический, аналитический метод. Для проверки исследуемых совокупностей на нормальность распределения применялся метод Колмогорова-Смирнова. достоверность полученных результатов оценивалась с помощью критерия Стьюдента ($t > 2$) при уровне статистической значимости 95% ($p < 0,05$) [2].

Проведен социологический опрос 246 организаторов здравоохранения, работающих в медицинских организациях (МО) Саратовской области, из них 33% – главные врачи, 32% – заместители руководителей, 24% – заведующие структурными подразделениями и

9% – главные бухгалтеры. 53% респондентов имеют высшую и первую квалификационную категорию, 5% опрошенных – ученую степень кандидата медицинских наук. При проведении опроса использовалась классификация рисков, разработанная В.З. Кучеренко и Н.В. Эккерт и модифицированная А.В. Завражским [3, 4]. Было выделено 5 групп управленческих рисков: правовые, финансовые, профессиональные, общехозяйственные, социальные и прочие, которые оценивались по шестибалльной системе. Наиболее значимый риск оценивался в 6 баллов, наименее значимый – в 1 балл.

Результаты исследования. По результатам опроса респондентов выявлено, что основной проблемой в управлении здравоохранением региона являются финансовые риски (ср. балл – $4,56 \pm 0,01$), а именно: недостаточное поступление средств из территориального фонда ОМС ($4,32 \pm 0,01$ б.), недостаточное поступление средств из бюджета субъекта РФ ($4,3 \pm 0,01$ б.) и недостаточное поступление средств из местного бюджета ($4,28 \pm 0,01$ б.) На втором месте по степени влияния на качество оказываемой медицинской помощи населению региона находятся правовые риски (ср. балл – $4,36 \pm 0,02$ б.), в том числе: риски законодательного регулирования (ср. балл – $4,42 \pm 0,01$) и риски судебной практики (ср. балл – $4,23 \pm 0,02$). На третье ранговое место респонденты поставили общехозяйственные риски ($4,22 \pm 0,01$ б.): риски ответственности ($4,16 \pm 0,01$ б.), организационные ($4,12 \pm 0,01$ б.) и имущественные риски ($4,1 \pm 0,01$ б.). Четвертое ранговое место заняли профессиональные риски ($4,09 \pm 0,01$ б.), в т.ч. кадровые риски ($4,07 \pm 0,01$ б.) и риски оказания некачественных услуг ($4,06 \pm 0,01$ б.). На пятом месте расположились социальные риски ($4,06 \pm 0,01$ б.): демографические и социальной нестабильности ($4,04$ б. и $3,92 \pm 0,01$ б. соответственно). По результатам опроса ни один респондент не добавил в предлагаемый перечень другие риски.

Заключение. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, предусматривает стратегическое развитие отрасли с учетом всех управленческих рисков, которые будут влиять на основные направления развития региональных систем здравоохранения [5]. Минимизация влияния этих рисков позволит увеличить доступность медицинской помощи населению, что, в свою очередь, улучшит качество оказываемой помощи медицинскими организациями.

Список литературы

1. ГОСТ Р 58771-2019. Национальный стандарт Российской Федерации. Менеджмент риска. Технологии оценки риска» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 17.12.2019 № 1405-ст). – 2019.
URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=OTN&n=26920&cacheid=300C3AF2708AA2E3A7C13F361CACA0FB&mode=splus&rnd=TCJCow#qmTX6qTqtFYZj6Qk> (дата обращения 11.09.2023).
2. Паниотто В.И. Количественные методы в социологических исследованиях. // Киев: Издательство «Наукова думка». – 2003. – 170 с.
3. Кучеренко В.З., Эккерт Н.В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – Т. 67. – №. 3. – С. 4-9.
4. Завражский А.В. Особенности классификации рисков медицинских организаций // Теоретическая и прикладная экономика. – 2017. – №. 3. – С. 90-105.
5. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». – 2019. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/#review> (дата обращения 14.03.2023).

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Моисеев А.А., Сазанова Г.Ю., Долгова Е.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Атопический дерматит в настоящий момент признан системным, мультифакториальным заболеванием с генетически детерминированным воспалительным ответом с преимущественным поражением кожи. Отмечается риск присоединения инфекционных болезней кожи, развития дальнейших иммунных нарушений (бронхиальной астмы), а также патологии других систем. Данное заболевание является наследственно предрасположенным и его основополагающие дефекты сохраняется в течение всей жизни пациента [1]. Высокий уровень заболеваемости населения этой нозологической формой требуют принятия решений по разработке мероприятий по профилактике и недопущению снижения качества жизни пациентов.

Цель исследования. Провести сравнительный ретроспективный анализ первичной заболеваемости и распространенности атопического дерматита среди населения Саратовской области.

Материалы и методы исследования. С использованием аналитического и статистического методов исследования проведен анализ данных первичной заболеваемости и распространенности атопического дерматита среди населения Саратовской области (СО) в сравнении с аналогичными в Приволжском Федеральном округе (ПФО) и Российской Федерации (РФ), опубликованных на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики за период с 2005 г. по 2021 г. [2, 3]. Достоверность полученных данных подтверждалась проверкой нулевой гипотезы, которая отвергалась при подтверждении закономерности в различии показателей. Для проверки гипотезы о равенстве относительных величин использовали критерий Стьюдента для парных (связанных) выборок ($t > 2$ при уровне значимости 95%).

Результаты исследования. В РФ первичная заболеваемость атопическим дерматитом снизилась с 2005 г. по 2021г. на 36,1% (с 243,3 до 155,4 сл.), в ПФО – на 19,6% (с 573,4 до 461,2 сл.), в СО – на 15,8%: с 173,7 до 146,2 сл. на 100 тыс. нас. соответственно. В РФ распространённость этого заболевания с 2005 по 2021гг. снизилась на 15,9% с 464,1 до 390,4 сл. на 100 тыс. нас., в ПФО – на 19,6% с 574,4 до 461,2сл., а в СО – на 10,4% с 474,9 до 425,5 сл. На 100 тыс. нас.

Если в СО за период с 2005 г. по 2021 г. отмечен рост первичной заболеваемости атопическим дерматитом у детей в возрасте 0-17 лет на 31,5%, то в РФ и ПФО эти показатели снизились на 27,7% и 19,2% соответственно. Также отмечено увеличение показателей распространённости вышеуказанной нозологии у детей в СО на 15,8% и снижение в РФ и ПФО на 10,4% и 3% соответственно.

Заключение. Высокие показатели первичной и общей заболеваемости атопическим дерматитом населения Саратовской области свидетельствуют о неблагоприятной обстановке в организации медицинской помощи этой категории

пациентов. Необходимо продолжить исследование для выяснения причин их роста и разработки соответствующих мер для снижения уровня заболеваемости населения атопическим дерматитом.

Список литературы

1. Здоровоохранение в России. 2018: статистический сборник // Москва: Издательство Росстат. – 2018. – 217 с.
2. Здоровоохранение в России. 2021: статистический сборник // Москва: Издательство Росстат. – 2021. – 171 с.
3. Здоровоохранение в России. 2005: статистический сборник // Москва: Издательство Росстат. – 2006. – 390 с.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Мосийчук О.М.

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городская больница № 15»*

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) это хроническое системное заболевание, возникающее в следствии нарушений метаболизма, в том числе под влиянием факторов внешней среды. Число больных МКБ в мире неуклонно увеличивается [1], что во многом обусловлено современным образом жизни, питания, экологией. Многие больные заболевают в трудоспособном возрасте, сталкиваются с рецидивированием заболевания, инвалидизацией, что делает МКБ значительной медико-экономической и социальной проблемой [2].

Решение данной проблемы необходимо основывать, прежде всего, на совершенствовании организационных механизмов оказания медицинской помощи больным [3], в том числе применении пациентоориентированного подхода при их динамическом наблюдении, формировании их приверженности к контролю и поддержанию своего здоровья, что позволит минимизировать влияние экзогенных этиологических факторов развития МКБ и ее рецидивов. В этой связи составление медико-статистического портрета больного МКБ является первым шагом при планировании и реализации необходимых преобразований.

Цель исследования. Изучить медико-статистическую характеристику больных МКБ, получающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационара.

Материалы и методы исследования. В первом полугодии 2023 года среди пациентов урологического отделения крупного многопрофильного стационара в Санкт-Петербурге проведен социологический опрос. Всего методом формализованного интервью по специально разработанной анкете опрошено 520 больных с установленным диагнозом МКБ. Статистический анализ данных проведен с использованием программного обеспечения SPSS Statistics 21.

Результаты исследования. Средний возраст больных МКБ составил $47,9 \pm 3$ лет. Подавляющее большинство – лица трудоспособного возраста (89,1%). Большинство респондентов (58,2%) составили мужчины, а 41,8% – женщины. При преобладании лиц трудоспособного возраста, работающими себя идентифицировали только 23,7% респондентов, 18,2% не работают, 12,7% являются учащимися,

а 45,5% – пенсионерами. Большинство респондентов (82,3%) не имеют установленной инвалидности. Средний стаж заболевания МКБ составил у опрошенных больных $10,6 \pm 3,5$ года. При этом у половины больных (56,1%) заболевание МКБ выявлено впервые.

Интересно отношение больных МКБ к своему здоровью. Только 35,6% из них указали, что проходят диспансеризацию ежегодно, 24,8% делают это нерегулярно. Только 5,4% состоят под диспансерным наблюдением по поводу хронического неинфекционного заболевания и, также регулярно проходят врачебные осмотры. Остальные 34,2% опрошенных предпочитают обращаться к врачу только в случае наличия жалоб. В возрастной группе до 30 лет доля регулярно проходящих диспансеризацию ниже, чем в иных возрастных группах (22,6% и 36,8% соответственно, $t=3,1$, $p<0,05$), а доля предпочитающих обращаться к врачу только при наличии жалоб выше (56,1% и 45,3% соответственно, $t=3,8$, $p<0,05$).

При установленном диагнозе МКБ регулярно наблюдаются у врача-уролога только 17,6% респондентов, еще 30,9% обращаются к врачу-урологу только при наличии жалоб, а большинство (51,5%) не наблюдаются вовсе. Среди больных с диагнозом МКБ, установленным более года назад, охват специализированным наблюдением выше (30,3%, 51,6% и 18,1% соответственно), но численность пациентов, не получающих регулярного наблюдения у врача-уролога составляет практически пятую часть.

Большинство респондентов отметили, что обеспокоены своим состоянием здоровья (89,9%), в том числе 53,2% очень сильно. На протяжении своего заболевания больным достаточно часто требовалось оказание наиболее ресурсоемкой медицинской помощи: у 46,1 на 100 опрошенных ранее были госпитализации, 38,8 на 100 опрошенных ранее переносили хирургические операции, 51,1 на 100 опрошенных пользовались услугами скорой медицинской помощи.

Заключение. Проведенный анализ показал существенный запрос больных МКБ на получение полноценного медицинского наблюдения, позволяющего снизить риски для состояния здоровья. В настоящее время ожидания больных от получения медицинской помощи при МКБ удовлетворены только на 40,2% в поликлинике, и на 72,6% в стационаре. Необходима работа по формированию приверженности граждан к контролю своего здоровья, особенно молодого возраста, а также организационные мероприятия по повышению доступности медицинской помощи.

Список литературы

1. Ендовицкий А.А., Люцко В.В. Динамика заболеваемости болезнями мочеполовой системы в Российской Федерации в 2015-2021 годах // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – №. 4. – С. 256-267.

2. Белай С.И., Довбыш М.А., Белай И.М. Мочекаменная болезнь: актуальность вопроса и перспективы его развития // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2016. – Т. 15. – №. 5. – С. 19-26.

3. Калиниченко А.В., Афонин А.А., Анастасиева Е.А., Хмельницкая Я.В. Мнение врачей-урологов о дистанционном консультировании пациентов с мочекаменной болезнью на амбулаторном уровне // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – №. 5. – С. 1-8.

ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ АКТИВНОСТЬ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Мухамадеева О.Р., Шарафутдинова Н.Х., Саитова З.Р.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа*

Введение. Среди хронических заболеваний органов и систем важную медико-социальную значимость имеют болезни кожи и подкожной клетчатки. В Республике Башкортостан общая заболеваемость ими в 2022 году составила 6507,1 случаев на 100 тыс. человек населения, в том числе 4466,6 случаев на 100 тыс. сельского населения. Наибольшее значение в контроле заболевания имеют профилактические мероприятия, своевременное проведение и эффективность которых зависит от медицинской активности пациентов [1, 2].

Цель исследования. Изучение факторов, влияющих на формирование медицинской активности сельских жителей, страдающих хроническими дерматозами.

Материалы и методы исследования. На основании результатов анкетирования 1020 пациентов с хроническими дерматозами, обратившихся в ЦРБ к врачу-дерматовенерологу и данных выкопировки из их амбулаторных карт, определены факторы, формирующие медицинскую активность. Из выделенных 27 факторов было сформировано 4 группы. Социальные факторы: возраст, семейное положение, уровень образования, число детей в семье, вид и уровень дохода, вид занятости, наличие транспортного средства. Как факторы, определяющие образ жизни, учтены: употребление алкоголя, курение, режим дня, полноценность рациона, обострение заболевания в случае несоблюдения режима питания, индекс массы тела, уровень физической активности, а как факторы, влияющие на доступность медицинской помощи: наличие ФАП в населенном пункте, близость медицинской организации к месту проживания пациента, наличие врача-дерматовенеролога в ЦРБ, частота обращений к врачу-дерматовенерологу, частота амбулаторного и стационарного лечения, диспансерное наблюдение, уровень комплаентности пациента. Также учитывались факторы, влияющие на уровень медицинской грамотности, такие как выбор источника получения информации о своем заболевании, уровень доверия к ним, посещение школы здоровья. Применение однофакторного дисперсионного анализа позволило определить силу влияния (η^2) каждого фактора, проранжировать и определить их взаимосвязь путем расчета коэффициента канонической корреляции.

Результаты исследования. Выявлено, что на медицинскую активность сельских жителей с хроническими дерматозами наибольшее влияние из группы социальных факторов оказывают такие, как наличие в районе врача-дерматовенеролога (сила влияния фактора $\eta^2 = 46,3\%$), а также близость места проживания к медицинской организации ($\eta^2 = 25,5\%$) и диспансерное наблюдение пациента ($\eta^2 = 27,5$). Из группы факторов, формирующих медицинскую грамотность, наибольшее влияние оказывали выбор источника получения информации о своем заболевании, а также уровень доверия к ним ($\eta^2 = 25,6\%$ и $\eta^2 = 28,8\%$ соответственно). Из социальных факторов на медицинскую активность оказывает наличие личного транспортного средства ($\eta^2 = 26,6\%$), из факторов, характеризующих образ жизни –

отношение к алкоголю ($\eta^2 = 14,4\%$) и соблюдение режима дня ($\eta^2 = 17,2\%$). Ранжирование по величине коэффициента η^2 показало, что первые три места по степени влияния на медицинскую активность заняли факторы: наличия врача-дерматовенеролога в ЦРБ, наличие транспортного средства и диспансерное наблюдение пациентов. Последние места заняли факторы, обладающие слабым влиянием: возраст ($\eta^2 = 3,7\%$), вид и уровень дохода ($\eta^2 = 2,1\%$ и $\eta^2 = 2,5\%$ соответственно). Коэффициент канонической корреляции, отражающий силу связи между признаками, оценен по следующим критериям: $0,2 < r^* < 0,5$ - слабая связь (теоретическое значение), $0,5 < r^* < 0,7$ - средняя связь (весомое теоретическое и практическое значение) [3]. В нашем исследовании к признакам, имеющим связь средней силы были отнесены: наличие транспортного средства ($r^* = 0,52$), пешая доступность и/или наличие прямого маршрута общественного транспорта от дома до медицинской организации ($r^* = 0,5$), наличие врача-дерматовенеролога в ЦРБ ($r^* = 0,68$), диспансерное наблюдение пациента ($r^* = 0,52$), знание пациента о своем заболевании ($r^* = 0,51$) и вид источника получения информации о заболевании ($r^* = 0,53$).

Заключение. В результате проведенного исследования получены данные о силе влияния ряда факторов на медицинскую активность сельских жителей с БКиПК. Выявлено, что основными среди них являются доступность медицинской помощи и возможность периодического посещения пациентом врача. Также значимое влияние оказывает уровень медицинской грамотности пациента, основанной на информированности о своем заболевании.

Список литературы

1. Фомичева М.Л., Жиленко Е.Л., Евдаков В.А. Система медицинской профилактики: основные проблемы // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – №. 4. – С. 85-95.
2. Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина - основа сохранения здоровья населения // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2018. – №. 5. – С. 5-12.
3. Гареев Е.М. Основы математико-статистической обработки медико-биологической информации: учебное пособие // Уфа: Издательство Башкирского государственного медицинского университета. – 2009. – 340 с.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПРАВОВАЯ МОДЕЛЬ И ПРАКТИКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

Разгильдиева М.Б., Малышева А.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовская государственная юридическая академия»,
г. Саратов*

Введение. Медицинская реабилитация является составной частью оказания различных видов медицинской помощи, в том числе первичной и специализированной. В настоящее время финансовое обеспечение ее осуществления происходит за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), что предусматривается Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее –

Программа). Примечательно, что за период 2022-2023 годов финансирование оказания медицинской реабилитации увеличилось на 31,6 млрд рублей [1].

Цель исследования. Формирование правовой модели финансового обеспечения медицинской реабилитации и исследование практики ее реализации в России.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования являются нормативно-правовые акты Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, содержащие нормы, которые регламентируют порядок финансового обеспечения медицинской реабилитации. К методам исследования относятся анализ, синтез, системный и формально-юридический методы.

Результаты исследования. С 2023 года в Программе предусматривается возможность осуществления медицинской реабилитации на дому и с использованием телемедицинских технологий. В соответствии с порядком оплаты медицинской реабилитации на дому, утвержденном приказом Минздрава России от 28 февраля 2023 года № 81н, оплата медицинской помощи, которая предоставляется в рамках территориальной программы ОМС по медицинской реабилитации на дому, [2] осуществляется в порядке оплаты медицинской помощи по ОМС, установленном Правилами ОМС, т.е. в стандартном порядке. Данный приказ Минздрава России регламентирует необходимость при проведении в субъекте РФ медицинской реабилитации на дому установление тарифов на оплату медицинской помощи, в которые включаются расходы на приобретение медицинских изделий для предоставления пациентам, расходы на применение телемедицинских консультаций, транспортные расходы. Примечательно, что территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (далее – Территориальная программа) в первоначальном варианте от 30 декабря 2022 года не содержала положений о возможности организации прохождения медицинской реабилитации на дому. Данные положения были добавлены в рамках внесения изменений в Территориальную программу постановлением Правительства Саратовской области от 23 марта 2023 года № 249-П. Однако, несмотря на то, что в Территориальной программе предусматривается возможность оказания медицинской реабилитации на дому и предоставления медицинских изделий, в порядке оказания медицинской помощи взрослому населению и их маршрутизации при проведении медицинской реабилитации на всех этапах ее оказания предусматривается только три варианта осуществления медицинской реабилитации (амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно). Медицинская реабилитация на дому отсутствует.

В Тарифном соглашении по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области на 2023 год (далее – Тарифное соглашение) также отсутствуют тарифы на оплату медицинской реабилитации на дому, в которые бы включались расходы на приобретение медицинских изделий для предоставления пациентам, расходы на применение телемедицинских консультаций, транспортные расходы.

Изложенное позволяет констатировать, что нормативной правовой основы для осуществления реабилитации на дому в Саратовской области в 2023 году не сформировано.

Заключение. Соотношение действующих федеральных и региональных актов в отношении осуществления медицинской реабилитации на дому создает затруднения в реализации оказания медицинской помощи по данному профилю. Так, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации предусматривает

возможность осуществления медицинской помощи в такой форме, а региональные нормативно-правовые акты не содержат положений, позволяющих реально осуществлять данную деятельность, а также в некоторых случаях предусматривают не совсем целесообразную отсылку к федеральным положениям об установлении порядка оплаты данной медицинской помощи.

Список литературы

1. Финансирование на медицинскую реабилитацию увеличилось на 31,6 млрд рублей. – 24.04.2023.

URL: <https://tass.ru/obschestvo/17594871> (дата обращения: 18.09.2023).

2. Приказ Минздрава России от 28 февраля 2023 г. № 81н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядка предоставления пациенту медицинских изделий и порядка оплаты медицинской реабилитации на дому». – 2023.

URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202303300018> (дата обращения 30.03.2023).

ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ОЦЕНКА УСПЕШНОСТИ

Роюк В.В.¹, Коршевер Н.Г.²

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В связи с тем, что на начальном этапе пандемии новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) инфекционная служба не справлялась с решением актуальной проблемы оказания медицинской помощи пациентам, ряд медицинских организаций был перепрофилирован. Как свидетельствует практика, это реализовалось в соответствии с оперативно подготовленной нормативной правовой базой, получило научное обоснование и в основном оправдало ожидания [1]. Однако, так как перепрофилируемые медицинские организации ранее выполняли совершенно другие задачи, перестройка их деятельности сопровождалась определёнными трудностями, которые имели отношение к управляемости, профессиональной подготовке персонала, материально-техническому обеспечению, проведению мероприятий инфекционной безопасности, психологическому сопровождению и ряду других вопросов. Возникла необходимость в обосновании направлений соответствующего совершенствования. Совершенствование (оптимизация) решения любой сложной проблемы, а перепрофилирование медицинских организаций, безусловно, таковой является, возможно при использовании соответствующего научно обоснованного критериально-диагностический аппарата [2, 3], который до настоящего времени разработан не был.

Цель исследования. Разработка автоматизированного многокритериального способа оценки успешности деятельности медицинской организации, перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Материалы и методы исследования. Использован социологический метод исследования, в частности анонимное анкетирование 31 эксперта-руководителя здравоохранения. При отборе экспертов были соблюдены качественная и количественная репрезентативности [2, 3].

Вопросы анкеты касались информативных критериев оценки – предлагалось либо согласиться с каждым из них и описанием его высокого, среднего или низкого уровня, либо нет, внести свои варианты, а также по методу попарного сравнения установить значимость каждого показателя.

Автоматизация способа осуществлялась совместно с программистом на базе системы программ «1С-Предприятие».

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты исследования. Установлен перечень из 31 информативного критерия, которые распределены по стадиям и их составляющим функциональной системы перепрофилированной медицинской организации. Для каждого показателя определена градация с чётким и достаточно полным обоснованием высокого, среднего и низкого уровней, а также коэффициент значимости. Это дало возможность разделить информативные показатели на относительно более и менее значимые и перейти к интегральной оценке, которая осуществляется путём сопоставления с модельными вариантами.

Выявление информативных критериев, обусловивших получение соответствующих оценок (ниже «отлично»), позволяет обосновывать направления и мероприятия совершенствования деятельности перепрофилированной медицинской организации, так как видно, уровень какого показателя необходимо повышать.

После осуществления корректирующих действий, с помощью того же способа целесообразно проводить динамическую оценку, то есть появляется возможность перейти к целенаправленному циклическому управлению деятельностью медицинской организации.

Автоматизация способа существенно облегчила реализацию оценочной функции, в том числе в отношении ряда медицинских организаций и их ранжирования.

Заключение. Разработан автоматизированный многокритериальный способ, на базе которого целесообразно осуществлять совершенствование деятельности медицинской организации (организаций), перепрофилированной для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Список литературы

1. Глыбочко П.В., Свистунов А.А., Фомин В.В., Волкова О.С., Бутнару Д.В. и др. Роль клиник Сеченовского Университета в оказании помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) // Национальное здравоохранение. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 23-27.
2. Коршевер Н.Г., Сидельников С.А. Многовекторный способ оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. – №. 5. – С. 16-19.

3. Коршевер Н.Г., Сидельников С.А., Фомин В.В., Роюк В.В., Решетников В.А. Способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по борьбе с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в субъекте Российской Федерации // Дальневосточный медицинский журнал. – 2022. – №. 4. – С. 65-69.

АВС- И VEN-АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Смолина В.А., Новокрещенов И.В., Сенченко И.К.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В условиях ограниченности финансовых ресурсов необходимо оценивать целесообразность применения того или иного метода лечения и обосновывать затраты. Эти проблемы решаются в рамках фармакоэкономического анализа, представляющего собой основной механизм регулирования и эффективного использования бюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение, позволяющий четко обосновывать использование лекарственных средств (ЛС) в медицинской организации. Для ретроспективной оценки расходования ресурсов, выделяемых на лекарственное обеспечение, и для расчета потребности в финансовых средствах используется АВС- и VEN-анализ [1, 2, 3].

Цель исследования. Проанализировать эффективность расходов медицинской организации на лекарственное обеспечение с использованием АВС- и VEN-анализа.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Клинического центра СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. При проведении АВС/VEN-анализа объектом изучения выступают ЛС в соответствии с их международным непатентованным наименованием (МНН), закупленные Университетской клинической больницей №1 имени С.Р. Миротворцева в 2022 году для оказания медицинской помощи в стационарных условиях. АВС-анализ проводился на примере одного из отделений Университетской клинической больницы – планового хирургического отделения.

Результаты исследования. В процессе АВС-анализа расходы на закупку лекарств суммировались по каждому МНН, далее устанавливался удельный вес затрат в общем объеме издержек на медикаменты с последующим расположением в порядке убывания полученных значений. Суммирование удельных весов затрат позволило распределить лекарственные препараты по категориям «А», «В» и «С». Наиболее затратные лекарственные препараты были объединены в категорию «А» – ЛС с совокупным удельным весом затрат 80%, в категорию «В» – ЛС с суммарным удельным весом затрат 15% и наименее затратные ЛС (5%) составили категорию «С». В 2022 году категорию «А» составили 12,9% МНН, категорию «В» – 20,4% МНН, категорию «С» – 66,7% МНН.

Для оценки рациональности финансовых расходов совместно с АВС-анализом был проведен VEN-анализ формальным методом. К категории «V» были отнесены все лекарственные препараты (ЛП), рекомендованные к применению Перечнем ЖНВЛП и обеспечивающие приоритетные потребности здравоохранения, остальные

препараты, не входящие в него, были отнесены к категории «N». С учетом присутствия закупленных МНН в Формуляре медицинской организации категорию «N» условно можно разделить на две группы: «Е», в которую входят ЛП, включенные в Формуляр медицинской организации на основании протоколов Формулярной комиссии, и «N» – ЛП, отсутствующие в Формуляре медицинской организации.

Выявлено, что в структуре закупок Университетской клинической больницы №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ в 2022 г. ЛП из списка ЖНВЛП составили 87,3% (без учета разновидностей по лекарственным формам и дозировкам – 79,5% ЛП) и 12,7% ЛП, входящих в формуляр медицинской организации.

В плановом хирургическом отделении закуплено 48,3% различных ЛП (без учета разновидностей по лекарственным формам и дозировкам – 31,2% ЛП). Из них к группе «V» относятся 40,3% ЛП (без учета разновидностей по лекарственным формам и дозировкам – 25,1% ЛП), к группе «Е» – 4,5% ЛП (без учета разновидностей по лекарственным формам и дозировкам – 3,9% ЛП), группе «N» – 3,7% ЛП (без учета разновидностей по лекарственным формам и дозировкам – 2,3% ЛП).

Заключение. В целом анализ полученных данных ABC-анализа показал незначительные отклонения от правила Парето в распределении лекарственных средств по категориям затратности: 20% ЛП составляют 80% издержек, 30% ЛП обеспечивают 15% затрат и 50% ЛП составляют 5% затрат. Таким образом, контроль над небольшой группой МНН позволяет контролировать большую часть всех издержек на закупку ЛП. В результате проведения VEN-анализа выявлены препараты группы «N», имеющие наиболее низкую значимость в закупках и являющиеся областью оптимизации планирования закупок ЛП в будущем периоде.

Конфликт интересов. Исследование выполнено в рамках реализации практико-ориентированного образовательного проекта ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России «Школа лидерства в здравоохранении», тема проекта: «Формирование системы фармакоэкономического анализа в хирургической службе».

Список литературы

1. Баранкина Т.А., Едунова Т.Е., Краснопеева И.В., Толкова Е.Н. Ретроспективный анализ закупок лекарственных препаратов для многопрофильной медицинской организации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – №. 3. – С. 411-421.

2. Бурбелло А.Т., Федоренко А.С., Латария Э.Л., Покладова М.В., Загородникова К.А. Сравнительный клиничко-экономический анализ затрат на лекарственные препараты в многопрофильном стационаре за 2014-2018 гг. // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 4. – С. 291-299.

3. Драпкина О.М., Концевая А.В., Сура М.В., Шепель Р.Н., Жамалов Л.М. Оценка затрат и жизненной важности лекарственных препаратов, закупленных медицинскими организациями за счет средств системы обязательного медицинского страхования в 2017 году для лечения терапевтических заболеваний // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – Т. 5. – №. 5. – С. 681-689.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Сураева Н.А.¹, Терентьева Д.С.², Захарченко О.О.²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. На сегодняшний день злокачественные новообразования (ЗНО) входят в перечень социально значимых заболеваний и являются второй причиной смертности во всем мире. Высокая заболеваемость ЗНО наносит урон обществу и социально-экономическому развитию страны. По данным ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России в 2021 г. «грубый» показатель заболеваемости ЗНО на 100 тыс. населения в Северо-Западном Федеральном округе (СЗФО) составил 428,18, в 2011-2021 гг. показатель вырос на 17,83%. «Грубый» показатель смертности населения СЗФО от всех причин на 100 тыс. населения составил 213,65 за период 10 лет показатель снизился на 2,49% [1].

Для снижения заболеваемости населения хроническим неинфекционными заболеваниями в том числе злокачественными в 2013 г. был возобновлен крупнейший национальный профилактический проект здравоохранения «Диспансеризация». Для выявления злокачественных новообразований в диспансеризацию определенных групп взрослого населения включены мероприятия скрининга [2]. Ключевой целью борьбы с онкологическими заболеваниями является снижение смертности от ЗНО. В 2019 г. для снижения смертности от новообразований, в том числе злокачественных разработан Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», который входит в Национальный проект «Здравоохранение» [3].

Цель исследования. Провести анализ выявляемости ЗНО при диспансеризации взрослого населения СЗФО в 2013-2022 гг.

Материалы и методы исследования. Данные форм федерального статистического наблюдения № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях», №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2016-2022 гг.; форм отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» за 2013-2020 гг., №131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» за 2021-2022 гг. Нормативная правовая документация, регламентирующая порядок проведения, а также порядок сбора и учета данных, полученных в ходе диспансеризации взрослого населения. В ходе исследования применялись методы дескриптивной статистики.

Результаты исследования. В ходе исследования проанализированы мероприятия первого и второго этапов диспансеризации 2013-2022 гг. и эффективность вклада диспансеризации в выявление ЗНО в 2016-2022 гг.

Численность взрослого населения, прошедшего диспансеризацию СЗФО 2013-2019 гг. выросла с 64,0 до 102,7% от планового значения подлежащих лиц, диспансеризации. Глобальное и стремительное распространение новой корона-вирусной инфекции (COVID-19) в 2020 г. привело к резкому снижению показателя до 55,6%. Столь низкий показатель обусловлен сложной эпидемиологической обстановкой, вызванной COVID-19 и приостановлением диспансеризации определенных групп взрослого население в целях обеспечения охраны здоровья населения [4].

Возобновление профилактических мероприятий, в том числе диспансеризация в 2021 г., поспособствовало росту численности населения, прошедшего диспансеризацию до 59,5% и в 2022 г. показатель, уже составил 75,1%.

Исследование показало, что число впервые выявленных случаев ЗНО от общего числа впервые выявленных новообразований при диспансеризации в 2016-2022 гг. выросло от 74,0 до 78,2%. Динамика вклада диспансеризации в общее число выявленных ЗНО в СЗФО за аналогичный период варьировала от 10 (2016 г.) до 6,5% (2022 г.).

Заключение. Диспансеризация крупнейшее профилактическое мероприятие системы здравоохранения, которое вносит вклад в общую выявляемость заболеваний на более ранних стадиях. Динамика вклада диспансеризации в общее число впервые выявленных ЗНО показывает эффективность проведения диспансеризации в регионах СЗФО, но все еще находится на низком уровне. На наш взгляд для повышения результативности и эффективности диспансеризации требуются дополнительная работа в этом направлении, которая включает в себя разработки методологию проведения диспансеризации в целом и онкологического компонента в частности.

Список литературы

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) // Москва: Издательство Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2022. – 252 с.
2. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 № 404н. URL: <https://clck.ru/pbUDb> (Дата обращения 21.08.2023).
3. Борьба с онкологическими заболеваниями: Федеральный проект. Приложение к протоколу заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14.12.2018 г. № 3. URL: <https://clck.ru/QPDTG> (Дата обращения 21.08.2023.).
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 г. №710-р. URL: <https://clck.ru/35v3NV> (Дата обращения 21.08.2023.).

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В НОВЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Тимошилов В.И., Бреусов А.В., Евдокимова М.Н., Дроздова Т.Н.
*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск*

Введение. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), особенно актуальна в условиях дефицита граждан репродуктивного возраста [1]. Пандемия COVID-19 неоднозначно отразилась на факторах эффективности профилактики ИППП. С одной стороны, отмечается усиление интереса к эротическим материалам и «быстрым знакомствам» на фоне явного перекоса в информационном поле, где тема профилактики половых инфекций принесена в жертву ковидной [2, 3]. С другой стороны, отмечается внимания молодежи к теме здоровьесбережения [4].

Постковидная реальность характеризуется сохранением внимания людей к теме здоровья при предшествующем и продолжающемся информационном дефиците по теме репродуктивного здоровья – за счет последствий ограничительных мер, снизивших число профилактических мероприятий в молодежной среде, и текущего военно-политического акцента в работе средств массовой информации.

Цель исследования. Изучить изменения в представлениях о профилактике и лечении ИППП у студентов специальностей гуманитарного и технического профиля в Курской области и их изменения в условиях постковидной реальности.

Материалы и методы исследования. Проведен опрос 1148 студентов, обучающихся по гуманитарным и техническим специальностям, в вузах и колледжах Курской области. Данные сопоставлены с результатами опроса 460 аналогичных респондентов в 2021 г. В обработке данных использованы экстенсивные показатели с доверительными интервалами для $p \leq 0,05$ и оценка достоверности разности по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Распространенность объективных представлений о риске заражения ИППП для всех живущих половой жизнью изменилась по сравнению с пиком пандемии 2021 г. незначительно ($p > 0,05$) – с $72,4 \pm 4,2\%$ до $76,2 \pm 2,5\%$. При этом существенно ($p \leq 0,05$) сократилась распространенность убеждения об опасности только при частой смене партнеров (с $16,3 \pm 3,4\%$ до $11,2 \pm 1,9\%$).

Готовность к плановому скринингу на ИППП в 2021 г. демонстрировали $60,7 \pm 4,5\%$, а в 2023 г. этот показатель достоверно ($p \leq 0,05$) вырос до $66,6 \pm 2,8\%$. В 2023 г. также изучалась готовность данной категории студентов к целенаправленной диагностике при планировании зачатия ребенка, и таковую выражают $86,5 \pm 2\%$.

В намерениях обращаться за помощью при возникновении симптомов или выявлении ИППП в 2023 г. продолжилась тенденция укрепления авторитета частных клиник. Если в 2021 г. доли готовых обратиться в государственные кожнодиспансеры и в частные медицинские организации различались незначительно ($64,6 \pm 4,4\%$ и $65,7 \pm 4,4\%$ соответственно), то в 2023 г. в пользу негосударственного здравоохранения возник статистически значимый перевес ($70,6 \pm 2,7\%$ против $63,9 \pm 2,8\%$ для госучреждений, $p \leq 0,05$). Доля ориентированных на полное самолечение без участия специалистов осталась на уровне менее 5%. Авторитет аптечной сети значительно снизился (с $15 \pm 3,3\%$ до $4,2 \pm 1,2\%$, $p \leq 0,01$); сократилось и доверие Интернет-ресурсам (с $17,4 \pm 3,5\%$ до $4,7 \pm 1,2\%$, $p \leq 0,01$).

Значительно возросла доля сознательных студентов в понимании необходимости совместного обследования и лечения по поводу ИППП в парах: с $87 \pm 3,1\%$ в 2021 г. до $94,5 \pm 1,3\%$ в 2023 г ($p \leq 0,01$); снизилась распространенность опасений потерять партнера из-за предвзятого отношения к подобным заболеваниям (с $8,9 \pm 2,7\%$ до $1,3 \pm 0,7\%$, $p \leq 0,01$).

Заключение. Среди студентов вузов и колледжей гуманитарного и технического профиля в Курской области установлено сохранение показателя распространенности объективной самооценки актуальности проблемы ИППП, отмечены рост заинтересованности в скрининговых исследованиях, понимание подавляющим большинством необходимости медицинской подготовки к зачатию ребенка и совместного обращения за медицинской помощью в паре. Следовательно, негативные явления пандемийного периоде не привели к значимому росту когнитивных предпосылок опасного полового поведения, а по ряду позиций акцент на здоровьесбережении сыграл положительную роль.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках гранта Российского научного фонда № 23-28-10301, <https://rscf.ru/project/23-28-10301>.

Список литературы

1. Алферова М.Е., Пашина И.В., Алферов Д.В. Анализ численности населения в Курской области в период с 2013 по 2023 годы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2023. – №. 4. – С. 19-24.

2. Тимошилов В.И., Бреусов А.В. Анализ мнения студентов Курской области о проблеме инфекций, передаваемых половым путем, в новых медико-социальных условиях пандемии коронавируса и ее последствий в зависимости от профиля обучения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – №. 1. – С. 139-161.

3. Ibarra F.P., Mehrad M., Di Mauro M., Godoy M.F.P., Cruz E.G. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the sexual behavior of the population. The vision of the East and the West. // International braz j urol: official journal of the Brazilian Society of Urology. – 2020 – V.1 – №. 46. – P. 104-112.

4. Тимошилов В.И. Наркологические расстройства среди молодежи Курской области в новых медико-социальных условиях: социально-демографические аспекты эпидемиологии и профилактики: монография. // Курск: Издательство Курского государственного медицинского университета. – 2023. – 110 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ГУМАНИТАРНЫХ И ТЕХНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ПОСЛЕДСТВИЙ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА

Тимошилов В.И., Евдокимова М.Н., Дроздова Т.Н.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск*

Введение. Профилактические мероприятия преимущественно с молодыми людьми, в частности студентами, – приоритетное направление борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Наиболее подверженной риску ИППП в последние 10 лет группой населения являются люди в возрасте от 18 – 20 до 35 лет [1, 2, 3].

Ограничения на проведение массовых мероприятий и перевод учебных заведений на дистанционный режим работы существенно снизили потенциал традиционного медико-санитарного просвещения молодежи в организованных

коллективах, но при этом у молодежи повысилось внимание к вопросам здоровья и безопасности [4, 5].

В 2023 году ограничения на очные массовые мероприятия сняты, при этом мы наблюдаем высокий уровень внимания к вопросам физического и психологического здоровья, но низкий – к профилактическим обследованиям.

Цель исследования. Изучить изменения в показателях охвата студентов гуманитарных и технических специальностей Курской области мероприятиями по профилактике ИППП в 2023 г. против 2021 г.

