КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
при участии:
УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН
ЦЕНТРА ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

VII Межрегиональной научно-практической конференции

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

19-20 ноября 2020

Казань -2020

УДК 614.2:616-084
ББК 614.2

А 43

Оргкомитет конференции:
Созинов А.С., Садыков М.Н., Патяшина М.А., Сизова Е.П.,
Шулаев А.В., Абдулганиева Д.И., Имамов А.А., Трофимова М.В.,
Авдонина Л.Г., Сабирзянов А.Р., Берхеева З.М., Гарипова Р.В.,
Радченко О.Р., Балабанова Л.А.

А 43 **Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения:** сборник тезисов VII Межрегиональной научно-практической конференции – Казань: КГМУ, 2020 –167 с.

В материалах конференции представлены теоретические аспекты и практический опыт решения актуальных вопросов в области гигиены, эпидемиологии, профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Тематика тезисов охватывает обширный круг вопросов профилактики инфекционных, неинфекционных и экозависимых заболеваний. Сборник* содержит результаты изучения влияния факторов среды обитания на здоровье человека, вопросы питания населения и микронутриентной недостаточности, оценки факторов риска различной природы для населения, методы скрининга, мониторинга, выявления и профилактики профессиональных заболеваний. Ряд публикаций посвящен пропаганде здоровьесохраняющего поведения, формированию здорового образа жизни. В сборник также вошли работы молодых ученых и лучшие эссе будущих врачей.

Материалы предназначены для преподавателей, научных сотрудников, специалистов органов и учреждений Роспотребнадзора, врачей, а также работников смежных отраслей науки и практики, решающих задачи гигиены, эпидемиологии, профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

*Сборник печатается в авторской редакции.

УДК 614.2:616-084
ББК 614.2

© Казанский государственный медицинский университет, 2020

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: МЕТОДЫ, СРЕДСТВА И ФОРМЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Абушинова И.А., Гибадуллина З.Н., Байрамшина А.Д., Абдурахманова Н.С.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Здоровый образ жизни — это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей. По утверждению специалистов ВОЗ, здоровье на 50-55% зависит от образа жизни человека, на 20-23% — от наследственности, на 20-25% — от состояния окружающей среды (экологии) и на 8- 12% — от работы национальной системы здравоохранения. Итак, в наибольшей степени здоровье человека зависит от образа жизни, значит можно считать, что генеральной линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни (ЗОЖ) [1]. Формирование здорового образа жизни должно начинаться уже в детском саду. Вся жизнедеятельность ребенка в дошкольном учреждении должна быть направлена на сохранение и укрепление здоровья. Основой являются еженедельные познавательные, физкультурные и интегрированные занятия, партнерская совместная деятельность педагога и ребенка в течение дня [2].

Целью оздоровительной работы в дошкольном учреждении является создание устойчивой мотивации потребности в сохранении своего собственного здоровья и здоровья окружающих.

Методы исследования: анализ медицинских карт детей; анкетирование родителей; наблюдение.

Результаты исследования. В результате исследования стало понятно, что наиболее эффективными для формирования здорового образа жизни дошкольников являются спортивные игры и упражнения [3]. Формирование ЗОЖ должно также идти и из семьи. Опросы родителей

показали, что спортом занимаются 60 %. Дети занимаются плаванием, футболом, карате, теннисом и танцами.

Дети и родители с большим удовольствием принимают участие в спортивных мероприятиях детского сада и комплекса. Основной целью таких занятий является ознакомление детей со спортивными играми и упражнениями, закладывание азов правильной техники.

Таким образом, необходимо с малых лет приобщать ребёнка в семейном и общественном воспитание к здоровому образу жизни, формировать у детей навыки охраны личного здоровья и бережного отношения к здоровью окружающих.

Библиографический список:

1. Данные с официального сайта ВОЗ. https://www.who.int/topics/tobacco/ru/

2. Елжова, Н. В. Здоровый образ жизни в дошкольном образовательном учреждении / Н.В. Елжова. - М.: Феникс, 2017. - 224 с.

3.Антонов Ю.Е., Кузнецова М.Н. и др.- М.: Здоровый дошкольник: социально оздоровительная технология 21 века, 2008. – 164 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Авдонина Л.Г.[1], Гараева Л.Т.[1], Азизова А.И.[1,2]

[1] *Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан*

[2] *ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) Федеральный Университет»*

В Республике Татарстан обеспечена возможность значительного охвата населения тестированием на новую коронавирусную инфекцию.

Молекулярная диагностика COVID-19 проводится на базе 20 лабораторий: ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан», 14 лабораторий государственных медицинских организаций (Казань, Набережные Челны, Нижнекамск, Альметьевск), 5 лабораторий частных форм собственности. Отработана маршрутизация доставки проб

для исследований из других муниципальных образований в закрепленные лаборатории. Расширение сети лабораторий медицинских организаций позволило увеличить ежедневное количество проводимых исследований граждан.

Сегодня любая лаборатория, включая лаборатории частных форм собственности, вправе организовать тестирование на коронавирусную инфекцию. Процедура организации таких исследований максимально проста и заключается в подаче лабораторией уведомления на сайте Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора. Единственное требование – наличие санитарно-эпидемиологического заключения на условия работы с возбудителями инфекционных заболеваний III-IV групп патогенности и обязательная передача информации в Роспотребнадзор в случае выявления нового коронавируса.[1]

Все лаборатории имеют необходимые разрешительные документы, условия, оборудование и персонал для работы. Лаборатории обеспечены зарегистрированными в установленном порядке диагностическими тест-системами для выявления нового коронавируса [2].

С целью достижения охвата тестированием более 150на 100 тыс. населения среднее за 7 дней, наращивание объемов тестирования на новую коронавирусную инфекцию было произведено за счет привлечения дополнительного медицинского персонала к лабораторной диагностике COVID-19, организации работы в 2-3 смены и задействования дополнительных приборов. На данный период по республике проводится до 7400 исследований в день.

На 28.10.2020г. проведено 942605 исследований, охват тестированием на 100 тыс. населения 172,20.

21% ПЦР-исследований на COVID-19 проведены лабораторией Бюджетного учреждения, 55,8% - лабораториями государственных

медицинских организаций, 23,2 % - лабораториями частной формы собственности.

В иммунологических лабораториях 12 медицинских организаций республики проводятся серологические исследования на COVID-19 на возмездной основе.

Обнаружение в крови антител класса M (Ig M) и G говорит о том, что у пациента идет стадия выздоровления. Наличие в крови антител только класса M свидетельствует о наличии коронавирусной инфекции [3].

Библиографический список:

1. СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней»;
2. Методические рекомендации №3.1.0174-20 «Изменения № 1 в МР 3.1.0169-20 Лабораторная диагностика "COVID-19»;
3. Методические рекомендации №3.1.0170-20 «Эпидемиология и профилактика COVID-19».

РОЛЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Антонов А.М. [1], Берхеева З.М. [1], Рустамов М.Н.[2]

[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

[2]ООО Консультативно-диагностический центр (Казань)

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической патологии как в России, так и во всем мире. Рост заболеваемости в нашей стране за 10 лет составил 143,8%, а смертности – 45,9%, это самые высокие значения среди всей онкологической патологии. Согласно последним статистическим данным рак предстательной железы занимает 2-е место (14,3%) в структуре онкологической заболеваемости в России у мужчин среди всех возрастных групп, и 1-е место – в возрастной группе старше 60 лет (18,5%). Среди

причин смертности РПЖ занимает 3-е место (7,4%), уступая раку легких (26,6%) и желудка (11,5%) [1]. Совершенствование методов диагностики РПЖ и внедрение в повседневную урологическую практику определения уровня ПСА в сыворотке крови привело к выявлению большого количества бессимптомных форм клинически локализованного рака.

Цель работы – оценка распространенности предраковых состояний и выявление РПЖ у работников нефтеперерабатывающего предприятия.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 2645 работников, которым проведено двухэтапное скрининговое обследование. На первом этапе всем мужчинам проведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы и определение общего уровня простат специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови. На второй этап дообследования были приглашены 586 мужчин, которым проведено трансректальное УЗИ ПЖ и осмотр уролога. У 42 работников проводилось определение уровня свободного ПСА.

Результаты. В ходе медицинского осмотра были выявлены следующие заболевания: хронический простатит у 351 чел.; аденома простаты – 84 чел.; киста семявыбрасывающего протока – 41 чел.; варикоцеле – 33 чел.; гипогонадизм – 2 чел. Распространенность заболеваний ПЖ по данным УЗИ увеличивалась в зависимости от возрастной группы от 7.38 % (лица 20-24 года) до 54, 85% (50 лет и старше). Также наблюдалось повышение уровня общего ПСА у лиц старше 35 лет.