Материалы и методы исследования. Проведен опрос 1148 студентов, обучающихся по гуманитарным и техническим специальностям. Респондентами указан опыт участия в профилактических мероприятиях за период 2022 – 2023 гг. (отмена коронавирусных ограничений). Результаты, представленные в виде экстенсивных показателей, сопоставлены с данными аналогичного исследования за 2020 – 2021 гг. с оценкой достоверности разности по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. В 2022-2023 гг. наиболее распространенными формами работы были просмотр информационных, обучающих видеоматериалов, социальных роликов (охвачено 35,8% респондентов); чтение специальной учебной и научной литературы (25,3%); очные лекции врачей (25%). Опыт самостоятельного обращения к Интернет-ресурсам медицинских (21,1%) и немедицинских (21,2%) организаций встречался практически одинаково. От 10% до 20% респондентов указали на прослушивание лекций психологов, педагогов, социальных работников очно (15,5%) и онлайн (13,5%); лекции врачей с применением дистанционных технологий (15,5%); подготовку докладов, написание исследовательских работ (14,6%); изучение соответствующих тем в ходе занятий (11,4%); участие в волонтерских акциях (10,9%).

Сравнение результатов исследования 2023 г. с данными, полученными во время пандемии за 2020-2021 гг., показало, что достоверно чаще стали проводиться очные лекционные мероприятия. Статистически значимый прирост зафиксирован для масштабов этой работы как со стороны врачей (с 15,2% до 25%, $p \leq 0,01$), так и со стороны гуманитариев (с 8,5% до 15,5%, $p \leq 0,01$). Также увеличился показатель охвата лекциями психологов, педагогов, социальных работников с использованием телекоммуникации (с 8,9% до 13,5%, $p \leq 0,05$). Частота обращения к Интернет-ресурсам снизилась и в отношении официальных сайтов медицинских организаций (с 27,2% до 21,1%, $p \leq 0,05$), и в отношении страниц, принадлежащих иным структурам (с 26,5% до 21,2%, $p \leq 0,05$).

Заключение. Прослеживается восстановление масштабов проведения очных лекционных мероприятий, имеет место активизация профилактической работы гуманитарной направленности во всех ее формах. Несмотря на наличие в учебных программах таких дисциплин как валеология, безопасность жизнедеятельности, основы здорового образа жизни с обязательным рассмотрением проблемы ИППП учебный процесс в числе профилактических мероприятий указывается редко. Это может быть связано либо с недостаточным вниманием к этой тематике, либо с таким ее представлением, при которой она не воспринимается как проблема, способная коснуться самих обучающихся.

Финансирование. Исследование поддержано грантом РФФИ № 23-28-10301, <https://rscf.ru/project/23-28-10301/>.

Список литературы

1. Красносельских Т.В., Шаболтас А.В. Мультидисциплинарный подход к профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и гемоконтактных инфекций // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10. – №. 4. – С. 100-112.
2. Тимошилов В.И. Половые инфекции и ВИЧ в Российской Федерации и регионах Черноземья в 2014-2019 годах: заболеваемость, проблемы и пути развития мониторинга // Курск: Издательство Курского государственного медицинского университета. – 2021. – 96 с.
3. Кони́на М.А. Феноменология и патология современной сексуальной культуры // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26 – №. 1. – С. 76-94.
4. COVID-19: психологические эффекты эпидемии. Чем помочь медикам? // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. – №. 2. – С. 190-196.
5. Серафимович И.В., Баранова Ю.Г., Иванова Е.А. Особенности социально-психологических барьеров педагогов в отношении дистанционного формата работы в условиях пандемии коронавируса // Социальное и профессиональное становление личности в эпоху больших вызовов: междисциплинарный дискурс: Сборник статей всероссийской конференции с международным участием. – Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского. – 2021. – С. 124-130.

ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Томников М.Д., Левченко К.К., Киреев С.Н., Кром И.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В настоящее время в хирургическом лечении переломов костей конечностей широко применяются различные варианты остеосинтеза, как с использованием аппаратов внешней фиксации, так и погружных конструкций.

На этапе достижения консолидации перелома возникает вопрос о дальнейшей тактике лечения пациента, лечащим врачом принимается решение о целесообразности удаления металлоконструкции.

На протяжении десятилетий положение о том, что погружная конструкция является инородным телом, и ее удаление после достижения консолидации перелома костей конечностей необходимо, считалось аксиомой [1]. Однако, с накоплением в мировой литературе числа исследований, посвященных данному вопросу, неоднозначными результатами лечения после удаления погружных имплантов, развилась альтернативная точка зрения [2]. Все чаще в каждом конкретном клиническом случае при решении вопроса о необходимости удаления имплантов начал применяться дифференцированный подход с учетом таких параметров, как жалобы пациента, данные клинического осмотра, инструментальных методов обследования, риск возможных осложнений после удаления погружных конструкций.

Удаление погружных имплантов, несет риск осложнений, зачастую сопровождается техническими интраоперационными трудностями и не гарантирует полное купирование жалоб [3, 4]. При этом не существует универсальных алгоритмов, позволяющих оценить необходимость удаления погружного импланта [5]. Основным показанием к удалению имплантов является жалоба на наличие болевого синдрома в области металлоконструкции [3, 4].

Цель исследования. Обоснование необходимости персонифицированного подхода к тактике лечения пациентов после достижения консолидации переломов костей конечностей различных локализаций в условиях погружного остеосинтеза.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование результатов лечения 650 пациентов, которым в условиях ГУЗ СГКБ № 9 за период с 2015 по 2022 годы было выполнено удаление погружных металлоконструкций.

В исследование были включены пациенты старше 18 лет, среди которых 51% женщин. Консолидация перелома была подтверждена рентгенологически, при клиническом обследовании не было выявлено послеоперационных осложнений. Исследование качества жизни респондентов проводилось с использованием опросника SF-36.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной удаления металлоконструкции является боль или дискомфорт в области металлоконструкции, а также в смежных с областью проведенного оперативного вмешательства суставах, что согласуется с данными мировой и отечественной литературы [3]. Оценка болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале выявила наиболее выраженное снижение боли после удаления из костей голени (с 3,8 до 0,1 баллов) и ключицы (с 4,1 до 0,2 баллов), что согласуется с результатами оценки качества жизни пациентов до и после удаления имплантов различных локализаций с использованием опросника SF-36.

Заключение. Наиболее частыми причинами удаления погружных фиксаторов после консолидации перелома являются боль и дискомфорт в области операции.

Несмотря на прогрессивный рост числа исследований, посвященных проблеме удаления погружных имплантов, до сих пор в мировой и отечественной практике отсутствует алгоритм, которым могли бы руководствоваться практикующие врачи при решении вопроса о необходимости удаления металлоконструкции при достижении консолидации перелома.

Перспективным направлением для исследований представляется создание унифицированного алгоритма, который бы позволил обеспечить персонифицированный подход к выбору тактики лечения пациентов с консолидированными переломами костей конечностей в условиях погружного металлоостеосинтеза.

Список литературы

1. Загородний Н.В., Волна А.А., Панин М.А. Удаление имплантатов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. – № 4. – С. 44-51.
2. Böstman O., Pihlajamäki H. Routine implant removal after fracture surgery: a potentially reducible consumer of hospital resources in trauma units // The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. – 1996. – V. 41 – № 5. – P. 846-849.
3. Sidky A., Buckley R.E. Hardware removal after tibial fracture has healed // Canadian Journal of Surgery. – 2008. – V. 51. – № 4. – P. 263-268.

4. Court-Brown C.M., Gustilo T., Shaw A.D. Knee pain after intramedullary tibial nailing: its incidence, etiology, and outcome // Journal of Orthopaedic Trauma. – 1997. – V. 11. – №. 2. – P. 103-105.

5. Müller-Färber J. Die Metallentfernung in der Unfallchirurgie // Der Unfallchirurg. – 2003. – V. 106. – №. 8. – S. 653-668.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КИТАЕ И МИРЕ

Чжао Цзелинь

*Исследовательский институт права КНР и РФ Китайского университета
политики и права, г. Пекин, Китай*

Введение. Традиционная китайская медицина — уникальная система медицинских знаний с тысячелетней историей. Современное развитие Китая, исторической родины ТКМ, и его интеграция в мировую экономику придают этой древней системе здравоохранения новый импульс. Наблюдается стремительное развитие традиционной китайской медицины как в Китае, так и в других странах, где она приобретает популярность среди врачей и пациентов.

Цель исследования. Цель данной статьи состоит в анализе возможностей и перспектив развития традиционной китайской медицины как в Китае, так и на международной арене. Особое внимание уделяется вопросам преимущества ТКМ как теоретической, так и практической медицинской системы.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования были использованы научные работы, которые китайские ученые применяют в обсуждении данной темы. В рамках анализа научных представлений о мире, а также различных типов медицины, был задействован компаративный метод. Данный метод является инструментом анализа для изучения формирования и текущего развития медицинских парадигм.

Результаты исследования. Теоретическая система традиционной китайской медицины (ТКМ) сформировалась в доцинский период и во времена правления двух династий Хань (приблизительно с 770 года до н.э. по 220 год н.э.), что можно отследить по создававшимся в те времена один за другим классическими медицинскими трудами, начиная с «Трактата Жёлтого императора о внутреннем».

ТКМ — это медицинская система, которая изначально создана, применяется, передается из поколения в поколение, продолжает развиваться с целью понимания жизни, профилактики и лечения заболеваний, поддержания здоровья. Она обладает своими уникальными теоретическими преимуществами.

Первое такое преимущество — концепция «целостности». ТКМ не только считает, что человеческое тело представляет собой органическое целое, но и рассматривает это целое в неразрывной связи с окружающим миром, а именно: с природой и социумом. Такой макроскопический взгляд позволил ТКМ в общих чертах предвосхитить структуру современной медицинской модели еще тысячелетия назад.

Еще одно достоинство — метод дифференциации синдромов. ТКМ считает, что состояние организма — это реакция на внутреннюю и внешнюю среду. В диагностике и лечении используют концепцию «наблюдения за наружным и предположений о

внутреннем». Это включает осмотр, обоняние, опрос и прощупывание пульса. Такой подход позволяет определить причины, характер, местоположение и тенденции заболевания, а, следовательно, предложить соответствующее лечение и назначить подходящие лекарства [1].

Методы диагностики и лечения ТКМ унаследовали многотысячелетний опыт китайских врачей, они многообразны и гибки. Фармакотерапия очень популярна в ТКМ: используемые в ней препараты содержат большое количество активных веществ, что позволяет оказывать регулирующий эффект на организм многими разными путями. Немедикаментозные методы включают в себя иглоукалывание и точечный массаж, баночный массаж, Гуаша, моксотерапию, лекарственные ванны и другое [2].

Данные методы популярны по двум причинам. Во-первых, традиционная фармакотерапия натуральна, что подразумевает сравнительно малое количество побочных эффектов, и естественное и простое применение в жизни. Это позволяет пациентам проходить длительные курсы лечения, что важно для последовательного и эффективного лечения.

Во-вторых, превентивное лечение этими методами позволяет предотвратить появление болезни как таковой. Это важный принцип ТКМ, который заключается в профилактике до проявления болезни, чем лечение болезни с ее непредсказуемыми последствиями. Такой подход эффективен в группах населения, ведущих нездоровый образ жизни, и при лечении/профилактике хронических и/или злокачественных заболеваний.

Заключение. В последние годы рынок традиционной китайской медицины стремительно растет и становится важной силой, способствующей устойчивому развитию в мире. Проблемы старения населения, загрязнения окружающей среды, недостатка питания и образа жизни увеличили спрос на продукты традиционной китайской медицины, что оказывает важное влияние на устойчивое развитие рынка [3]. Глобализация ТКМ имеет два аспекта: с одной стороны, она может дополнять и улучшать основные международные медицинские системы, способствуя здоровью человечества; с другой стороны, этот процесс дает ТКМ доступ к мировому рынку, способствуя ее развитию и делая ее важным аспектом распространения китайской культуры.

Список литературы

1. Чжан Шэньцзюнь, Чжан Цзицзянь. Эффективность – это жизненная сила традиционной китайской медицины // Газета Китайской комиссии по дисциплине и надзору. – 2020. – №. 1.
2. Тао Цинлян. Поддерживая развитие традиционной китайской медицины в условиях возможностей и вызовов // Социальные науки города Дацин. – 2020. – №. 4. – С. 18-21.
3. Ли Юньмин. Зонг Юнган. Промышленное развитие отрасли традиционной китайской медицины проявляет новые формы в период повышенного внимания к ее уникальным особенностям // Экономика в медицине и фармацевтике. – 2021. – №. 2.

АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В НЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Шебалова Е.М., Шеметова Г.Н., Топчиева Д.А., Петрич А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В системе здравоохранения РФ паллиативная медицина занимает особое место. Все мероприятия в рамках оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) работают в комплексе и включают в себя медицинские и немедицинские вмешательства. В частности, предоставление долгосрочного ухода, услуги медико-социального сопровождения таких пациентов, а также мероприятия духовного и психологического характера. Общим для всех пациентов с неизлечимыми заболеваниями и членов их семей, является наличие психоэмоционального стресса, значительно ухудшающего качество жизни. Паллиативная помощь детям включает все те же аспекты, что и паллиативная помощь взрослым, нуждающимся в специализированной психосоциальной помощи, но имеет отличия. Независимо от характера и течения заболевания большинство инкурабельных пациентов получают ПМП в амбулаторных условиях. Это связано с желанием больных получать паллиативное лечение по возможности дома, а также нередко в связи с удаленностью проживания от областных центров [1].

Цель исследования. Определить особенности сопровождения детей, находящихся на патронаже выездной службы паллиативной медицинской помощи города Саратова и членов их семей, а также оценить их основные потребности в оказании немедицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Для анализа была создана специальная анкета «Потребности паллиативных детей и членов их семей в духовной и психосоциальной поддержке». Ответы родителей были использованы для оценки важности немедицинского аспекта паллиативной помощи. Оценивались социально-биографические характеристики семей тяжелобольного ребенка и основные потребности. Анкета состояла из двух блоков: 1- сведения о ребенке и его семье; 2- сведения о потребностях семьи.

Результаты исследования. Было опрошено 150 родителей детей, признанных нуждающимися в оказании паллиативной помощи. Большая часть приходилась на возраст от 7 до 14 лет - 54,40%, меньшая от 0 до 1 года - 0,56%. Участвовали в каких-либо образовательных процессах или находились на домашнем обучении более 90% детей, но большая доля из них -70%, значительно ограничены в движении и нуждались в поддержке взрослого. У 10% детей отягощающим фактором являлось отсутствие вербального взаимодействия с ребенком. Одновременно с этим, со слов родителей, ребенок понимал обращенную речь на бытовом уровне, довольно быстро шёл на контакт.

Социально-биографические характеристики семьи пациентов - в полных семьях воспитывались большая часть детей - 66%. В 26% семей родители в разводе или живут отдельно; 8% – опекуны, вдовы. Около 77% семей, то есть большая часть, имела собственное жильё и оценивала свое материальное положение как среднее.

При определении потребностей выявлено, что 98% родителей готовы участвовать в культурно-досуговых мероприятиях для детей и членов семьи; в консультативной помощи профильных специалистов и решение материальных нужд – более 70%.

Родители достаточно осведомлены в вопросах ухода и аспектах заболевания ребенка – 87% и организациях, оказывающих психосоциальную помощь в регионе – 72%. В то же время отмечается потребность по вопросам их обучения – 60%.

Заключение. Родители воспринимали непосильными некоторые моменты, связанные с воспитанием ребенка. Поэтому членам семьи паллиативного ребенка требуется социальная «передышка».

Анализ потребностей семей в культурно-досуговых мероприятиях показал ориентированность семей на социализацию ребенка и готовность участвовать в них, но не чаще одного раза в месяц.

Анализ особенностей социально-бытовой адаптации детей говорит о недостаточном уровне формирования навыков самообслуживания. Детям нужна поддержка и помощь взрослого.

На первый план выступает нуждаемость в консультативной помощи профильных специалистов и решение материальных нужд. То есть запрос родителей – конкретная практическая помощь.

Семьи достаточно осведомлены о заболевании ребенка, правилах ухода и организациях, оказывающих психосоциальную и духовную помощь в регионе. Однако есть потребность в вопросах развития и обучения детей. Многие дети испытывали серьезные затруднения в сфере коммуникации, из-за выраженного дефицита социальных навыков. Но, взаимодействие с окружающими им необходимо. Игровые навыки находятся на низком уровне, в большинстве случаев детей в игру нужно вовлекать.

Полученные данные могут быть использованы при планировании работы медико-социальных служб и способствовать развитию межведомственного взаимодействия в вопросах оказания паллиативной помощи детям.

Список литературы

1. Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Шебалова Е.М., Балашова М.Е. Организация паллиативной медицинской помощи на региональном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – №. 3. – С. 464–468.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПЕРЕБОЛЕВШИХ СТУДЕНТОВ

Шеметова Г.Н., Балашова М.Е., Гюрджян Э.С., Спицына А.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Новая коронавирусная инфекция явилась мировой проблемой, по причине широкого распространения и высокой частоты развития постковидного синдрома. Симптоматика его проявлений включает в себя широкий спектр признаков,

являющихся следствием поражения органов и систем при COVID-19, длительность которых сохранялась в течение нескольких недель и месяцев от начала заболевания [1].

Современная молодежь – наиболее восприимчивая категория населения, относящаяся к группе повышенного риска развития болезней органов дыхания [2, 3, 4].

Особую актуальность представляет изучение распространенности симптомов постковидного синдрома среди переболевших студентов, т.к. высокий рост заболеваемости COVID-19 штаммом омикрон наблюдался именно в этой возрастной группе.

Цель исследования. Изучить распространенность симптомов постковидного синдрома среди переболевших студентов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 408 студентов медицинского ВУЗа от 18 до 25 лет. Среди респондентов преобладали девушки (75%), средний возраст составил 22 года.

Проводилось интервьюирование студентов по анкете, включающей вопросы о факторах риска болезней органов дыхания, наличии вакцинации от коронавирусной инфекции, методах подтверждения диагноза, симптоматике характерной для постковидного синдрома.

Результаты исследования. Установлено, что у 28 студентов (6,9 %) наблюдалось бессимптомное течение заболевания, у 236 человек (57,8 %) отмечалась легкая форма, у 138 студентов (33,8 %) – средне-тяжелая и у 6 студентов тяжелая форма.

Лабораторное подтверждение COVID -19 положительным тестом ПЦР получили 92,6 % (n = 378) опрошенных, 7,4 % респондентам диагноз был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и типичных изменений легких на КТ. COVID-ассоциированная пневмония была выявлена у 20,6 % (n = 84) студентов. 76,5% молодых людей получали лечение в амбулаторных условиях и только 4,4% студентов были госпитализированы в стационар в связи с тяжестью заболевания.

Как известно, триггерным фактором в развитии болезней органов дыхания является табакокурение. В связи с этим большое внимание при заполнении анкеты было уделено этому аспекту. Выявлено, что курят 17,6 % проанкетированных респондентов.

Следует отметить, что только 42,6 % переболевших коронавирусной инфекцией были вакцинированы до начала заболевания.

После перенесенной коронавирусной инфекции студентов беспокоил комплекс сохраняющихся симптомов. Результаты анкетирования показали, что наиболее распространенными признаками постковидного синдрома у студентов явились психоневрологические и когнитивные расстройства: повышенная утомляемость (69,1%), слабость (67,6), головокружение (33,8%), лабильность настроения (45,6%).

Сравнительный анализ клинического течения постковидного синдрома у молодых людей, перенесших COVID-ассоциированную пневмонию и не имевших таковой в анамнезе, показал, что большинство симптомов постковидного синдрома чаще наблюдалось среди респондентов, переболевших коронавирусной инфекцией с развитием пневмонии.

Проведено изучение относительного шанса появления симптомов постковидного синдрома у студентов разных возрастных групп. Установлена прямая связь между COVID-ассоциированной пневмонией и сохранением таких симптомов как: быстрая утомляемость, слабость, нарушение вкуса, головокружение, чувство тревоги и учащенное сердцебиение, симптомы со стороны желудочно-кишечного

тракта у лиц 18-21 лет и быстрая утомляемость, ощущение не полного вдоха, головные боли, миалгии, шум в ушах, лабильность настроения у респондентов 22-25 лет.

Заключение. Таким образом, 57,8 % студентов, переболевших COVID-19, перенесли заболевание в легкой форме. Наиболее распространенными симптомами, сохраняющимися в постковидный период у лиц молодого возраста, явились повышенная утомляемость, слабость, эмоциональная лабильность, снижение памяти. Более тяжелое течение постковидного синдрома отмечалось у студентов перенесших COVID-ассоциированную пневмонию, по сравнению с переболевшими новой коронавирусной инфекцией без пневмонии.

Список литературы

1. Асфандиярова Н.С. Постковидный синдром // Клиническая медицина. – 2021. – Т. 99. – №. 7-8. – С. 429-435.

2. Журавлева Т.А., Казанцева М.Е., Гришина В.А. Принципы наблюдения за пульмонологическими больными подросткового возраста в поликлинике // Пульмонология. – 2004. – №. 4. – С. 56-59.

3. Балашова М.Е., Шеметова Г.Н. Факторы риска болезней органов дыхания среди молодежи: выявление и коррекция // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – Т.11. – №. 6. – С. 12-15.

4. Балашова М.Е., Шеметова Г.Н., Губанова Г.В. Оценка поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у студентов медицинского вуза // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – Т.15. – №. 2. – С. 342-347.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шурыгин А.А., Соловьева Ю.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Введение. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) все чаще признаются глобальным приоритетом здравоохранения ввиду предотвратимости большинства травм, сложной и дорогостоящей медицинской помощи, которую они требуют [1]. Уровень смертности от ЧМТ отражает здоровье и благополучие населения, а также качество и доступность медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить основные тенденции смертности от ЧМТ в г. Челябинске, Челябинской области.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ данных таблицы С51 статистической формы № 5 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» по г. Челябинску, Челябинской области и Российской Федерации.

Результаты исследования. В период с 2011 г. по 2021 г. отмечена тенденция снижения смертности взрослого населения от ЧМТ. В г. Челябинске показатель смертности взрослого населения от ЧМТ снизился на 33,99%, до 18,88 случаев на 100000 взрослого населения, в Челябинской области - снизился на 32,02%, до 21,67 случая на 100000 взрослого населения, в Российской Федерации – на 35,92% - с 27,28 до 17,48 случаев на 100000 взрослого населения.

При анализе половозрастной смертности населения Российской Федерации от ЧМТ за 2021 г., установлено, что наибольшее значение смертности от ЧМТ зафиксировано в возрастной группе старше 85 лет (38,26 случаев на 100000 соответствующего населения), что в 2,19 раза выше, чем в среднем по Российской Федерации (17,48 случаев на 100000 соответствующего населения). В данной группе половозрастной показатель смертности среди мужчин составил 49,8, среди женщин - 34,61 случая на 100000 соответствующего населения. По всем возрастным группам отмечено, что показатель смертности от ЧМТ среди мужчин статистически значимо выше, чем среди женщин ($p = 0.04$).

Аналогичная тенденция выявлена в г. Челябинске и Челябинской области - наибольшее значение показателя смертности от ЧМТ зафиксировано в возрастной группе старше 85 лет (среди мужчин 108,06, среди женщин - 46,88 случаев на 100000 соответствующего населения). При этом показатель смертности от ЧМТ у мужчин данной возрастной группы в г. Челябинске (161,13 случая на 100000 соответствующего населения) в 2,12 раза выше, чем показатель смертности всего населения данной возрастной группы г. Челябинске (76,07 случаев на 100000 соответствующего населения), в 3,23 раза выше, чем показатель смертности от ЧМТ у мужчин данной возрастной группы в Российской Федерации (49,80 случаев на 100000 соответствующего населения).

Показатель смертности населения г. Челябинска и Челябинской области от ЧМТ среди мужчин выше, чем у женщин, за исключением возрастной группы 75-79 лет, где показатель смертности среди женщин (25,87 и 27,19 случаев на 100000 соответствующего населения в г. Челябинске и Челябинской области соответственно) выше показателя смертности среди мужчин (16,28 и 26,84 случаев на 100000 соответствующего населения в г. Челябинске и Челябинской области соответственно).

В структуре умерших от ЧМТ первое место занимают умершие от внутричерепных травм (S06), в 2022 г. на данную причину смерти пришлось 46,06% случаев смерти. Второе ранговое место, вплоть до 2022 г., занимали переломы черепа и лицевых костей (S02), которые в 2022 г. уступили второе место другим и неуточненным травмам головы (S09), 68,5% из которых составляют множественные уточненные травмы головы (S09.8).

В Российской Федерации, как и в Челябинской области и г. Челябинске, отмечается тенденция к уменьшению показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, стандартизированного по ЧМТ (стандартизированный показатель ОПЖ). В 2021 г. по сравнению с 2011 г. в Российской Федерации стандартизированный показатель ОПЖ уменьшился на 18,96 лет, в Челябинской области - на 8,16 лет, в г. Челябинске - на 10,95 лет, что связано, главным образом, с высокой долей умерших в возрасте до 30 лет и тенденцией к уменьшению численности населения в возрасте до 30 лет.

Заключение. Выявлены положительные тенденции в снижении смертности взрослого населения от ЧМТ в г. Челябинске, Челябинской области и Российской Федерации, при этом показатели смертности от ЧМТ на территории Челябинской области в 2021 г. значительно превышают показатели по Российской Федерации - на 23,97%. В Российской Федерации, как и в Челябинской области и г. Челябинске, отмечается тенденция к уменьшению показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, стандартизированного по ЧМТ. Смертность от ЧМТ является

одним из сдерживающих факторов повышения ОПЖ населения, как в целом по Российской Федерации, так и в Челябинской области и г. Челябинске.

Список литературы

1. James S.L., Theadom A., Ellenbogen R.G., Bannick M.S., Montjoy-Venning W. et al. Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // Lancet. Neurology. – 2019. – V. 18. – №. 1. – P. 56-87.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ В ЭПОХУ ЦИФРОВИЗАЦИИ: ПОТРЕБНОСТИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

Акимова О.В., Андриянова Т.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Цифровизация медицины во многом упрощает получение медицинской помощи населением. Актуальность развития данного направления нельзя оспаривать, она доказана как реалиями пандемийного, так и постпандемийного периода. Особую потребность в дистанционном виде, как варианте цифровой организации медицинской помощи, ощутили пожилые люди. Так в эпоху пандемии лица старше трудоспособного возраста находились в группе риска возникновения коронавирусной инфекции, что значительно сужало возможности получения качественной медицинской помощи по основному заболеванию. Они имели возможность консультироваться с врачами и записываться на прием и получать результаты анализов дистанционно, заказывать лекарства на дом. Однако потребность в получении качественной медицинской помощи пожилыми людьми с использованием цифровых технологий столкнулась со значительными противоречиями.

Цель исследования. Определить потребности пожилых людей в цифровых видах получения медицинской помощи, а также противоречие–барьеры с которыми сталкиваются пожилые люди при получения медицинской помощи в цифровом формате.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе государственных учреждений здравоохранения «Саратовская городская поликлиника № 10» и «Саратовская городская поликлиника № 2», N=161. Средний возраст респондентов –70,22±7,24 лет (Mo=68; Me=69).

Репрезентативность выборки. Тип выборки – простой случайный отбор. Размер генеральной совокупности – 217 984 (проживающие на территории Саратовской области лица старше трудоспособного возраста). При объеме выборки N=161 и доверительной вероятности 95% ошибка выборки составила 7,72%.

Результаты исследования. Классическая модель взаимодействия врача и пациента предполагает непосредственное общение. С развитием цифровых технологий все это отходит на второй план с одной стороны за счет повышение качества диагностической помощи, а с другой за счет упрощения передачи информации между врачами разных ЛПУ. У врача исчезает необходимость в сборе

анамнестической информации от пациента. При этом пациент не готов к тому, что врачу для постановки диагноза не проводит с ним беседу. По данным анкетирования 93% опрошенных пожилых пациентов поликлиники хотели бы, чтобы врач уделял беседе больше внимания. Заинтересованность в прослушивании нарратива пациента остаётся для пожилого пациента маркером качественного оказания медицинской помощи. Так, 82% респондентов называют коммуникативные качества врача как критерии его профессиональной эффективности. Среди них общительность, умение выслушать, отзывчивость, вежливость и другие.

Беседа с врачом приобретает особую актуальность для пожилого пациента из-за потребности в общении. Социальная депривация в той или иной мере сопровождает пожилого человека с выходом на пенсию. Для пациента во многом его обращение за медицинской помощью является каналом поддержания душевного спокойствия и благополучия. В процессе взаимодействия с врачом пожилой пациент удовлетворяет потребность в общении. Косвенно об этом свидетельствуют и данные настоящего опроса, представленные выше. Также всего 28% опрошенных респондентов считает, что коммуникация с родственников менее важна по поводу болезни, чем общение с врачом.

Еще одним противоречием в получении медицинской помощи возрастными пациентами с использованием цифровых технологий является проблема цифрового неравенства. Значительная часть пожилых людей не имеет свободного доступа к средствам коммуникации (по данным фонда «Общественное мнение» 51% россиян старше 60 лет не пользуются интернетом) [1].

Доверие является важным компонентом, определяющим систему отношений потребителей к системе здравоохранения. Отношения доверия формировались традиционно в классическом коммуникационном процесс, когда врач измерял пульс, пальпировал, «смотрел в глаза» пациенту. Доверие было неотъемлемой частью патерналистской модели в медицине. В исторической памяти пациента патернализм сохранен как доверие. Кардинальная смена классической модели на взаимодействие путём смс сообщений, мессенджеров, с одной стороны необходимы, а с другой стороны такая форма консультаций доверия не вызывает. У этого процесса есть две составляющие, которые очевидно и дальше будут находиться в состоянии асимметрии: с одной стороны, население будет стареть, а с другой стороны дефицит кадров будет диктовать необходимость применения цифровых технологий.

Заключение. Неоспорима потребность в получении медицинской помощи пожилыми с использованием цифровых технологий. Потребность сталкивается со следующими противоречиями: не удовлетворяется потребность в общении у пожилых пациентов при получении медицинской помощи дистанционно; проблема цифрового неравенства; проблема доверия врачу в процессе дистанционного взаимодействия. Выявленные противоречия являются ориентирами дальнейшего развития медицинской помощи пожилым в эпоху цифровизации.

Список литературы

1. ФОМ: 51% россиян старше 60 лет не пользуются интернетом. – 03.06.2022.

URL: <https://clck.ru/35wiUL> (дата обращения 29.01.2023).

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИКИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ефремова Н.А., Новокрещенова И.Г.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. Экономика является отражением технологического развития, которое в настоящий момент привело к ориентации на цифровые инструменты. В России определены стратегические цели и принципы цифровизации, как в целом по стране, так и по отдельным сферам и отраслям. Существенное влияние на деятельность медицинских организаций оказывает развитие инфраструктуры, обеспечивающей безопасность внедрения цифровых технологий, а также сохранение централизованной системы управления в отрасли в сочетании с самостоятельностью менеджмента основных субъектов.

Цель исследования. Выявление основных тенденций развития современных медицинских организаций, реализующих социально значимые функции по обеспечению населения помощью, в условиях экономики, ориентированной на активно развивающиеся цифровые технологии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на основе анализа параметров развития экономики и цифровых инструментов. Особое внимание было уделено исследованию нормативно-законодательной базы в области цифровизации здравоохранения. В работе использованы аналитический, сравнительный методы, анализ статистических данных.

Результаты исследования. Изучая практику применения цифровых технологий в сфере сохранения здоровья, стоит отметить, что на деятельность медицинских организаций влияет складывающаяся цифровая инфраструктура, включающая в себя мобильные сети, программные продукты, наличие цифровых компетенций у населения.

Использование цифровых технологий невозможно без доступа к системе искусственного интеллекта, которого до сих пор нет в ряде населённых пунктов отдельных регионов России.

Организации активно используют цифровые инструменты для организации коммуникаций, как с потребителями, так и с другими стейкхолдерами. Самое большое число коммуникаций с населением характерно для первичного звена здравоохранения, это отражают данные о количестве посещений врачей за 2021 год – более 1 млрд [1]. Для организации встречи пациента с врачом в рамках исполнения целей Единого плана по достижению национальных целей развития РФ на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года [2] и Стратегии цифровой трансформации [3], активно внедряются технологии дистанционной записи посредством телефона (через колл-центры) и Единого портала государственных услуг [4].

Успешно справляются с выполнением рутинных операций по поиску и агрегации данных, распространению информации, взаимодействию с клиентами чат-боты, активно применяющиеся в колл-центрах на этапе записи пациента к врачу. Внедряются пилотные проекты по применению искусственного интеллекта для постановки диагноза и назначения лечения (Москва, диагностический ассистент

врача «АИДА»). Анализируемые тенденции характеризуются активным внедрением в практику медицинских организаций возможностей бесконтактной или дистанционной передачи не только информации, но и денег.

Развитие цифровых инструментов сопровождается такими рисками как использование цифровых технологий с целью фишинга; возможность кражи информации или изменения структуры алгоритма с целью противоправного использования; отсутствие современной материальной базы и необходимых компетенций у работников.

Заключение. Деятельность медицинской организации зависит во многом от социально–экономических и технических возможностей региона, в котором она находится. В настоящий момент медицинские организации внедряют в свои процессы цифровые инструменты, используемые в основной деятельности, создают условия для комфортной работы квалифицированных специалистов, имеющих цифровые компетенции и умеющих правильно расставлять приоритеты, не забывая о конечной цели деятельности – здоровье пациента.

Внедрение цифровых инструментов в деятельность медицинских организаций ведет к необходимости совершенствования организационных процессов. На первый план выходит формирование и реализация адекватной кадровой политики (адаптация к новым требованиям, повышение квалификации, создание мотивации внедрения инноваций и т.д.) и обеспечение пациентцентрической модели клинической практики, основанной на взаимодействии врачей и пациентов в условиях адекватного распределения прав, обязанностей и ответственности сторон по сохранению и укреплению здоровья, что соответствует требованиям информационного общества.

Список литературы

1. Доклад Михаила Мурашко на Правительственном часе в Госдуме РФ. – 23.11.2022. URL: <https://clck.ru/35u63W> (дата обращения 21.09.2023).

2. Распоряжение Правительства РФ от 01.10.2021 N 2765–р «Об утверждении Единого плана по достижению национальных целей развития РФ на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года». – 2021. URL: <https://clck.ru/35u6EG> (дата обращения 21.09.2023).

3. ПАСПОРТ «Стратегии цифровой трансформации отрасли «Здравоохранение» до 2024 года и на плановый период до 2030 года». – 2021. URL: <https://clck.ru/gcmkP> (дата обращения 20.09.2023).

4. Методические рекомендации по формированию службы информационных технологий в медицинских организациях. – 04.03.2022. URL: <https://clck.ru/35u6eV> (дата обращения 20.09.2023).

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ: ОЖИДАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА

Ивановская М.В., Севостьянова О.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Преодоление бремени суицидальных рисков и поведения среди населения является одной из приоритетных задач любого государства. Согласно статистике, Россия является страной-«лидером» по распространенности суицидов среди молодого населения [1]. Однако несмотря на значимость такой проблемы, отмечается недостаток эффективных методов по совершенствованию реабилитационных мероприятий для лиц с аутоагрессивным поведением.

В настоящее время, по данным ВЦИОМ [2], большинство россиян (81%) используют интернет, причем 69% — ежедневно. Доля интернет-пользователей стабильно растет с 2011 года. В этой связи важно привлекать российские государственные медицинские учреждения к использованию цифровых технологий в профилактике и реабилитации пациентов с аутоагрессивным поведением. На официальных сайтах психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров не найдено ни одного ресурса по оказанию онлайн-помощи.

Таким образом, актуальность создания модели цифрового пространства, ориентированного на мнение агентов реабилитации (непосредственно людей с суицидальным поведением, близкого окружения, а также врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных служб) определяет медико-социальную и медико-психологическую актуальность нашего исследовательского поиска.

Цель исследования. Исследование мнения профессионального медицинского сообщества по проблеме включения цифровых технологий в процесс социальной реабилитации лиц с аутоагрессивным поведением.

Материалы и методы исследования. Проведено фокус-групповое интервью с клиническими психологами и врачами-психотерапевтами. Главным критерием отбора респондентов стало наличие опыта работы с пациентами с суицидальным поведением. Группу клинических психологов составили 8 специалистов в возрасте от 26 до 54 лет. Все респонденты проживают в городском населенном пункте. На момент интервью 2 специалиста ведут частную практику, оставшиеся 4 работают в государственных медицинских учреждениях. 5 психологов имеют работы в антикризисных центрах, 3 – на телефоне доверия. Группа врачей-психотерапевтов состояла из 7 участников в возрасте от 30 до 55 лет. На момент интервью 5 специалистов работают в государственных медицинских учреждениях, 2 ведут частную практику. 5 врачей имеют опыт работы в антикризисных центрах.

Результаты исследования. Большинство участников, обсуждая актуальное состояние системы оказания помощи людям с аутоагрессивным поведением, оценивают ее неудовлетворительно. Так, участник М.О. (заведующий структурным подразделением, 42 года, стаж работы в психотерапевтическом отделении – 10 лет) высказывался следующим образом: «Система реабилитации в том виде, в котором она существует сегодня, недостаточна. Нет индивидуального, дифференцированного подхода ни к профилактике, ни к реабилитации, с суицидом при расстройстве личности и при кризисе одна и та же система мер, хотя это два абсолютно разных суицида».

В рамках обсуждения проблемы совершенствования реабилитационных мероприятий для лиц, совершивших суицидальную попытку, были получены ответы, которые условно можно разделить на две группы. Первая – увеличение количества рабочих мест для создания возможности расширения круга агентов комплексной профилактики и реабилитации. Вторая – увеличение количества рабочих мест для снижения нагрузки, связанной с ведением документации, что обеспечило бы возможность увеличения количества часов индивидуальной и групповой

психотерапевтической и психокоррекционной работы. На вопрос о необходимости и возможности привлечения волонтерских организаций и в частности ресурсов общественного движения «волонтеры-медики» ответы были единогласно положительными.

Среди достоинств применения цифровых технологий в процессе социальной реабилитации лиц с аутоагрессивным поведением специалистами отмечен фактор большей доступности. А вот потенциальными негативными последствиями подобной практики, представители профессионального сообщества считают следующие: увеличение нагрузки и объема отчетной документации.

Заключение. По результатам анализа мнения врачей первичного звена здравоохранения по вопросу применения цифровых технологий в реабилитации лиц с суицидальным поведением было выявлено, что сочетание очной и онлайн форм реабилитации является предпочтительным в сравнении с очной и онлайн формой по отдельности. По мнению большинства респондентов, волонтеры, имеющие специальную подготовку, могут эффективно принимать участие в оказании цифровой реабилитации.

Цифровая реабилитация, призванная облегчить процессы оказания и получения помощи на данный момент, сталкивается с чередой организационных вопросов, требующих дальнейшего рассмотрения и решения.

Список литературы

1. Коэффициент смертности от самоубийств (на 100 000 населения). – 8.12.2022. URL: <https://data.who.int/ru/indicators/i/16BBF41> (дата обращения 20.09.2023).

2. Медиапотребление и активность в интернете. – 23.09.2021. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/mediapotreblenie-i-aktivnost-v-internete> (дата обращения 20.09.2023).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ChatGPT В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Коваленко Е.В.¹, Бобрешов А.В.², Федонников А.С.¹

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов*

² *Научно-производственный центр «Электронные вычислительно-информационные системы», г. Москва*

Введение. По оценкам Grand View Research, совокупный годовой темп роста мирового рынка искусственного интеллекта (ИИ) составит 37,3% в период с 2023 по 2030 год. Аналитики прогнозируют, что к 2030 году лидирующую позицию займет сектор здравоохранения [1].

Цель исследования. Оценка возможностей и ограничений применения в здравоохранении нейросети ChatGPT.

Материалы и методы исследования. Обобщение и анализ данных публикаций о ChatGPT в базах PubMed, Medline, eLIBRARY, на сайтах разработчиков ИИ.