Подозрение на злокачественное новообразование ПЖ установлено у 13 работников. Они были направлены в профильные медицинские организации, из них 2 были прооперированы, остальным назначено медикаментозное лечение и диспансерное наблюдение. Обращало

внимание отсутствие жалоб при анкетном скрининге и сборе анамнеза врачом урологом.

Заключение. По результатам нашей работы у лиц с подозрением на онкологическое заболевание ПЖ повышение уровня ПСА явилось основным диагностическим критерием. Исследование ПСА позволяет выявить РПЖ на ранних стадиях и считается золотым стандартом в его диагностике, несмотря на то, что повышение уровня ПСА в сыворотке крови наблюдается у больных хроническим простатитом, доброкачественной гиперплазии. Предварительные и периодические медицинские осмотры, проводимые согласно приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н содержат ограниченный перечень скрининговых онкообследований мочеполовой системы у мужчин. Недостаточный объем исследований не позволяет проводить диагностику рака ПЖ на ранних стадиях развития вследствие малосимптомности заболевания. Определение ПСА в сыворотке крови является доступным методом для диагностики при массовых обследованиях и не является дорогостоящим исследованием.

Библиографический список:

1. Каприн А.Д. Злокачественные образования в России в 2014г. (заболеваемость и смертность) /А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова М., 2016. – 244 с.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ТАРХАНСКАЯ–3» В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Архипов Е.В.[1], Шулаев А.В.[1], Кнни Ю.А.[1], Радченко О.Р.[1], Бердников Т.Г.[2]

[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

[2]ООО «Волжские воды-К», г. Казань

Болезни мочеполовой системы (*далее МПС*) являются одними из наиболее распространенных заболеваний в урологической практике.

Зарубежные исследователи называют нефролитиаз «молчаливым убийцей», т.к. эта болезнь почек является восьмой ведущей причиной смерти в США [4; 5]. Несмотря на достижения фарминдустрии, проблема эффективного лечения воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей до конца не решена [1]. Ведется поиск универсальных средств решения данной проблемы, при этом, отмечается, что важную роль в профилактике рецидивов нефролитиаза играет терапия с применением бальнеологических лечебных факторов – минеральной воды [3]. Природная минеральная вода «Тарханская–3», добываемая на территории Республики Татарстан, в соответствии с ТР ЕАЭС 044/2017 и ГОСТ Р 54316-2020, относится к XXXIII группе сульфатно-гидрокарбонатных магниево-кальциевых вод, с высоким содержанием органических веществ и рекомендована для использования в лечебно-питьевых целях согласно установленным медицинским показаниям, в том числе для лечения заболеваний МПС [1].

Цель исследования: изучение эффективности применения минеральной воды «Тарханская–3» в профилактике обострений мочекаменной болезни у пациентов трудоспособного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГАУЗ «Городская поликлиника №18» г. Казани с сентября по декабрь 2019 года. Всего, в исследовании приняло участие 33 пациента (основная группа: 18 мужчин и 4 женщины; контрольная группа: 10 мужчин и 1 женщина). Средний возраст пациентов основной группы составил 46,78 ± 15,91 года; контрольной – 42,25 ± 10,9 года и не имел статистически достоверной разницы ($t=0,02$; $p>0,05$). Пациенты основной группы принимали минеральную воду в домашних условиях из расчёта по 4 мл/кг дегазированную, температура 18-40°С не менее 6 раз в день: три обычных приема до (во) время еды и 3 раза - через 2½ - 3 ч. после еды в течении 32 дней.

Результаты и обсуждение. Прием минеральной воды «Тарханская–3» с профилактической целью положительно влияет на течение заболевания, не оказывая какого-либо значимого влияния на функциональное состояние почек (величина СКФ, p>0,05); на стабилизацию мочи и, соответственно, на кристаллурию (что обусловлено присутствием магния в минеральной воде). Не выявлено значимого влияния на электролитный обмен (калий сыворотки крови, p>0,05) и концентрационную функцию почек (p>0,05), что свидетельствует об отсутствии вовлечения тубулоинтерстиция в патологический процесс. Мы считаем, что низкие значения относительной плотности в начале (1014,8±3,23) и конце (1013±2,75) исследования являются следствием повышенного водно-питьевого режима, рекомендуемого при мочекаменной болезни.

Библиографический список:

1. Джиоев И.Г. Влияние минеральной воды «ТИБ-2» на течение мочекаменной болезни и вторичного пиелонефрита у больных // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 8-2. – С. 243-247.
2. Курочкин, В.Ю. Минеральные воды Тарханского месторождения с. Большие Тарханы Тетюшского муниципального района Республики Татарстан / Курочкин В.Ю., Федоров А.А., Хорошавина Е.И., Бердников Т.Г., Ибрагимов Р.Л. // Курортная медицина. – 2019. - № 4. –С. 10-17
3. Неймарк А.И., Салдан И.П., Давыдов А.В. Использование минеральных вод в реабилитационной терапии больных мочекаменной болезнью // Урологические ведомости. – 2018. – Т. 8. – № 2. – С. 18–23. doi: 10.17816/uroved8218-23
4. Murabito, S. Complications of Kidney Disease / S. Murabito, B.F. Hallmark // Nursing Clinics of North America. – 2018. – Vol. 53, № 4. - P. 579-588
5. Stevens S. Obstructive Kidney Disease // Nursing Clinics of North America. – 2018. – Vol. 53, № 4. - P. 569-578

ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ МОЩНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗЫ ОТ РАССТОЯНИЯ ВО ВРЕМЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Багавиев А.А.[1,2], Фархутдинова Ю.В.[1], Шарафутдинова А.Л.[2], Шарафутдинов Б.М.[3,4], Рыжкин С.А.[1,3]

[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

[2]ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан»

[3]КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

[4]Медико-санитарная часть ФГАОУ ВО Казанский федеральный университет

Источники ионизирующего излучения нашли широкое применение в медицине с диагностической и лечебной целью. При этом уровень облучения населения приближается, а часто и превышает уровень облучения от естественного радиационного фона: среднегодовая индивидуальная эффективная доза за счет медицинского облучения – от 0,5 до 1,5 мЗв в год (по данным МКРЗ).

Актуальной остается проблема воздействия источников ионизирующего излучения на персоналы группы «А» и «Б». Дозы облучения могут быть от 3 до 30 мЗв/год, что сопоставимо с предельно допустимыми дозами.

На сегодняшний день система обеспечения радиационной безопасности при проведении медицинских рентгеновских исследований основывается на трех основополагающих принципах:

- нормирование - не превышение допустимых пределов индивидуальных доз облучения граждан от всех источников излучения;

- обоснование - запрещение всех видов деятельности по использованию источников излучения, при которых полученная для человека и общества польза не превышает риск возможного вреда, причиненного дополнительным облучением;

- оптимизация - количественные методы оценки различных вариантов защиты, выявления отличий между ними и выбора наилучшего варианта.

Внедрение в медицинскую практику цифровых рентгеновских аппаратов и оптимизация медицинских рентгенологичеких процедур позволяют значительно снижать дозовую нагрузку на персоналы группы «А» и «Б».

Цель: сравнительная характеристика результатов дозиметрического контроля мощности эквивалентной дозы во время рентгенографических процедур.

Статистической обработке подверглись результаты дозиметрического контроля на местах работы травматолога. Оценивалось мощность эквивалентной дозы на разных расстояниях травматолога от рентгеновской трубки. Был проведен дозиметрический контроль 15 операций по остеосинтезу, в которых проводилась контрольная рентгенография нижних конечностей. Дозиметрический контроль проводился на расстоянии 50 см от рентгеновской трубки и на расстоянии 150 см.

Дозиметрический контроль проводился поверенными приборами и в соответствии с МУ 2.6.1.1982-05 «Проведение радиационного контроля в рентгеновских кабинетах».

В результате исследования были определены средние значения мощности эквивалентной дозы во время рентгенографических процедур.

На расстоянии 50 см от рентгеновской трубки - 3,55 мкЗв/ч.

На расстоянии 150 см – 2,1 мкЗв/ч.