Результаты исследования. Появление ChatGPT по праву считается одним из главных событий 2022 года. Чат-бот с ИИ разработан компанией OpenAI. За 5 дней после запуска им воспользовался 1 млн человек, а уже через 2 месяца количество пользователей достигло 100 млн. ChatGPT стал самым быстрорастущим приложением в истории. Меньше чем за год эта разработка уже продемонстрировала способности поддерживать разговор на любую тему, найти ошибки в коде на различных языках программирования, давать консультации по самым разным предметам, включая медицину, а также писать стихи, сценарии, книги, бизнес-планы и даже диплом для вуза. Согласно исследованию, опубликованному в журнале JAMA Internal Medicine, ChatGPT оказался лучше профессиональных врачей, предоставляя более подробные и чуткие ответы на вопросы пациентов, заданные на онлайн-форуме R/AskDocs Reddit [2].

ChatGPT помог установить диагноз ребенку из США, диагнозу которому не могли поставить 17 врачей в течение трех лет. Отчаявшись, мама описала ChatGPT симптомы заболевания и результаты обследования сына. Нейросеть поставила очень редкий диагноз, который позже подтвердили нейрохирурги, мальчик был успешно прооперирован и пошёл на поправку [3]. ChatGPT сдал экзамен USMLE на медицинскую лицензию в США [4].

ChatGPT обучен на огромных данных интернета, но его знания ограничены тем, что он узнал до 2021 года. Модель может быть дообучена на более узких задачах. Дообученный ChatGPT будет строить диалог исключительно на данных, на которых он обучался. Это могут быть, например, внутренние регламенты конкретной медицинской организации, нормативные документы, данные конкретных пациентов, технической документации медицинской аппаратуры и т.п.

Для 30% компаний важно, чтобы собственные данные не выходили за пределы компании и использоваться только внутри компании, в её контуре. Использование ChatGPT в данном случае невозможно. Выходом в данной ситуации является использование подобных ChatGPT речевых моделей и размещение их на собственном сервере. Для полноценного функционирования контурных моделей нужны мощные видеокарты и их использование под силу пока только крупным компаниям. На базе дообученного ChatGPT возможно создать множество различных нейросотрудников. Это особенно актуально это для компаний с большим объёмом коммуникаций и множеством однотипных должностей, а также для тех, кто нуждается в проверке знаний сотрудников в соответствии с регламентами. Нейросотрудники помогут улучшить взаимодействие с клиентами, оптимизировать рабочие процессы, повысить контроль качества, сократить затраты времени и ресурсов. Уже созданы нейросотрудники для решения разных интеллектуальных задач: нейрокоординатор, нейрокуратор, нейросекретарь, нейроконтролёр качества звонков, нейрокопирайтер [5]. Они обладают определенным потенциалом применения в сфере здравоохранения.

Заключение. Нейросотрудники на основе ChatGPT обладают рядом преимуществ: высокая доступность, эффективность, экономия ресурсов, сохранение знаний, консистентность и точность. Они имеют потенциал улучшить эффективность, снизить затраты и повысить качество обслуживания, что делает их привлекательными инструментами, в том числе и в сфере здравоохранения. Ограничения связаны с необходимостью доступа по API к ChatGPT.

Список литературы

1. Grand View Research. Artificial Intelligence Market Size, Share & Trends Analysis Report By Solution, By Technology (Deep Learning, Machine Learning). – 2023. URL:

<https://www.marketresearch.com/Grand-View-Research-v4060/Artificial-Intelligence-Size-Share-Trends-31516566> (дата обращения 20.09. 2023).

2. Ayers JW. . et al. Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum // JAMA Intern Med. –2023. – №. 1. – С. 589-596.

3. Kung TH. et al. Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models // PLOS Digit Health. – 2023. – №. 1.

4. DAILYMAIL. Toddler whose symptoms puzzled 17 doctors for three YEARS is finally diagnosed with rare condition... by ChatGPT. – 2023. URL: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-12509111/ChatGPT-diagnosis-rare-condition.html> (дата обращения 20.09.2023).

5. Сайт Университета искусственного интеллекта. Проекты. URL: https://neural-university.ru/projects_new (дата обращения 20.09.2023).

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ «ИНТЕРНЕТ-ВЕЩЕЙ» (IoT) В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Краснова О.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. Большинство работников здравоохранения и фармации не обладают информацией о существующих разработках и действующих интернет-вещей (IoT), которые могли бы быть использованы в их профессиональной деятельности. Для получения такой информации необходимо предпринять ряд организационных и технических мер, способных популяризировать IoT на всех уровнях управления здравоохранением. Распространение информации о технологиях IoT позволит их апробировать, внедрить, адаптировать и активно использовать в профессиональной деятельности работниками здравоохранения и фармации.

Цель исследования. Описание процедуры осуществления популяризации применения технологий «интернет-вещей» профессиональной деятельности работников здравоохранения и фармации на федеральном и региональном уровнях.

Материалы и методы исследования. Суть функционирования IoT заключается в объединении различных устройств, аппаратов и технических средств в сеть передачи данных для решения определенных профессиональных задач. Целями функционирования IoT является сбор, анализ, обработка и передача данных различным технологическим продуктам через прикладные компьютерные программы, технические устройства или приложения [1, 2].

Результаты исследования. Для достижения заявленной цели исследования рекомендуется разработать и осуществить на федеральном и региональном уровнях программу популяризации применения технологий «интернет-вещей» профессиональной деятельности работников здравоохранения и фармации на

федеральном и региональном уровнях. Предполагается, что на федеральном уровне ответственными за реализацию данной программы должны стать Минздрав РФ, Минобрнауки РФ и Минпромторг РФ.

В качестве основного инструмента популяризации, рекомендуется на портале Минздрава разместить вкладку «Инновации» с различными разделами, освещающими инновационную деятельность в сфере здравоохранения, включающими также раздел «IoT для медиков» и «IoT для фармацевтов». «Поставщиками» инновационных проектов для портала, включая IoT, могут стать Минобрнауки и Минпромторг. Стейкхолдерами программы могут выступить Минцифра РФ, Минэкономразвития РФ, так как Минцифра может оказать информационную поддержку, а Минэкономразвития – экономическую поддержку.

СМИ и социальным сетям в этой схеме отводится роль функциональной структуры, освещающей все соответствующие тематические новости, транслирующие коммерческую и социальную рекламу и пр. На региональном уровне, кроме местных СМИ, продвижением информации об IoT смогут заниматься организации здравоохранения и фармации.

Особая роль должна отводиться региональным вузам, которые способны осуществлять подготовку и переподготовку медицинских и фармацевтических работников в сфере медицинских IoT. При медицинских вузах рекомендуется создавать экспертные комиссии (интеллектуальные хабы), способных проводить оценку IoT.

Также на уровне региона могут быть задействованы поставщики разработок, опытных образцов, патентов IoT и поставщики финансовых услуг.

Для осуществления оперативного управления, координации и проведения анализа деятельности участников популяризации на региональном уровне рекомендуется привлечь региональные министерства того же профиля, что и на федеральном уровне.

При предварительной стоимостной оценке реализации идеи необходимо учесть следующие затраты: разработка раздела сайта; создание «интеллектуального хаба» в каждом регионе; обучение и повышение квалификации на базе медицинских вузов; апробация IoT в организациях здравоохранения и фармации; реклама в СМИ и соц. сетях и прочие.

В качестве источников финансирования могут выступать как бюджетные средства (при включении мероприятий в программы развития здравоохранения и его субъектов), так и средства из внебюджетных фондов, инвестиционных компаний, бизнес-агентов и пр.

Эффективность программы будет зависеть от ее инфраструктуры реализации, которая предполагает разделение зон ответственности по территориальному признаку с четкой подчиненностью федеральному центру. В рамках зон ответственности необходимо разделение по функциональному признаку на несколько профилей: технический; информационный; научный; учебный; экономический.

Заключение. Применение IoT позволит медикам и фармацевтам получить уникальные профессиональные компетенции, улучшающие качество медицинских и фармацевтических услуг и оптимизирующие их рабочий процесс.

Список литературы

1. Краснова О.В. Обзор технологий «интернет вещей» для применения в отечественной системе здравоохранения // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: II Международная научно-практическая

конференция, Саратов, 23–24 сентября 2021 года. – Саратов: Издательство Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского. – 2021. – С. 140–146.

2. Краснова О.В. Применение технологий «интернет вещей» в фармации // Современная фармация: вызовы, ожидания, решения: Материалы Всероссийской конференции, Пермь, 23–25 марта 2023 года. – Пермь: Издательство Пермской государственной фармацевтической академии. – 2023. – С. 126–130.

ЦИФРОВАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОРДИНАТОРОВ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кудашева З.Э.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В современных условиях происходит активная цифровизация медицины, которая поддерживается на государственном уровне: телемедицина, электронные рецепты, электронные медицинские карты, концепция «подключенного пациента» [1, 2]. Подобный контекст предполагает, что у медицинских работников еще на этапе обучения в университете должна быть сформирована цифровая компетентность.

Цель исследования. Анализ результатов авторского исследования, направленного на определение самооценки ординаторами уровня цифровой компетентности и отношения к цифровизации системы здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Анкетный опрос «Цифровое здравоохранение в представлениях ординаторов» проводился среди ординаторов первого года обучения разных специальностей Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского (N=272) на платформе Google Forms. Средний возраст участников – 25±3, стандартное отклонение 2,6. Собранные эмпирические данные были подвергнуты математическо-статистическим методам анализа при помощи программы SPSS 23. Применялись тест Н-критерий Краскала – Уоллиса и U-критерий Манна – Уитни.

Результаты исследования. 57% ординаторов имеют представление о едином цифровом контуре здравоохранения, при этом 77% респондентов считают, что они готовы осуществлять профессиональную деятельность в его рамках. Данное расхождение говорит о весьма слабом понимании функциональных задач цифрового контура. Практически все респонденты осведомлены о телемедицине (90%), большая часть опрошенных (80%) полагают, что она может эффективно применяться в региональном здравоохранении. Этот результат важен, так как без поддержки врачей данная технология не сможет быть успешно внедрена в медицинский процесс.

Только 65% обучающихся верят, что с помощью цифровых технологий можно сформировать клиническое мышление, еще меньшее количество человек (40%) – что диагноз, поставленный дистанционно, будет объективным. Исходя из этого результата вполне закономерно, что меньше половины ординаторов (48%)

готовы поддержать законопроект, позволяющий ставить диагноз больному и назначать ему лечение в онлайн-режиме. Значимых различий по изучаемым группам не выявлено.

44% из числа опрошенных готовы оказывать медицинскую помощь удаленно. Это может быть связано с тем, что лишь 25% ординаторов считают, что они полностью готовы к взаимодействию с пациентами в электронном формате, 37% опрошенных считают, что готовы лишь частично. Отметим: большая часть опрошенных, согласно их ответам, знакомы с этикой работы в цифровом пространстве, а также нормами и правилами, обеспечивающими информационно-психологическую безопасность пациента (76% и 80% соответственно). То есть проблема состоит не в процессе общения, а в иных аспектах работы.

Что касается таких понятий, как «электронный пациент», «цифровой двойник», только 50% и 34,5% опрошенных соответственно имеют о них представление. Чуть больше обучающихся (58,5%) знают о практике внедрения персонифицированных услуг и считают, что информационные технологии позволяют их реализовывать.

Позитивным результатом анкетирования можно считать то, что более половины опрошенных ординаторов (55%) предполагают, что информационные технологии позволят медицине перейти от болезнecентрированной к здоровьесцентрированной.

Заключение. Одним из ключевых вопросов развития системы здравоохранения в России становится подготовка медицинских кадров, владеющих цифровыми умениями и навыками, необходимыми для работы в новых реалиях. Ординаторы относятся к цифровизации медицины скорее положительно, однако оценивают свою готовность к использованию информационных технологий в будущей работе как недостаточную, выявлено незнание обучающимися многих новых понятий в данной области. С нашей точки зрения требуется расширить представление ординаторов второго года обучения о едином цифровом контуре, о новых тенденциях цифровизации медицины, внедрить практику постановки диагнозов в дистанционном режиме с комментариями и активной поддержкой преподавателей для повышения уверенности обучающихся в успехе подобных процессов, а также искать иные пути и решения для совершенствования медицинского образовательного процесса.

Список литературы

1. Шапиро С.Р., Абдрахимов В.З. Особенности цифровизации медицины в России // Проблемы совершенствования организации производства и управления промышленными предприятиями: Межвузовский сборник научных трудов. – 2021. – №. 1. – С. 254–259.

2. Залогов В.Н. Цифровизация медицины: реалии и статистические оценки // Статистика в условиях формирования цифровой экономики: Материалы Международной научно-практической конференции, Саранск, 27 мая 2019 года. – Саранск: Издательство: Индивидуальный предприниматель Афанасьев Вячеслав Сергеевич. – 2019. – С. 74–77.

«ПОЛИКЛИНИКА. ЦИФРОВОЙ КОНТУР». СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кустов Е.В., Суслонova Н.В., Гаранина И.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Введение. Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – приоритет государственной политики в области охраны здоровья граждан, закрепленный в законодательстве РФ [1], поскольку «улучшение показателей общественного здоровья, профилактика преждевременной смертности, увеличение продолжительности жизни граждан во многом определяются эффективностью работы первичного звена» [2]. Однако, несмотря на обозначенный приоритет, в регионах РФ и сегодня существуют проблемы организации оказания ПМСП.

Цель исследования. Включение поликлиник, оказывающих ПМСП, в единый цифровой контур организации амбулаторной помощи (Контур) поликлиник Московской области и его оценка.

Материалы и методы исследования. На территории Московской области проект «Поликлиника. Цифровой контур» стартовал в 2022 году. Контур разработан на основе критериев базового уровня «Новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП» и включает в себя 96 критериев по 6 разделам. Оценка исполнения проводится по критериям, заданным в виде абсолютных значений или процентов, и имеющим разный процентный вес достижения: от 5% для критериев, сложных по реализации (соблюдение сроков ожидания), до 0,3% – для критериев оценки элементов системы информирования (по разработанным шаблонам). Утвержден проверочный лист оценки, по которому эксперты медицинских организаций и сотрудники регионального центра организации ПМСП (РЦ) проводят аудиты поликлиник (внутренние и внешние).

Результаты исследования. На первом этапе в проект включены 4 поликлиники муниципальных районов области, оказывающих ПМСП взрослому населению, имеющих средний процент достижения соответствия критериям Стандарта 46,3%.

Для повышения эффективности профилактической работы первичного звена были регламентированы процессы деятельности регистратуры, лечебно-диагностических кабинетов и отделений: маршрутизация пациентов в зависимости от повода обращения, изменение логистики диспансеризации взрослого населения (ДВН), создание кабинетов наблюдения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (60 кабинетов) и выписки рецептов (220 кабинетов). При регламентации процессов и процедур широко применены цифровые технологии: в личном кабинете пациента в ЕГИС возможна самозапись пациента на прием, забор крови, ДВН с созданием электронного маршрутного листа; автоматическая загрузка результатов исследований 1 этапа ДВН в электронную медицинскую карту пациента (загружено 87%); выписка рецептов и закрытие 1 этапа ДВН с применением телемедицинской консультации (22 и 29% соответственно); интеграция лабораторной информационной системы с единой медицинской информационно-аналитической системой; электронная очередь в кабинеты, навигация по требованиям

брендбука «Наша поликлиника» (базовый уровень) и дополнительная напольная навигация (продвинутый уровень).

С целью повышения производительности труда сотрудников и уменьшения потерь разработаны алгоритмы работы сотрудников отделения профилактики, речевые модули сотрудников регистратуры, а также обучение и тренинги по этике и деонтологии, профилактике конфликтов.

По достижению поликлиниками–пилотами базового уровня (от 94 до 99% достижения критериев по чек-листу), началось поэтапное тиражирование проекта: 1 волна тиражирования – 19 поликлиник, 2 волна – 14 поликлиник и 3 волна – еще 13. С руководителями поликлиник 1 волны тиражирования проводились стартовые совещания на базе поликлиник–пилотов, в последующем сотрудники 3 лучших поликлиник 1 волны тиражирования подключились к обучению сотрудников поликлиник 2 и 3 волн тиражирования.

Динамический контроль достижения критериев Контура во время внутренних и внешних аудитов позволил всем 50 поликлиникам достичь среднего показателя по чек-листу 91% (от 80,4% до 100%). Организация работы поликлиник по единому стандарту позволила повысить удовлетворенность населения с 38% до 44%, что является историческим максимумом. Число жалоб на работу поликлиник за 2022 год в сравнении с 2021 годом сократилось в 1,6 раза (с 124 015 до 77 508).

Заключение. Формализованные требования к процессам оказания ПМСП, которые позволяют сделать поликлиники более эффективными и ориентировать их на удобство пациентов, обобщены в методических рекомендациях по организации работы поликлиник, утвержденных Минздравом Московской области, и могут способствовать внедрению этой практики в других регионах РФ.

Включение в единый цифровой контур поликлиник позволяет организаторам здравоохранения получать информацию необходимую для обоснования и принятия управленческих решений, и, таким образом повышать эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению региона РФ.

Список литературы

1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 N 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». – 2011. URL: <https://www.zakonrf.info/zakon-o-zdorovye-grazhdan/33/> (дата обращения 26.08.2023).

2. Михаил Мурашко провел коллегию Минздрава России по развитию ПМСП. – 18.03.2022. URL: <https://clck.ru/35wsoJ> (дата обращения 26.08.2023).

ПЕРЕХОД НА ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА: ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ

Мирошникова Э.М.¹, Пайков А.Ю.², Самойлова Ю.Б.³

¹*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница №8», г. Ростов-на-Дону*

²*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону*

³*Ростовский филиал федерального государственного казенного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации», г. Ростов-на-Дону*

Введение. 01.02.2021 вступил в силу порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов [1]. Электронная медицинская карта (ЭМК) – важный элемент цифровых сервисов здравоохранения, развитие которых направлено на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи. Достоинства ЭМК общеизвестны, и не нуждаются в обосновании. Сформирована правовая база по переходу на электронный документооборот. Кроме этого, имеется положительная практика внедрения ЭМК.

Цель исследования. Авторы в рамках данной работы поставили цель установить возможные риски перехода на электронный документооборот медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», а также определить направление дальнейшего совершенствованию законодательства.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили положения нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья, судебная практика по исследуемому вопросу. При проведении исследования авторами применялись такие методы познания как анализ и синтез, формально-юридический, толкования.

Результаты исследования. С 01.03.2023 вступил в силу приказ Минздрава России от 05.08.2022 №530н (далее – Приказ №530н–2022) [2], утвердивший обязательные для всех медицинских организаций, независимо от профиля, учетные формы медицинской документации, используемой в стационарах, которые с 01.03.2025 будут использоваться также в части ведения документации в форме электронных документов. Кроме этого, имеется Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» [3] (далее – Приказ №1130н–2020), который отражает особенности оказания медицинской помощи по данному профилю, в том числе в заполняемых медицинских документах. В Приказе №1130н–2020 помимо прочего закреплены формы медицинских карт, которые врачи должны использовать в своей профессиональной деятельности. В нем также предусмотрено ведение ЭМК.

В этом усматривается некоторая сложность ведения медицинской документации, обусловленная вопросом: каким же нормативным правовым актом необходимо руководствоваться при организации документооборота, в том числе в электронной форме?

Оснований отказаться от ведения медицинских карт в соответствии с Приказом №1130н–2020 у медицинских организаций не имеется. Ведь порядок оказания медицинской помощи – это тот нормативный правовой акт, который является обязательным для исполнения всеми медицинскими организациями, что закреплено на законодательном уровне [4]. Авторы данной публикации обратились к судебной практике привлечения к юридической ответственности медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля. Ее анализ позволил сделать вывод: нарушение порядка оказания медицинской помощи обосновывается отсутствием ведения карты пациента в соответствии с установленной формой, утвержденной Приказом №1130н–2020.

Заключение. В связи с изложенным, полагаем, что медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю «акушерство и гинекология», должны оформлять медицинскую карту в соответствии

с Приказом №530н–2022 и карты пациентов акушерско-гинекологического, утвержденные Приказом №1130н–2020.

С учетом перехода на ведение медицинской карты в электронной форме, представляется необходимым утверждение новых форм медицинской карты пациента по профилю «акушерство и гинекология», отвечающих всем современным требованиям и особенностям оказываемой медицинской помощи в Приказе №530н–2022. Одновременно в Приказе №1130н–2020 следует признать утратившими силу формы медицинских карт.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России от 07.09.2020 № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов». – 2020. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_373853 (дата обращения 03.08.2023).

2. Приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения». – 2022. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_429359 (дата обращения 03.08.2023).

3. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». – 2020. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367763 (дата обращения 03.08.2023).

4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323–ФЗ (ред. от 13.06.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – 2023. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895 (дата обращения 03.08.2023).

ВОЗМОЖНОСТИ ЧАТ-БОТА ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

**Решетникова Ю.С., Смилянин А.М., Гаевая А.Ю., Попова К.О.,
Голубева А.А., Костерин М.Д., Шураськин Д.А., Самочёрнов К.С.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Тюмень*

Введение. По данным Росстата средние затраты времени записи на прием по России в амбулаторно-поликлинических организациях в городских населенных пунктах занимает 18,63 минут, в то время как ожидание приема или осмотра врача составляет 37,01 минут, что значительно ухудшает качество обслуживания населения [1, 2]. Сегодня все большую популярность приобретают чат-боты в сфере медицинских услуг. По данным Global Market Insights медицинский сектор к 2024 году будет составлять 30% от всего рынка диалоговых агентов [3]. Такой рост связан с круглосуточной потребностью поддержки пациентов.

Цель исследования. Выявление потребности законных представителей несовершеннолетних в функционале чат-бота.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в мае 2023 года путем анкетного опроса 80 респондентов в возрасте 18 лет и старше, которые являются законными представителями детей, прикрепленных к ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» г. Тюмени (ГП № 5). Анкетирование проводилось в виде очного собеседования, далее на основе результатов была сформирована база данных Excel.

Результаты исследования. По результатам опроса законных представителей женщин было 88,6% (n=70), из которых 66 матерей (83,5%) и 4 опекуна (5,1%). Среди опрошенных мужчин было 11,4% (n=9). Исходя из этого можно судить, что именно мамы сопровождают детей в поликлинику. Возраст законных представителей несовершеннолетних: 19–30 лет – 24,1% (n=19), 31–40 лет – 50,6% (n=40), 41–50 лет – 21,5% (n=17), 51 и более – 3,8% (n=3).

Среди респондентов 35,4% (n=28) не имеют опыта использования чат-ботов, 31,6% (n=25) иногда используют, 12,7% (n=10) раньше использовали, 11,4% (n=9) слышали, но не использовали чат-боты, 8,9% (n=7) регулярно используют чат-боты. Стоит отметить, что 54,4% (n=43) законных представителей отмечают готовность использовать чат-бот.

Какую информацию законные представители, хотели бы видеть в чат-боте: 78,5% (n=62) случаев интересен график работы врачей, 65,8% (n=52) – график работы процедурного кабинета, доврачебного кабинета, фильтра и лаборатории, а в 54,4% (n=43) информация о получении справок, карт и различных форм.

Среди опрошенных 57% (n=45) предпочитают использовать Telegram как метод информирования, 55,7% (n=44) отдают предпочтение Viber, 44,3% (n=35) – WhatsUP, 25,3% (n=20) – Телемед 72, 25,3% (n=20) – ГосУслуги, 19% (n=19) – ВКонтакте, 5,1% (n=4) – Одноклассники, 3,8% (n=3) – сайт поликлиники.

Поводами обращения к врачу в поликлинику являются: заболевания 86,1% (n=68), получение справок, карт и форм 51,9% (n=41), запись к узким специалистам 43% (n=34), сдача анализов 41,8% (n=33).

Популярным запросом в колл-центр и регистратуру является запись на прием к врачу-педиатру или к узким специалистам 87,3% (n=69), вызова врача на дом 58,2% (n=46), уточнение графика работы кабинетов (лаборатории, доврачебного кабинета, фильтра, процедурного кабинета) поликлиники.

Наиболее актуальной информацией для рассылки законные представители несовершеннолетних считают получение уведомлений об изменении графика работы городской поликлиники 72,2% (n=57), о профилактических осмотрах 40,5% (n=32), о вакцинации 27,8% (n=22), о профилактике заболеваний 17,7% (n=14).

После демонстрации работы чат-бота законным представителям предлагалось оценить качество и удобство диалогового агента поликлиники. 92,4% (n=73) опрошенных стали бы пользоваться чат-ботом. При оценке работы чат-бота 38% (n=30) отмечают “отлично” и 41,8% (n=33) – “хорошо”, 53,2% (n=42) отмечают, что чат-бот очень понятен и удобен 34,2% (n=42) в использовании. Лишь менее 10% пользователей отмечают неудобства при использовании диалогового агента ГП №5.

Заключение. Наибольшая потребность в функционале чат-бота для законных представителей несовершеннолетних городской поликлиники заключается в получении информации о графике работы врачей, процедурного и доврачебного кабинетов, получение справок, карт и различных форм. Также имеется запрос на получение регулярно меняющейся информации о работе поликлиники – рассылки

уведомлений об изменении графика работы медицинской организации, о профилактических осмотрах, вакцинации и профилактики заболеваний. Мы отмечаем, что законные представители через чат-бот могут получать быстро, доступно и в любое время актуальную информацию о работе медицинской организации, что становится актуальной тенденцией в здравоохранении.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2021. Статистический сборник. – 2021.

URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2021.pdf> (дата обращения 18.06.2023).

2. Лапик С.В., Романова А.Ф. Анализ востребованности мобильных медицинских приложений у населения г. Тюмени // Университетская медицина Урала. – 2018. – Т. 4. – №. 3. – С. 21–23.

3. Размер рынка чат-ботов по приложениям, интерфейсам, конечному использованию, типу (на основе правил, на основе ИИ), модели развертывания 2018–2024 гг. – 2018. URL: <https://www.gminsights.com/request-sample/detail/2643> (дата обращения: 18.06.2023).

РИСКИ В ЦИФРОВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Чумаченко Н.Э.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Национальная программа «Цифровая экономика», утвержденная в 2018 году, обозначила цели внедрения цифровых разработок в отрасли экономики России. В области здравоохранения приняты соответствующие федеральные проекты, призванные реализовать задачи цифровой трансформации здравоохранения. Внедрение и развитие сложных комплексных технологий, охватывающих множество участников и отношений между ними, неизбежно влекут за собой ряд рисков. Специфика здравоохранения, связанная с устоявшимися стандартами деятельности, особенностями нормативной базы и требований, множеством участников, осложняет реализацию задачи цифровой трансформации этой сферы.

Цель исследования. Выявить риски, связанные с цифровизацией здравоохранения, в частности, риски информационной безопасности и кибер-риски, институциональные риски, комплаенс-риски.

Материалы и методы исследования. Исследование осуществлялось с использованием методов системного подхода.

Результаты исследования. Первыми в перечне рисков цифровой трансформации отраслей указываются риски информационной безопасности. Применительно к медицине сюда относят риски: неполное или несвоевременное получение информации по сети, неработоспособность сайтов, наличие неполной или не актуальной информации по отдельным медицинским учреждениям, возможность информационных «вбросов». Все большее значение для медицинских учреждений приобретают риски связанные с постоянным ростом объемов информации, что усложняет хранение информации, документооборота; получение медико-

статистической отчетности; удорожание хранения информации. В рассматриваемый перечень факторов рисков также возможно включить неполноту и недостаточную глубину информатизации медицинских учреждений [1]. В литературе выделяют «цифровой парадокс», состоящий в том, что при всем удобстве информационных систем и технологических решений, врач не может обойтись без физического аналога данных пациента, поскольку не рассчитывает на оперативность и надежность таких систем [2]. Данная группа рисков обусловлена спектром характеристик: оснащение рабочего места врача, качественное интернет-соединение, отлаженность информационных систем, параметры влияния процессов информатизации на скорость и качество работы врача.

Растущий массив данных о пациентах в медицинских учреждениях является привлекательным для киберпреступников, что отражено в кибер-рисках, традиционно исследуемых при анализе вызовов цифровой экономики. Ключевая проблема в здравоохранении – это многосоставная структура, которая включает в себя технологии разного уровня; ее устаревшие компоненты оказываются наиболее уязвимыми для атак, что несет в некоторых случаях буквально смертельную угрозу. Перспективы создания «точной», «превентивной» медицины с анализом больших данных конфликтует со сложившейся системой получения, обработкой и управлением данных. Так, сбор данных из разных источников сопряжен с проблемой обеспечения безопасности информации (защита, своевременное обновление приложений, протокол обращения с данными), что также затрагивает вопрос об обеспечении строгого контроля доступа к данным.

Последнее тесно связано с комплаенс-рисками; комплаенс означает обеспечение деятельности организации требованиям, налагаемым на нее российским и зарубежным законодательством, выявление и оценку рисков коррупционно опасных сфер деятельности. Учитывая возможные негативные последствия злоупотреблений, структуры здравоохранения должны находиться под усиленным комплаенс-контролем (это затрагивает вопросы защиты информации, процедуры организации работы и контроля).

Усложнение взаимодействия между субъектами в обществе, опосредованное технологическими решениями цифровой экономики, могут повлечь за собой институциональные риски. Ключевая проблема тут – отсутствие доверия; ее решение может быть заявлено в рамках онлайн-коммуникации в системе отношений между основными субъектами здравоохранения [3].

Заключение. Цифровая трансформация здравоохранения затрагивает всю структуру взаимоотношений между его участниками. Масштаб производимых изменений и иная рутинизация процессов в системе отношений между субъектами, указывает на значительные ресурсные затраты на создание соответствующей инфраструктуры, совершенствование нормативной базы, создание процедур защиты данных и организационных мерах по цифровизации здравоохранения.

Список литературы

1. Брумштейн Ю.М., Захаров Д.А., Акишкин В.Г. Риски информационной безопасности медучреждений, их специалистов и пациентов // Информационная безопасность регионов. – 2013. – Т. 12. – №. 1. – С. 13–21.

2. Галицкая В.А., Мещерякова Н.Н. «Цифровые парадоксы» в системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2022. – №. 4. – С. 176–196.

3. Федонников А.С., Андриянова Е.А. Риски доверия к институту медицины в условиях цифрового здравоохранения: теоретический анализ и практика управления // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. – №. 1. – С. 94–98.

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ (РЕКОНСТРУКЦИИ) И КАПИТАЛЬНОМ РЕМОНТЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Боенко Е.А.

*Департамент проектной деятельности
Правительства Российской Федерации, г. Москва*

Введение. Актуальность исследования продиктована приоритетным вниманием государства к созданию условий для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, включая развитие инфраструктуры, обновление и укрепление материально-технической базы медицинских организаций, внедрение в практику современных медицинских технологий. В рамках государственных проектов и программ мероприятия по строительству (реконструкции), капитальному ремонту медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, обеспечиваются бюджетным финансированием [1].

Реализация требований безопасности и качества оказываемой медицинских услуг требует обязательного соблюдения норм и правил при строительстве (реконструкции) и капитальном ремонте медицинских организаций, а также непосредственного участия в этих процессах главных врачей как будущей эксплуатации объектов здравоохранения.

Управление рисками в отношении мероприятий по модернизации медицинских объектов, включая выявление факторов, препятствующих обновлению материально-технической базы, и оперативное принятие мер по устранению (минимизации), является неотъемлемой частью деятельности главных врачей в рамках обеспечения безопасного и эффективного функционирования медицинских организаций [2, 3, 4].

Цель исследования. Обоснование и разработка методологии управления рисками при строительстве (реконструкции) и капитальном ремонте медицинских организаций.

Материалы и методы исследования. Использованы методы исследования: аналитический, контент-анализ, статистический, экспертные оценки. Изучены результаты реализации мероприятий национального проекта «Здравоохранение» в 2021–2022 гг. по строительству (реконструкции), капитальному ремонту объектов здравоохранения, материалы проверок Счетной палаты РФ исполнения федеральными органами исполнительной власти и организациями Федерального закона «О федеральном бюджете на 2022г. и на плановый период 2023 и 2024 гг.» и бюджетной отчетности об исполнении федерального бюджета за 2022г. (включая проверку исполнения федеральной адресной инвестиционной программы)».

Результаты исследования. Изучение литературных и нормативных источников по проблеме выявило наличие рисков, последствия которых могут оказать негативное влияние на достижение сроков строительства (реконструкции), капитального ремонта медицинской организации, удорожание проекта или увеличение стоимости строительно-монтажных работ, нарушение условий выполнения контракта. Недостаточный уровень компетенций медицинского и

инженерно-технического персонала медицинских организаций в вопросах, связанных с предпроектной подготовкой документов для задания на проектирование объектов здравоохранения, делегирование подготовки задания на проектирование застройщику (техническому заказчику), не имеющему квалифицированных специалистов с опытом проектирования объектов здравоохранения – основная причина некачественной проектно-сметной документации [5].

Риски допускаются и при подготовке предпроектной документации: применение устаревшей нормативно-правовой документации, отсутствие описания нормативных требований к структуре и сетям ресурсоснабжения медицинских объектов; несоблюдение утвержденных стандартов оснащения медицинских организаций; применение медицинских изделий, не имеющих регистрации на российской территории, а также несертифицированных отделочных материалов.

Заключение. Управлять рисками при строительстве (реконструкции), капитальном ремонте медицинских организаций возможно путем улучшения качества подготовки исходных решений для формирования предпроектной документации и задания на проектирование медицинских объектов, на основании повышения уровня компетенций кадрового обеспечения указанных процессов.

Список литературы

1. Указ Президента РФ «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» (в ред. Указа Президента РФ от 27.03.2023 № 202). URL: <http://government.ru/> (дата обращения 15.09.2023).

2. Материалы совещания Председателя Правительства РФ М.В. Мишустина с вице-премьерами. – 26.09.2022. URL: <http://government.ru/news/46612/> (дата обращения 14.09.2023).

3. Самойлова А.В., Купеева И.А., Рогинко Н.И., Петрунина И.В. Результаты реализации мероприятий нацпроекта «Здравоохранение» в 2022 году: проблемные аспекты и перспективы // Вестник Росздравнадзора. – 2023. – №. 2. – С. 10–14.

4. Заключение Счетной палаты РФ о результатах внешней проверки исполнения Федерального закона «О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» и бюджетной отчетности об исполнении федерального бюджета за 2022 год» в публично-правовой компании «Единый заказчик в сфере строительства». URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/a24/nmez9wa80oovbxqobj92u21ult6t6gk2.pdf> (дата обращения 15.09.2023).

5. Боечко Е.А., Репин Л.А. Задание на проектирование – основа качественного проекта по строительству или капитальному ремонту объектов здравоохранения // Симферополь: Издательский дом КФУ. – 2023. – 72 с.

ОПЫТ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕРОДСТВЕННЫМИ ДОНОРАМИ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Герова О.А.

*Благотворительный фонд «Национальный регистр доноров костного мозга
имени Васи Перевощикова», г. Санкт-Петербург*

Введение. Поиск неродственного донора для выполнения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) на сегодня не является медицинской услугой. В РФ начало неродственного донорства связано с выполнением данной услуги иностранным благотворительным фондом Стефаном Моршем в 1990-х гг. Активное развитие неродственного донорства среди жителей РФ начинается с 2013г. благодаря энтузиазму медицинских работников, в основном с помощью благотворительных организаций. Поиск неродственных доноров ложился на плечи непосредственно лечащего врача-гематолога или сотрудника лаборатории, выполнявшей HLA-типирование пациента.

Цель исследования. Описать пример государственно-частного партнерства в области обеспечения пациентов неродственными донорами для трансплантации ГСК.

Материалы и методы исследования. В 2019г. Благотворительный Фонд «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова» (Национальный РДКМ) стал осуществлять услуги по поиску доноров в России, а также организовывать доставку трансплантатов в медицинские организации. С 2020г. членство во Всемирной ассоциации доноров костного мозга (WMDA), позволило Национальный РДКМ получить доступ к донорской базе из 39,5 млн человек из 55 стран, который стал выполнять первичный поиск доноров, организовывать подбор и активацию доноров, доставлять трансплантаты в Россию и из-за рубежа.

Для осуществления поиска неродственного донора для пациентов в Национальный РДКМ был сформирован Поисковый центр – подразделение, ответственное за взаимодействие с регистрами неродственных доноров, состоящее из информационной системы и отдела поиска донора костного мозга. При формировании штата подразделения были учтены необходимые компетенции из профессиональных стандартов для подбора сотрудников, с наличием навыков организации, согласования и планирования процессов подбора, заготовки и доставки ГСК, организации и планирования оптимальной загрузки и времени исполнения работ по трансплантации ГСК, требований к знаниям в области HLA-типирования и необходимости оценки совместимости по медико-биологическим параметрам потенциальных доноров. В поисковом центре работают врач-организатор здравоохранения, врач-методист, специалист в области клинической лабораторной диагностики.

Описаны и стандартизованы все этапы работ и алгоритмы маршрутизации при поиске неродственного донора. Основным источником стандартизации явился опыт зарубежных коллег и стандарты, разработанные WMDA [1, 2].

Наличие структурного подразделения и подготовленных специалистов позволило сформировать услуги Национальный РДКМ по поиску неродственного донора по всем этапам работ. В свою очередь государственные клиники, при наличии соответствующего финансирования, могут «закупать» услуги и обеспечивать своих пациентов донорами костного мозга. Первой государственной организацией, реализовавшей данную возможность, стала ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», которая поставщика услуг выбрала с помощью торговой площадки www.zakupki.gov.ru. В период с 12.2020 по 03.2023 годы все нуждающиеся пациенты ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» получили возможность доступа к поиску неродственного трансплантата (подбор, заготовку и доставку) в рамках государственно-частного партнерства с Национальный РДКМ.

Результаты исследования. За период с 2019г. по август 2023г. Национальный РДКМ подобрано и выполнено заготовок ГСК от 205 доноров РФ из них: 7 в 2019,

16 в 2020 г., 29 в 2021г., 81 в 2022г., 71 в 2023г. (на конец августа). От доноров из-за рубежа было выполнено 79 заготовок ГСК: 3 в 2020г., 22 в 2021г., 21 в 2022г., 33 в 2023г. (на конец августа). 21 день в среднем требуется для подбора неродственного донора в России или за рубежом, 1 месяц – от запроса на заготовку ГСК до сбора ГСК от неродственного донора для доноров России и 1,5 месяца – для иностранных доноров.

В рамках государственно-частного партнерства 66 нуждающихся пациентов ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» получили услуги по поиску неродственного донора, из них 18 пациентам доставили трансплантат ГСК от неродственного донора в России, 24 – от зарубежного донора. Оказание данного вида услуг позволило обеспечить пациентов Морозовской больницы за счет средств государственного финансирования.

Заключение. В рамках государственно-частного партнерства взаимодействие государственных трансплантационных медицинских организаций и Национальный РДКМ помогает обеспечить равный доступ для всех пациентов к высококачественным ГСК от неродственных доноров, а также значительно сократить время от инициации поиска потенциального донора костного мозга и/или ГСК до проведения процедуры трансплантации ГСК.

Список литературы

1. WMDA handbook for blood stem cell donation. – 01.01.2021. URL: https://wmda.info/wp-content/uploads/2021/01/WMDA-2020-Standards_AM1_Jan2021-1.pdf (дата обращения 01.09.2023).

2. Макаренко О.А., Кузьмич Е.В. Потенциальный донор костного мозга: определение, критерии включения в регистр неродственных доноров костного мозга // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2019 – Т. 63. – №. 4. – С. 221–224.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ВАЛЮТНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Давиденко Д.В.

Коллегия адвокатов Саратовской области «Волжская», г. Саратов

Согласно ФЗ N323, к системе мер по охране здоровья относятся меры экономического и правового характера [1], в том числе меры по организации денежного обращения: валютное регулирование, организация платёжных систем и пр. В условиях товарно-денежных отношений денежное обращение оказывает влияние на все аспекты общественных отношений, охрана здоровья не является исключением. В настоящее время в сфере денежного обращения происходят исторические изменения, наметились две тенденции – снижение значения институтов Бреттон-Вудской (Б-В) системы и внедрение цифровых валют. Происходящие изменения отразятся на внутренней политике государства, в том числе в сфере здравоохранения.

Б-В система создана для обеспечения международной торговли на основе доллара США [2]. Институциональной основой системы являются Всемирный банк (ВБ), Международный валютный фонд и ряд других международных организаций, осуществляющих свою деятельность в форме кредитных операций. Созданная на основе Б-В соглашений валютная система позволила обеспечить поступательное социально-экономическое развитие стран участниц проекта, например, в 2003 г. ВБ

реализовал кредитную программу по реформе здравоохранения, а также лечению туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в РФ [3]. Вместе с тем Б–В соглашения позволяют международным финансовым организациям выдвигать внутривалютные требования, нарушая международно-правовой принцип уважения государственного суверенитета [4]. Не является исключением политика в сфере охраны здоровья. В 2019 г. ВБ подписал соглашение с ВОЗ о коллаборации в международном управлении здравоохранением, получив дополнительный механизм воздействия на охрану здоровья в международном масштабе [5].

На фоне нарастающего ограничения государственных суверенитетов происходит переход на цифровое денежное обращение. Особенностью цифровых денег является отсутствие документальной формы и посредника при обращении, а также возможность ввести любые программные данные, что исключает обеспечение приватности денежного обращения. В настоящее время цифровые деньги имеют преимущественно частную природу, однако эмиссия денег всегда была государственной монополией, не будет исключением и цифровая валюта. Т.е. государство получит инструмент, позволяющий установить эффективный механизм контроля над потреблением, в том числе в сфере здравоохранения. В случае замены доллара США его цифровым аналогом, такой инструмент контроля за денежным обращением получит эмитент новой международной валюты, что сделает условным принцип уважения национального суверенитета.

При всём положительном значении для организации здравоохранения требования ВБ носят универсальный характер и не всегда отражают экзистенциальные, демографические и пр. особенности кредитуемой страны. Между тем меры, принимаемые в рамках охраны здоровья, не могут не учитывать национальную специфику, поэтому практика заключения международных валютных договоров должна быть основана на неукоснительном соблюдении принципа уважения государственного суверенитета. Следует отметить, что ставшая очевидной деградация Б–В системы делает недоступными отдельные географические направления международного сотрудничества и ставит перед организацией здравоохранения в России задачи по развитию импортозамещения и заключению новых международных соглашений.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения: пресс-релиз – 24.05.2018.
URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 20.09.2023).
2. Моисеев А.А. Международные финансовые организации (правовые аспекты деятельности) // Москва: Издательство Омега–Л – 2003. – 293 с.
3. Смыслов Д.В. История отношений России с международными финансовыми организациями. URL: <http://ru-90.ru/node/1215> (дата обращения: 20.09.2023).
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. от 24.07.2023). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 21.09.2023).
5. Шумилов В.М. Международное финансовое право: учебник // Москва: Издательство Международные отношения – 2005. – 430 с.

ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ИМИДЖА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Искакова Н.С., Ташиев Е.Б.

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»,
Республика Казахстан, г. Семей*

Введение. Имидж является важным компонентом, над которым медицинскому персоналу (и диагностическому или лечебно-профилактическому учреждению) приходится работать постоянно [1]. Самообразование и самосовершенствование медицинскому персоналу 21 столетия должно включать непрерывное улучшение своего имиджа, как важный элемент современной медицинской деятельности, чтобы действительно развиваться наряду с современным научно-техническим и социально-политическим миром и глобализированным обществом [2]. Совершенствование своего имиджа сегодня является такой же естественной необходимостью для профессионала здравоохранения, как развитие своей медицинской объективности в пределах этики и закона [3].

Цель исследования: Оценить мнение потребителей на формирование имиджа компании.

Задачи исследования:

1. Провести обзор литературы по процессу формирования имиджа компании;
2. Провести поперечное одномоментное исследование анкетирование среди студентов;
3. Анализ данных и рекомендации на основе полученных данных.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено поперечное одномоментное исследование, анкетирование среди студентов 1–5 курсов НАО МУС всех специальностей, с целью узнать мнение потребителей на формирование имиджа компании. В анкетировании участвовало 104 респондентов. Систематический поиск и анализ данных научных публикации и статей взятые с интернет-ресурсов.

Результаты исследования. В целях определения имиджа разных медицинских организации проведено онлайн анкетирование. Опрос проводился анонимно. Предлагалось ответить на 10 вопросов. В опросе приняли участие 104 респондентов. Из них 59% женского пола, 41% мужского пола, средний возраст составил 21–25 лет. По процентным соотношениям большую часть занимает студенты стоматологического факультета 39%, общая медицина 24%, фармакология 18%, общественное здравоохранение 12% и сестринское дело 7%. В данный момент из всех участвующих в анкетировании только 40% студентов подрабатывают по своей профессии. По результатам анкетирования для многих из респондентов очень важна репутация организации где они работают (68%). Основная доля участников позитивно оценивают систему управления внутри своих организации (60%), не считая тех, которые еще не работают (32%). Высказались о том, что им трудно ответить (8%). Большинство опрошенных – 32%, придерживаются мнением, что через ведения рабочих страниц в социальных сетях (Instagram, Facebook (принадлежат компании Meta, признанной экстремистской организацией и запрещённой в РФ), VK) можно улучшить имидж организации и повысить дальнейший рост положительных мнении потребителей в этой сфере. Из разных видов маркетинговых работ 10% респондентов выбирают дисконтную систему. Результаты анкетирования показывают, что

улучшение репутации компании зависит от активного рекламирования в социальных сетях, такие как Instagram, Facebook, VK.

Заключение. Перспективность интернет-аудитории как активного участника рыночных отношений стала очевидной всем, чья профессиональная деятельность связана с массовыми коммуникациями. Естественно что столь бурный рост использования Интернета не остается без внимания представителей профессионального сообщества, так же имеет высокую динамику развития имиджа медицинских организации, что активно продвигает репутацию среди потребителей.

Список литературы

1. Бадоева К.А. Влияние корпоративной социальной ответственности на имидж предприятия // Аллея науки – 2018. – Т. 1. – №. 10 (26). – С. 39–402

2. Быстрова О.Ю., Александрова М.В. Теоретические подходы к определению понятия «имидж предприятия» // Управление социально-экономическими системами. – 2019. – №. 1. – С. 35–38.

3. Осканян Э.А. Имидж предприятия и подходы к его формированию (часть 2) // Научная гипотеза. – 2018. – №. 13. – С. 37–40.

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX СТОЛЕТИЯ

Ищенко Ю.В., Лоскутов Е.С., Зимин А.П., Датаев Я.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В обозначенный хронологическими рамками период происходит формирование основных черт и традиций среднего медицинского образования в России. События последнего времени, связанные с проведением специальной военной операции, обусловили необходимость расширения и поиск новых форм подготовки медицинских кадров, что придаёт изучению исторического опыта деятельности образовательных организаций, направленной на подготовку медицинских кадров среднего звена, особую остроту.

Цель исследования. Изучить исторический опыт становления и развития среднего медицинского образования в России.

Материалы и методы исследования. Проведен исторический анализ литературы, отражающей общероссийские и региональные процессы, связанные с подготовкой среднего медицинского персонала.

Результаты исследования. В июле 1859 г. при медицинском факультете Казанского университета был учрежден двухгодичный «курс повивального искусства для вольноприходящих учениц», руководителем которого стал профессор А.И. Козлов. На этом курсе учили в основном, как практически принять роды и оказать неотложную помощь. Его руководитель сознавал, что у будущих «повивальных бабок» недостаточна подготовка по анатомии, и предложил убежденному стороннику и пропагандисту женского медицинского образования, выдающемуся анатому П.Ф. Лесгафту помочь восполнить этот пробел. Петр

Францевич составил программу лекций и практических занятий, включив в нее изучение костной, мышечной и связочной основы таза, анатомии тазовых органов, их иннервации и сосудистого снабжения. Кроме того, в программу входило также знакомство с органами дыхания, пищеварения и кровообращения у взрослого человека и у новорожденного [1].

Не смотря на отсутствие университета в 1863 г. усилиями общества «Беседа саратовских врачей» в Саратове была открыта школа для подготовки сельских повивальных бабок, ставшая первым медицинским учебным заведением в городе [2].

В сентябре 1869 г. министр народного просвещения утвердил программу и новый текст положения о «курсах повивального искусства», и П.Ф. Лесгафт открыл для слушательниц двери университетского анатомического театра. Таким образом, если не считать занятия у В.Л. Грубера на Женских врачебных курсах при Медико-хирургической академии, впервые женщины были допущены к слушанию лекций и практическим занятиям по анатомии в высшем учебном заведении России.

Примеру Лесгафта последовали и другие профессора университета. В мае 1871 г. первые 35 учениц акушерского класса держали экзамен по анатомии. Строгая комиссия могла убедиться в солидных и прочных знаниях, полученных выпускницами.

В 1872 г. комитет российского Общества Красного Креста открыл при городской Рождественской больнице Петербурга одну из первых в России школу фельдшерниц. С 1881 г. в связи с расширением программы выпускницы школы стали получать звание «лекарских помощниц» и пользоваться в ряде случаев врачебными правами. «Рожденственские курсы», как их повсеместно называли, в течение многих лет были крупнейшей в стране базой подготовки фельдшерниц и лекарских помощниц. На этих курсах, помимо врачей Общества Красного Креста, преподавали профессора университета и Военно-медицинской академии [1].

В Саратове женская фельдшерская (с 1903 года – повивально-фельдшерская) школа была открыта по инициативе Саратовского санитарного общества в 1896 г. Главным организатором школы и строительства её здания, которое в 1909 году явилось «колыбелью» «новорожденного Саратовского университета, стал видный саратовский общественный деятель, врач-офтальмолог М.Ф. Волков [3].

Заключение. Неотъемлемой частью, сформированной во второй половине XIX в. системы среднего медицинского образования в России стала подготовка фельдшерско-акушерских кадров. В силу специфики российского общества, носившего традиционный характер, данный вид деятельности осуществлялся в рамках женского медицинского образования. Как свидетельствует исторический опыт, эффективность указанного вида деятельности в значительной степени зависела от её обеспеченности высококвалифицированным преподавательским составом и материально-техническими ресурсами. Важно также отметить, что в саратовском регионе развитие фельдшерско-акушерского образования следовало в русле общероссийских тенденций.

Список литературы

1. Шабунин А.В. П.Ф. Лесгафт и развитие фельдшерско-акушерского образования в России // Фельдшер и акушерка. – 1981. – Т. 46. – №. 4. – С. 57-58.
2. Ради жизни... История 1-й городской ордена „Знак Почета“ клинической больницы им. Ю.Я. Гордеева // Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета. – 2003. – 265 с.

3. Волков М.Ф. История учреждения Саратовского университета и Саратовская городская дума. 1 декабря 1906 г. – 6 декабря 1909 г.: Воспоминания и заметки // Саратов: Издательство «Новый ветер». – 2018. – 232 с.

СФОРМИРОВАННОСТЬ ГИБКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ СПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. Наличие гибких навыков (способность к коммуникации, лидерству, кооперации, выстраиванию отношений, командной работе, публичные навыки, умения презентовать свои идеи, креативно решать поставленные задачи и др.) у специалиста способствует его успешной профессиональной реализации [1; 2]. По мнению многих авторов не сформированные гибкие навыки препятствуют карьерному росту и профессиональному развитию. Зарубежные ученые подчеркивают, что гибкие навыки обеспечивают 85% успеха человека в профессии [3].

Цель исследования. Определение сформированности гибких навыков у студентов среднего профессионального образования специальности «Сестринское дело».

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования использовалась модель компетенций «4К», которая включает в себя такие гибкие навыки, как коммуникабельность, кооперация, критическое мышление, креативность. Проведено анкетирование 1219 студентов медицинских колледжей г. Саратова по специальности «Сестринское дело» (медицинский колледж Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, N=666, Саратовский областной базовый медицинский колледж – СОБМК, N=553). Респонденты женского пола составили 90,6% опрошенных, мужского – 9,4%. Средний возраст респондентов – 17,8±0,089 лет.

Результаты исследования. Формирование гибких навыков происходит в процессе обучения, при освоении соответствующего учебного материала. Согласно ФГОС СПО по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» специалист должен обладать общими компетенциями, которые способствуют формированию гибких навыков (ОК 01 – ОК 05).

В результате исследования выявлено, что 31,6% респондентов слышали и только 18,0% имеют полное представление о содержании понятия «гибкие навыки». Около трети респондентов (31,5%) не знали термина ранее, и источником информации для них выступила представленная анкета, 18,9% респондентов вообще не знакомы с содержанием понятия «гибкие навыки».

Большинство респондентов (79,4%) придерживаются мнения, что гибкие навыки начинают формироваться до начала получения профессионального образования, а именно, 58,6% респондентов считает, что гибкие навыки формируются в период обучения в школе, 20,8% респондентов – имеются изначально, с момента рождения человека. Остальные респонденты считают, что

формирование гибких навыков связано с периодом получения профессионального образования (29,4%) и трудовой деятельности (19,6%).

По мнению 35,2% респондентов, гибкие навыки формируются на этапе получения полного среднего образования (школьного). Формирование гибких навыков с этапом получения среднего профессионального образования связывают 33,8% респондентов, с этапом получения высшего профессионального образования – 6,4% респондентов. Остальные 24,6% респондентов не связывают формирование гибких навыков с этапом получения образования.

Наиболее эффективными методами формирования гибких навыков 72,3% респондентов отмечают освоение их на практических занятиях, 17,3% респондентов – словесные методы, 10,4% респондентов – наглядные методы. Большинство респондентов (82,5%) считает, что для формирования гибких навыков при изучении дисциплин в медицинском колледже необходимо использовать групповой (командный) метод обучения, а также, иные интерактивные методы обучения: исследовательская деятельность (42,7%), мозговой штурм (36,6%), деловая игра (32,9%), кейс-ситуации (17,2%), проектная работа (16,7%), игровой метод (10,6%).

В целом респонденты оценили сформированность своих гибких на «хорошо»: «кооперация» – средний балл $4,0 \pm 0,033$, «коммуникабельность» – средний балл $4,0 \pm 0,034$, «креативность» – средний балл $3,8 \pm 0,034$, «критическое мышление» – средний балл $3,8 \pm 0,038$.

Заключение. Отмечается недостаток информации у студентов о содержании термина «гибкие навыки», недооценка важности гибких навыков для своей будущей профессии, невозможность определить степень их сформированности и необходимости развития.

Необходимо внедрять и активно применять интерактивные методы обучения, направленные на развитие и совершенствование гибких навыков в процессе изучения профессиональных дисциплин. Кроме того, разработать мотивационную модель, способствующую повышению личной заинтересованности студентов к овладению гибкими навыками в процессе получения профессионального образования.

Список литературы

1. Пинская М.А., Михайлова А.М. Компетенции «4К»: формирование и оценка на уроке: Практические рекомендации // Москва: Корпорация «Российский учебник». – 2019. – 76 с.

2. Богачева О.А. Формирование системы гибких навыков (soft skills) у студентов в условиях современного рынка труда // International journal of professional science. – 2021. – №. 2. – С. 5-9.

3. Иволина А.И., Чуланова О.Л., Давлетшина Ю.М. Современные направления теоретических и методических разработок в области управления: роль soft-skills и hard skills в профессиональном и карьерном развитии сотрудников // Интернет-журнал «Науковедение». – 2017. – Т. 9. – №. 1. – С. 1-18.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РАМКАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САРАТОВСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В ПРЕДВОЕННЫЙ ПЕРИОД: ТРИДЦАТЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА

Петров В.В.¹, Ищенко Ю.В.¹, Завьялов А.И.²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

² Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Введение. Некоторые аспекты, касающиеся обозначенной в заглавии темы, уже находили свое отражение в исторических публикациях. В то же время далеко не все стороны деятельности российского Красного Креста получили свое достойное освещение в научной литературе. Актуальность теме придают связанные с проведением специальной военной операции события последнего времени, а свете которых изучение практического опыта деятельности общественных организаций, направленных на подготовку медицинских кадров среднего звена, приобретают особенную остроту.

Цель исследования. Изучить исторический и практический опыт подготовки среднего медицинского персонала на основе деятельности организации Красный Крест.

Материалы и методы исследования. Проведен исторический и сравнительный анализ материалов Государственного архива новейшей истории Саратовской области, документов Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП) СССР и Саратовского Обкома Российского Общества Красного Креста (РОКК).

Результаты исследования. В 1864 г. представителями ряда европейских стран была подписана Женевская конвенция, для соблюдения положения которой был создан Международный комитет помощи раненым. Россия в тот период находилась на пике либеральных реформ, образцы для которых правительство находило в институтах западноевропейской цивилизации. Российским правительством было принято решение примкнуть к общеевропейскому гуманитарному движению и в 1867 г. было образовано Общество попечения о больных и раненых воинах. В 1879 г., следуя общеевропейскому тренду, Общество было переименовано в «Российское общество Красного Креста». Важным направлением деятельности общества стала подготовка медицинских сестер.

В условиях эскалации международной напряженности в 1934 г. был принят очередной Устав Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, для выполнения задач которого входящими в состав Союза обществами принимались меры по подготовке медицинских кадров среднего звена. Так, решения Постановления Президиума ЦИК СССР нацеливали СОКК и КП СССР провести новый набор в дневные школы медсестер в 1937 году – 2,5 тыс. человек, 1938 году – 3 тыс. человек. На эти и другие цели Народному комиссариату здравоохранения СССР предлагалось выделить из числа окончивших в 1937 году медицинские вузы

50 врачей для руководства подготовкой медико-санитарных кадров. В план 1938 г. предлагалось включить издание литературы для снабжения учебной сети обществ Союза. [1, д. 2, л. 1-4].

В предвоенный период региональный Красный Крест представлял из себя достаточно мощную сеть первичных организаций, охватывающую 22 района Саратовской области. Общий объем прямых доходов Областного Комитета Красного Креста только за 1938 год составил 683,7 тыс. рублей. На начало года только основные средства Саратовского Обкома Российского Общества Красного Креста составляли 1938,57 тыс. рублей, на конец года – 1961,76 тыс. рублей [1, д. 14, л. 56-79]. В том же году саратовский Красный Крест вел капитальные работы по новому строительству (6 объектов), проводил ремонт собственных и арендованных помещений, участвовал в строительстве других организаций (5 объектов), осуществлял геолого-разведывательные и научно-исследовательские работы (4 объекта). Деятельность отделения РОКК Саратовской области включала подготовку медицинских сестер через обучение в дневной школе медсестер и вечерней школе медсестер запаса [1, д. 14, л. 121-129]. Интересно отметить, что лучшие медицинские сестры, наряду со студентами Саратовского мединститута, привлекались в качестве преподавателей кружков «Готов к труду и санитарной обороне» (ГСО) [1, д. 56, л. 1-4].

Вместе с тем, подготавливаемые в течении ряда лет кадры медицинских сестер не были должным образом вовлечены в работу обществ Красного Креста. В результате районные отделения обществ испытывали недостаток в соответствующих кадрах. По Саратовской области особенно это было заметно в Вольске и Балашове. Отсутствие собственного помещения для школы медсестер в г. Саратове являлось серьезным препятствием для проводимой работы по подготовке квалифицированных медицинских кадров среднего звена [1, д. 8, л. 1-5].

Заключение. Подготовка медицинских сестер в рамках деятельности Красного Креста имеет довольно давнюю традицию, которая в условиях сложной международной обстановки приобретает особую актуальность и остроту. В то же время, эффективность указанного вида деятельности, как свидетельствует исторический опыт, в значительной степени зависит от обеспечения предпринимаемых на данном направлении мер соответствующими ресурсами, создания системы профессиональной мотивации и распределения среднего медицинского персонала.

Список литературы

1. Областное государственное учреждение «Государственный архив новейшей истории Саратовской области». – 2023. URL: <https://oguganiso.ru/?ysclid=ln4mzl93i9827700740> (дата обращения 7.09.2023).

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бездетко Г.И., Осыкина А.С., Шкатова Е.Ю.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск*

Введение. Всемирная организация здравоохранения для обеспечения стоматологического здоровья к 2030 году поставила задачу всеобщего охвата услугами гигиены рта всех людей и сообществ [1]. В связи с этим обуславливает необходимость формировать здоровьесберегающее поведение, как элемент профилактики развития стоматологических заболеваний [2; 3].

Цель исследования. Выявить и оценить медицинскую активность и правильное питание у молодежи.

Материалы и методы исследования. В Удмуртской Республике на базе стоматологической поликлиники ООО «Поликлиника Семейный доктор» проведено исследование по здоровьесберегающему поведению у населения молодого возраста. В исследовании приняли участие 109 пациентов, большинство из них (57,6%) – девушки, юношей – 42,4% в возрасте от 17 до 30 лет.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования выявлено, что посещали врача-стоматолога с целью профилактики и лечения зубов два раза в год и более лишь 39,4 (на 100 опрошенных), 27,3 – не помнят, когда последний раз были на приеме. Проведение профессиональной гигиены полости рта считали не обязательным или не думали об этом – 66,7 на 100 опрошенных.

По результатам исследования определены, какие продукты питания и напитки и в каком количестве употребляли молодые люди в своем ежедневном рационе. Так свежие фрукты употребляли регулярно несколько раз в день – 9,1; каждый день – 18,2; несколько раз в неделю – 45,4; один раз в неделю – 12,1; несколько раз в месяц – 15,2 из 100 респондентов. Бисквитное печенье, пирожные, торты, сладкие пироги и сдобу употребляли несколько раз в день – 9,1; каждый день – 21,2; несколько раз в неделю – 51,5; один раз в неделю и реже – 18,2 из 100 опрошенных. Варенье или мед предпочитали – 42,4 опрошенных.

Молоко с сахаром пили несколько раз в день – 9,1; несколько раз в неделю – 9,1; один раз в неделю и реже – 81,8 на 100 опрошенных. Чай с сахаром употребляли несколько раз в день – 54,6; каждый день – 24,2; несколько раз в неделю – 3,0; несколько раз в месяц и реже – 9,2 на 100 респондентов. Кофе с сахаром пили несколько раз в день – 36,4; каждый день – 21,2; несколько раз в неделю – 18,1; один раз в неделю – 12,1; несколько раз в месяц и реже – 12,2 на 100 опрошенных. Употребляли бургеры несколько раз в день – 9,1; каждый день – 3,0; несколько раз в неделю – 12,1; один раз в неделю – 15,2; несколько раз в месяц и реже – 60,6 на 100 респондентов. Картофель фри ели несколько раз в день – 3,0; каждый день – 6,1; несколько раз в неделю – 6,1; один раз в неделю – 21,2; несколько раз в месяц и реже – 63,6 на 100 респондентов.

В ходе исследования выявлено, что бездрожжевые продукты практически не употребляли 91,0 на 100 опрошенных. Они знали про полезные качества данных продуктов, но не покупали их, в связи с их достаточно высокой ценой.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что современные молодые люди посещали врача-стоматолога с целью профилактики и лечения зубов два раза и более в год – чуть менее половины опрошенных; проведение профессиональной гигиены полости рта считали не обязательной – две трети опрошенных. Избыточное количество кофе и чая с сахаром употребляли половина опрошенных, примерно также свежие фрукты. Бездрожжевые продукты большинство совсем не употребляли. Исследование показало необходимость повышения медицинской активности молодежи вопросам рационального питания для профилактики развития стоматологических заболеваний.

Список литературы

1. Шевченко О.В. Влияние программ первичной профилактики стоматологических заболеваний на основные тенденции развития стоматологической службы // Стоматология. – 2023. – Т. 102. – №. 2. – С. 91-96.
2. Ступак В.С., Соколовская О.В., Лемещенко А.Л., Дорофеев А.Л. Общая заболеваемость подростков 15-17 лет с учетом классов болезней и регионального компонента в 2010-2018 годах на территории Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №. 4. – С. 397-409.
3. Шкатова Е.Ю., Кобыляцкая И.А., Молчанова Е.Г. Методические подходы к управлению профилактикой хронических неинфекционных заболеваний // Актуальные вопросы современного медицинского образования. – 2021. – С. 126-130.

СОВРЕМЕННОЕ ПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Булычева Е.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург*

Введение. В современном представлении под термином «превентивная медицина», понимается предотвращение развития болезней, обусловленных факторами среды, в том числе и фактором питания. О роли питания и его влиянии на организм посвящено множество исследований [1; 2]. Гомеостаз метаболизма человека во многом определяющей факторов питания обуславливает оптимизированную устойчивость к стрессорам среды обитания. С этой целью необходимо понимание устоявшихся паттернов питания населения. Представления эти можно получить путем исследования информационно-аналитических материалов официальной российской статистики.

Цель исследования. Провести анализ питания населения Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования включал анализ статистических данных Федеральной службы государственной статистики (раздел информационно-аналитические материалы «Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах» (https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/bul_prod_pitan_2022.rar). Анализ проведен по данным потребления основных продуктов питания за период 1980-2022 гг. Анализировалось девять групп продуктов питания, такие как, хлебные продукты, картофель, овощи и бахчевые, фрукты и ягоды, мясо и мясопродукты, молоко и молочные продукты, яйца, рыба и рыбопродукты, сахар и кондитерские изделия. Кроме того, проведена сравнительная оценка особенностей потребления продуктов питания в домашних хозяйствах городской и сельской местности. При сравнении средних величин в совокупностях количественных данных рассчитывался t-критерий Стьюдента по стандартной формуле. Полученные значения t-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с критическими значениями. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что за 42-летний период наблюдения потребление продуктов увеличилось по пяти группам, а уменьшилось по четырем

группам. Снизилось количество потребляемых населением хлебных продуктов на 19,3%; молока и молочных продуктов на 32,3%; яиц на 16,1%; сахара и кондитерских изделий на 14,3%. Увеличилось потребление населением овощей и бахчевых культур на 13,85; фруктов и ягод на 100%; мяса и мясных продуктов на 34,3%; рыбы и рыбопродуктов на 29,4%. Причем динамика потребления продуктов питания как среди населений городских, так и сельских территорий была идентичной. Так, городским и сельским населением снизилось потребление хлебных продуктов на 18,2% и 26,1%; картофеля – на 54,1% и 62,1%; молока и молочных продуктов – на 32,6% и 20,7%; яиц – на 15,8% и 16,1%; сахара и кондитерских изделий – на 17,6% и 5,2%. Увеличилось потребление среди городского и сельского населения овощей и бахчевых культур – на 14,4% и 20,4%; фруктов и ягод – на 94,6% и 204,7%; мяса и мясных продуктов – на 31,5% и 47,5%. При этом видно, что среди исследуемого населения наиболее заметные изменения выявлены по потреблению картофеля, фруктов и ягод, и дополнительно у сельского населения – по потреблению рыбы.

Сравнительный анализ потребления различных групп продуктов питания за 42-летний период показал, что городские жители по сравнению с сельскими достоверно больше в год употребляют фрукты и ягоды ($65,0 \pm 3,58$ кг/год на 1 человека и $52,0 \pm 3,71$ кг/год на 1 человека, $p=0,015471$) и мясо и мясные продукты ($80,0 \pm 2,68$ кг/год на 1 человека и $72,0 \pm 2,63$ кг/год на 1 человека, $p=0,038887$). Сельские же жители по сравнению с городскими достоверно больше употребляют в год хлебные продукты ($121,0 \pm 2,29$ кг/год на 1 человека и $93,0 \pm 1,09$ кг/год на 1 человека, $p=0,000000$), картофель ($90,0 \pm 6,95$ кг/год на 1 человека и $66,0 \pm 3,56$ кг/год на 1 человека, $p=0,003666$), сахар и кондитерские изделия ($35,0 \pm 0,46$ кг/год на 1 человека и $30,0 \pm 0,32$ кг/год на 1 человека, $p=0,000000$).

Заключение. Таким образом полученные данные уточняют основные направления разработки и внедрения среди населения здоровьесберегающих технологий питания в превентивной медицине и здравоохранении.

Список литературы

1. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б. Международные и российские механизмы интеграции инноваций и опыта для оптимизации питания населения // Вопросы питания. – 2023. – Т. 92. – №. 3. – С. 5-14.

2. Булычева Е.В., Бакунович М.П. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения у подростков старшего школьного возраста в зависимости от пола и массы тела // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 2. – №. 26. – С. 79-85

ОБОГАЩЕНИЕ МУЧНЫХ КУЛИНАРНЫХ ИЗДЕЛИЙ АЛЬГИНАТОМ МАГНИЯ

Елисеева С.А., Фахретдинова А.Д., Гусева А.И., Киреева М.С.

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Санкт-Петербургский политехнический университет
Петра Великого», г. Санкт-Петербург*

Введение. При разработке обогащенных продуктов в первую очередь необходимо обосновать выбор базовой пищевой матрицы. Мучные кулинарные изделия (мучные гарниры, пельмени, вареники, блинчики с начинками и т.д.), в том числе и лапша, являются неотъемлемой частью рациона современного человека,

пользуются популярностью и характеризуются массовым употреблением среди всех слоев населения.

В России традиционное мучное сырье – это мягкие пшеницы, уступающие по своим технологическим свойствам муке из твердых пшениц, популярной в других странах. Так, около 95 % всех посевных площадей в нашей стране, отданных под пшеницу, засеяны мягкими типами. Мягкие пшеницы повышают калорийность и несколько снижают пищевую ценность мучных изделий. Кроме того, пониженное содержание белка ограничивает широкое использование отечественных мягких пшениц для производства мучных изделий, важной органолептической характеристикой которых является эластичность теста и сохранение формы готовых изделий.

Ряд исследователей рассматривали возможность добавления альгинатов для получения хлебопродуктов с повышенной формуемостью и радиозащитными свойствами [1]. Следует отметить, что использование альгина магния в технологии мучных изделий на данный момент мало исследовано.

Таким образом, разработка лапши из мягкой пшеницы отечественных сортов с обогащающей добавкой, улучшающей технологические свойства полуфабриката теста и органолептические характеристики готовой продукции, является актуальной и перспективной задачей.

Цель исследования. Определить показатели качества и пищевую ценность лапши, обогащенной альгинатом магния.

Материалы и методы исследования. Альгинат магния (производитель ООО «Архангельский водорослевый комбинат», ТУ 10.89.19-047-00462769-2016) представляет собой порошок от белого до светло-желтого цвета, без запаха и вкуса, является водорастворимым, нетоксичным, обладает загущающей способностью за счет связывания свободной воды. Его зольность составляет 8–17 %: в 1 г альгината магния содержится 80–170 мг магния, что составляет 25 % от рекомендуемой суточной потребности магния в сутки для мужчин и около 30 % – для женщин.

Объектами исследования выбраны: образец 1 (контроль) – лапша домашняя по рецептуре №703 [2]; образец 2 – лапша с альгинатом магния.

В работе использовали метод органолептического анализа кулинарной продукции в соответствии с ГОСТ 31986 — 2012, физико-химические методы для мучных изделий в соответствии с [3]. Определение содержания магния в образцах с альгинатом магния проводилось комплексонометрическим титрованием. Влияние альгината магния на способность увеличивать эластичность и растяжимость клейковины определяли по ГОСТ 26574-2017, используя два образца клейковины: контрольный образец без внесения добавок с массой навески 25 г и образец №1 – с добавлением альгината магния массовой долей 0,5 % от массы муки. Способность связывать влагу, а также другие показатели качества (органолептические свойства, общая кислотность) определяли по ГОСТ 31743-2017, используя два образца: контрольный – готовые изделия по рецептуре №703, образец №2 – с альгинатом магния. Пищевую ценность готовых изделий определяли расчетным способом.

Результаты исследования. В ходе органолептической оценки по пятибалльной шкале образец вареной лапши №2 получил более высокую оценку по сравнению с контрольным. Объясняется это тем, что образец с альгинатом магния хорошо сохранил форму и имел упругую консистенцию, соответствующую мучным изделиям из твердых пшениц. Установлено, что добавление альгината магния снижает количество свободной влаги в полуфабрикate лапши. Показатель титруемой

кислотности образцов соответствует нормативу и не превышает 4 °Т. Количество добавленного магния на одну порцию лапши составило 22 % от суточной потребности в магнии у женщин и 17 % у мужчин возрастной категории 19–30 лет, что позволяет отнести полуфабрикат лапши с альгинатом магния к обогащенным функциональным продуктам по ГОСТ Р 52349 — 2005.

Заключение. Полученные результаты показали, что при добавлении альгината магния в тесто для лапши содержание магния превышает 15 %, что обуславливает возможность использования минеральной добавки в качестве функционального пищевого ингредиента в производстве мучных изделий из мягких пшениц.

Список литературы

1. Шаронов А.Н., Шаронов Е.А. Радиопротекторные свойства альгинового хлеба // Научный вестник ВВИМО. Военная академия материально-технического обеспечения им. генерала армии А.В. Хрулева. – 2018. – Т. 45. – №. 1. – С. 57-63.

2. Ананина В.А., Ахиба С.Л., Лапшина В.Т., Мальгина Р.М., Соколов В.Л. и др. Сборник технических нормативов. Сборник рецептур блюд и кулинарных изделий для предприятий общественного питания // Москва: Издательство Хлебпродинформ. – 1996. – 620 с.

3. Шевченко В.В., Вытовтов А.А., Нилова Л.П., Карасева Е.Н. Измерительные методы контроля показателей качества и безопасности продуктов питания // Санкт-Петербург: Издательство Троицкий мост. – 2009. – 304 с.

ВЛИЯНИЕ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Симакова М.А., Борисова А.О., Раздевилова О.П., Алешкина О.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Новое направление в науке на стыке антропологической анатомии и нутрициологии носит название антропонутициология. Ее основа – исследование взаимосвязи пищевого поведения и антропометрических показателей населения. Актуальность работы обусловлена возрастающими изменениями антропометрических показателей современного человека, о чем свидетельствуют многочисленные работы ученых [1; 2]. Изменение антропометрических данных исследователи связывают с растущей на сегодняшний день проблемой нарушения метаболизма и ожирением. Данные нарушения являются следствием деформации статуса питания. Эта проблема не только отдельного государства, но и всего человечества.

Цель исследования. Изучение и выявление взаимосвязи между алиментарно-зависимыми заболеваниями и антропометрическими показателями пациентов медицинских учреждений г. Саратова.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования стали пациенты медицинских организаций Саратова (ГУЗ СГКБ №9, ГУЗ СГКБ №5, ГУЗ СГП №2.). Размер выборки – 104 пациента, 33 из которых - мужчины (32%) и

71 - женщины (68%), имеющие такие алиментарно-зависимые заболевания как сахарный диабет 2 типа, ожирение, патологии щитовидной железы.

Результаты исследования. Статистические данные по алиментарно-зависимым заболеваниям за период с 2014 по 2019 год показали прогрессирующий рост ожирения, сахарного диабета, а также заболеваний щитовидной железы. По результатам исследования сахарный диабет 2 типа преобладает в изучаемой группе пациентов и составляет 82,5%. Из общего числа респондентов, страдающих алиментарно-зависимыми заболеваниями, патология щитовидной железы и ожирение выявляются реже остальных - 12,5% и 5% соответственно.

Установлено увеличение ИМТ, что говорит о возросшей доле пациентов гиперстенического типа телосложения среди мужского и женского пола практически во всех возрастных группах (от 18 до 75 лет и старше). Данный результат свидетельствует об отклонении от оптимальной модели питания, что приводит к патологическому изменению антропометрических показателей.

Заключение. По данным проведенного исследования, сахарный диабет 2 типа преобладает среди алиментарно-зависимых заболеваний в изучаемой группе пациентов, а патология щитовидной железы и ожирение выявляются реже остальных. Данный показатель свидетельствует о возможном развитии ожирения в условиях сахарного диабета, в частности 2 типа, то есть является опосредованным диагнозом. Возможно предположить, что фактором увеличения ИМТ является нарушение пищевого поведения и деформация статуса питания, что, в свою очередь, способствует дальнейшему росту алиментарно-зависимых заболеваний среди населения.

Список литературы

1. Ayaz A., Nergiz-Unal R., Dedebayraktar D., Akyol A., Pekcan A.G. et al. How does food addiction influence dietary intake profile? // PLoS One. – 2018. – V. 13. – №. 4. – P. 1-13.

2. Sanlier N., Pehlivan M., Sabuncular G., Bakan S., Isguzar Y. Determining the relationship between body mass index, healthy lifestyle behaviors and social appearance anxiety // Ecology of Food and Nutrition. – 2018. – V. 57 – №. 2. – P. 124-139.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Андрянова Е.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. В теоретическом ключе социальная активность личности есть активность, направленная на изменение и преобразование социальных объектов, в результате чего происходит изменение не только социальной ситуации, но и самой личности [1]. Внимание к проблематике социальной активности со стороны современной социальной психологии можно объяснить несколькими причинами: во-первых, объективными процессами, свидетельствующими о необходимости проявления разного рода активности в повседневной общественной и

индивидуальной жизни. Каждый стремится к благополучию и легкой жизни, но затраты для достижения этого состояния не только не отменяют, но и увеличивают затраты в ситуации болезни. Во-вторых, демаркация различных психологических переживаний вполне может осуществляться на уровне идентификации социальной активности в «условно здоровом» состоянии и ситуации болезни. Несмотря на наличие обширного круга исследований заболеваний, которые разными путями ведут либо к снижению социальной активности, либо к ее утрате. В доступной нам литературе не предпринимались попытки определить характер взаимосвязи психических переживаний и социальной активности. Подобного рода исследование открывает возможности оценки функциональных ресурсов человека в состоянии болезни.

Цель исследования. На базе эмпирического исследования установить связи между уровнем эмоциональных переживаний и социальной активности у больных сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе государственных учреждений здравоохранения «Саратовская городская клиническая больница № 9» и «Саратовская городская клиническая больница № 2». Средний возраст респондентов $58 \pm 0,67$.

Используемый диагностический инструментарий: субъективная шкала оценки астении (MFI-20, E. Smets); методика определения доминирующего состояния (ДС, Л.Д. Куликов); шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга-Ханина; авторский опросник «Преобладающий вид социальной активности»; методы математической статистики (проверка выборки на нормальность распределения, χ^2 -критерий Пирсона).

Результаты исследования. Результаты корреляционного анализа между эмоциональными переживаниями и социальной активностью больных сахарным диабетом 2 типа. Нами были установлены статистически значимые корреляционные связи между показателями эмоциональных переживаний и видами социальной активности.

Была выявлена обратная значимая взаимосвязь между компонентами «Общая астения» и доминирующее состояние «СП - спокойствие-тревога» ($r = -0,745^{**}$). Данная взаимосвязь говорит о том, что, чем выше уровень синдрома хронической усталости, тем ниже уровень спокойствия как доминирующего состояния. В повседневной жизни это проявляется в постоянной повышенной утомляемости, неустойчивости настроения, ослабленном самообладании, нетерпеливости, неусидчивости, утрате способности к длительному физическому и умственному напряжению. Громкий звук, яркий свет, резкий запах – все это может вызывать повышение тревожности.

Выявлена прямая значимая взаимосвязь между компонентами «Снижение мотивации и «Личностная тревога» ($r=0,606^*$). Данная взаимосвязь говорит о том, что, чем выше уровень демотивации, тем выше уровень личностной тревожности. Получается следующая психологическая картина – человек не хочет ничего делать, и при этом нарастает напряжение в виде личностной тревожности. Она появляется от того, что человек ничего не делает и при этом испытывает чувство вины.