Сравнение полученных данных показало, что увеличение расстояния между рентгеновской трубкой и хирургом позволяет снизить мощность эквивалентной дозы. То есть, при увеличении расстояния потенциальный вред для активно пролиферирующих тканей и для организма в целом

существенно снижается. Таким образом, одним из способов снижения дозовой нагрузки на персонал является защита расстоянием. Ведь один из старейших принципов медицинской этики – «Primum non nocere» («Не навреди»).

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЭЗ «АЛАБУГА» НА СОСТОЯНИЕ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ В ЕЛАБУЖСКОМ РАЙОНЕ

Байрамшина А.Д., Гибадуллина З.Н., Абушинова И.А., Филиппова С.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 80-х гг. XX в. определили ориентировочное соотношение различных факторов обеспечения здоровья современного человека, выделив в качестве основных четыре группы таких факторов. На основе этого в 1994 году Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения в Федеральных концепциях "Охрана здоровья населения" и "К здоровой России" определила это соотношение применительно к нашей стране следующим образом: генетические факторы - 15-20%; состояние окружающей среды - 20-25%; медицинское обеспечение - 10-15%; условия и образ жизни людей - 50-55%.

В 2005 году с целью организации благоприятных условий для развития бизнеса правительством России было принято решение создать на территории страны особые экономические зоны (ОЭЗ). Одной из первых (в 2006 году) такая зона появилась в Татарстане на территории Елабужского муниципального района – ОЭЗ «Алабуга».

На октябрь 2017 года в «Алабуге» были зарегистрированы 57 компаний-резидентов, 32 завода были введены в эксплуатацию, 5- находились на стадии стройки, 19 - на стадии проекта.

Как развитая промышленная территория ОЭЗ не может не влиять на состояние среды обитания и, как следствие, на здоровье населения.

Цель работы: изучить влияние роста промышленности на территории ОЭЗ «Алабуга» на состояние среды обитания в Елабужском муниципальном районе.

Были изучены результаты исследований проб атмосферного воздуха, почвы и питьевой воды за 2012-2019 гг., выполненные в Елабужском филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РТ» (далее - ФФБУЗ).

За 8 лет было исследовано 7367 проб атмосферного воздуха, из них неудовлетворительные – 69, что составляет 0,94%. Анализ исследований в динамике показал, что значительная часть неудовлетворительных проб была в 2013 году, далее их количество неуклонно снижалось (в 2019 году - 0%).

Наибольшее число неудовлетворительных результатов исследований воды также было больше всего зарегистрировано в 2013 году, меньше всего – в 2017 году. Доля неудовлетворительных проб воды от общего числа взятых проб составила 32%. Однако в 2018-2019 гг. наблюдается незначительный рост их количества.

Анализ результатов исследований почвы показал, что за 8 лет не было ни одного неудовлетворительного результата. Можно предположить, что это связано с тем, что в лаборатории ФФБУЗ проводится очень небольшое количество исследований (нитраты, хлориды, сульфаты и pH).

Скачок числа неудовлетворительных проб в 2013 году можно связать с совершенствованием оборудования в лаборатории, освоением новых методик, а также расширением области аккредитации. А дальнейшее снижение может быть связано как с использованием предприятиями высокотехнологичного оборудования, так и следствием работы контролирующих органов.

Развитие ОЭЗ «Алабуга» повысило занятость населения, привлекло иностранные инвестиции, способствовало восстановлению промышленного производства и, как следствие, оказало огромное влияние

на социально-экономическое развитие региона. Однако, при всем этом, происходит загрязнение среды обитания за счет промышленных выбросов. Вместе с тем, в динамике наблюдается снижение количества неудовлетворительных результатов, что говорит об проводившейся работе органов Роспотребнадзора и ФФБУЗ. Вместе с тем, вопрос регистрации неудовлетворительных результатов требует дальнейшего детального изучения с определением источника загрязнения, химических веществ – загрязнителей и их влияния на здоровье населения района.

ХИМИЧЕСКОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Балабанова Л.А.[1], Имамов А.А.[1], Радченко О.Р.[1], Камаев С.К.[2]

[1]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

[2]*ЧОУ ВО Институт социальных и гуманитарных знаний*

Решение задачи по предупреждению вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения основывается на проведении гигиенических исследований, установлении причинно-следственных связей между возникновением неинфекционных заболеваний и средой обитания человека. При этом главным инструментом является оценка риска здоровью [1-3].

Цель: определить приоритетные загрязнители и оценить риск для здоровья населения от химического загрязнения питьевой воды.