Была выявлена прямая значимая взаимосвязь между компонентами «Психическая астения» (это характеристика состояния психики) и «Личностная тревога» ($r = 0,480^*$). Данная взаимосвязь говорит о том, что, чем выше уровень невроза, тем выше уровень личностной тревожности.

Выявлена прямая значимая взаимосвязь между компонентами такого вида социальной активности как «Семейно-бытовая активность» и психическим состоянием «СП-спокойствие/тревога» ($r = 0,633^*$). Данная взаимосвязь говорит о том, что, чем выше уровень семейно-бытовой активности, тем выше уровень спокойствия. На деле получается, что семейная жизнь и ведение быта улучшает эмоциональное состояние у женщин в плане спокойствия.

Выявлена обратная значимая взаимосвязь между показателем «Трудовая активность» и шкалой «Личностная тревога» ($r = -0,491^*$). Данная взаимосвязь говорит том, что, чем выше уровень трудовой активности, тем ниже уровень личностной тревожности. Трудовая занятость у женщин с диабетом II типа снижает уровень личностной тревожности.

Заключение. У женщин с диабетом II типа, выявлены пять статистически значимых корреляционных связей. Спокойствие-тревога обратно коррелирует с общей астенией, но прямо с семейно-бытовой активностью. Личностная тревога прямо коррелирует со снижением мотивации и психической астенией и также обратно коррелирует с трудовой активностью.

Список литературы

1. Шамянов Р.М. Социальная активность личности и группы: определение, структура и механизмы // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. – 2018. – Т. 15. – №. 4. – С. 382.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Жукова Н.В., Зайцева Е.В.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), являются важнейшей медико-санитарной проблемой и представляют опасность для окружающих из-за того, что они являются высоко контагиозными и отражаются негативно на состоянии здоровья населения [1].

Известно, что половым путем могут передаваться более 30 различных бактерий, вирусов и простейших. Некоторые ИППП могут также передаваться от матери ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. Наибольшую заболеваемость среди ИППП вызывают 8 патогенов. Из них 4 инфекции – сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз – в настоящее время излечимы. Остальные 4 – гепатит В, вирус простого герпеса, ВИЧ и вирус папилломы человека – имеют вирусную природу и не поддаются излечению. Ежедневно происходит более миллиона случаев заражения ИППП. В 2020 г., по оценкам ВОЗ, 374 миллиона человек заразились одной из четырех ИППП – хламидиозом (129 млн), гонореей (82 млн), сифилисом (7,1 млн) и трихомониазом (156 млн) [2].

ИППП являются значимыми в развитии нарушений репродуктивной сферы и могут повлечь за собой мужское или женское бесплодие. Такие инфекции, как герпес, гонорея и сифилис, могут повышать риск заражения ВИЧ. Передача ИППП от матери ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, низкой массе тела при рождении и недоношенности, сепсису, неонатальному конъюнктивиту и

врожденным аномалиям. Корень данной серьезной проблемы необходимо искать в раннем юношеском возрасте, так как он непосредственно связан с достижением половой зрелости и началом сексуальной активности.

Однако ИППП являются управляемыми заболеваниями, как уже показал ряд принятых программ по борьбе и предупреждению их распространения среди населения, что говорит о необходимости продолжения профилактической деятельности [3].

Цель исследования. Оценить осведомленность населения об ИППП, репродуктивном здоровье и отследить уровень их половой образованности.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились результаты стандартизированного анкетированного опроса. Объектом исследования были 172 человека. Из них 102 женщин и 70 мужчин. Также были выделены четыре возрастные группы: 15-18 лет, 19-25 лет, 26-29 лет, 30 и старше лет.

Опрос проводился на базе Интернет-ресурса Google Формы. Анкета включала вопросы на знания респондентов об ИППП, репродуктивном здоровье, методах контрацепции и источниках используемой информации. Статистическая обработка данных проводилась в компьютерной программе «Microsoft Excel».

Результаты исследования. Анализ исследования показал, что наибольшее количество респондентов: 69 человек имели средний уровень знаний, что составило 40,21%. Высокий уровень знаний был у 56 респондентов (32,56%) и 47 опрошенных – низкий уровень знаний, что составляет 27,23%.

Согласно нашим данным, среди опрошенных женщин, преобладает средний уровень знаний (29,21%) об ИППП, репродуктивном здоровье и методах контрацепции. При этом 22% мужчин обладают низким уровнем знаний на эту тему. И всего 7,56% мужчин из числа опрошенных обладают высоким уровнем знаний.

Далее была произведена оценка уровня осведомленности респондентов в зависимости от возраста. По результатам данных в группе 15-18 лет преобладал средний уровень знаний у 20 опрошенных (42,55%) на тему ИППП, репродуктивного здоровья, методов контрацепции. В группе 19-25 лет 26 респондентов (49,06%) имели средний уровень знаний, а 23 опрошенных (43,40%) – низкий. Средний уровень знаний преобладал и в группе 26-29 лет – 17 респондентов (45,95%). Но среди респондентов группы 30 и старше превалировал низкий уровень знаний – 26 (74,29%) опрошенных, 6 (17,14%) опрошенных – средний, 3 (8,57%) опрошенных – высокий.

Заключение. Таким образом, наиболее осведомлены об ИППП, репродуктивном здоровье, методах контрацепции женщины.

Возрастная группа 19-25 лет лидирует по среднему уровню знаний по сравнению с другими. Второе место занимает 26-29 лет, за ними 15-18 лет, хуже всех осведомлены респонденты в возрасте 30 и старше.

В связи с этим распространенность ИППП является следствием низкого социально-экономического уровня развития среди отдельных групп населения, безрассудного сексуального поведения (незащищенные беспорядочные половые связи, раннее начало сексуальных отношений), низкой осведомленности населения о методах профилактики и способах защиты от ИППП.

Список литературы

1. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н. Репродуктивное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП/ВИЧ // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2017. – №. 3-4. – С. 137-139.

2. James C., Harfouche M., Welton N.J., Turner K.M., Abu-Raddad L.J. et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016 // Bulletin of the World Health Organization. – 2020. – V. 98. – №. 5. – P. 315-329.

3. Заргарова А.Э., Владимирова Е.В., Владимиров В.В., Сачкова О.С. Эпидемиология заболеваемости инфекциями, передающимися половым путём среди лиц молодого возраста // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – №. 5. – С. 10.

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Зайцева Е.В., Жукова Н.В.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Ежедневно происходит более одного миллиона случаев заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Высокая распространенность ИППП среди подростков и молодежи вызывает серьезную озабоченность у врачей, педагогов, общественных деятелей и родителей [1].

Использование молодежью непроверенных электронно-информационных источников и отсутствие в семье доверительных отношений, могут сформировать извращённое представление о половых взаимоотношениях, а также способствует формированию неадекватного поведения, межгендерных конфликтов личности с последующим развитием необратимых физиологических и психосоматических изменений [2].

Задачами врача-дерматовенеролога в профилактической работе с потенциальными пациентами, страдающими ИППП, является изменение имеющихся установок по отношению к своему сексуальному поведению, формирование и закрепление новых, обеспечивающих ответственное отношение к себе и к другим. Задачей родителей является обязанность проводить беседы о половом воспитании со своими детьми.

Цель исследования. Оценить роль полового воспитания как предупреждающего фактора в развитии инфекций, передаваемых половым путем.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились результаты стандартизированного анкетированного опроса. Объектом исследования явились 172 человека. Были сформированы две группы: респонденты, с которыми проводились беседы на тему полового воспитания, и респонденты, с которыми беседы не проводились. Позже была произведена оценка уровня знаний опрошенных. по количеству набранных баллов: 0-6 баллов – низкий уровень знаний, 7-9 баллов – средний уровень знаний и 10-12 баллов – высокий уровень знаний.

Опрос проводился на базе Интернет-ресурса Google Формы. Анкета включала вопросы на знания респондентов об ИППП, репродуктивном здоровье, методах контрацепции и источниках используемой информации. Статистическая обработка данных проводилась в компьютерной программе «Microsoft Excel».

Результаты исследования. Из проведенного исследования следует, что из общего числа респондентов (172 человека) наибольшее количество, а именно 69 человек (40,21%), имело средний уровень знаний. У 56

респондентов (32,56%) был высокий уровень знаний, а у 47 опрошенных (27,23%) – низкий уровень знаний.

На втором этапе исследования было произведено распределение респондентов в зависимости от уровня знаний об ИППП при наличии или отсутствии воспитательных бесед со стороны родителей.

По результатам данных среди всех респондентов, у которых высокий уровень знаний о репродуктивном здоровье, ИППП и методах контрацепции, проводились воспитательные беседы с родителями. Среди респондентов, у кого средний уровень знаний 69,57% – имели разговор с родителями, 30,43% – нет. И среди респондентов с низким уровнем знаний 10,64% – имели воспитательные беседы с родителями, а 89,36% – не имели воспитательных бесед с родителями.

В дальнейшем было произведено распределение респондентов по уровню знаний в зависимости от наличия или отсутствия воспитательных бесед с родителями.

Анализ наших данных показал: среди респондентов, с низким уровнем знаний 5 (10,64%) имели воспитательную беседу с родителями о репродуктивном здоровье, ИППП и методах контрацепции. А 42 (89,36%) респондента не имели воспитательную беседу с ними. Среди респондентов со средним уровнем знаний 48 (69,57%) не имели воспитательную беседу с родителями, а с 21 (30,43%) респондентом была проведена беседа. По результатам исследования статистически значимые различия наблюдались ($p=0,00001$).

По результатам данных в группе респондентов с низким уровнем знаний имели воспитательную беседу с родителями 5 (10,64%) опрошенных, а 42 (89,36%) опрошенных не имели воспитательную беседу с ними. Зато в группе респондентов с высоким уровнем знаний 56 опрошенных, что составило 100%, имели воспитательный диалог с родителями. В результате данных наблюдались статистически значимые различия ($p=0,000001$).

Заключение. Анализ данных показал, что респонденты, с которыми родители проводили беседы на тему полового воспитания, имели более высокие показатели в отношении знаний об ИППП. Самый низкий уровень знаний показали респонденты, с которыми не проводились профилактические беседы ни в семье, ни в учреждениях образования.

Можно сделать вывод, что нехватка бесед с родителями, недостаток внимания в учреждениях образования данной теме, может сформировать извращенное представление о половых взаимоотношениях, что в будущем приводит к распространенности ИППП среди населения, раннему вступлению в половые связи, нежелательной беременности и абортам.

Список литературы

1. Canfell K., Kim J.J., Brisson M., Keane A., Simms K.T. et al. Mortality impact of achieving WHO cervical cancer elimination targets: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries // *Lancet*. – 2020. – V. 395. – №. 10224. – P. 591–603.
2. Багирова А.А., Ломоносов К.М. Сифилис: от истоков до наших дней // *Журнал Инфекционные болезни*. – 2019. – Т. 17. – №. 1. – С. 100-104.

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ НА ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ГЕНДЕРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Осколкова А.И.¹, Полиданов М.А.^{1,2}, Волков К.А.¹, Долгова Е.М.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Введение. Весной первого полугодия 2020 года из-за начавшейся пандемии Covid-19, после полного внедрения дистанционного обучения у студентов [1] было отмечено изменение циркадных ритмов, определяющих разную физическую и эмоциональную активность студентов, а также работоспособность и успеваемость в период обучения [2].

Цель исследования. Определение влияния внедрения дистанционной формы обучения на биологические ритмы и психологические особенности студентов-медиков в период эпидемии новой коронавирусной инфекции, включая гендерные аспекты проблемы.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было проведено анонимное анкетирование 450 студентов мужского (170 человек) и женского (280 человек) пола, обучающихся с 1 по 6 курс лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. Все респонденты были поделены на две группы: I группу составили студенты с 1-го по 3-й курс, средний возраст 18,2 (17,1; 21,3) лет, II группу составили студенты с 4-го по 6-й курс, средний возраст 22,1 (20,3; 24,6) года. Группы были сопоставимы по количеству опрошенных студентов и по полу. Для исследования психологических особенностей наблюдаемых нами лиц была использована проективная психометрическая методика С. Делингер. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATGRAF Plus for Windows 10,0». За достоверность принимались данные по значениям не менее 95%.

Результаты исследования. Было установлено, что у студентов первых трех курсов сон длился по 3-5 часов (34%) во время on-line обучения, а в период очного – 1-3 часа (35,3%), однако респонденты второй группы (4-6 курс) во время дистанционного на сон тратили 7-9 часов (45,4%), а во время очного обучения – 3-5 часов (35%). Поскольку нас интересовали гендерные аспекты изменения циркадных ритмов на фоне реализации дистанционных и смешанных форм обучения в медицинском университете, то все респонденты дополнительно были поделены на две подгруппы в зависимости от их половой принадлежности. В результате проведенного анкетирования было выяснено, что умственная активность большинства (74,6%) респондентов как мужского, так и женского пола, после длительного бодрствования снижалась. Предпочтительным временем суток, в которое респондентам всех курсов обучения, как мужского, так и женского пола легче заниматься умственной деятельностью, является день (43,8%). Большинство наблюдаемых нами лиц как мужского, так и женского пола, дистанционную форму обучения рассматривают как одну из составляющих учебного процесса (92,4%), но,

все же отмечают, что учиться обычным способом интереснее, из-за присутствия личного общения (89,3%). Выражая же свое личное мнение об эффективности дистанционного обучения, большинство студентов женского пола отметило, что эффективность дистанционного обучения «ниже среднего» (60,6%), тогда как студенты мужского пола считали, что эффективность дистанционного обучения на среднем уровне (66,2%). Наряду с анкетированием наблюдаемых нами лиц, было проведено психометрическое тестирование, результаты которого позволили выявить ухудшение адаптации студентов и недостаточную готовность многих студентов к решению вопросов, связанных с переходом на новую форму обучения [3].

Заключение. Студентам (как женского, так и мужского пола) медицинского университета легче и проще заниматься умственной деятельностью днем, однако после длительного бодрствования у них снижается когнитивная активность. Респонденты рассматривали дистанционный вариант обучения как вспомогательную форму, однако, была установлена недостаточная готовность многих студентов к решению вопросов, связанных с дистанционным обучением, и нарушение процессов адаптации на фоне перехода их на новую форму обучения. По нашему мнению, совместное использование традиционной (очной) формы обучения и формы обучения с применением новых информационных технологий позволяет минимизировать недостатки и той, и другой форм, но, при этом, взаимно обогатить их.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020): статья 16. Реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. URL: <https://clck.ru/32aBGx> (дата обращения 21.09.2023).

2. Zhai S., Tao S., Wu X., Zou L., Yang Y. et al. Associations of Sleep Insufficiency and Chronotype with Inflammatory Cytokines in College Students // *Nature and science of sleep*. – 2021. – №. 13. – P. 1675-1685.

3. Осколкова А.И., Субботина В.Г., Полиданов М.А., Кондрашкин И.Е., Карсаков В.А., и др. Влияние перехода на дистанционную форму обучения студентов медицинского вуза на их циркадные ритмы: гендерные и психологические аспекты проблемы // *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. – 2022. – Т. 11. – №. 6А. – С. 280-289.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ

Реброва А.А., Самсонова А.И., Кром И.Л., Еругина М.В., Раздевилова О.П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Демографическая ситуация в России «обуславливает необходимость проведения социологических, психологических и клиничко-медицинских исследований причин низкой рождаемости, осложнений беременности, в частности угрозы ее прерывания» [1]. Вклад медицинских факторов «гестационного процесса

часто не являются определяющим в течении и исходе беременности» [2], что обуславливает необходимость изучения немедицинских факторов риска осложненного течения беременности женщин.

Цель исследования. Определить характеристики социально-экономического статуса и качества жизни женщин с патологическим течением беременности.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 223 женщины с патологическим течением беременности, находящиеся на лечении в Перинатальном центре Саратовской области. Исследование качества жизни проводилось с использованием Опросника ВОЗ КЖ-100.

Результаты исследования. 19,2% респондентов страдают хроническими заболеваниями. Средний возраст респондентов – 29 ± 1 год ($p < 0,05$). Большинство (55,5%) имеют среднее и средне-специальное образование, высшее образование у 45,5% респондентов. Работают 64,1%, не работают 35,9% женщин. Легким физическим трудом занимаются 13,1% работающих женщин, физический труд средней тяжести и тяжелый у 26,8% респондентов. Большинство (77,6%) женщин состоят в браке, 22,4% женщин не замужем. Средний возраст мужа – 32 ± 1 год ($p < 0,05$).

8,5% женщин не имеют детей. В семьях 38,7% респондентов один ребенок, 34,5% респондентов двое детей. Три и более ребенка в семьях 18,3% респондентов. 59,2% респондентов живут в городах, 40,8% – на сельских территориях региона. Лишь 22,8% респондентов имеют собственную квартиру (дом). Средний уровень дохода на каждого члена семьи – $20,7 \pm 3,1$ тыс. руб. в месяц ($p < 0,05$). 8,8% респондентам денежных средств хватает только на питание и самые необходимые вещи; 14,9% респондентов редко, но могут позволить себе покупать дорогие вещи; 57,4% респондентам хватает на все, кроме дорогих покупок. Не ответили на вопрос 18,9% респондентов.

Качество жизни рассматривается как «конвергентная категория, субъективное и многомерное понятие, включающее физические и профессиональные функции, психологическое состояние, социальное взаимодействие и соматический статус» [3].

При исследовании качества жизни респондентов снижение средних показателей установлено в «Физической» сфере (13,51 баллов), субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт» (12,39 баллов), F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» (13,91 балл), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» (13,88 баллов).

Наиболее высокие средние показатели качества жизни респондентов отмечены в сфере «Социальные отношения» (16,78 баллов), «Духовной» сфере (16,08 баллов), субсферах: F6 «Самооценка» (16,28 баллов), F13 «Личные отношения» (17,37 баллов), F14 «Практическая социальная поддержка» (16,28 баллов), F15 «Сексуальные отношения» (16,69 баллов).

Заключение. Проведенное исследование, как и исследование A.C. Erickson et al. [4], устанавливает влияние социально-экономического статуса на течение беременности и качество жизни беременных женщин. Возможность минимизации данного влияния с использованием организационных практик на уровне системы здравоохранения нуждается в дальнейшем изучении.

Список литературы

1. Агаркова Л.А., Бухарина И.Ю., Белова Н.Г., Ульянич А.Л., Вершкова Е.М. и др. Факторы риска и математическая модель осложненного течения беременности на

основании интегративного анализа // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18. – №. 2. – С. 6-15.

2. Gul B., Riaz M.A., Batool N., Yasmin H., Riaz M.N. Social support and health related quality of life among pregnant women // Journal of the Pakistan Medical Association. – 2018. – V. 68. – №. 6. – P. 872–875.

3. Решетников А.В. Социологическое осмысление интегрального понятия качество жизни и методология его оценки: доклад на научно-практической конференции с международным участием (Москва, Сеченовский университет, 05.02.2019). – Москва. – 2019.

4. Erickson A.C, Arbour L.J. Environ The shared pathoetiological effects of particulate air pollution and the social environment on fetal-placental development // Journal of environmental and public health. – 2014. – P. 1–20.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ В ОНЛАЙН-ПРОДАЖАХ: КАК ИЗБЕЖАТЬ ПОТЕРЬ И ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В АПТЕЧНОМ БИЗНЕСЕ

Аксенов В.Д, Бочкарева Е.А, Жукова К.И.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград*

Введение. Онлайн-продажи стали неотъемлемой частью современного предпринимательства и оказывают значительное воздействие на различные отрасли. Однако, независимо от того, являетесь ли Вы начинающим предпринимателем или опытным бизнесменом, в этой статье будут рассмотрены основные ошибки, которые можно допустить в сфере онлайн-продаж. На примере онлайн аптеки мы рассмотрим основные ошибки и предложим методы их решения.

Цель исследования. Помочь аптечным предпринимателям повысить эффективность своего онлайн-бизнеса, избежать потерь и улучшить качество обслуживания клиентов.

Материалы и методы исследования. Применялся контент-анализ соответствующих публикаций и научной литературы, а также официальной информации из открытых интернет-источников.

Результаты исследования. Перед запуском онлайн-аптеки важно провести глубокое исследование рынка, медицинских товаров и услуг. Это означает не только изучение спроса на лекарства и медицинские товары, но и анализ конкурентоспособности. Оценка конкурентной обстановки на рынке онлайн-аптек поможет определить вашу уникальность и преимущества [1].

Также стоит обратить внимание на технические аспекты онлайн-аптеки, такие как выбор платформы для веб-сайта, безопасность данных, и интеграция с платежными системами [2].

Неоптимизированный веб-сайт может стать одной из основных причин, почему потенциальные клиенты могут покинуть вашу онлайн-аптеку [3]. Важно обратить внимание на следующие позиции:

1. Быстрая загрузка страниц

Долгая загрузка сайта может раздражать пользователей и уменьшать вероятность покупки. Оптимизации можно достичь сокращением размеров изображений, использованием кэширования и выбором хорошего хостинг-провайдера.

2. Адаптивный дизайн

Сайт должен быть адаптивным для всех устройств. Адаптивный дизайн обеспечивает удобство использования сайта на любом устройстве и улучшает пользовательский опыт.

3. Четкая навигация

Навигация по сайту должна быть интуитивно понятной. Главное меню должно содержать логические разделы, чтобы пользователи могли легко находить нужную информацию и товары.

4. SEO-оптимизация

Оптимизация для поисковых систем (SEO) помогает вашему сайту быть видимым в результатах поиска, что может привести к привлечению большего количества клиентов. Используйте ключевые слова и фразы в мета-тегах, заголовках, текстах и URL-адресах страниц.

5. Безопасность и сертификация

Убедитесь, что ваш сайт оборудован сертификатом безопасности SSL (Secure Sockets Layer) для шифрования данных.

6. Актуальность информации

Следите за актуальностью информации на вашем сайте. Устаревшая информация о медицинских продуктах или услугах может вызвать недовольство клиентов и привести к негативным отзывам. Обеспечьте детальное описание каждого медицинского продукта, включая состав, инструкции по применению, побочные эффекты и противопоказания [4].

7. Неясность политики возврата и доставки.

Укажите четкие сроки для возврата товаров и доставки. Это включает в себя время, необходимое для обработки заказа, ожидаемые сроки доставки и информацию о возможных задержках;

Опишите условия возврата;

Укажите стоимость и возможные варианты доставки;

Объясните, как и когда будут возвращены средства клиенту. Убедитесь, что процесс обработки заявок на возврат ясен и эффективен;

Предоставьте контактную информацию, через которую клиенты могут задавать вопросы о политике возврата и доставки.

Заключение. Онлайн-продажи, особенно в сфере онлайн-аптек, предоставляют уникальные возможности для бизнеса, но требуют осторожности и профессионального подхода. Рассмотренные в данной статье ошибки - это всего лишь малая часть из существующих. Изучая это и применяя рекомендации на практике, предприниматели смогут сделать свой бизнес более успешным и эффективным в мире онлайн-продаж.

Список литературы

1. Воронкова Е.А., Кублин И.М. Проблемы фармацевтического бизнеса при реализации лекарственных препаратов через интернет // Экономическая безопасность и качество. – 2018. – №. 3. – С. 36-40.

2. Казакова К.В., Пушилин Д.В. Перспективы развития Интернет-торговли в России // Фундаментальные исследования. – 2014. – №. 12 – С. 1968-1972.

3. Ханина Н.Д., Кублин И.М. Организация лекарственного обеспечения многопрофильного стационара // Социальные науки – 2018. – Т. 1. – №. 1-1. – С. 124-129.

4. Носова А.А. Интернет-продажи в динамике // Вопросы науки и образования. – 2019. – Т. 47. – №. 3. – С. 52-58.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Дехтярь И.Н.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Саратовская государственная юридическая академия», г. Саратов

Введение. Введение ограничительных мер со стороны иностранных государств обострило существующие проблемы фармацевтической отрасли, обусловленные ее импортозависимостью. При этом производители лекарственных препаратов сталкиваются с дефицитом сырья, что связано с отказом отдельных европейских поставщиков и дистрибуторов осуществлять свою деятельность на отечественном рынке, нарушением логистики и увеличением цен на импортные субстанции.

Цель исследования. Определение мер административного характера, которые будут способствовать импортозамещению в фармацевтической отрасли.

Материалы и методы исследования. Используются общенаучные методы познания (анализ, синтез), а также частнонаучный метод юриспруденци: формально-юридический.

Результаты исследования. Существенное значение при применении мер импортозамещения в фармацевтической отрасли имеет стратегия «Фарма-2030» [1], которая утверждена Правительством РФ 7 июня 2023 года. Ее целью выступает увеличение до 80% доли стратегически значимых лекарств, производимых по полному циклу в России. В то же время, отмечается, что такой рост возможен лишь при достижении активного участия со стороны компаний. При этом, в связи с небольшим объемом российского рынка, требуется поддержка выхода российских компаний на внешние рынки [2].

Представляется, что в рамках реализации данного шага необходима разработка соответствующих нормативных соглашений на международном уровне. Перспективной мерой в целях ускорения выхода лекарственных препаратов на рынок может стать отмена требования о проведении процедуры повторных клинических испытаний лекарственных средств в случае их успешного прохождения в ином государстве – участнике соглашения.

Кроме того, определенные вопросы вызывает применение предусмотренных законодательством оснований закупки у единственного поставщика (пункт 5.1 части 1 статьи 93 Федерального закона от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд») [3]. Обозначенный вид закупки медицинских изделий и расходных материалов возможен в случае, если она реализуется в электронной форме в отношении объектов, которые произведены единственным производителем на территории страны, либо иностранных государств, которые не ввели в отношении Российской Федерации ограничительные меры экономического характера. Однако

подтверждение данного основания на практике является затруднительным, поскольку отсутствует утвержденный перечень таких поставщиков. Данный перечень необходимо разработать и утвердить.

Еще одним проблемным вопросом при рассмотрении государственных закупок фармацевтической продукции в аспекте импортозамещения служит неурегулированность вопроса заключения офсетных контрактов на федеральном уровне. В связи с этим, необходимо внесение соответствующих изменений в законодательство о государственных закупках. Применение инструмента офсетных контрактов будет способствовать расширению объема спроса на лекарственный препарат, и, соответственно, развитию производства. При этом в целях снижения риска нарушения антимонопольного законодательства следует установить закрытый перечень оснований, по которым уполномоченный орган сможет отказать в согласовании конкурса на заключение офсетного контракта.

Также необходимо совершенствование регистрационных процедур в аспекте их упрощения, что подразумевает закрепление возможности внесения сведений о новых поставщиках вспомогательных веществ в нормативную документацию в уведомительном порядке. Это позволит ускорить выход на рынок фармацевтических средств, а также перерегистрацию лекарств, в которых были изменены поставщики субстанций.

Заключение. Подводя итог, необходимо констатировать, что эффективная реализация стратегии импортозамещения в фармацевтической отрасли должна обеспечиваться посредством совершенствования положений нормативных правовых актов различного рода: в сфере государственных закупок, а также регламентирующих регистрационные процедуры.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 7 июня 2023 г. №. 1495-р «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2030 года». URL: <https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-07062023-n-1495-r-ob-utverzhdenii> (дата обращения 16.08.2023).

2. Обратная сторона пилюли. Фарминдустрия. – 16.06.2022. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/5407066> (дата обращения: 16.08.2023).

3. Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. №. 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (ред. от 4 августа 2023 г.). URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/37056> (дата обращения 16.08.2023).

ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВА И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ САНКЦИЙ

Корнеева К.Д., Сидоренко А.И., Кондратьев А.Д.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград*

Введение. В современном мире, характеризующемся высокой степенью глобализации и сопутствующими этому вызовами, взаимодействие между государством и предпринимателями, особенно в сфере фармацевтической

деятельности, приобретает особую актуальность. Однако, в условиях санкций, проблема данного взаимодействия приобретает еще более сложный характер, требующий глубокого анализа и понимания.

Цель исследования. Научная статья посвящена исследованию данной проблемы с целью выявления основных факторов, влияющих на взаимодействие государства и предпринимателей в фармацевтической сфере в условиях санкций, а также разработке рекомендаций по оптимизации этого взаимодействия для достижения более устойчивого и эффективного развития фармацевтической индустрии.

Материалы и методы исследования. Сбор и анализ законодательных актов, статистический анализ данных, литературный обзор, SWOT-анализ.

Фармацевтическая индустрия представляет собой важный сектор мировой экономики, отвечающий за производство и распространение медицинских препаратов, лекарственных средств и вакцин. Влияние санкций на этот сектор может быть значительным и оказать серьезное воздействие на доступность лекарств и научные исследования [1].

Одним из основных способов, которыми санкции могут повлиять на частные фармацевтические компании, является ограничение доступа к мировым рынкам.

Это может также повлиять на возможность закупки необходимых сырьевых материалов и оборудования для производства лекарств.

Одним из основных беспокойств при введении санкций в фармацевтической индустрии является возможное снижение доступности лекарств для пациентов. Ограничение торговли и международных партнерств может затруднить доступ к важным медицинским продуктам, включая жизненно важные лекарства. Это может привести к ухудшению состояния здоровья и даже смерти пациентов.

Санкции также могут оказать негативное воздействие на научные исследования и разработки в фармацевтической отрасли. Ограничения в области торговли и сотрудничества могут затруднить международные научные исследования и обмен знаниями, что может замедлить разработку новых лекарств и технологий в этой области [2].

Стратегии решения проблемы:

1. Развитие внутренних источников сырья

Это может включать в себя поддержку научных исследований и разработок, направленных на обеспечение независимости от импорта сырья.

2. Укрепление международного сотрудничества

Государства могут продолжать диалог и сотрудничество в международных организациях, таких как Всемирная торговая организация (ВТО) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), для обсуждения и снятия санкций, которые могут оказывать негативное воздействие на фармацевтическую деятельность [3].

3. Разработка инновационных стратегий

Предприниматели в фармацевтической сфере должны активно инвестировать в исследования и разработки новых лекарств и технологий.

4. Усиление регулирования и контроля

Государства должны усилить регулирование и контроль за качеством и безопасностью лекарств, чтобы гарантировать, что пациенты получают качественные и безопасные продукты, независимо от санкций [4].

Результаты исследования. Экономические последствия санкций: в результате исследования установлено, что санкции, налагаемые на фармацевтическую отрасль,

приводят к снижению объемов производства и экспорта медицинских препаратов, что оказывает серьезное воздействие на финансовое состояние предприятий.

Регулирование и лицензирование: в условиях санкций государства ужесточают свои требования к регулированию и лицензированию фармацевтической деятельности. Это может усложнить процедуры регистрации и получения лицензий.

Импорт и поставки сырья: санкции также влияют на импорт сырья, необходимого для производства медицинских препаратов [5].

Заключение. Таким образом, проблема взаимодействия государства и предпринимателей в фармацевтической деятельности в условиях санкций требует комплексного подхода и сотрудничества всех заинтересованных сторон. Государства должны стремиться минимизировать отрицательное воздействие санкций на здоровье граждан и развитие фармацевтической индустрии, а предприниматели должны быть готовы к адаптации и соблюдению высоких стандартов качества и безопасности.

Список литературы

1. Андреев В.В., Дубина С.В. Влияние санкций на фармацевтическую отрасль России // Вестник Российской экономической академии им. Г.В. Плеханова. – 2017. – С. 61-68.

2. Кондратьев А.Д. Влияние санкций на развитие фармацевтической промышленности России. // Экономика и управление. – 2019. – С. 12-17.

3. Шаров В.С., Красильников Ю.С. Санкции и фармацевтическая промышленность России: вызовы и возможности // Здоровье нации. – 2018. – С. 36-40.

4. Попов А.А., Котляров И.А. Воздействие санкций на российскую фармацевтическую отрасль: вызовы и перспективы // Вестник Российской академии наук. – 2016. – С. 594-600.

5. Горелов И.Г., Смирнова Н.В. Санкции как фактор развития фармацевтической отрасли России // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. – С. 99-104.

КОНКУРЕНЦИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИИ

Новокрещенов И.В., Новокрещенова И.Г., Аранович Л.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Фармацевтическая отрасль России имеет стратегическое значение для текущего обеспечения населения лекарственными средствами и для долгосрочного поддержания экономической и политической безопасности государства. Конкуренция является одной из ключевых категорий рыночной экономики, тип конкуренции и ее особенности определяют стиль поведения экономических субъектов, без анализа ее тенденций невозможно дать адекватную оценку состояния любой сферы экономической деятельности [1; 2].

Цель исследования. Анализ состояния конкуренции на фармацевтическом рынке России.

Материалы и методы исследования. Анализ годовых отчетов компании DSM Group за период с 2016 г. по 2022 г., включающий в себя расчеты показателей

динамики, а также определение типа рыночной конкуренции относительно показателей концентрации рынка путем расчета индекса Херфиндаля – Хиршмана (ННІ). Нами были выделены несколько секторов, по которым определялись показатели уровня конкуренции в динамике: производители в коммерческом сегменте (в стоимостном и в натуральном выражении), производители в сегменте льготного лекарственного обеспечения, производители в госпитальном секторе, производители БАД, аптечные сети, дистрибьюторы.

Результаты исследования. Рынок производителей и в стоимостном и в натуральном выражении характеризуется монополистической конкуренцией, при этом степень конкуренции имеет незначительные колебания, но полученные результаты далеки от значения сравнения, равном 1000. Несмотря на разностороннюю направленность динамики по годам, в целом за исследуемый период индекс ННІ снижается (на 12,6% в стоимостном выражении), что свидетельствует об улучшении конкуренции на данном секторе рынка. В секторе производителей, продукция которых фигурирует в структуре госпитальных закупок, также наблюдается монополистическая конкуренция. Индекс ННІ повышается (на 75,61% за исследуемый период со 126 до 221), но его значения далеки от 1000.

Среди производителей БАД за исследуемый период неизменным лидером с большим отрывом является Эвалар, однако его доля на рынке снизилась – с 17,9% в 2016 г. до 13,6% в 2022 г. Состояние конкуренции на рынке производителей БАД также соответствует монополистической конкуренции. При этом тенденция к олигополизации ослабевает, индекс ННІ понижается (за исследуемый период на 27,88% с 466 до 336), что соответствует уменьшению доли главного игрока данного сектора рынка – компании Эвалар.

В 2016 г. для сектора дистрибьюторов была характерна олигополия, однако уже с 2017 г. за счет увеличения количества игроков, роста малых компаний стала наблюдаться монополистическая конкуренция. Кроме того, в качестве конкурентов дистрибьюторским компаниям активно начинают выступать аптечные сети, которые развивают прямые контракты с производителями. В результате за исследуемый период индекс ННІ снизился в 1,8 раза (с 1309 до 717), то есть тенденция к нарастанию конкуренции сохраняется и прогрессирует.

Конкуренцию аптечных сетей также следует охарактеризовать как монополистическую. За период с 2016 г. по 2021 г. неизменным лидером являлась аптечная сеть «АСНА», в 2022 г. ее место заняла «Ригла», однако с существенно меньшей долей рынка. При этом, несмотря на разнонаправленные колебания, индекс ННІ на данном секторе фармацевтического рынка значительно повышается (за исследуемый период на 63,31% со 146 до 238), что свидетельствует об усилении тенденции к олигополизации, однако значения индекса далеки от характеристики олигополии. Данная ситуация обусловлена уходом некоторых игроков с рынка, а также процессами слияний и поглощений действующих сетей.

Заключение. На всех выделенных нами секторах рынка наблюдается монополистическая конкуренция различной степени выраженности. За период с 2016 г. по 2022 г. показатели уровня конкуренции имеют разнонаправленную динамику. При этом компании, входящие в Топ-10, сохраняют лидирующие позиции на протяжении многих лет, с незначительными колебаниями доли рынка. Наибольшую склонность к олигополизации демонстрируют сектора дистрибьюторов, производителей БАД и аптечных сетей, однако значения индекса ННІ в большинстве случаев далеки от порогового значения. Монополистическая конкуренция в секторе

производителей в целом создает благоприятные условия для вхождения в отрасль и развития на фармацевтическом рынке.

Список литературы

1. Костин К.Б. Перспективы развития фармацевтического рынка в странах БРИКС // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2019. – Т. 118. – №. 4. – С. 32–39.

2. Рослякова Е.А. Оценка внутриотраслевой конкуренции между предприятиями фармацевтической промышленности // Инновационные аспекты развития науки и техники. – 2021. – №. 7. – С. 320-330.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПРОСЛЕЖИВАЕМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Новокрещенова И.Г., Смотровая Ю.Н., Собина Е.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Проблема обращения недоброкачественных или фальсифицированных лекарственных препаратов (ЛП) сохраняет свою актуальность, особенно в развивающихся странах с низким и средним уровнем доходов. Существенными последствиями является бесполезная трата денежных средств как отдельных физических лиц, так и систем здравоохранения, и возникновение серьезных рисков для здоровья населения. Развитие и глобализация торговли затрудняет контроль за фальсифицированными ЛП, т.к. производство и дистрибуция препаратов осуществляется через многокомпонентные цепи поставок, с увеличением промежуточных звеньев которых возрастает нагрузка на контрольные органы, снижается результативность надзора и возрастает риск попадания к конечному потребителю недоброкачественной продукции [1; 2]. В последние годы различными государствами внедрены систем прослеживаемости и механизмов идентификации ЛП, как эффективного инструмента борьбы против фальсификации товаров, получивших название «Track and Trace systems», что в переводе означает «системы отслеживания и прослеживания».

Цель исследования. Выявить особенности и основные проблемы реализации системы прослеживаемости ЛП в Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. На основе обобщения научной литературы и нормативных документов описаны стандарты, технологии и модели систем прослеживаемости в фармацевтической отрасли различных стран. Изучено мнение фармацевтических специалистов (N=150) о внедрении Data Matrix кода в маркировку ЛП и о работе системы «Честный ЗНАК», а также информированность посетителей аптек (N=200) и их отношение к этим нововведениям.

Результаты исследования. В целях обеспечения законного оборота товаров в масштабах Евразийского экономического союза (ЕАЭС), членом которого выступает РФ, на основе принятого в 2018г. соглашения на национальном уровне создаются системы цифровой маркировки. С 1.07.2020 года система прослеживания ЛП полностью внедрена на территории РФ (система «Честный ЗНАК»), Республики

Казахстан и Узбекистан также работают по унифицированной модели, внедренной в РФ («Naqty Ónim», 1.07.2022, и «ASL BELGISI», 1.09.2022, соответственно).

По данным проведенного в 2022-23 годах социологического исследования, большинство фармацевтических работников относятся к введению Data Matrix кода отрицательно (64,0%), что связано с усложнением работы и возникновением проблем как при сканировании кодов маркировки (79,3%), так и при работе с системой ФГИС МДЛП (длительное ожидание ответа от системы 84,0%, системные ошибки – 61,3% респондентов). Однако специалисты считают, что введение Data Matrix кода необходимо, так как он препятствует обращению фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных ЛП, но система требует доработки, чтобы уменьшить количество возникающих проблем и повысить доверие к ней.

Большинство посетителей аптек относятся к введению Data Matrix кода положительно (87,5%) т.к. его наличие защищает интересы потребителя, а благодаря приложению «Честный ЗНАК» они самостоятельно могут подтвердить качество покупаемых товаров. Однако выявлена достаточно низкая осведомленность респондентов как о самой системе (52,5%), так и о Data Matrix коде (49,0%), при достаточно высоком проценте заинтересованности в системе (60,0%) и её дополнительных функциях.

Заключение. Системы прослеживаемости показали свою эффективность в контроле за обращением фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных ЛП, в т.ч. и в РФ. Благодаря нанесению Data Matrix кода и передаче сведений в ФГИС МДЛП стало возможным проследить за ЛП по всей цепочке поставок: от производителя до конечного потребителя. Потребители в свою очередь могут самостоятельно с помощью мобильного приложения «Честный ЗНАК» подтвердить качество приобретаемого товара, а также сообщить о нарушениях [3].

Возникновение проблем при сканировании DataMatrix кода и работе в ФГИС МДЛП сформировало у фармацевтических работников негативный образ данного нововведения. Не все работники прошли обучение по работе с данной системой, что ведет к возникновению трудностей при выполнении профессиональных функций. В отличие от фармацевтических специалистов, посетителями аптек не замечены недостатки внедрения Data Matrix кода: не изменилось время покупки и перебои в поставках ЛП не возникали. В целом отмечено положительное влияние системы мониторинга на контроль за обращением ЛП, однако система требует устранения имеющихся проблем и дальнейшего совершенствования.

Список литературы

1. Policy paper on traceability of medical products. – 18.03.2021.
URL: <https://clck.ru/35vBYf> (дата обращения 09.02.2023).
2. Тезина Н.Н. Маркировка лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя // Врач и информационные технологии. – 2019. – №. 3. – С. 6–13.
3. Мурашко М.А., Самойлова А.В., Глаголев С.В., Пархоменко Д.В., Косенко В.В. и др. Использование средств идентификации лекарственных препаратов в практике фармаконадзора // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – №. 5-1. – С. 6–9.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СХЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВОЛЕМИЧЕСКОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Царев О.А.¹, Прокин Ф.Г.¹, Захаров Н.Н.¹, Корчаков Н.В.²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

²Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская клиническая больница №1 им. Ю.Я. Гордеева»

Введение. Вязкость крови и гематокрит являются значимыми показателями гиповолемии – несоответствия объема циркулирующей крови и объема сосудистого русла [1]. У пациентов с тяжелыми травмами, ожогами и острыми хирургическими заболеваниями часто развиваются гиповолемические нарушения [2; 3]. Адекватная и своевременная коррекция гиповолемических нарушений путем проведения инфузионно-трансфузионной терапии является важной составляющей успешного лечения больного [4].

Для определения вязкости крови и гематокрита сегодня в клинической практике применяются инвазивные методы, требующие забора крови [5]. Необходимо лабораторное оборудование, компетентные специалисты, требуется время для выполнения анализов. Современные методы не позволяют осуществлять мониторинг вязкости крови и гематокрита в реальном масштабе времени.

Проблема персонализированной схемы волемического возмещения на догоспитальном этапе сегодня не решена, что обусловлено, наряду с другими причинами, отсутствием неинвазивных методик объективного контроля показателей, характеризующих волемические нарушения в реальном масштабе времени.

Цель исследования. Разработка и клиническая апробация интеллектуальной системы для оптимизации схемы волемического возмещения путем неинвазивного контроля в реальном масштабе времени, непосредственно в артериальном русле показателей, характеризующих реологические свойства крови.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты теоретических и экспериментально-клинических исследований пульсовых волн магистральных артерий, проведены статистические, лабораторные, инжиниринговые исследования.

Модель сердечно-сосудистой системы О.Франка использовали для теоретических исследований. Экспериментальные исследования проведены с использованием модели сосудистого русла. Для формирования базы данных был проведен клинический этап исследований с участием 500 больных атеросклерозом. Разработанная автоматизированная система была использована для оптимизации схемы волемического возмещения на догоспитальном этапе у 57 больных с кишечной непроходимостью из 117 – находящихся под наблюдением.

Для статистической обработки использовали IBM SPSS Statistica 26.0. Различия считали значительными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате проведенных теоретических, экспериментально-клинических, статистических, инжиниринговых исследований

разработана методика и автоматизированная система для неинвазивного мониторинга вязкости крови и гематокрита в режиме реального времени, непосредственно в артериальном русле по параметрам пульсовой волны магистральных артерий. Показаны возможности клинической реализации предложенной методики, обоснован принцип работы автоматизированной системы для объективизации мониторинга волемических нарушений, оптимизации схемы волемического возмещения у больных с кишечной непроходимостью, что позволило улучшить результаты хирургического лечения. Клиническое применение разработанной автоматизированной системы позволило более чем в 4 раза увеличить объем введенных на догоспитальном этапе гемореологически активных растворов ($p=0,001$). Догоспитальная коррекция гиповолемии в условиях неинвазивного мониторинга вязкости крови и гематокрита позволило существенно сократить предоперационный период ($p=0,001$), снизить количество инфекционных осложнений ($p=0,002$), уменьшить летальность ($p=0,003$)

Заключение. Существует связь особенностей пульсовой волны с вязкостью крови. Выявленные значимые показатели позволили построить математическую модель для оценки вязкости крови и гематокрита, что легло в основу создания интеллектуальной автоматизированной системы контроля данных показателей в реальном масштабе времени, непосредственно в артериальном русле. Клиническое применение разработанной системы позволяет улучшить результаты хирургического лечения путем оптимизации схемы догоспитального волемического возмещения.

Список литературы

1. Тонкачева А.А., Салимова А.С., Идрисова Х.У., Усанкина А.А. Особенности нарушений реологических свойств крови в динамике развития ожогового шока // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2018. – Т. 8. – №. 9. – С. 423.
2. Васильев А.Г., Хайцев Н.В., Балашов А.Л., Балашов Л.Д., Кравцова А.А. и др. О патогенезе синдрома острой кровопотери // Педиатрия. – 2019. – Т. 10. – №. 3. – С. 93-100.
3. Дац А.В. Роль гиповолемии в развитии синдрома догоспитальной полиорганной недостаточности // Скорая медицинская помощь. – 2013. – Т. 14. – №. 1. – С. 53-58.
4. Convertino V.A., Koons N.J., Suresh M.R. Physiology of Human Hemorrhage and Compensation // Comprehensive Physiology. – 2021. – V. 1. – №. 11. – P. 1531-1574.
5. Davey S.L., Downie V., Griggs K., Havenith G. The physiological strain index does not reliably identify individuals at risk of reaching a thermal tolerance limit // European Journal of Applied Physiology. – 2021. – V. 6. – №. 121. – P. 1701-1713.

ПЕРСПЕКТИВА ДОЛЖНОСТИ «ВРАЧ-СТАЖЕР» В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В январе 2023г. президент России В.В. Путин поручил ввести в медицинских организациях должность врача-стажера, с трудоустройством врачей-ординаторов, которые пока не прошли аккредитацию или врачей, которые не работали по специальности более 5 лет. Должность содержится в номенклатуре

медицинских должностей (Приказ Минздрава РФ №1183н от 20.12.2012г.). Ранее таких специалистов называли интернами, работали они под началом врача-наставника и/или сотрудника профильной кафедры медицинского вуза. В 2017г. экспертами Народного фронта опрошено более трех тысяч медработников из 84 субъектов РФ. Выяснено, что уровнем подготовки молодых врачей недовольны 77% из опрошенных [1].

В последние годы произошла проверка работоспособности первичного звена здравоохранения большими объёмами заболевших. Был применен Приказ Минздрава РФ №327н от 14.04.2020: в чрезвычайных условиях (таких как пандемия COVID-19), отдельные медики могут работать без документа об аккредитации [2]. Студенты привлечены к практической деятельности [3]. Выпускники под наставничеством преподавателей (в частности кафедры поликлинической терапии, ОВП и профилактической медицины СГМУ) были выведены на практику в поликлиники города. [4] Авторами изучены мнения студентов о проведенной работе, оценены их готовность к практической деятельности, уровень мотивации, психологическая готовность [4; 5].

Цель исследования. Оценка отношения студентов медиков к введению должности «врач-стажер» и возможности совмещать практическую деятельность с обучением в ординатуре и влияния этой возможности на мотивацию к овладению профессией врача.

Материалы и методы исследования. Онлайн-анкетирование на платформе Google-форм: активная ссылка в популярных мессенджерах. Опрошено 211 респондентов. Структура респондентов: большинство (68,5%) обучались на 6 курсе; треть (29,4%) на 5 курсе; 2,1% на 4 курсе. Из них: 39 % – мужчины; 61% - девушки. Средний возраст 23,25 лет. Статистическая обработка - «STATISTICA 10.0».

Результаты исследования. Большинство (61%) студентов совмещали учебу с работой в ЛПУ города Саратова на должностях среднего медперсонала. Практически все (96%) заявили о необходимости материальной поддержки, поэтому среди опрошенных оказались занятые на 0,25 (58%), на 1 (28,3%), на 0,5 (18,9%), и даже на 1,5 (8,2%) и 1,25 (4,4%) ставки. Большинство (91,8%) высказались положительно о трудоустройстве на должность «врач-стажер». Половина респондентов (47,8%) предпочли трудоустройство по профилю обучения ординатуры, а треть (34,6%) работу участковыми терапевтами. Оказалось, что треть выпускников (36,2%) сомневается в своих практических навыках и знаниях, в связи с этим испытывает страх (26,4%). Причинами назвали неудачные попытки трудоустройства (21,4%), недостаточность практических навыков (16,1%), дистанционный формат обучения (11,1%), высокие ожидания работодателей (4,1%), слабое знание обязанностей и документации (2,3%), психологическую неготовность (1,8%). Сильные стороны: оптимизм (75,6%), готовность к обучению (69%), стрессоустойчивость (63%), мобильность (55,3%), владение интернет-технологиями (52%). Студенты готовы работать с наставником (98,6%) в сочетании с оплатой труда (88,2%), даже в небольшом размере (32,2%).

Заключение. Трудоустройство ординаторов на должность «врач-стажер» позволит повысить эффективность практической подготовки молодых врачей, их готовность к самостоятельной работе, провести профилактику психологических проблем, развить навык принятия решения. Исследование позволило оценить глазами студента перспективы работы врачом-стажером, выявить возможные проблемы и наметить пути их решения.

Список литературы

1. Мониторинг ОНФ показал, что большинство опрошенных врачей недовольны уровнем подготовки молодых специалистов. – 30.10.2017.
URL: <https://clck.ru/35xqDQ> (дата обращения: 27.08.2023).
2. Приказ Министерства здравоохранения России от 14.04.2020 № 327н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста...». – 15.04.2020.
URL: <https://clck.ru/35xr6d> (дата обращения 12.09.2023).
3. Шеметова Г.Н., Рябошапко А.И., Беляева Ю.Н., Губанова Г.В. Высшее медицинское образование в условиях пандемии Covid-19: проблемы и их решение, первые обобщения // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 5. – С. 40.
4. Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н., Губанова Г.В., Степанченко А.Е., Лаврухина В.Р. Производственная практика как элемент триального обучения выпускников медицинского вуза в новых эпидемиологических условиях // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 2. – С. 77.
5. Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н., Бабошкина Л.С., Гайдарова Д.С. Динамика психологического статуса студентов медицинского вуза при дистанционном профессиональном обучении в условиях пандемии коронавируса // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 1. – С. 44.

НАЗНАЧЕНИЕ УРОВНЕЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ОРДИНАТОРОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ВРАЧА

Евдокимова А.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Содержание статьи включает результаты продолжения изучения вопросов формирования исследовательской компетентности ординаторов медицинских вузов. В контексте компетентностного подхода исследовательская компетентность ординаторов, представленная на разных у них уровнях сформированности, может и должна применяться не только как индикатор освоения обучающимися ординатуры образовательных программ, но и в качестве показателя профессионального развития врача.

Цель исследования. Анализ назначения уровней исследовательской компетентности ординаторов в профессиональном развитии врача.

Материалы и методы исследования. Основой для настоящего исследования применялось теоретическое изучение сходных работ по исследовательскому вопросу, а также обобщение педагогического опыта в развитии исследовательской компетентности обучающихся ординатуры. В ходе работе применялись как общенаучные методы исследования – теоретический анализ научной литературы, индуктивный и дедуктивный метод познания, обобщение, так и эмпирические методы – экспертных оценок, интерпретации, наблюдения, моделирования.

Результаты исследования. Результаты предыдущих исследований [1] позволяют интерпретировать развитие исследовательской компетентности через организацию исследовательской деятельности. В основе аргументации использовался компетентностный подход, согласно основным положениям которого, необходимо организовать деятельность по овладению компетентностью, сформированность которой можно считать через получаемый продукт [2]. Экстраполяция освоенных умений в исследовательской деятельности возможна и в профессиональную деятельность, где способы освоения научной информации совершенствуются в исследовательских практиках врачами-ординаторами. Обращаясь к ранее опубликованным результатам по изучаемому вопросу [3], стоит выделить для аргументации назначения уровней исследовательской компетентности ординаторов в профессиональном развитии врача, её уровневую организацию, представленную в авторской модели её четырёх уровней сформированности: теоретическом, практическом, творческом (инновационном), экспертном. Если врач-ординатор продвинулся до экспертного уровня, то он обладает и проявляет компетенции как исследователя, так и эксперта. Для нашего вопроса, рассматриваемого в настоящей статье, важно сделать акцент в первую очередь на умениях врача, реализуемых на экспертном уровне. Так в авторской модели, ординатор, находящийся на экспертном уровне развития исследовательской компетентности, самостоятельно проводит экспертизу новых исследовательских результатов и инновационных продуктов, внедряемых в здравоохранение.

В современной медицинской практике врача-ординатора исследовательская компетентность служит эффективным способом профилактики разного рода рисков. Некоторыми исследователями отмечается рискогенность подобного плана, который может проявиться в управлении разными видами деятельности [4], или найти отражение в рисках цифровой трансформации здравоохранения на уровне общения с пациентами [5]. Результаты изучения сложностей в формировании исследовательской компетентности обучающихся ординатуры [1; 3], позволяют аргументировать также риски, связанные с несформированностью искомой компетентности, но имеющих непосредственное отношение к профессиональному развитию врача. К примеру, совершение врачебных ошибок в ряде случаев допускается из-за отсутствия определённых умений, входящих в перечень исследовательских компетенций.

Заключение. Обобщая всё вышеизложенное, стоит заключить, что для нового этапа развития высшего медицинского образования, применимость компетентностного подхода в развитии исследовательской компетентности обучающихся ординатуры открывает новые горизонты в методологических исследованиях схожих вопросов педагогической теории и практики.

Список литературы

1. Евдокимова А.И., Морозов А.В., Сериков В.В. Педагогические аспекты развития исследовательской деятельности обучающихся медицинских вузов // Педагогическая информатика. – 2022. – №. 3. – С. 104-117.
2. Болотов В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. – 2003. – №. 10. – С. 8-14.
3. Евдокимова А.И. Исследовательская компетентность обучающихся ординатуры медицинского вуза в реализации национальных проектов Российской Федерации // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2023. – Т. 12. – №. 2(43). – С. 23-28.

4. Бугаева И.О., Барсукова М.И., Клоктунова Н.А. Управленческий дискурс в пространстве медицинского вуза // Всемирный день качества – 2021: Материалы II международной конференции, Саратов, 11–12 ноября 2021 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. – 2021. – С. 16-22.

5. Федонников А.С., Андриянова Е.А. Риски доверия к институту медицины в условиях цифрового здравоохранения: теоретический анализ и практика управления // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. – №. 1. – С. 94-98.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ)

Ивлиева Е.С., Сазанова Г.Ю., Рогачева О.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. Заболевания психическими расстройствами и расстройства поведения согласно Постановлению Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 (с изменениями и дополнениями) включены в Перечень перечня социально значимых заболеваний [1].

Цель исследования. Изучить проблемы и определить возможные пути развития кадрового потенциала врачей психиатров регионального здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Для выяснения причин недостаточного кадрового обеспечения в психиатрической службе был проведен социологический опрос 100% врачей психиатров и наркологов (N - 125), работающих в медицинских организациях Саратовской области и 420 обучающихся на пятом-шестом курсе лечебного и педиатрического факультета университета по специально разработанным анкетам (репрезентативная выборка). Применялись статистический и аналитический методы исследования. Достоверность полученных данных определялась при $p < 0,05$ и $t > 2$.

Результаты исследования. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения [2] фактическая обеспеченность специалистами в Саратовской области на 01.01.20г. меньше нормативных показателей на 56%. С целью выявления причин неукомплектованности медицинских организаций врачами психиатрами и изучения социально-психологического климата в коллективах было проведено анонимное анкетирование 125 специалистов, из них 42% мужчин и 58% женщин. По специальности более 10 лет работают 75% респондентов. Более половины старше 55 лет. Основная масса респондентов (87%) полностью удовлетворена работой в коллективе, 2% хотели бы перейти на другую работу. 37% анкетированных считают, что работают в благоприятных условиях, 61% врачей считают, что на местах работы возможны некоторые улучшения. Размером заработной платы удовлетворены 52% респондентов, системой поощрения и наказания – 58%, состоянием материально-технической базы медицинских организаций и графиком работы – по 65%, равномерностью распределения трудовых обязанностей – 67%. Более 85% анкетированных

удовлетворены санитарно-гигиеническими условиями труда, решением социально-бытовых вопросов, возможностью повышения своего квалификационного уровня, отношением начальства к сотрудникам. Для получения достойной заработной платы 73% респондентов считают, что необходимо выполнять необходимые объемы труда; 38% указали, что на величину оплаты труда влияет наличие квалификационной категории, 8% респондентов высказали мнение, о влиянии соблюдения правил трудового распорядка и 7% считают, что необходимо инициативное и творческое выполнение служебных обязанностей. 15% анкетированных считают, что отсутствие регулярного повышения заработной платы негативно влияет на условия труда. 67% врачей считают, что в их медицинских организациях созданы условия для привлечения молодых специалистов.

Было проведено анкетирование среди студентов на предмет выбора медицинской специальности и уровня профессиональной ориентированности студентов. Проанкетировано 200 студентов (70% – студенты лечебного факультета, 30% – педиатрического). Из них 76% мужчин и 24% женщин, возраст от 21 до 25 лет имеют 97% респондентов, более 30 лет – 3%. Выбрали специальность психиатрия – 7,5%. По их мнению, основными факторами, влияющими на предмет выбора специальности, являются желание помочь людям (56%), финансовая стабильность – 24%, интересная специфика заболеваний – 12%, семейная династия – 8%. 54% респондентов считают, что препятствием выбора профессии по специальности «психиатрия» является решение обучения другим специальностям, 18% анкетированных опасаются профессиональной деформации.

Заключение. Современные реалии диктуют необходимость определения условий, способствующих привлечению молодых специалистов в медицинские организации, оказывающих психиатрическую помощь населению.

Список литературы

1. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями и дополнениями). – 31.01.2020. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=356130> (дата обращения 20.09.2023).

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 октября 2022 г. N 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». – 14.11.2022. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211140024> (дата обращения 20.09.2023).

ПРЕДПОЧТЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО МОДЕЛЕЙ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ДО И ПОСЛЕ КУРСА «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ»

Князев Е.Б., Рамазанова А.Я., Сергеев А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Профессиональное развитие медицинских работников предполагает получение ими качественного образования, включающего в себя не только базовые медицинские знания, но и знания в области гуманитарных наук. Важным этапом подготовки будущих специалистов в области медицины является овладение ими навыками профессиональной коммуникации (общения) с пациентом [1]. В научной литературе уже давно существует ряд устоявшихся подходов к проблеме коммуникации «врач-пациент» оформленных в виде моделей общения. Так Д. Ротер и Дж. Холл указывают на 4 основных модели: патерналистскую модель, модель потребительства, модель сотрудничества и модель пассивности [2]. В последние десятилетия происходит уход от традиционной патерналистской модели к модели сотрудничества, которая способствует постановке врачом более точного диагноза и предоставлению пациентам персонализированных рекомендаций [1; 3] и, как следствие, это приводит к наилучшим терапевтическим результатам [1; 4]. В этой связи изменения в предпочтениях студентов-медиков относительно моделей общения врача и пациента являются важным элементом в их обучении навыкам профессиональной коммуникации [4].

Цель исследования. Состоит в изучении предпочтений студентов-медиков относительно моделей общения «врач-пациент» до и после прохождения курса профессиональной коммуникации. Гипотеза заключается в том, что до начала курса по профессиональной коммуникации студенты-медики не имеют четко выраженных предпочтений относительно патерналистской модели и модели сотрудничества, а после курса большинство студентов придерживается модели сотрудничества.

Материалы и методы исследования. Стимульным материалом для оценки предпочтений студентов в отношении моделей профессионального общения послужили утверждения описывающие модели коммуникации «врач – пациент». Выборку исследования (n=177) составили студенты СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте $18,9 \pm 2,3$ лет. Студенты фиксировали свое согласие с утверждениями по шкале Лайкерта. Условия проведения исследования обеспечивали анонимность респондента. Собранные данные подвергнуты математико-статистической обработке при помощи языка программирования R. Используются следующие методы анализа данных: критерий согласия χ^2 и корреляция Шеферда (Shepherd's Pi correlation).

Результаты исследования. В начале курса 70 студентов считали наиболее подходящей для общения патерналистскую модель, 78 студентов придерживались модели сотрудничества, а 29 считали, что обе модели одинаково применимы к общению с пациентом. В конце курса произошли явные изменения в предпочтениях студентов относительно моделей общения. Так, патерналистскую модель считают применимой к общению с пациентом уже только 19 студентов, модель сотрудничества предпочитают 135 студентов и 23 студента считают обе модели общения в равной мере предпочтительными. Применив критерий согласия к представленным данным, легко можно убедиться в том, что в предпочтениях студентов относительно моделей до курса профессиональной коммуникации нет различий ($\chi^2 = 0,43243$, $df = 1$, $p\text{-value} = 0,5108$). После курса обнаруживается явное предпочтение модели сотрудничества ($\chi^2 = 87,377$, $df = 1$, $p\text{-value} < 2,2e-16$). Вычислив r_i Шеферда, можно увидеть отрицательную взаимосвязь между патерналистской моделью и моделью сотрудничества ($r_i = -0,37$, $95\% CI(-0,50; -0,23)$, $s = 1,08e+06$, $p = 7,45757e-07$). Это свидетельствует о понимании студентами различий в подходах к общению врача с пациентом и осознанный выбор наиболее обоснованного из них.

Заключение. Таким образом, в результате реализации курса «Профессиональная коммуникация» произошли значимые изменения в предпочтениях студентов-медиков относительно моделей общения «врач-пациент». Они проявляются в том, что к концу курса по профессиональной коммуникации большинство студентов отдают предпочтение модели сотрудничества.

Список литературы

1. Stivers T., Tate A. The Role of Health Care Communication in Treatment Outcomes // Annual Review of Linguistics – 2023. – V. 9. – №. 1. – P. 233-252.
2. Roter D., Hall J. A. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits // Westport Conn: Publisher house Praeger. – 2006. – 238 p.
3. Cegala D.J., McClure L., Marinelli T.M., Post D.M. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews // Patient Educ Couns. – 2000 – V. 41. – №. 2. – P. 209-222.
4. Elwyn G., Edwards A., Thompson R. Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice // Oxford: Publisher house Oxford University Press – 2016. – 368 p.

ЦИФРОВАЯ КУЛЬТУРА И ЦИФРОВАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ИНДИКАТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И КАРЬЕРНОГО РАЗВИТИЯ

Морозов А.В.

*Федеральное казённое учреждение «Научно-исследовательский институт
Федеральной службы исполнения наказаний России», г. Москва*

Введение. Цифровая трансформация, происходящая сегодня во всём мире, затронувшая практически все, без исключения, сферы жизнедеятельности современного человека, привнесла необходимость освоения новых – цифровых компетенций, составляющих основу цифровой компетентности, в целом, а также определила особый пласт культуры – цифровую культуру.

Цифровая экономика настоятельно диктует свои условия и выдвигает вполне определённые требования. Для современных специалистов обладание цифровой компетентностью, как и цифровой культурой, в совокупности, становятся своеобразными индикаторами их профессионального роста и карьерного развития, определяющими, в числе прочего, успешность и эффективность профессиональной деятельности.

Материалы и результаты исследования. Информационные потребности являются основой цифровой культуры, побуждая людей не только осуществлять поиск новой информации, но и приобретать её носители, аппаратные средства работы с ней, осваивать методы и приёмы этой работы. С учётом вышеизложенного, под цифровой культурой современного специалиста мы будем понимать отдельный пласт общей культуры, характеризующийся постоянной трансформацией знаний, умений и навыков, позволяющих успешно взаимодействовать в цифровом пространстве, эффективно решая задачи, возникающие в процессе профессиональной деятельности, включающий также трансформирующуюся совокупность информационного мировоззрения.

По мнению Е.Е. Елькиной для анализа уровней цифровой культуры необходимо исследовать влияние интернета и конвергентных технологий на изменение идентичности человека, социальной реальности и культуры, как жизненного мира современного человечества [1].

Однако, как показывает анализ научной литературы [2; 3], «цифровая культура» – понятие весьма многогранное и, кроме вышеперечисленного, выявляет уровень цифровой компетентности и грамотности личности.

Цифровая грамотность является основой формирования цифровой культуры, способствует успешному обучению: обучающиеся легче получают доступ к информации по мере того, как растёт объём баз данных цифровых хранилищ, а это упрощает доступ по сравнению с работой с традиционными, бумажными ресурсами обучения. Компонентом цифровой грамотности является и управленческая информация, предоставляемая обучающимся и используемая ими в частной жизни, когда они вступают в онлайн-сообщества и работают с различными сетями. С другой стороны, интегрированная и оценочная информация становится частью навыков, осваиваемых в аудитории, когда педагог выступает в роли эксперта по оценке информации, показывая обучающимся различия между надёжными и бесполезными цифровыми ресурсами.

Отметим наиболее важные компоненты цифровой грамотности, как общие для будущих пользователей компьютерных технологий, так и профессионалов в области информационных и коммуникационных технологий (далее ИКТ) – доступ, управление, оценка, интеграция, создание и коммуникационный обмен информацией в индивидуальной или коллективной работе в сети, поддержка компьютерных технологий, веб-среда для обучения, работы и досуга. Эти навыки напрямую связаны с базовыми компетенциями, а, следовательно, цифровая грамотность сегодня не менее актуальна, чем традиционная (чтение и письмо, математические навыки и управление социальным поведением).

Вызовы дистанционного обучения, обусловленные цифровой трансформацией образования [4; 5] потребовали разработки специализированных решений, позволивших частично ограничить негативные последствия резкого отхода от традиционного формата, такие как ограничения ИКТ, психологический стресс, возросшая нагрузка и экстренная необходимость повышения компетенций для многих педагогов.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, считаем необходимым констатировать важность формирования у современного специалиста цифровой культуры, как элемента общечеловеческой культуры. При этом, формирование цифровой культуры и компетентности посредством внедрения новых методов обучения и оценки результатов с использованием цифровых технологий, позволит персонализировать процесс обучения и повысить мотивацию обучающихся.

Список литературы

1. Елькина Е.Е. Цифровая культура: понятие, модели и практики // Информационное общество: образование, наука, культура и технологии будущего. – 2018. – №. 2. – С. 195-203.
2. Прокудин Д.Е., Соколов Е.Г. «Цифровая культура» vs «аналоговая культура» // Вестник СПбГУ. – 2013. – Т. 17 – №. 4. – С. 83-91.
3. Соколова Н.Л. Цифровая культура или культура в цифровую эпоху? // Международный журнал исследований культуры. – 2012. – Т. 8. – №. 3. – С. 6-10.

4. Морозов А.В. Цифровая трансформация отечественного образования: проблемы и пути их решения // Человеческий капитал. – 2021. – Т. 149. – № S5-3. – С. 48-52.

5. Bashkireva T., Bashkireva A., Morozov A., Tsvetkov S., Popov A. Problems of the formation of digital competence in the modern educational space // Journal of Physics: Conference Series. Krasnoyarsk Science and Technology City Hall. Krasnoyarsk, Russian Federation. – 2020. – V. 1691. – P. 12130.

ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ РОЛИ В КОМАНДЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

Решетникова Ю.С., Княжева Н.Н.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тюмень*

Введение. Реализация задач, которые стоят сегодня перед современной медицинской организацией (МО), невозможна без сбалансированной эффективной мотивированной команды [1]. Командам важно не только обладать всеми необходимыми компетенциями в области проектного и процессного управления, но и сочетать личностно-психологические качества, которые позволят достигать поставленных целей МО [2]. Классической ролевой моделью, которую используют специалисты в области управления персоналом для формирования эффективных команды во всех сферах деятельности, является модель Р.М. Белбина [3]. В государственной системе здравоохранения в условиях требований к повышению производительности труда и эффективного использования ресурсов [4] вопрос разработки подходов к оценке командных ролей для формирования высокоэффективных команд становится все более актуальным.

Цель исследования. Провести оценку лично-психологических качеств врачей-специалистов по организации здравоохранения и общественному здоровью на предмет предпочтительных ролевых позиций в командах медицинских организаций.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с использованием опросника Р.М. Белбина, состоящего из 7 блоков по 10 вариантов возможного поведения. В группу участников опроса вошли обучающиеся на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Тюменского ГМУ на циклах повышения квалификации (ПК) и профессиональной переподготовки (ПП) по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». За период с 2015 по 2020 гг. количество участников опроса составило 308 человек. Опрос предусматривал возможность анонимного участия. Ответы участников оценки внесены и обработаны с использованием таблиц MS Excel 2016, предусматривающих автоматическую обработку с балльной оценкой и интерпретацией результатов о преобладающем типе роли из 8 возможных в команде. Статистическая обработка с помощью программы STATISTICA (версия 22.0). При сопряженном и попарном анализе данных в

группах использовался критерий χ^2 Пирсона. Различия между сравниваемыми группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среди принявших в исследовании респондентов 32,8% (101/308) мужчин и 56,2% (173/308) женщин, 11% (34/308) респондентов не указали пол, место работы и должность при заполнении анкеты. Количество обученных на циклах ПК преобладало по сравнению с количеством участников, обученных на циклах ПП, 52,9% (163/308) и 47,1% (145/308) соответственно. Руководящие должности в медицинских организациях занимали 65,6% респондентов, из которых: 9,8% (27/274) должность главного врача; 20,8% (57/274) заместителя главного врача; 8,4% (23/274) заведующего поликлиникой; 26,6% (73/274) должность заведующего отделением. Остальных респондентов можно выделить в три группы: 21,9% (60/274) врачи-специалисты; 5,8% (16/274) врачи-методисты и врачи-статистики; 6,6% (18/274) прочие.

Из 8 возможных командных ролей преобладали две роли: «исполнителя» и «координатора», 29,9% (92/308) и 20,5% (63/308) респондентов соответственно. Менее 10% в группе были представлены четыре роли: 2,9% (9/308) «генератор идей»; 4,5% (14/308) «аналитик»; 5,2% (16/308) «исследователь ресурсов»; 7,47% (23/308) «контролер». Остальные роли распределились равномерно и составили 14,9% (46/308) «мотиватор» и 14,6% (45/308) «специалист». Статистически значимые различия среди мужчин и женщин выявлены только в командной роли «мотиватор», 24,8% (25/101) и 10,9% (19/173) респондентов соответственно ($p=0,003$).

Заключение. Понимание командных ролей в коллективе МО с последующим формированием баланса процессных и творческих составляющих у членов команды может стать одним из подходов к созданию эффективных команд, готовых решать поставленные перед государственным здравоохранением задач. При этом данный подход может строиться на двух способах: проведение оценки командных ролей у сотрудников с последующим отбором для выполнения необходимых ролей либо подбор функций, соответствующий определенной роли члена команды.

Список литературы

1. Брынза Н.С., Горбунова О.П., Решетникова Ю.С., Княжева Н.Н. Исследование организационного профиля медицинских организаций Тюменской области // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18. – №. 2. – С. 216-222.

2. Решетникова Ю.С., Брынза Н.С., Княжева Н.Н. Профессиональное тестирование и оценка компетенций сотрудников медицинских организаций Тюменской области как механизм формирования кадрового резерва // Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – №. 3(6). – С. 33-38.

3. Мишнева С.Д. Использование теста Р.М. Белбина для создания сбалансированной команды // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2022. – Т. 203. – №. 1(203). – С. 243-247.

4. Решетникова Ю.С., Горбунова О.П., Брынза Н.С., Курмангулов А.А. Удовлетворенность трудовой деятельностью сотрудников государственных медицинских организаций как мотивационный фактор // Медицинская наука и образование Урала. – 2023. – Т. 24. – №. 2(114). – С. 120-125.

ПРОЛОНГИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНОГО МНЕНИЯ

Сапогова М.Д., Кром И.Л., Бочкарева Г.Н., Власова М.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. Современный период здравоохранения характеризуется как кризисный [1]. Дефицит кадров, снижение престижа и статусная инфляция профессии врача [2], финансовые депривации в здравоохранении [3], эмоциональное выгорание врачей способствуют формированию «парадоксального здравоохранения» [1]. Дефицит медицинских кадров отрицательно влияет на качество и доступность медицинской помощи [4].

В ситуации существующего кадрового кризиса российской системы здравоохранения одним из направлений преодоления дефицита специалистов является пролонгирование профессиональной деятельности врачей старшего возраста.

Цель исследования. Обоснование условий пролонгирования профессиональной деятельности врачей.

Материалы и методы исследования. С целью изучения мнений организаторов здравоохранения об условиях пролонгирования профессиональной деятельности врачей старшего возраста в региональной системе здравоохранения в апреле 2023 г. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России проведено фокус-групповое исследование. В нем приняли участие 9 экспертов-организаторов здравоохранения из государственных медицинских организаций Саратова и Саратовской области и преподаватели кафедры.

Результаты исследования. Проведенное исследование позволило выделить несколько ключевых вопросов, отражающих проблемы профессиональной деятельности специалистов регионального здравоохранения старшего возраста. Рассмотрим некоторые вопросы, обсуждаемые при проведении фокус-группового исследования.

Конкурентоспособность с молодыми врачами при трудоустройстве.

При ответе на вопрос о возрасте врача, претендующего на вакантную ставку, мнения экспертов разделились практически поровну. Вместе с неопытностью молодых врачей отмечались их выносливость и готовность учиться. «Участковым врачом возьму молодого – более энергичен, более выносливый, менее требовательный» (заведующая отделением, 56 лет). Специалисты, для которых в приоритете врачи пенсионного возраста, отмечали, что «возрастной врач не уйдет» (заведующий отделением, 60 лет). «Если необходимо работать, они будут учиться, и компьютеру, и всему остальному» (заведующая отделением, 59 лет). Однако отмечают и сложности в работе с врачами пенсионного возраста: «Пожилые часто просят сокращенный рабочий день, больничный, иногда мешает клинический опыт, есть собственное мнение, которое не соответствует стандартам, они не так управляемы» (заведующая отделением, 58 лет). «Пожилым очень

сложно учиться работать с компьютером» (заведующая отделением, 63 года). По словам респондентов, свои правила врачи старшего возраста могут устанавливать там, где есть дефицит кадров, но он же и диктует необходимость взять любого, кто придет трудоустроиваться.

Условия, при которых возможна возрастная дискриминация врачей.

Большинство врачей не сталкивались с возрастной дискриминацией: «Возраст – не повод для увольнения» (заведующая отделением, 62 года), «Возрастная дискриминация есть на руководящих должностях. Пожилого врача при случае «подвинут» обязательно» (заведующая отделением, 61 год). Возрастная дискриминация может проявиться при неумении врача использовать цифровые технологии: «Это не возрастная дискриминация, это цифровая дискриминация» (заведующая отделением, 57 лет). Также экспертами приводится зависимость наличия дискриминации от дефицита кадров на рабочем месте: «Где есть конкуренция, там есть дискриминация» (заведующий отделением, 63 года).

Заключение. Анализ мнений респондентов фокус-группового исследования позволил сформировать следующие выводы:

1. «Особые требования» врачей пенсионного возраста могут снизить их конкурентоспособность и ограничить возможность трудоустройства в медицинскую организацию.

2. Возрастная дискриминация врачей потенциально возможна на руководящих должностях и при наличии конкуренции в медицинских организациях, однако большинство случаев «дискриминации» связано с невозможностью врачей старшего возраста соответствовать современным требованиям к специалистам в региональной системе здравоохранения.

Список литературы

1. Решетников А.В. Социальный институт медицины // Социология медицины. – 2018. – Т. 17. – №. 2. – С. 68-79.

2. Кром И.Л., Еругина М.В., Еремина М.Г., Ковалев Е.П., Бочкарева Г.Н. и др. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения (обзор литературы). // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, №. 1. – С. 148-152.

3. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалёв Е.П., Ерёмина М.Г., Бочкарёва Г.Н. Качество жизни врачей в контексте финансовых деприваций // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, №. 2. – С. 80-83.

4. Еругина М.В., Кром И.Л., Еремина М.Г., Ковалев Е.П., Бочкарёва Г.Н. и др. Анализ направлений преодоления кризиса регионального здравоохранения (по результатам фокус-группового исследования) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. – №. 4. – С. 963-967.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Семикина Н.А., Герасимова А.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Саратов*

Введение. Совершенствование сестринского дела невозможно без подготовленных высококвалифицированных специалистов. Подготовка кадров среднего звена, способных к генерации научно обоснованных подходов к трансформации сестринской практики и организации труда, является задачей высшей школы. Насколько в современном здравоохранении успешность профессиональной карьеры зависима от научно-исследовательской активности работника или будущего специалиста, и важен ли данный аспект в развитии профессиональной траектории, поставленные вопросы стали предметом настоящего исследования.

Цель исследования. Изучение важности научно-исследовательской деятельности в профессиональном развитии будущих медицинских сестер.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено в ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, проведено социологическое исследование в форме анкетирования обучающихся Высшей школы сестринского образования. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 6,0.

Численный состав обучающихся по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело» в 2022-2023 учебном году составлял 160 человек. В опросе приняли участие 100 человек, т.е. 62,5% от общего числа обучающихся. 45% респондентов являлись студентами очной формы и 55% - очно-заочной формы обучения. Большинство участников опроса женского пола (93,7%). Средний возраст респондентов составил $23,4 \pm 0,62$ года.

Результаты исследования. ФГОС ВО третьего поколения по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело» устанавливает, что одной из задач профессиональной деятельности выпускников является научно-исследовательская [1]. Реализация поставленной задачи осуществляется через формирование образовательной программы бакалавриата. Образовательная программа предусматривает необходимость освоения общепрофессиональных компетенций, в том числе ОПК-12, в рамках которой выпускник должен быть способен применять современные методики сбора и обработки информации, необходимой для проведения научного исследования. Настоящие требования легли в основу разработки учебного плана, данного направлению подготовки, и реализуются при изучении дисциплины «Методология научного исследования» на 3 курсе очной формы обучения и на 2 курсе очно-заочной формы обучения (при наличии среднего специального образования). Освоение данной компетенции обучающимися также осуществляется во время прохождения производственной практики «Научно-исследовательская работа», которая реализуется последовательно во 2,3,4,5 семестрах при всех формах обучения. Таким образом, знакомство и первые шаги в науку бакалавры сестринского дела делают еще на первом году обучения.

По результатам опроса первые исследовательские работы выполняются студентами на 2 курсе (39%), реже на 3 курсе (29%) и 1 курсе (28%), что позволяет установить прямую зависимость научно-исследовательской активности обучающихся от курса обучения, в соответствии со структурой дисциплин учебного плана подготовки специалистов. Необходимо отметить, что на момент анкетирования 34% респондентов не занимались исследовательской деятельностью в процессе обучения.

Научные интересы сестер-бакалавров связаны с такими направлениями исследований, как психология общения (39,2%), организация и управление сестринской деятельностью (32,3%), педагогическая деятельность (24%) и

взаимодействие с персоналом (23%), проведение профилактики заболеваний (21%). Все выбранные респондентами направления являются основными в трудовой деятельности специалиста сестринского дела, что может говорить о раннем погружении будущих медсестер в профессию.

Участники оценивали такой критерий, как важность участия в научно-исследовательской деятельности для профессионального развития медсестры. Установлено, что почти половина обучающихся (45%) выставили самый высокий балл данному критерию и средняя оценка составила $4,00 \pm 0,11$ балла, данный факт позволяет говорить о том, что молодые специалисты заинтересованы в развитии своей профессии и сами готовы принимать в этом участие.