С помощью эпидемиологического, гигиенического и статистического методов исследования проведен анализ химического загрязнения питьевой воды в 45 районах Республики Татарстан, методом оценки риска рассчитаны индексы опасности, оценивался неканцерогенный риск при хроническом воздействии химических веществ для здоровья населения. На этапе идентификации опасности для всех химических веществ, представляющих потенциальную опасность,

рассчитан индекс опасности, установлены критические органы и системы, подверженные воздействию.

Все приоритетные вещества-загрязнители были распределены на 5 групп - влияющие на: пищеварительный тракт; сердечно-сосудистую систему; почки; гормональную систему; репродуктивную систему.

При оценке экспозиции были определены: источник загрязнения, маршрут воздействия, продолжительность и частота экспозиции, численность экспонируемой популяции. На этапе характеристики риска проводилась суммация неканцерогенных рисков.

По 15 химическим веществам было выявлено превышение референтных концентраций. Основными системами организма, наиболее подверженными воздействиям, определены: кроветворная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, центральная нервная, репродуктивная. С учетом оценки экспозиции установлено 5 районов со средним риском появления хронических неинфекционных заболеваний у населения. В 10 районах риск оценивается, как низкий, в 30 – минимальный. Определены группы населения, подверженные риску заболеваний от воздействия химических веществ, содержащихся в питьевой воде. В районах со средним риском воздействия водного химического фактора группу риска составляют 69728 детей, 16070 подростков, 360832 взрослых.

Выводы. Результаты расчетов индексов опасности дают представление о суммарном неканцерогенном риске в разрезе районов с учетом путей поступления и комбинации веществ, и будут учитываться при принятии решений по проведению профилактических мероприятий в группах риска.

Библиографический список:

1. Балабанова Л.А. Камаев С.К., Мешков А.В. [и др.] Риск возникновения репродуктивных нарушений у мужчин в условиях высокой техногенной нагрузки. -Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2. С. 78.

2. Турбинский В.В., Маслюк А.И. Риск для здоровья населения химического состава питьевой воды - Гигиена и санитария. 2011. № 2. С.23–27.
3. Gabidullina M.R., Sitdikova I.D., Mingazova E.N. et al. The hazard index as a prognostic vector of the health status of the population. - Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences. 2018. Т. 5. № 10. С. 10368-10372.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН

Балабанова Л.А.[1], Имамов А.А.[1], Радченко О.Р.[1], Камаев С.К.[2]
[1]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*
[2]*ЧОУ ВО Институт социальных и гуманитарных знаний*

Борьба с вредными привычками и формирование здорового образа жизни являются одними из основных эффективных и доступных способов сохранения и укрепления индивидуального здоровья и здоровья населения. Курение оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье. В литературе приводятся данные, что у страдающих табакокурением мужчин выявляются такие нарушения в репродуктивной системе, как низкая концентрация спермиев в эякуляте, недостаточная подвижность и оплодотворяющая способность сперматозоидов, снижение синтеза тестостерона в клетках Лейдига семенников [1-5].

Цель: изучить влияние бытовых факторов на формирование рисков нарушений репродуктивного здоровья мужчин (на примере курения).

В исследовании использованы социологический, биохимический, эпидемиологический, гигиенический и статистический методы. Изучено состояние здоровья 462 мужчин-работников машиностроения. На первоначальном этапе проводилось анкетирование по специально разработанной анкете. С помощью иммуноферментного анализа определялись уровни тестостерона, лютропина, фоллитропина.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением параметрических и непараметрических методов.

По итогам анкетирования установлено, что 66,3% респондентов страдают табачной зависимостью. Среди курящих мужчин отклонения от возрастной нормы уровней гормонов в крови выявлены у 27,3%, что почти на 10% больше, чем у некурящих – 17,6%. Интересен тот факт, что у 6,1% курящих отмечены нарушения по 2 гормонам, а у 3,2% - по всем трем гормонам. У некурящих отклонения по 2 и 3 гормонам не обнаружены.

Выводы. У курящих мужчин нарушения гормонального статуса выявляются почти в 1,5 раза чаще, чем у некурящих. Достоверное изменение уровней гормонов у курящих, позволяет отнести курение к факторам риска возникновения нарушения репродуктивного здоровья мужчин. Среди курящих необходимо проведение разъяснительной работы с акцентом на формирование здоровьесохраняющего поведения, повышение уровня гигиенической грамотности.