Заключение. В ходе исследования установлено, что при подготовке бакалавров направления подготовки «Сестринское дело» в настоящее время образовательный процесс построен с учетом современных требований к формированию компетентностных навыков выпускников; сформированы связи между наукой и практической сестринской деятельностью. По мнению обучающихся, научно-исследовательская деятельность служит важным критерием в профессиональном развитии медицинской сестры. Вовлечение студентов в научную работу, начиная с младших курсов обучения, поможет им в профессиональном самоопределении и развитии, в понимании роли и значимости своей профессии и позволит развивать сестринскую практику.

Список литературы

1. Приказ Минобрнауки РФ от 22.09.2017 г. № 971 «Об утверждении ФГОС ВО по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело». – 2017.

URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201710060024> (дата обращения 21.09.2023).

АНАЛИЗ УРОВНЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ СТУДЕНТОВ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Шеметова Г.Н., Шебалова Е.М., Кузнецов Н.С., Чаббаров Ю.Р.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Фундаментальные и прикладные исследования являются двумя формами осуществления науки как профессии. Одним из значимых направлений в вузе является развитие у будущих специалистов-медиков стремления к постоянному изучению нового, расширению объёма полученных на занятиях знаний [1]. Современный ученый должен жить и работать по «вдохновению», но в то же время быть экономически развитым гражданином. Где он может искать финансовую поддержку, помимо работы с получением заработной платы? Вопрос финансирования и знания инструментов научного проектирования настолько актуален, что затрагивает не только интересы специалистов, но и студентов, начинающих свой исследовательский путь. В Российской Федерации данное направление наиболее активно стало развиваться с конца 20 века, когда появились первые некоммерческие организации, деятельность которых была направлена не на получение прибыли, а на

решение общественно значимых задач [2]. Оно весьма актуально, но требует осмысления на основе сложившихся в современной науке концепций.

Цель исследования. Проанализировать уровень вовлеченности студентов Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского в научно-исследовательскую деятельность и оценить знания о научном проектировании и научной мобильности.

Материалы и методы исследования. Было проведено сплошное ретроспективное исследование. Анкетирование проводилось в 2 этапа: 1 этап – среди студентов 1 курса Саратовского ГМУ; 2 этап – среди студентов 2 курса. Количество респондентов 1 этапа составляло 237 человек; 2 этапа – 221 человек. По завершению анкетирования 1 этапа студентам было предложено ознакомиться с основными теоретическими аспектами о научной сфере в медицине, включая понятия о научной мобильности и проектировании.

Результаты исследования. На момент 1 этапа анкетирования был отмечен низкий уровень вовлеченности респондентов в научно-исследовательскую деятельность – 24%, в отличие от результатов 2 этапа – 57%. Основными причинами явились: низкая мотивация, незнание об основных механизмах научной мобильности, плюсах занятий данным направлением, нехватка финансов. 46% респондентов не получали стипендию и лишь незначительное число (14%) получали повышенную стипендию. Следует отметить, что из 159 респондентов, потенциально имеющих возможность получать стипендию, получали выплаты – 109. Основными механизмами, затронутыми респондентами для получения повышенных выплат, явились научные статьи в индексируемых и неиндексируемых журналах, участие в научно-практических конференциях. Таким образом, студенты старались уже перейти к одному из механизмов научного проектирования, к усилению своей финансовой позиции. В свою очередь, 40 студентов бюджетной основы – не получали даже академических выплат. В ходе нашего исследования было предложено рассматривать это в качестве эффекта от «зоны комфорта». Однако, имеющийся «бюджетный фон» не только не способствовал, но и мешал им приумножать свой капитал. Существует перечень платформ на бесплатной основе, грантовые конкурсы, однако большинство научно-исследовательских сборников требуют внесения платы.

В результате анализа продвижения исследовательской деятельности было отмечено, что респонденты предпочитали видеть результаты научных исследований в интернет-пространстве – в частности, в социальной сети Вконтакте или Телеграмм. При попарном сравнении групп Российского научного фонда (РНФ) в данных социальных сетях, было выявлено, что наибольшее значение по количеству просмотров публикаций, подписчиков и ежемесячному охвату, имела страница в Вконтакте, что наводит на мысль о более эффективном пользовании данной социальной сети в рамках своей возможной научной деятельности с целью привлечения партнеров или спонсоров, а также с целью повышения мотивации у других людей.

Заключение.

1. Среди студентов 1 курса Саратовского ГМУ отмечался низкий уровень вовлеченности в научно-исследовательскую деятельность – 24%, в свою очередь, среди студентов 2 курса это значение уже составляло – 57%.

2. Главными причинами этого факта являлись: отсутствие мотивации, недостаточная осведомленность о имеющихся возможностях, отсутствие финансов на публикацию работы в индексируемых журналах и отсутствие средств на развитие более масштабного проекта из выполненной работы.

3. Существующие инструменты научного проектирования являются одним из способов интеллектуального вложения студентов в образование и финансовой поддержки фундаментальных научных исследований, действие которых усиливается при грамотном преподнесении проблемы в общество – продвижении. 80% респондентов отмечали возможное повышение своей образовательной траектории при ведении проблемы посредством интернет-ресурсов.

Список литературы

1. Шеметова Г.Н., Шебалова Е.М., Балашова М.Е. Современные векторы развития воспитательной системы в медицинском университете // Педагогика. – 2020. – № 1. – С. 68–73.
2. Грищенко А.В. Некоммерческие организации в России: анализ современного состояния законодательства // Некоммерческие организации в России. – 2014. – № 1. – С. 18–23.

ПРОЖИВАНИЕ ГОРЯ: К ВОПРОСУ О ТАБУИРОВАНИИ ТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ УТРАТЫ

Кампос А.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Известно, что уровень перинатальных потерь отражает качество как акушерской, так и неонатальной помощи. Несмотря на предпринимаемые усилия, каждая пятая беременность в России прерывается [1]. На сегодняшний день службы здравоохранения не готовы организовать полноценную психологическую, социально-медицинскую помощь семьям, перенесшим смерть новорожденного (или гибель плода).

Цель исследования. Изучение этико-правовых аспектов проблемы замалчивания травматичного опыта перинатальной потери.

Материалы и методы исследования. Перинатальными утратами (потерями) мы считаем антенатальную гибель плода с последующим прерыванием беременности или рождением умершего ребенка, самопроизвольный аборт, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям, а также смерть ребенка в родах и после родов. Представляется правильным активнее использовать понятие «нерожденный» (unborn), а не «плод» и «ребенок», поскольку использование этих понятия может привносить крайне важные *оценочные* оттенки в терминологическое пространство проблемы (истории перинатальных потерь полны горьких слов матерей о «бездушности» категорий «плод», «абортивный материал», «ткани», «продукты зачатия», которыми оперировали медицинские работники, включенные в процесс). Обращает на себя внимание рассогласование трактовок опыта перинатальной утраты со стороны матери, медицинского персонала, а также родственников и близких матери.

Результаты исследования. Сконструированный в культуре образ будущей матери (женщины, реализующей свою «миссию») в ситуации гибели нерожденного начинает рушиться. Медикализация набирает скорость, с телом беременной женщины

проводят клинически необходимые манипуляции, но нередко ее как личность, как мать уже не рассматривают, а нерожденного деперсонализируют [2]. Пациентка в определенной степени утрачивает самостоятельность как в поведенческом плане (беременность из личной истории превращается в серьезный клинический случай, требующий оперативного разрешения), так и в психологическом (ее, по сути, лишают права горевать – особенно при антенатальной гибели на ранних сроках, возможности проститься с ребенком, препятствуя меморизации умершего).

Физиологическая включенность матерей напрямую определяет их горе и скорбь, однако роль отцов в этой ситуации также требует внимания: маскулинный стереотип препятствует фокусировке отцов на своих переживаниях.

Приобщение «постороннего» к горю семьи научит его не наделять «чужое» горе своими смыслами («а вдруг это позволит тебе по-новому взглянуть на жизнь»), невольно обесценивать («вы еще молодые, родите другого») или давать советы, или делать вид, что ничего не произошло, дабы не напоминать семье о потере.

Заключение. Значение перинатальной утраты конструируется рядом агентоучастников утраты как процесса и факта: беременной женщиной, ее семьей, окружением, медицинским персоналом. Табуирование темы указывает на некомпетентность сторон, неготовность обсуждать ситуацию и незнание стратегий и тактик заботы о горюющей женщине. «Невидимость» перинатальных утрат затрудняет процесс горевания: в ЛПУ зачастую нет отдельных палат для таких матерей (да и сам статус их как матерей кажется окружающим сомнительным), неразвита культура общения с ними.

«Бесправность» горя перинатальной утраты ставит психологические барьеры на пути женщины: ей кажется «неправильным» вокализировать свою боль, искать помощь, в т.ч. профессиональную. Но работа благотворительных фондов, таких как «Свет в руках», среди прочего направлена на поддержку семей в ситуации перинатальной потери, позволяет им высказаться, прочитать и написать свою историю горевания, получить консультацию, поговорить с теми, кто также переживает / пережил это горе, почувствовать, что ты «не одна». Автор одной из историй сформулировала свою позицию так: «Думаю, я согласилась бы пережить еще одну потерю, если бы я стала последней, потерявшей ребенка на Земле, если бы на мне это остановилось» [3].

Таким образом, проблема замалчивания перинатальных утрат имеет ряд рискогенных аспектов. Детабуирование сюжета перинатальной утраты способствует конструированию щадящего языка, не ранящего участников общения. Ведь незнание структуры перинатальных потерь приводит к обвинениям (в том числе самообвинениям) матери в том, что она не соблюдала врачебные рекомендации, не уберегла ребенка от гибели. Виктимизация женщины, замыкающейся в своем одиноком горевании, нередко оборачивается обвинением ее самой в случившемся. Возможность открыто говорить о своем горе легитимизирует его.

Список литературы

1. Маркман Е.В. Перинатальная потеря: проблема переживания бесправного горя // Ученые записки СПбГИПСР. – 2020. – Т. 34. – №. 2. – С. 68-75.
2. Литвина Д.А. Репродуктивные потери в контексте институционального взаимодействия: практики, пространства и траектории заботы // Журнал исследований социальной политики. – 2022. – Т. 20. – №. 2. – С. 215-228.
3. София. Истории Благотворительного фонда «Свет в руках». – 2020. URL: lightinhands.ru/istorii/sofiya (дата обращения 07.09.2023).

ВЛИЯНИЕ СТАБИЛИЗАТОРА НА СТАБИЛЬНОСТЬ ВЫСОКОВЯЗКИХ СУСПЕНЗИЙ С ЛЕРКАНИДИПИНОМ, ПРИГОДНЫХ ДЛЯ SSE-ПЕЧАТИ

Терентьева О.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный
химико-фармацевтический университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Санкт-Петербург*

Введение. В последнее десятилетие увеличился интерес к применению трехмерной печати в фармацевтической отрасли. Данный вид производства позволяет получать продукт с высокой степенью персонализации [1]. Печать вязкими материалами (гелями или пастами) получила название полужидкостной экструзии (semi-solid extrusion, SSE) [2].

Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, распространенных среди различных возрастных групп населения [3], снижающих качество жизни человека. На современном рынке представлен широкий спектр гипотензивных препаратов, однако, подбор терапии может занять продолжительное время и быть экономически затратным для пациента.

Лерканидипин – блокатор кальциевых каналов – представляет собой желтый кристаллический порошок, практически нерастворимый в воде, но растворимый в хлористом метиле (МХ). Лерканидипин представляет собой гидрофобное вещество, поэтому введение его в раствор гидроксипропилметилцеллюлозы (ГПМЦ) для создания вязкого геля, пригодного для SSE-печати, должно осуществляться по типу суспензии. Такие гели должны обладать седиментационной устойчивостью.

Цель исследования: определить влияние концентрации твина-80 на стабильность вязких гелей с лерканидипином.

Материалы и методы исследования: лерканидипин (Glenmark Pharmaceuticals Ltd., Индия), ГПМЦ VIVAPHARM НРМС Е15, JRS PHARMA, Германия; полисорбат 80 (твин-80), Индия; вода очищенная; МХ х/ч Экос-1, Россия.

Оборудование: погружная лопастная мешалка с верхним приводом Heidolph RZR 2020, Германия; лазерный анализатор частиц Микросайзер 201С, Россия; блок подготовки пробы SP-306, Россия; мешалка магнитная С-MAG HS7 фирмы ИКА, Германия.

Получение гелей ГПМЦ. Для приготовления гелей ГПМЦ в концентрациях 5%, 10%, 15%, 20% брали соответственно 5, 10, 15, 20 г ГПМЦ и растворяли в 2/3 объемах горячей воды. Добавляли 1/3 часть холодной воды, смешивали, оставляли при температуре 2 °С на 12 ч.

Получение суспензий. Точную навеску лерканидипина (5% м/м) растворяли в минимальном количестве МХ. В ступке смешивали раствор ГПМЦ со стабилизатором, постепенно при постоянном перемешивании вносили раствор лерканидипина в МХ. Тщательно перемешивали до исчезновения запаха МХ.

Полученные суспензии растворяли в воде очищенной, проводили исследование распределения частиц по размерам. Далее гели замораживали при температуре -20 °С, размораживали, проводили исследование распределения

частиц по размерам. Заморозку проводили дважды. Оценивали изменение распределения частиц с целью определения стабильности суспензий.

В качестве стабилизатора суспензий был выбран твин-80 в 2% и 5% м/м концентрации.

Результаты исследования. Важной контролируемой особенностью полученных суспензий была их пригодность для SSE-печати таблеток. Суспензии должны были обладать достаточной вязкостью, чтобы не наблюдалось свободного истечения геля из сопла.

На первом этапе исследования была оценена пригодность для печати 5% раствора ГПМЦ со стабилизатором и без него. Гель без стабилизатора расслоился при хранении до заморозки. Стабилизация лерканидипина в вязких гелях необходима для достижения однородности дозирования лекарственного вещества в готовой лекарственной форме.

Стабилизация 10% раствора ГПМЦ проводилась твином-80 в 2% и 5% м/м содержании. Отмечено, что наблюдается увеличение крупной фракции после замораживания-оттаивания, что говорит о низкой стабильности суспензии и непригодности использования гелей для печати.

При стабилизации 15% раствора ГПМЦ твином-80 в 2% массовой концентрации наблюдается отсутствие изменение фракционного состава суспензий после двух циклов заморозки, что говорит о высокой стабильности суспензии. Однако введение стабилизатора в 5% концентрации не увеличивает доли мелкой фракции, а значит не является целесообразным.

Стабилизация 20% раствора ГПМЦ обеспечивалась введением твина-80 в 2% и 5% м/м содержании. При 2% содержании твина-80 наблюдалась максимальная доля частиц размером до 3 мкм. После двух циклов заморозки-разморозки доля мелкой фракции не уменьшалась, что свидетельствует о стабильности суспензии.

Заключение. В результате исследования была определена концентрация твина-80 в качестве стабилизатора – 2% м/м. Целесообразно использование 15% и 20%-ных растворов ГПМЦ для SSE-печати, так как они не деформируются при двухслойной печати и не наблюдается свободного истечения геля из сопла принтера.

Финансирование. Данная работа поддержана грантом Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук МК-874.2022.4 (Терентьева О.А.).

Список литературы

1. Huanbutta K. et al. Practical Application of 3D Printing for Pharmaceuticals in Hospitals and Pharmacies // *Pharmaceutics*. – 2023. – Vol. 15. – P. 1877.
2. Seoane-Viaño I. et al. Semi-solid extrusion 3D printing in drug delivery and biomedicine: Personalised solutions for healthcare challenges // *Journal of controlled release*. – 2021. – Vol. 332. – P. 367-389.
3. Ott C. et al. Diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021 // *Kidney international*. – 2022. – Vol. 101(1). – P. 36-46.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ БРИКС

Белоусов С.А., Тарасова Е.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовская государственная юридическая академия»,
г. Саратов*

Введение. В последние годы наблюдается интернационализация медицинских услуг. В контексте данной статьи авторы выделяют страны БРИКС как передовые медицинские кластеры. Данным странам присуще определённое единообразие в предоставлении медицинских услуг, но также они отличаются по отдельным принципиальным вопросам оказанию медицинской помощи гражданам других стран в рамках национального и международного туризма. Наиболее приоритетными направлениями в области медицинского туризма по оценкам рейтинговых агентств являются кардиология и кардиохирургия; нейрохирургия и неврология, где используются инновационная техника и проводится ряд уникальнейших операций, методики которых разработаны бразильскими хирургами; пластическая и косметическая хирургия.

Цель исследования. Выявить общие и национальные черты присущие системам здравоохранения стран БРИКС в сфере медицинского туризма.

Материалы и методы исследования. При написании данного материала использован весь комплекс традиционно применяемых научных методов. В основе методологической базы данного исследования лежит диалектический познавательный метод. Одновременно в проекте широко используются частнонаучные методы, сравнительно правовой, исторический, логический методы, что в совокупности обеспечивает соблюдение всеобщих принципов научного познания.

Результаты исследования. Рассмотрим системы здравоохранения стран БРИКС в логической последовательности, начиная с Республики Бразилии. Специалистами отмечается, что программы кардиологической реабилитации в Бразилии настолько успешны, что позволяет пациенту вернуться к полноценной жизни уже через 1,5 месяца после сложнейших кардиохирургических вмешательств. В сфере нейрохирургии и неврологии используется самая инновационная техника и проводится ряд уникальнейших операций, методики которых разработаны бразильскими хирургами. В сфере репродукции человека широко применяется искусственное оплодотворение, Бразильские специалисты в этой области признаны одними из лучших в мире. Отметим, что цены на подобные медицинские услуги ниже на 50%, чем в США и странах Европейского Союза. Бразильские клиники сохраняют абсолютную анонимность, поэтому именно сюда приезжают самые богатые и знаменитые люди в мире.

Рассматривая перспективы Республики Индия в сфере медицинского туризма, следует отметить, что экспертные агентства предполагают становление Индии как одного из мировых лидеров в сфере медицинского туризма. Для предоставления международных медицинских услуг предлагаются клиники таких городов, как Калькутта, Хайдарабад, Мумбаи, Бангалор, Дели и Нойда. Значение медицинского туризма для бюджета и имиджа Республики Индия определяется тем, что Правительство Индии, Министерство здравоохранения и социального обеспечения семей, Министерство туризма в совместном формате создали группу специалистов по

популяризации Индии как страны, обеспечивающей глобальные стандарты здоровья. На данный момент констатируется, что Индия создает лучшие практики в мире в области медицинских услуг. Более того, на Индию приходится 18% от общего мирового рынка медицинских услуг. Действительно, страна принимает более 500 тысяч туристов из таких высокоразвитых стран как Великобритания, Канада и США.

Индустрия медицинского туризма в Китае зародилась сравнительно недавно. Тем не менее, она получила серьезную поддержку со стороны центрального правительства [1]. В феврале 2013 года Государственный Совет КНР одобрил создание Пилотной зоны международного медицинского туризма Хайнань Боао Леченг, которая до сих пор выполняет важные задачи изучения и экспериментирования в этой сфере [2]. Наделение регулирующих органов медицинского туризма административными полномочиями правительства способствует их координации в различных управленческих задачах. Существует требование к проведению тщательного «этического анализа клинического применения передовых медицинских технологий» и повышению этической осведомленности всего общества. Кроме того, трансграничное суррогатное материнство в медицинском туризме представляет аналогичную проблему. Развитие и эксперимент индустрии медицинского туризма в пилотной зоне имеет первостепенное значение для инициативы Китая по созданию кластеров медицинского туризма по всей стране.

Южно-Африканская Республика является одним из наиболее популярных направлений медицинского туризма. Страна занимает в мировом рейтинге 22 место из 47 основных направлений в индексе медицинского туризма в мире. Ежегодно основными медицинскими туристами являются граждане европейских стран, США, Канады и других государств [3]. Туристов привлекают несколько факторов: высококачественная медицинская помощь; востребованные направления современных медицинских технологий; привлекательное ценообразование. Услуги медицинским туристам оказывают 200 частных больниц и 400 государственных больниц. Говоря о распространенности методов лечения в ЮАР, на первое место по популярности выходят доступные косметические операции. Вторым по популярности лечения является доступное лечение бесплодия. Стоимость этого лечения, по крайней мере, в три раза дешевле, чем, например, в США.

Заключение. Таким образом, в системе здравоохранения стран БРИКС под медицинским туризмом понимается практика оказания гражданину медицинских услуг вне его родной страны. В широком смысле медицинский туризм – это совмещение отдыха за границей с получением квалифицированной медицинской помощи. Системы здравоохранения стран БРИКС сегодня инвестируют в медицинский туризм значительные финансовые средства: строятся современные клиники, оснащенные новейшим оборудованием, а лучшие мировые медицинские учреждения готовят для них кадры.

Список литературы

1. China Medical Tourism: Massive Inbound and Outbound Potential. Ian Youngman [Электронный ресурс]. URL: www.researchandmarkets.com/reports/4668298/china-medical-tourismmassive-inbound-and#rela0-4756779
2. Kaiye Yang. Tourism Development in China. [Электронный ресурс]. - URL: https://www.researchgate.net/publication/337089975_Tourism_Development_in_China2019
3. Medical tourism in South Africa // <https://www.vaidam.com/ru/knowledge-center/medical-tourism-south-africa>

ИСТОРИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДСЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЮЖНО-АФРИКАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Махонько Н.И., Петров Д.Е.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовская государственная юридическая академия»,
г. Саратов*

Введение. В последние годы особый интерес специалистов в области здравоохранения обращён к институту медицинских работников со средним специальным и высшим образованием, а именно медицинским сёстрам. При анализе мировых систем здравоохранения выясняется, что Южно-Африканская Республика (ЮАР) стала формировать корпус медицинских сестёр на много раньше, чем в иных государствах. С точки зрения исторической хронологии нам интересен опыт данной страны, который мы попытаемся осветить в данной работе.

Цель исследования. Проследить развитие института медицинских сестёр на примере ЮАР, начиная с XVII века и до нашего времени, когда медицинские сёстры стали высоко квалифицированными медицинскими специалистами и работают с высоко технологичным оборудованием в различных направлениях в современной медицине.

Материалы и методы исследования. При подготовке материала использован комплекс традиционно применяемых научных методов. В основе методологической базы данного исследования лежит диалектический познавательный метод. Одновременно в проекте широко используются частнонаучные методы, сравнительно правовой, исторический, логический методы, что в совокупности обеспечивает соблюдение всеобщих принципов научного познания.

Результаты исследования. Государственное и частное здравоохранение ЮАР развивается параллельно. Государственная система здравоохранения охватывает медицинским обслуживанием большую часть населения страны. Начиная с 2017 года, государство выделяет на здравоохранение более 8% национального ВВП. Тем не менее, около 80% врачей работает в частном секторе здравоохранения.

Развитие системы здравоохранения ЮАР имеет глубокие исторические корни и вызывает большой интерес не только со стороны специалистов, но и стороны широких слоев общественности [1]. Первое официальное упоминание о функционирующей больнице заархивировано в 1652 году. Это было медицинское учреждение, основанное Ост-Индской компанией в целях обслуживания голландских моряков, которые страдали такими заболеваниями, как тиф и цинга. Строительство стационарного госпиталя относится к 1656 году. Начиная с 1700 года, были открыты первые учебные заведения для медицинских сестер. Некоторые из них наделялись полномочиями, которые на современном языке обозначали бы специалистов в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Впоследствии Ост-Индская компания привезла из Голландии в качестве трудовых мигрантов профессиональных акушерок, которые не только занимались своими прямыми обязанностями, но и обучали акушерскому делу местное население, большинство которого были освобожденные рабы «цветного и малайского происхождения».

По архивным данным, начиная с 1807 года, в ЮАР наблюдался так называемый «больничный бум», так как с ростом населения в стране возрастал спрос на здравоохранение. Пионерами в строительстве больниц стали города Восточного Кейптауна - Порт-Элизабет, Уильямстаун, Грэхэмстаун и Квинстаун [2].

Дальнейшее развитие медицины в ЮАР связано с деятельностью монахинь Римско-католического Успенского ордена. В 1874 году две медицинских сестры этого ордена прибыли из Великобритании. В это же время произошло знаковое открытие - месторождений алмазов в Кимберли, что привело к притоку большого числа иммигрантов. В стихийно сложившихся рабочих поселках распространялись дизентерия, брюшной тиф и малярия. Для борьбы с этими заболеваниями в Кимберли прибыли англиканские медицинские сестры. Правительство ЮАР направило своих представителей на переговоры с англиканским орденом Святого Михаила. В результате группа медсестер под руководством Генриетты Стокдейл приехала в больницу Карнарвон в 1877 году. С этого момента начала свою деятельность медицинская школа сестринского дела. Историки здравоохранения ЮАР считают, что англиканские сестры заложили основу профессионального медицинского ухода за больными и основы санитарно-эпидемиологического дела в Южной Африке. Закон о медицине и фармации мыса Доброй Надежды 1891 года, который признан первым в мире Постановлением и потребовал государственной регистрации медицинских сестер. Эта новелла в законодательстве привела к тому, что большинство миссионерских больниц перешли в ранг государственных больниц Южной Африки.

Профессиональный медицинский уход за больными как система сложился в Южной Африке в XX веке. Это было связано, как часто происходило в истории цивилизации, с началом военных действий. Развитие Англо-бурского конфликта и начало первой мировой войны затруднили оказание медицинской помощи не только военным служащим, но и гражданскому населению страны. Нехватка медицинских кадров заставила Правительство легализовать формальное медицинское обучение для «черных» медсестер. В 1902 году первая медицинская школа «черных» медсестер была открыта в Лавдейле. Неожиданным решением гендерного вопроса в сфере здравоохранения стало привлечение мужчин к получению звания дипломированного медицинского брата и использование мужчин (умеющих читать и писать) в качестве санитаров. К 1912 году Южно-африканские военные чины осознали важность военно-полевой медицины, с помощью которой в строй возвращаются раненные и больные солдаты и офицеры. Необходимость военно-полевой медицины была отражена в Законе об обороне 1912 года. Ценность развития здравоохранения была подчеркнута в 1913 году, когда в свет вышел первый медсестринский журнал «The South African Nursing Record». В 1914 году создан Южно-Африканская Ассоциация подготовленных медицинских сестер – первое профессиональное объединение медицинских работников. Опыт работы этой Ассоциации позволил к 1935 году организовать профессиональные курсы медицинских сестер, выпускники которых получали государственные дипломы и могли становиться преподавателями. Так, в университетах Витватерсранда и Кейптауна были открыты первые медицинские факультеты.

В период апартеида различные профессиональные организации медицинских работников были объединены в одну Демократическую организацию медицинских сестер ЮАР (DENOSA), которая в первоначальном виде действовала до 1996 года. В настоящий момент эта организация имеет статус филиала Конгресса Южно-Африканского торгового союза (COSATU) и является полноправным членом

Международного совета медицинских сестер. В своем новом статусе организация реализовала множество проектов, направленных на улучшение системы здравоохранения Южной Африки. Организационно реализация проектов, в основном, состоит из обучающих семинаров медицинских сестер, например, по специализациям ВИЧ/СПИД и туберкулез (с множественной лекарственной устойчивостью) [3].

Заключение. Развитие института медицинских сестёр ЮАР имеет значение для всех стран БРИКС. В настоящее время осуществляются регулярные прямые контакты профильных министерств, ведущих научных сотрудников исследовательских институтов, гарантирующие оперативность и своевременность обмена научной информацией, а также успешными медицинскими практиками, что позволит сформировать систему здравоохранения, адекватную растущим вызовам современности.

Список литературы

1. Система здравоохранения ЮАР // <https://www.insure.travel/za/health/south-africans-healthcare-system>
2. Healthcare in South Africa // URL: https://ru.wikibrief.org/wiki/Healthcare_in_South_Africa
3. Медицина и здравоохранение в ЮАР: особенности сферы здравоохранения в Южной Африке // <https://visitworld.today/ru/blog/1070/medicine-and-health-care-in-south-africa-peculiarities-of-the-field-of-health-care-in-south-africa>

СОВЛАДАЮЩИЕ (КОПИНГ) СТРАТЕГИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПАТОГЕННЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ АГЕНТАМИ

Лоцманова Е.Ю.¹, Малюкова Т.А.², Бойко А.В.²

¹ *Общество с ограниченной ответственностью
«Медицинский центр «Здоровье», г. Саратов*

² *Федеральное казенное учреждение науки «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Саратов*

Введение. Ключевым звеном созданной в Российской Федерации системы предупреждения, выявления и противодействия биологическим угрозам, включающей силы и средства оперативного реагирования, являются специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ) Роспотребнадзора. СПЭБ были задействованы в борьбе с эпидемическими проявлениями особо опасных инфекционных болезней как на территории России, так и за ее пределами, в предупреждении и ликвидации эпидемических последствий стихийных бедствий, в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия в зонах гуманитарных и техногенных катастроф, в ходе проведения массовых мероприятий с международным участием. Большое внимание уделяется подготовке кадров для совместной работы в составе команд оперативного реагирования [1].

Характер работ предъявляет к личности специалиста высокие требования и диктует необходимость совершенствования подготовки кадров и мониторинга деятельности с патогенными биологическими агентами (ПБА) путем создания психологического сопровождения, позволяющего сохранить профессиональное здоровье сотрудников, повысить надежность

профессиональной деятельности и, в итоге, способствовать обеспечению биологической безопасности [2; 3].

Совладающее поведение определяется как поведение, позволяющее субъекту с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться с трудной жизненной или профессиональной ситуацией [4].

Известны исследования, посвященные изучению совладающего поведения спасателей и специалистов службы медицины катастроф в различных условиях [5] и, вместе с тем, отсутствуют работы по анализу репертуара стратегий совладания у специалистов, работающих с ПБА.

Цель исследования. Определение репертуара стратегий совладающего поведения специалистов, работающих с ПБА, для оценки профессиональной адаптации.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 124 слушателя курсов дополнительного профессионального образования на базе ФКУН Российский противочумный институт «Микроб» (30 мужчин и 94 женщины), в том числе 88 бактериологов, 26 эпидемиологов и 19 иных специалистов (врач-инфекционист, гигиенист, токсиколог). Использовали «Опросник способов совладания» (Р. Лазарус, С.Фолкман, в русскоязычной адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой), который позволяет определить доминирующие способы преодоления трудностей, совладания с негативными жизненными обстоятельствами.

Результаты исследования. Определен репертуар совладающих стратегий специалистов, осуществляющих разные виды работ с ПБА. Анализ средних значений результатов всей выборки показал, что копинг-стратегия «планирование решения проблемы» является преобладающей (среднее значение 74,64%). Эта стратегия относится к проблемно-ориентированным, рациональным, так же, как и «поиск социальной поддержки» (среднее значение 64,33%). Из стратегий эмоционально-ориентированного копинга преобладает «самоконтроль» (среднее значение 68,79%), остальные ранжируются следующим образом: «принятие ответственности» (60,82%), «дистанцирование» (50,31%), «положительная переоценка» (47,73%), «конфронтационный копинг» (45,51%) и «бегство-избегание» (43,24%).

Заключение. Впервые получены данные о репертуаре копинг-стратегий специалистов, работающих с ПБА, что позволит совершенствовать подготовку за счет индивидуального подхода к принятию решения о необходимости развития конструктивных видов преодолевающего поведения с учетом вида деятельности, стажа и опыта работы, особенностей личности. Данная работа является продолжением лонгитюдного исследования этапов профессиональной адаптации, создающего научную основу для осуществления психологического сопровождения деятельности с ПБА, в первую очередь в условиях чрезвычайных ситуаций, способствующего повышению профессиональной надежности и биобезопасности работы специалистов.

Список литературы

1. Кутырев В.В., Щербак С.А., Карнаухов И.Г., Касьян Ж.А., Шиянова А.Е. и др. Система мониторинга и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера в странах СНГ // Проблемы особо опасных инфекций. – 2022. – №. 3. – С. 95–106.

2. Малюкова Т.А. Мониторинг психофизиологической адаптации специалистов, работающих с патогенными биологическими агентами I–II групп // Бактериология. – 2019. – Т. 4. – №. 2. – С. 37–41.

3. Лоцманова Е.Ю., Малюкова Т.А., Бойко А.В. К вопросу о научном обосновании психологического сопровождения профессиональной адаптации специалистов, работающих с патогенными биологическими агентами I–II групп // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: Сборник материалов III Международной научно-практической конференции, Саратов, 29–30 сентября 2022 года. – Саратов: Издательство Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. – 2022. – С. 202–207.

4. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы // Кострома: Издательство Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2010. – 64 с.

5. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения специалистов опасных профессий // Санкт-Петербург: Издательство Политехника сервис. – 2011. – 120 с.

ОЦЕНКА УГРОЗ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Олифиренко А.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовская государственная юридическая академия»,
г. Саратов*

Введение. В современном мире медицинских технологий и информационных систем, персональные данные пациентов стали основой для предоставления качественного медицинского обслуживания. Согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» [1], любая информация, которая может быть прямо или косвенно связана с конкретным индивидом, считается персональными данными.

Когда пациент обращается в медицинскую организацию, будь то первичное обращение или заключение договора на медицинские услуги, эта организация становится оператором его персональных данных. Это означает, что у медицинской организации возникают определенные обязательства по обработке и хранению этих данных в соответствии с Законом № 152-ФЗ.

Данные, которые обычно обрабатываются медицинскими учреждениями, включают в себя основную информацию о пациенте, такую как фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, а также более детальную информацию, такую как вес, рост и сведения о состоянии здоровья.

И в контексте интеграции с ЕГИСЗ, медицинские организации часто используют региональные медицинские информационные системы (РМИС) для обеспечения безопасной передачи данных. Это взаимодействие требует сотрудничества с местными медицинскими информационно-аналитическими центрами (МИАЦ), которые устанавливают требования для подключения и обеспечивают безопасность системы.

Цель исследования. Оценить угрозы безопасности персональных данных в системах Министерства здравоохранения РФ и предложить меры по их устранению или минимизации.

Материалы и методы исследования. Для анализа использованы данные из Приказа Минздрава России от 03.07.2023 № 340н [2], а также другие нормативные документы, регулирующие обработку и защиту персональных данных.

Результаты исследования. В процессе изучения Приказа Минздрава России от 03.07.2023 № 340н и дополнительных источников были выявлены следующие ключевые угрозы безопасности персональных данных в информационных системах Министерства здравоохранения РФ:

1. Несанкционированный доступ к данным: Это наиболее распространенная угроза, которая может произойти из-за слабых паролей, уязвимостей в программном обеспечении или из-за внутренних угроз, таких как действия сотрудников.

2. Воздействие вредоносного кода или программы: Вирусы, трояны, шпионские программы и другие вредоносные программы могут проникнуть в систему и нарушить ее работу, а также украсть или повредить данные.

3. Несанкционированный доступ к носителям данных: Физический доступ к серверам, на которых хранятся данные, может привести к их краже или повреждению.

4. Использование новых информационных технологий для нарушения безопасности данных: С развитием технологий появляются новые методы атаки, которые могут быть использованы для нарушения безопасности данных.

5. Угрозы, связанные с криптографическими методами защиты: Хотя криптография является мощным инструментом защиты данных, существуют угрозы, связанные с нарушением правил эксплуатации системы или использованием вредоносных программ для нарушения функционирования системы.

6. Угрозы со стороны внутренних сотрудников: Сотрудники, имеющие доступ к системам, могут умышленно или случайно нарушить безопасность данных.

7. Угрозы, связанные с облачными технологиями: Использование облачных решений может увеличить риск утечки данных из-за уязвимостей в облачных сервисах или недостаточной защиты передачи данных.

8. Угрозы, связанные с мобильными устройствами: С учетом распространения мобильных устройств в медицинской сфере возрастает риск утечки данных из-за потери или кражи устройства.

На основе вышеуказанных угроз был проведен анализ текущих мер безопасности, применяемых в системах Министерства здравоохранения РФ. Было выявлено, что многие из них требуют дополнительного усиления или обновления для обеспечения адекватной защиты персональных данных пациентов. Эту проблему должна разрешить инициатива Минздрава по Концепции информационной безопасности в сфере здравоохранения, а именно - создать на базе ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Отраслевой Центр информационной безопасности и импортозамещения программного обеспечения Министерства здравоохранения Российской Федерации». Можно добавить также и про важность взаимодействия с органами ФСБ-ФСТЭК. Предлагается также рассмотреть возможность увеличения взаимодействия с Государственной системой обнаружения, предупреждения и ликвидации последствий компьютерных атак на информационные ресурсы Российской Федерации (ГосСОПКА), которая обеспечивает сбор, накопление, систематизацию и анализ информации, получаемой от субъектов критической информационной инфраструктуры.

Заключение. Безопасность персональных данных в информационных системах Минздрава России требует постоянного мониторинга и адаптации к новым угрозам. Необходимо регулярно проводить аудиты безопасности,

обновлять системы защиты и повышать уровень осведомленности персонала о потенциальных угрозах и методах их предотвращения.

Список литературы

1. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 06.02.2023) «О персональных данных». – 06.02.2023. URL: <https://clck.ru/34Sgf4> (дата обращения 26.09.2023).

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 июля 2023 г. № 340н «Об определении угроз безопасности персональных данных, актуальных при обработке персональных данных в информационных системах персональных данных, эксплуатируемых в сферах деятельности, нормативно-правовое регулирование которых осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации» – 07.07.2023. URL: <https://clck.ru/364Ti9> (дата обращения 26.09.2023).

СОЗДАНИЕ НОВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ФИТОПРЕПАРАТА: РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА»

Калюта Т.Ю., Федонников А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России (СГМУ) – разработчик уникального противоопухолевого средства. В 2023 году впервые в истории университета получено разрешение на проведение клинического исследования собственной фармацевтической разработки, зарегистрированное в ГРЛС Минздрава России по полностью и самостоятельно сформированному досье. Данный результат получен в течение 1,5 лет в ходе участия университета в федеральном проекте «Медицинская наука для человека».

Арсенал официальных противоопухолевых препаратов растительного происхождения, зарегистрированных в России, не велик, и все они изготавливаются из импортируемых фармацевтических субстанций. Так, в России зарегистрировано всего 38 готовых лекарственных средств группы «противоопухолевые лекарственные средства растительного происхождения», которые представляют собой выпускаемые разными производителями готовые формы на основе 5 субстанций. Из них производство только для одной активной фармацевтической субстанции локализовано в России (конкурентное с импортируемыми АФС), остальные АФС производятся за рубежом. Из 38 готовых лекарственных форм производство 36 также расположено за рубежом. Ввоз препаратов ограничен и удорожает их стоимость в разы, кроме того, в условиях санкционного давления в ряде случаев сильно ограничен либо невозможен. Затраты на курс лечения сильно варьируют – от тысяч до сотен тысяч рублей, а импортируемые препараты существенно дороже российских аналогов [1].

При этом противоопухолевые ЛС растительного происхождения являются эффективными официальными лекарственными средствами, применяемыми по широкому спектру показаний на протяжении длительного периода времени (например, винбластин, винкристин, паклитаксел и т.п.) [2]. Они остаются до сих пор

чрезвычайно востребованными на российском рынке. Большинство из них являются цитостатиками по механизму действия, вызывающими некроз опухолевой клетки и, как следствие, - развитие интоксикации у пациентов. Для экстракта аврана, как показано в доклинических исследованиях ученых СГМУ, характерен принципиально иной механизм действия: он активирует апоптоз, т.е. программируемую клеточную гибель, реализуемую в нормальных условиях жизнедеятельности организма, и, таким образом, не вызывающую системных проявлений интоксикации макроорганизма [3]. Сотрудниками фармацевтического факультета, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии и кафедры патологической анатомии СГМУ в течение 10 лет проведен широкий спектр исследований экстракта аврана и показана его способность активировать апоптоз опухолевых клеток в культурах тканей и в перевиваемых опухолях у лабораторных животных [3, 4]. При добавлении экстракта аврана к культуре клеток отмечалась заметно более высокая экспрессия гена MCL1 [5]. При воздействии экстракта аврана на опухолевые клетки в ходе альтернативного сплайсинга происходит синтез белка Mcl-1S, который вызывает апоптоз опухолевых клеток [5]. Противоопухолевые свойства экстракта, получаемого авторским способом по патенту, созданному Н.В. Полуконовой, Н.А. Дурновой, Г.Н. Масляковой, А.Б. Бучарской, Н.А. Наволокиным, А.М. Мыльниковым и рядом других сотрудников СГМУ, были показаны в ряде доклинических исследований [3, 4, 5, 6]. Данный эффект экстракта аврана ожидаем, так как в самом лекарственном растении различными исследователями найдены биологически активные вещества, давно описанные как вещества с противоопухолевым действием [5-10]. Анализ европейской, американской и российской аллопатических Фармакопей (июнь 2023 года) показывает, что официальные препараты на основе экстракта аврана отсутствуют.

Таким образом, лекарственное средство на основе аврана является претендентом на выход на рынок в позиции «первого в классе» противоопухолевого лекарственного средства растительного происхождения, активирующего апоптоз опухолевой клетки. Возможность использования обширной сырьевой базы по сбору дикорастущего сырья аврана лекарственного на европейской территории России, наличие уже внедренной в промышленное производство технологии производственного цикла от сырья до готовой лекарственной формы на российском GMP-сертифицированном фармацевтическом производстве, оснащённом отечественным оборудованием, обеспечивают 100% локализацию в России всего производственного цикла без импортозависимости на каких-либо его участках.

СГМУ позиционирует себя как университет технологий здоровья: наш фокус – оперативное внедрение в медицинскую практику передовых научных разработок. В свою очередь, реализация этого принципа возможна только в рамках инновационной внутривузовской экосистемы. Так, организационные функции по координации выполнения тематики в рамках федерального проекта «Медицинская наука для человека» реализует организованный в 2022 году научно-образовательный центр клинических и биомедицинских исследований. В его задачи входит координация выполнения клинических и доклинических исследований лекарственных препаратов, биологически активных добавок, пищевой продукции, медицинских изделий, активных фармацевтических субстанций, создание наукоемких цифровых продуктов, а также проведение иных биомедицинских и фармацевтических разработок. Это позволяет эффективно работать в научно-внедренческой архитектуре условий университета в тесном взаимодействии с университетскими НИИ, научно-

производственными центрами, лабораториями, а также развивать сотрудничество с научными группами академических и промышленных партнеров. Поскольку фармацевтическая разработка ЛС на основе аврана лекарственного проводится подразделением, сотрудники которого имеют опыт работы в R&D-отделах фармацевтических предприятий, то нам удалось с самого начала выполнения проекта обеспечить вектор продуктовой трансформации, ориентированный на регистрацию ЛС и в последующем – выход на фармацевтический рынок. В ходе проекта в сжатые сроки (апрель 2022 года – август 2023 года) успешно решены следующие организационные и технологические задачи: сбор дикорастущего растительного сырья, стандартизация сырья, разработка технических условий его переработки по общей фармакопейной статье требований к лекарственному растительному сырью, разработка процесса лабораторно-промышленного трансфера экстрагирования, разработка процессов контроля качества, наработка и оценка стабильности сырья, субстанции и готовых лекарственных форм [1, 10], промышленное производство лекарственного препарата для I фазы клинических исследований, прохождение контроля качества сырья, субстанции и готовых лекарственных форм.

Промышленным партнером стало акционерное общество «Фармцентр ВИЛАР» – GMP-сертифицированная промышленная площадка, на протяжении более 30 лет выпускающая собственные АФС и ГЛФ на российский рынок. Прохождение досье университета всех регуляторных инстанций подтверждает компетенции команды исследователей в континууме доведения продуктовых разработок до потребителя, что особенно актуально для нашей страны сегодня ввиду возросшей потребности в отечественных медицинских разработках, способных получить правовой статус действующего на территории России регистрационного удостоверения.

В целом стоит отметить существенный потенциал создания вузами инновационных продуктов: лекарств, медицинских изделий, симуляционного оборудования и т.п. Так, в вузах сосредоточен большой пул компетентных специалистов, осуществляющих свободный научный поиск («self-induced» trial), и материально-техническая база, не задействованная в непрерывном производственном потоке, как это бывает на промышленных предприятиях. Такие центры, оснащенные современным оборудованием, являются «инкубаторами» прорывных разработок.

Подтверждение безопасности ЛС на основе экстракта аврана лекарственного и его эффективности обеспечит успешное достижение трансфера фармацевтической разработки университета в практику здравоохранения. Медицинские и экономические показатели эффективности будут выражены в снижении числа смертельных исходов, доли случаев лечения опухолей с осложнениями, стоимости лечения случая злокачественного новообразования мочеполовых органов, в том числе для пациентов с впервые выявленными опухолями III-IV ст.

Финансирование: Исследование осуществлялось в рамках государственного задания на тему «Разработка нового противоопухолевого средства на основе экстракта аврана лекарственного», шифр темы - TVPR-2022-0006, № ЕГИСУ НИОКТР 122041400113-5.

Список литературы

- 1 Развитие клинических и доклинических исследований в университете. Опыт организации клинического исследования в рамках проекта «Медицинская наука для человека» Калюта Т.Ю., Федонников А.С. Материалы III Международной научно-практической конференции «Эффективный

- менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Россия, г. Саратов, 29-30 сентября 2022 года.
- 2 ГРЛС. Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Йонделис (Трабектедин) ЛСР-008960/08 от 14.02.2019. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Веро-Винкристин ЛП-№(001289)-(РГ-RU) от 06.10.2022. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Паклитаксел Эльфа ЛП-008483 от 23.08.2022. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_
 - 3 Маслякова Г.Н., Полуконова Н.В., Мудрак Д.А., Бучарская А.Б., Наволокин Н.А. Терапевтические эффекты экстракта Аврана в экспериментах *in vitro* // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций III международная научно-практическая конференция. Саратов, 29–30 сентября 2022 г. Сборник материалов. 2022. С. 214 — 223.
 - 4 Polukonova N.V., Baryshnikova M.A., Khochankov D.A., Stepanova E.V., Solomko E.S., Polukonova A.V., Mudrak D.A., Mylnikov A.M., Bucharskaya A.B., Maslyakova G.N., Navolokin N.A. Activation of apoptosis and autophagy by *gratiola officinalis* extract in human tumor cell lines // *Journal of Biomedical Photonics & Engineering*. 2021. Т. 7. № 4. С. 40307.
 - 5 Биологическая активность экстракта аврана лекарственного и его компонентов: [монография] / Н.В. Полуконова Г.Н. Маслякова, Н.А. Наволокин, А.Б. Бучарская, Н.А. Дурнова, Т.Ю. Калюта, М.А. Барышникова, О.В. Решетько, А.М. Мыльников, М.Н. Курчатова, И.А. Глушаков; Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского. – Саратов : Саратов. гос. мед. ун-т, 2022. – 354 с.: ил. ISBN978-5-7213-0803-1
 - 6 Mylnikov A., Navolokin N., Mudrak D., Polukonova N., Bucharskaya A., Maslyakova G. Tumor cell death visualization of renal cell carcinoma under the combined effect of the *gratiola officinalis* extract and cyclophosphamide using fluorescent staining methods // *Journal of Innovative Optical Health Sciences*. 2021. Т. 14. № 5. С. 2130004.
 - 7 Пат. RU 2482863 Российская Федерация, МПК А61К 36/80; В01Д 11/02. Способ получения сухого экстракта из растительного сырья, обладающего биологической активностью / Н.В. Полуконова, Н.А. Наволокин, Н.А. Дурнова [и др.]; заявитель и патентообладатель Полуконова Наталья Владимировна, Наволокин Никита Александрович. № 2012105384/15; заявл.15.02.2012; опубл. 27.05.2013. Бюл. № 15. 11 с.
 - 8 Пат. RU 2519769 Российская Федерация, МПК А61К 36/80; В01Д 11/02. Средство, обладающее противоопухолевым и иммуномодулирующим действием / Н.В. Полуконова, Н.А. Наволокин, Н.А. Дурнова [и др.]; заявитель и патентообладатель Полуконова Наталья Владимировна, Наволокин Никита Александрович. № 2013112710/15; заявл. 21.03.2013; опубл. 20.06.2014. Бюл. № 17. 12 с.
 - 9 Substance Name: *Gratiola officinalis*, ext. // National Library of Medicine. URL: <https://chem.nlm.nih.gov/chemidplus/name/gratiola%20officinalis>.
 - 10 Фомина, Ю. А., Шестопалова, Н. Б. Роль стандартизации и валидации аналитических методик в разработке лекарственных средств (на примере аврана лекарственного) / Ю. А. Фомина, Н. Б. Шестопалова // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: III Международная

научно-практическая конференция. Саратов, 29–30 сентября 2022 года. — Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского, 2022. — С. 349-350.

РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДЛЯ ЗОНДОВОГО ВВЕДЕНИЯ ЭНЗИМНЫХ ПРЕПАРАТОВ

**Калюта Т.Ю., Фомина Ю.А., Шестопалова Н.Б.,
Капралов С.В., Федонников А.С.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Согласно Приказу Минздрава России от 10.02.2022 N 69н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи взрослым при остром панкреатите (диагностика и лечение)» усредненный показатель частоты предоставления медицинской услуги «установка назогастрального зонда» составляет 0,15 [1]. При этом введение через зонд энтерального питания требуется взрослым в среднем с частотой 0,015, т.е. 1,5 % пациентов, которым оказывается специализированная медицинская помощь при остром панкреатите. Парентеральное питание применяется в среднем в 15% случаев. Это связано в том числе с тяжелой внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы на фоне острого панкреатита, как патогенетически обусловленного, так и медикаментозно индуцированного (патогенетическое лечение – Сандостатин и т.п.). Это зачастую заставляет отсрочить возврат к приему пищевых продуктов до 5-7 суток с момента постановки диагноза, что требует повышенных затрат на применение дорогостоящих парентеральных смесей, сопряжено с осложнениями, опосредованными применением парентерального питания, часто приводит к нутритивному дефициту, задерживающему выход пациентов в ремиссию.

При этом консенсус специалистов говорит о преимуществах раннего применения энтерального питания над парентеральным: энтеральное питание при тяжелом панкреатите рекомендуется начинать в первые 48 часов через назогастральный или назоинтестинальный зонд (Класс 2А рекомендаций), парентеральное питание при остром панкреатите рекомендуется только как вторая линия терапии, если кормление через зонд не переносится (Класс 2С рекомендаций) [2, 3, 4]. Включение энтерального питания в комплекс интенсивной терапии при остром панкреатите повышает функциональную активность энтероцитов и протективные свойства слизистой оболочки, реализует превенцию восходящей колонизации условно патогенной микрофлорой тонкого кишечника, снижает степень выраженности эндотоксикоза, а также риск транслокации микрофлоры в кровь и развитие вторичных инфекционных осложнений [5]. Согласно европейскому консенсусу 2020 года энзимотерапия при остром панкреатите показана в 100 % случаев (рекомендации класса А) [2, 3]. При этом предпочтительно использовать рН-чувствительные, кишечнорастворимые лекарственные формы (микросферы) в

дозе от 20 до 50 тысяч единиц действия липазы с каждым приемом пищи (рекомендации класса А) [2, 3].

На российском рынке присутствуют твердые лекарственные формы ферментных препаратов (таблетки, капсулы) [6]. Авторы на основании обзора существующих в государственном реестре лекарственных средств Минздрава готовых лекарственных форм (ГЛФ), имеющих действующее на территории России регистрационное удостоверение (40 наименований в 2023 году), пришли к выводу о наличии на рынке исключительно таблеток и капсул, пригодных для перорального применения. Пациентам с нарушением акта глотания, а также лицам, которым энтеральное питание вводится через зонд, данные лекарственные препараты не могут применяться. Таких пациентов в Российской Федерации ежегодно до 400 тыс. человек, и они, проходя лечение в палатах интенсивной терапии и в отделениях реанимации, не получают своевременной энзимотерапии, что приводит к мальабсорбции, повышенному газообразованию, стеаторее [2]. В связи с этим существует потребность рынка в создании ГЛФ, содержащих амилазу, липазу и протеазу, пригодных для введения через зонд. Традиционные ферментные препараты представлены таблетированными формами (с/без энтеросолюбильной оболочки), которые активируются в желудке либо при растворении их оболочки в верхних отделах тонкого кишечника. Существенными недостатками этой лекарственной формы являются отсутствие четкой «адресности» действия, неоднородное перемешивание с принятой пищей [7]. Кроме того, данные препараты могут применяться только пациентами, которые принимают пищу, у которых отсутствуют проявления пареза желудка, то есть в первые несколько дней применения назоинтестинального зонда они не используются.

Таким образом, для пациентов с острым панкреатитом целесообразно применение лекарственных форм ферментных препаратов, которые могут легко проходить через назоинтестинальный зонд. Создание таких лекарственных форм является актуальной задачей отрасли здравоохранения.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России от 10.02.2022 N 69н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи взрослым при остром панкреатите (диагностика и лечение). Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-10022022-n-69n-ob-utverzhenii/>
2. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis Arvanitakis M., Ockenga J., Bezmarevic M. Clinical Nutrition, Volume 39, Issue 3, 2020, P. 612-631, ISSN 0261-5614, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.01.004>. Режим доступа: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561420300091>) https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline_on_Clinical_Nutrition_in_acute_and_chronic_pancreatitis.pdf
3. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology. - 2018; - Vol.154. – P. 1096–1101. Seth D. Crockett, Sachin Wani, Timothy B. Gardner, et al. on behalf of American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee. Published: February 04, 2018 DOI:<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032> Режим доступа: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30076-3/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30076-3/fulltext)

4. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. Ari Leppäniemi, Matti Tolonen, Antonio Tarasconi et al. Режим доступа: <file:///C:/Users/user/Downloads/s13017-019-0247-0.pdf>
5. Луфт В. М. Нутриционная поддержка при остром панкреатите. «Практическая диетология»/ - # 4(8). – 2013. Режим доступа: <https://praktik-dietolog.ru/avtoryi/luft-v-m.html>
6. Лапшин А.В. Место «Креона» в терапии ферментными препаратами поджелудочной железы // РМЖ. Болезни органов пищеварения. – 2006. – т. 8. – № 2. – с. 117–121.
7. Государственный реестр лекарственных средств Российской Федерации. Режим доступа: <https://grls.minzdrav.gov.ru/Default.aspx>.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЭКСТРАКЦИОННЫХ СИСТЕМ И СПОСОБАМ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ В АНАЛИЗЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Шестопалова Н.Б., Фомина Ю.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Отличительной особенностью современных лекарственных препаратов (ЛП) является сложный многокомпонентный состав, включающий не только лекарственные вещества, но и вспомогательные компоненты, затрудняющие проведение фармацевтического анализа. Наибольшую сложность представляет анализ таблеток, покрытых оболочкой; таблеток для рассасывания, сиропов, мазей, гелей и т.д. Для устранения мешающего влияния матрицы перспективным подходом является применение мицеллярной экстракции с использованием в качестве экстрагентов поверхностно-активных веществ (ПАВ), отличающейся экологичностью, простотой, экспрессностью, низкой стоимостью анализа, возможностью сочетания с различными современными физико-химическими методами. Важной составляющей анализа также является обработка экспериментальных данных; одним из развивающихся направлений является применение математических способов обработки многомерных данных и графические способы трансформации спектральных кривых. Предложен способ проведения мицеллярной экстракции «в шприцах» [1], который позволяет просто и эффективно проводить как саму процедуру фазового расслоения в небольших объемах, так и разделение фаз. Разработаны простые и экспрессные спектрофотометрические методики идентификации и количественного определения синтетических пищевых красителей [2] в сиропах от кашля, таблетках и пастилках для рассасывания, предназначенных для лечения различных заболеваний полости рта и глотки, антибиотиков тетрациклинового ряда в капсулах и мазях с предварительным мицеллярно-экстракционным концентрированием.

Цель исследования: разработка и совершенствование спектроскопических методик определения действующих и вспомогательных веществ в ЛП с применением мицеллярной экстракции и методов производной спектрофотометрии и хемометрики.

Материалы и методы исследования: Лекарственные препараты (таблетки, пастилки для рассасывания, сиропы, мазь для наружного применения, капсулы), действующие вещества (ДВ) (тетрациклина гидрохлорид, доксициклина гиклат, парацетамол, ибупрофен, аскорбиновая кислота, папаверина гидрохлорид, бендазола гидрохлорид), вспомогательные вещества (синтетические пищевые красители). Спектрофотометрия в УФ- и видимом диапазоне (спектрофотометр SHIMADZU UV – 1800, Япония, программное обеспечение UV Probe 2.31). Экстракционные системы на основе неионных ПАВ (Тритон X-100, ОП-10).

Результаты исследования. Определены оптимальные условия регистрации спектральных данных с последующей обработкой математическими и графическими методами для анализа многокомпонентных систем. Для многокомпонентных ЛП и смесей красителей разработаны методики с применением дифференцирования спектров поглощения без предварительного разделения аналитов и отделения их от матрицы ЛП. Впервые хемометрические алгоритмы (метод главных компонент) применены для определения показателя «Однородность дозирования» для двухкомпонентных таблеток различных производителей.

Заключение. Разработанные методики анализа ЛП сложного состава характеризуются метрологическими характеристиками, удовлетворяющими современному уровню контроля качества ЛП, соответствуют требованиям «зеленой химии» и могут быть использованы в контрольно-аналитических лабораториях различного уровня, а также могут быть внедрены в практику «Провизор-аналитик» (Контроль качества лекарственных средств) студентов фармацевтических вузов и использоваться на практических занятиях при изучении методов разделения и концентрирования в курсе «Аналитическая химия» для студентов химических, фармацевтических, химико-технологических факультетов вузов.

Финансирование. Работа выполнена при финансовой поддержке Саратовского государственного медицинского университета в рамках проекта перспективного научного исследования № SSMU-2022-012.

Список литературы

1. Шестопалова Н.Б., Фомина Ю.А., Чернова Р.К. Спектрофотометрическое определение азорубина и понсо 4R в лекарственных препаратах с применением мицеллярной экстракции //Журнал аналитической химии. – 2022. –Т. 77, № 9. – С. 788-797.
2. Шестопалова Н. Б., Фомина Ю. А., Решетов П. В. Мицеллярная экстракция и спектрофотометрическое определение хинолинового желтого в лекарственных препаратах //Заводская лаборатория. Диагностика материалов. – 2022. – Т. 88. – №. 3. – С. 15-22.

ПРИНЦИП СКВОЗНОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ: ОТ РАСТЕНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННОМУ ПРЕПАРАТУ

Фомина Ю.А., Шестопалова Н.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Растительное сырье широко используется в медицинской практике для изготовления различных лекарственных препаратов. Применяются не только фармакопейные, но и другие растения, которые издавна используются в народной медицине. Одним из перспективных является Авран лекарственный (*Gratiola officinalis* L.) – растение семейства подорожниковые, достаточно широко распространен в Европейской части Российской Федерации и является компонентом противоопухолевого сбора Здренко. Известно также, что трава аврана лекарственного обладает противоглистным, противотуберкулезным, противомутагенным, антиоксидантным и противоопухолевым действиями. Однако растение до сих пор является малоизученным. В настоящее время действующей фармакопейной статьи на Авран лекарственный не существует, что создаёт необходимость разработки нормативной документации.

Цель исследования: разработка, стандартизация и валидация методик количественного определения суммы флавоноидов в растительном сырье, активной фармацевтической субстанции (АФС) (сухой экстракт, густой экстракт) и готовой лекарственной форме (ГЛФ) (таблетки и капсулы) Аврана лекарственного.

Материалы и методы исследования: трава Аврана лекарственного, заготовленного на территории Саратовской области в период с 2020 по 2022 гг; сухой и густой экстракты Аврана лекарственного; Аврана лекарственного экстракт таблетки 125 мг; Аврана лекарственного экстракт капсулы 330 мг. Качественный химический анализ; хроматографические методы (ТСХ, ВЭЖХ); спектрофотометрия в УФ- и видимой областях [1, 2].

Результаты исследования. Для обнаружения основных групп БАВ и установления подлинности проводили анализ с помощью качественных химических реакций. Определены оптимальные хроматографические условия для ТСХ и ВЭЖХ определения основных групп биологически активных веществ. Разработаны методики количественного определения суммы флавоноидов в траве, АФС и ГЛФ Аврана лекарственного методом дифференциальной спектрофотометрии по реакции комплексообразования флавоноидов с алюминия хлоридом (III) в пересчете на лютеолин-7-глюкозид. Проведена валидационная оценка разработанных методик по показателям специфичность, линейность, прецизионность (уровень повторяемости), внутрिलाбораторная прецизионность, правильность и робастность.

Заключение. Полученные результаты являются основой нормативных документов качества на траву, АФС и ГЛФ Аврана лекарственного, в соответствии с принципами «сквозной стандартизации».

Финансирование. Работа выполнена в рамках тематики государственного задания «Разработка нового противоопухолевого средства на основе экстракта аврана лекарственного», № TVPR-2022-0006 (2022-2023 гг.).

Список литературы

1. Фомина Ю. А., Шестопалова Н. Б. Разработка и валидация методики количественного определения содержания суммы флавоноидов в густом экстракте Аврана лекарственного //Week of Russian science (WeRuS-2023). – 2023. – С. 893-896.
2. Фомина Ю. А., Шестопалова Н. Б. Разработка и валидация методики количественного определения содержания суммы флавоноидов в препарате «Аврана лекарственного экстракт, капсулы, 330 мг» //Week of Russian science (WeRuS-2023). – 2023. – С. 896-900.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ: БАРЬЕРЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кабацков Д.А., Иорина И.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В настоящее время организация и проведение медицинских осмотров достаточно четко регламентированы нормативно-правовыми актами РФ, что может формировать мнение об отсутствии серьезных проблем в их организации и проведении. Однако, с одной стороны, на практике у работодателей и медицинских организаций сложились отрицательные стереотипы относительно затянутой процедуры их прохождения [1]. С другой стороны, работодатели выражают пожелания относительно сокращения времени их прохождения. Кроме того, существует серьезная конкуренция среди медицинских организаций, предоставляющих услуги по проведению периодических медицинских осмотров [2]. Рыночный характер отношений в сфере оказания медицинских услуг определяет необходимость медицинским организациям различных форм собственности создавать комфортные условия проведения периодических медицинских осмотров и повышать их качество.

Цель исследования: изучить организационные барьеры проведения периодических медицинских осмотров и определить перспективы их преодоления на основе lean-технологий.

Материалы и методы исследования: Методологическую базу исследования составили теоретические положения lean-менеджмента. На эмпирическом уровне использован метод фокус группового интервью с врачами университетской клинической больницы №3 им. В.Я. Шустова Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского. В исследовании приняли участие врачи, имеющие опыт проведения периодических медицинских осмотров более 10 лет.

Результат исследования: В качестве первого организационного барьера врачи указали на отсутствие информации о возможном количестве пациентов, включенных в мероприятия медицинского осмотра в конкретный день. Врачи отметили, что хотели бы иметь точную информацию о количестве пациентов на день приема, что значительно облегчило бы им планирование рабочего времени. Большинство врачей не удовлетворены ситуацией, когда они не успевают завершить прием пациентов и оформить необходимые по итогам осмотра пациентов документы в рамках рабочего времени. В силу этих обстоятельства большинство врачей заполняют документы во время приема пациента. Следствием этого являются очевидная «глухота» специалиста к нарративу пациента и неудовлетворенность пациента качеством помощи.

Врачи были единодушны в признании необходимости заблаговременной подготовки пациента (удобная одежда и обувь) к прохождению периодического медицинского осмотра. Было высказано позитивное отношение к смс-оповещению пациентов с правилами проведения периодического медицинского осмотра. Все участники фокус-группы поддержали стратегию проведения периодического

медицинского осмотра, основанную на обязательной предварительной записи соблюдения заранее согласованного тайминга.

Заключение. Исследование показало, что существует ряд барьеров, ограничивающих динамику и качество проведения периодических медицинских осмотров в выбранном для анализа медицинской организации. Определены направления совершенствования организации медицинского осмотра с применением методологии и технологии lean-менеджмента: размещение дополнительной информации о подготовке работников к медицинскому осмотру (заблаговременный сбор биологического материала на анализы; удобная форма одежды, схема логистики медицинского осмотра); смс-оповещение индивидуального начала прохождения медицинского осмотра, информирование врачей о запланированном потоке пациентов. Организационная платформа позволит сформировать положительную мотивацию медицинского персонала, так как будут ликвидированы выявленные «точки напряжения».

Конфликт интересов. Исследование выполнено в рамках реализации практико-ориентированного образовательного проекта ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России «Школа лидерства в здравоохранении», тема проекта: «Разработка системы управления процессом медицинского осмотра на основе lean-технологий».

Список литературы:

1. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с.
2. Амиров, А.Н. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры. Учебное пособие. Часть 2 / А.Н. Амиров. - Москва: СПб. [и др.]: Питер, 2021. – 378 с.

НОВЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ С БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ИЗ ПОБОЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

Ковалева Е.Г.

Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина

Введение. Питание играет важную роль в развитии, здоровье и работоспособности человека. Но сейчас в современной пище имеется недостаток питательных веществ и биологически-активных веществ, а также несбалансированное питание и низкое качество продуктов на рынке. Поэтому создание новых продуктов питания, обогащенных биологически-активными веществами, очень важно. Такие продукты называются функциональными, потому что они помогают сохранять и улучшать здоровье, а также снижать риск заболеваний.

Результат исследования: используя новые технологии, мы разработали и исследовали функциональные сыры, йогурты, растительное масло с ресвератролом и астаксантином. Мы также создали пиво с экстрактом микроводоросли, йогурт с органическим йодом, водоросли и витамины группы В. Все эти продукты получены с применением микроорганизмов, которые производят необходимые витамины в самих продуктах. Функциональными ингредиентами могут быть экстракты изофлавоноидов,

пиперина, ресвератрола, хлореллы, выделенных из соевой мелассы, корней и цветков кудзу, цветков красного клевера, черного перца, *Fallopia japonica*, *Chlorella vulgaris*, астаксантин, полученный в результате культивирования дрожжи *Phaffia rhodozyma* на питательных средах, витамины, получаемые в результате продуцирования бактерий продуцентов в самом продукте питания.

Используя созданные нами технологии экстракции и получения вышеупомянутых биологически-активных веществ [1,2], мы впервые разработали и исследовали функциональные сыры и йогурты с ресвератролом и астаксантином в традиционном и инкапсулированном виде, растительное масло с астаксантином, полученное в результате биоконверсии компонентов питательной среды с помощью дрожжи *Phaffia rhodozyma* на средах, содержащих отходные продукты пивоваренных производств, получения сахара и производства концентрата соевого белка, пива с экстрактом микроводоросли *Chlorella vulgaris*, йогурты с органическим йодом [3], водорослями и витаминами группы В. Последние были получены в результате биотрансформации компонентов пищевого продукта (йогурта) микроорганизмами *Lactobacillus sp.*, продуцирующими эти витамины внутри продукта.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ (грант 20-66-47017)

Список литературы:

1. Lwamba C., Aboushanab S. A., Ambati R. R., Kovaleva E. G. Innovative Green Approach for Extraction of Piperine from Black Pepper Based on Response Surface Methodology // Sustainable Chemistry. – 2023. – 4(1). – 40-53.
2. Aboushanab S. A., Shevyrin V. A., Melekhin V. V., Andreeva E. I., Makeev O. G., Kovaleva E. G. Cytotoxic Activity and Phytochemical Screening of Eco-Friendly Extracted Flavonoids from *Pueraria montana* var. *lobata* (Willd.) Sanjappa & Pradeep and *Trifolium pratense* L. Flowers Using HPLC-DAD-MS/HRMS // Applied Chem. – 2023. – 3(1). – 119-140.
3. Савлукова Ю.О., Ковалева Е.Г. Получение функционального йогурта, обогащенного йодом в биодоступной форме// Вестник ЮУрГУ. Серия «Пищевые и биотехнологии». 2023. Т. 11, № 2. С. 83–92.

СОДЕРЖАНИЕ

ЗНАЧИМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С 1994 ПО 2022 ГОД Алферов Д.В. ^{1,2} , Пашина И.В. ¹ , Алферова М.Е. ¹ , Бреусов А.В. ^{1,3} , Лукашов М.И. ⁴ , Исаенко Т.П. ¹	3
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Анников Ю.Г., Кром И.Л., Левченко К.К., Томников М.Д.	5
ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ Апресян А.Ю.	6
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ Балакина Д.Д., Кром И.Л., Еругина М.В., Барашков Г.М.	8
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ / ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ Буканова К.В. ¹ , Коновалов О.Е. ²	10
ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Волынчик Н.В. ^{1,2}	12
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ: САМООЦЕНКА И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ЗАПРОС Довжик И.А., Тимошилов В.И.	13
ТЕНДЕНЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ) Дубгорин А.А., Еругина М.В., Кром И.Л., Войтешак А.А.	15
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СО СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА Камалова А.А. ¹ , Ханафина М.А. ^{1,2} , Гильманова Д.А. ² , Юсупова А.Н. ² , Гумерова А.М. ²	17

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗА 2011–2022 ГОДЫ Карева А.А.	19
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПРЕГРАВИДАРНЫХ ПРОТОКОЛОВ Котеняткина А.А., Исраилова Ф.А.	20
ОЦЕНКА КАДРОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (НА ПРИМЕРЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ) Кочорова Л.В. ¹ , Баженова О.А. ¹ , Соколов И.А. ²	22
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ Кочорова Л.В., Шапиро К.И., Авакян М.С.	24
СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕНТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ Кром И.Л.	26
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ МАССОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЯХ ПОСТРАДАВШИХ И ПУТИ ИХ НИВЕЛИРОВАНИЯ Масляков В.В., Сидельников С.А., Пименова А.А., Поликарпов Д.А.....	27
РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА ПО ПРОФИЛЮ «УРОЛОГИЯ» СЕЧЕНОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Михайлов В.Ю., Решетников В.А.	29
ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ (ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА) Мириева И.Д., Сазанова Г.Ю., Пономарев А.Д., Ивлиева Е.С.	31
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Моисеев А.А., Сазанова Г.Ю., Долгова Е.М.	33
МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Мосийчук О.М.	34
ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ АКТИВНОСТЬ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ Мухамадеева О.Р., Шарафутдинова Н.Х., Сайтова З.Р.	36

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПРАВОВАЯ МОДЕЛЬ И ПРАКТИКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ Разгильдиева М.Б., Малышева А.А.	37
ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ОЦЕНКА УСПЕШНОСТИ Роюк В.В. ¹ , Коршевер Н.Г. ²	39
АВС- И VEN-АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Смолина В.А., Новокрещенов И.В., Сенченко И.К.	41
ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ Сураева Н.А. ¹ , Терентьева Д.С. ² , Захарченко О.О. ²	43
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В НОВЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ Тимошилов В.И., Бреусов А.В., Евдокимова М.Н., Дроздова Т.Н.	44
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ГУМАНИТАРНЫХ И ТЕХНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ПОСЛЕДСТВИЙ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА Тимошилов В.И., Евдокимова М.Н., Дроздова Т.Н.	46
ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА Томников М.Д., Левченко К.К., Киреев С.Н., Кром И.Л.	48
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КИТАЕ И МИРЕ Чжао Цзелинь	50
АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ В НЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ Шебалова Е.М., Шеметова Г.Н., Топчиева Д.А., Петрич А.В.	52
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПЕРЕБОЛЕВШИХ СТУДЕНТОВ Шеметова Г.Н., Балашова М.Е., Гюрджян Э.С., Спицына А.И.	53
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ Шурыгин А.А., Соловьева Ю.А.	55

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ В ЭПОХУ ЦИФРОВИЗАЦИИ: ПОТРЕБНОСТИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ Акимова О.В., Андриянова Т.А.	57
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИКИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ Ефремова Н.А., Новокрещенова И.Г.	59
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ: ОЖИДАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА Ивановская М.В., Севостьянова О.Ю.	60
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ChatGPT В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ Коваленко Е.В. ¹ , Бобрешов А.В. ² , Федонников А.С. ¹	62
ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ «ИНТЕРНЕТ-ВЕЩЕЙ» (IoT) В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ Краснова О.В.	64
ЦИФРОВАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОРДИНАТОРОВ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Кудашева З.Э.	66
«ПОЛИКЛИНИКА. ЦИФРОВОЙ КОНТУР». СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ Кустов Е.В., Суслонина Н.В., Гаранина И.А.	68
ПЕРЕХОД НА ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА: ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ Мирошникова Э.М. ¹ , Пайков А.Ю. ² , Самойлова Ю.Б. ³	69
ВОЗМОЖНОСТИ ЧАТ-БОТА ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ Решетникова Ю.С., Смилянин А.М., Гаевая А.Ю., Попова К.О., Голубева А.А., Костерин М.Д., Шураськин Д.А., Самочёрнов К.С.	71
РИСКИ В ЦИФРОВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ Чумаченко Н.Э.	73
РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ (РЕКОНСТРУКЦИИ) И КАПИТАЛЬНОМ РЕМОНТЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Боенко Е.А.	75

ОПЫТ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕРОДСТВЕННЫМИ ДОНОРАМИ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК Герова О.А.	76
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ВАЛЮТНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА Давиденко Д.В.	78
ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ИМИДЖА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Искакова Н.С., Ташиев Е.Б.	80
К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX СТОЛЕТИЯ Ищенко Ю.В., Лоскутов Е.С., Зимин А.П., Датаев Я.Л.	81
СФОРМИРОВАННОСТЬ ГИБКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ СПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В.	83
ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РАМКАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САРАТОВСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В ПРЕДВОЕННЫЙ ПЕРИОД: ТРИДЦАТЫЕ ГОДЫ XX ВЕКА Петров В.В. ¹ , Ищенко Ю.В. ¹ , Завьялов А.И. ²	85
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Бездетко Г.И., Осыкина А.С., Шкатова Е.Ю.	86
СОВРЕМЕННОЕ ПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Булычева Е.В.	88
ОБОГАЩЕНИЕ МУЧНЫХ КУЛИНАРНЫХ ИЗДЕЛИЙ АЛЬГИНАТОМ МАГНИЯ Елисеева С.А., Фахретдинова А.Д., Гусева А.И., Киреева М.С.	89
ВЛИЯНИЕ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Симакова М.А., Борисова А.О., Раздевилова О.П., Алешкина О.Ю.	91
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ Андрянова Е.А.	92
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ Жукова Н.В., Зайцева Е.В.	94

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ Зайцева Е.В., Жукова Н.В.	96
ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ НА ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ГЕНДЕРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ Осколкова А.И. ¹ , Полиданов М.А. ^{1,2} , Волков К.А. ¹ , Долгова Е.М. ¹	98
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ Реброва А.А., Самсонова А.И., Кром И.Л., Еругина М.В., Раздевилова О.П.	99
РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ В ОНЛАЙН-ПРОДАЖАХ: КАК ИЗБЕЖАТЬ ПОТЕРЬ И ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В АПТЕЧНОМ БИЗНЕСЕ Аксенов В.Д, Бочкарева Е.А, Жукова К.И.	101
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Дехтярь И.Н.	103
ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВА И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ САНКЦИЙ Корнеева К.Д., Сидоренко А.И., Кондратьев А.Д.	104
КОНКУРЕНЦИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИИ Новокрещенов И.В., Новокрещенова И.Г., Аранович Л.М.	106
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПРОСЛЕЖИВАЕМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Новокрещенова И.Г., Смотров Ю.Н., Собина Е.Б.	108
ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СХЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВОЛЕМИЧЕСКОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ Царев О.А. ¹ , Прокин Ф.Г. ¹ , Захаров Н.Н. ¹ , Корчаков Н.В. ²	110
ПЕРСПЕКТИВА ДОЛЖНОСТИ «ВРАЧ-СТАЖЕР» В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ Беляева Ю.Н., Шеметова Г.Н.	111
НАЗНАЧЕНИЕ УРОВНЕЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ОРДИНАТОРОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ВРАЧА Евдокимова А.И.	113

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ) Ивлиева Е.С., Сазанова Г.Ю., Рогачева О.В.	115
ПРЕДПОЧТЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО МОДЕЛЕЙ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ДО И ПОСЛЕ КУРСА «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ» Князев Е.Б., Рамазанова А.Я., Сергеев А.С.	116
ЦИФРОВАЯ КУЛЬТУРА И ЦИФРОВАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ИНДИКАТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И КАРЬЕРНОГО РАЗВИТИЯ Морозов А.В.	118
ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ РОЛИ В КОМАНДЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ Решетникова Ю.С., Княжева Н.Н.	120
ПРОЛОНГИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНОГО МНЕНИЯ Сапогова М.Д., Кром И.Л., Бочкарева Г.Н., Власова М.В.	122
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР Семикина Н.А., Герасимова А.В.	123
АНАЛИЗ УРОВНЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ СТУДЕНТОВ В НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Шеметова Г.Н., Шебалова Е.М., Кузнецов Н.С., Чаббаров Ю.Р.	125
ПРОЖИВАНИЕ ГОРЯ: К ВОПРОСУ О ТАБУИРОВАНИИ ТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ УТРАТЫ Кампос А.Д.	127
ВЛИЯНИЕ СТАБИЛИЗАТОРА НА СТАБИЛЬНОСТЬ ВЫСОКОВЯЗКИХ СУСПЕНЗИЙ С ЛЕРКАНИДИПИНОМ, ПРИГОДНЫХ ДЛЯ SSE-ПЕЧАТИ Терентьева О.А.	129
РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ БРИКС Белоусов С.А., Тарасова Е.А.	131
ИСТОРИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДСЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ЮЖНО-АФРИКАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Махонько Н.И., Петров Д.Е.	133
СОВЛАДАЮЩИЕ (КОПИНГ) СТРАТЕГИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПАТОГЕННЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ АГЕНТАМИ Лоцманова Е.Ю. ¹ , Малюкова Т.А. ² , Бойко А.В. ²	135

ОЦЕНКА УГРОЗ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Олифиренко А.А.	137
СОЗДАНИЕ НОВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ФИТОПРЕПАРАТА: РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА» Калюта Т.Ю., Федонников А.С.	139
РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДЛЯ ЗОНДОВОГО ВВЕДЕНИЯ ЭНЗИМНЫХ ПРЕПАРАТОВ Калюта Т.Ю., Фомина Ю.А., Шестопалова Н.Б., Капралов С.В., Федонников А.С.	143
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЭКСТРАКЦИОННЫХ СИСТЕМ И СПОСОБАМ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ В АНАЛИЗЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Шестопалова Н.Б., Фомина Ю.А.	145
ПРИНЦИП СКВОЗНОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ: ОТ РАСТЕНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННОМУ ПРЕПАРАТУ Фомина Ю.А., Шестопалова Н.Б.	146
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ: БАРЬЕРЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ Кабачков Д.А., Иорина И.Г.	148
НОВЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ С БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ИЗ ПОБОЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ Ковалева Е.Г.	149

Научное издание

**ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
стратегии инноваций**

IV МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Саратов, 5–6 октября 2023 года

Сборник материалов

Технический редактор О.Н. Чуманова

Подписано к печати 01.11.2023 г.
Формат 60 x 84 1/16. Гарнитура Таймс.
Объём усл.-п. л. Тираж 500 экз.
Заказ № .

Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского.
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