Библиографический список:

1. Радченко О.Р., Уразманов А.Р. Роль социальных и гигиенических факторов в формировании нарушений репродуктивной функции у мужчин. Современные проблемы науки и образования. 2011; 6: 11-12.
2. Балабанова Л.А., Имамов А.А., Камаев С.К. О роли условий труда в возникновении нарушений репродуктивного здоровья у работников машиностроения. Медицина труда и промышленная экология. 2019; 59 (9): 556-557.
3. Балабанова Л.А., Имамов А.А., Камаев С.К. Прогноз нарушений репродуктивного здоровья у работников промышленных предприятий. Медицина труда и промышленная экология. 2019; 59 (9): 557-558.
4. Балабанова Л.А., Имамов А.А., Замалиева М.А., Камаев С.К., Ситдикова И.Д. Риск возникновения неинфекционных заболеваний

репродуктивной системы у работников машиностроения. Профилактическая медицина. 2016; 19 (2): 8.
5. Балабанова Л.А., Имамов А.А., Замалиева М.А., Камаев С.К. Факторы риска возникновения неинфекционных заболеваний у работников машиностроения. Профилактическая медицина. 2016; 19 (2): 8-9.

ТРЕНДЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Берхеева З.М., Сабитова М.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Ведущими вредными и опасными производственными факторами в Республике Татарстан (РТ) являются физические (шум, вибрация, неионизирующее излучение), аэрозоли преимущественно фиброгенного действия (АПФД) и химические факторы [1].

Целью исследования явилось изучение особенностей ПЗ в РТ.

Материалы и методики**.** Проведен анализ ПЗ на основе данных Республиканского центра профпатологии и Управления Роспотребнадзора по РТ за 2010-2019гг.

Результаты и их обсуждение. ПЗ в РТ на протяжении последних 10 лет сохраняется в пределах 1,39-1,88 случаев на 10000 работающих, в 2019 г. составил 1,49 случаев на 10000 работающих. Пик уровня профессиональной заболеваемости регистрировался в РТ в 2017 г. (1,88 случаев на 10000 работающих). Уровень ПЗ в РТ в 2019 году составил 1,49 на 10 тысяч работников, что на 0,16 меньше уровня среднего многолетнего показателя - 1,65. Наиболее высокие уровни ПЗ регистрируется среди работников обрабатывающих производств – от 3,46 в 2012г. до 7,41 на 10000 работников в 2018г. и сельского хозяйства – от 5.22 в 2016г. до 10,12 в 2018г.

Наиболее значительные показатели ПЗ отмечаются у работников заводов ПАО «КАМАЗ» (г. Набережные Челны), на ОАО "Казанское моторостроительное производственное объединение» (КМПО), ПАО "Казанский вертолетный завод» (КВЗ), КАЗ им. С.П.Горбунова - филиал ОАО "Туполев" (г. Казань), ООО «Алнас» (г. Альметьевск), ОАО «Зеленодольский завод имени А.М. Горького».

За последние 4 года отмечается повышение утраты профессиональной трудоспособности при первичной связи заболевания с профессией: с 7,5% в 2013г. до 44,37% в 2019г. За наблюдаемый период удельный вес лиц, которым установлено одновременно 2 и более диагноза в РТ составлял от 22,3 до 28,4%.

В структуре хронических ПЗ в РТ более половины принадлежит профессиональным болезням от воздействия физических факторов (от 51,3% в 2012г. до 60,7% в 2010г.), второе место занимает патология органов дыхания, связанная с воздействием промышленных аэрозолей (от 16,8% в 2019г. до 32,3% в 2010г.), далее следуют заболевания от физического и функционального перенапряжения (от 5,7% в 2010г. до 21,3% в 2015г.). Заболевания от воздействия химических веществ составляли от 4,1% в 2011г. до 10,7% в 2018г., болезни, связанные с воздействием биологических факторов – от 1,2% в 2017г. до 6,8% в 2012г.

Заключение. Профессиональную заболеваемость в республике на протяжении ряда лет формируют пять крупных промышленных предприятий: заводы ПАО «КАМАЗ», КАЗ им. С.П.Горбунова - филиал ОАО «Туполев», ОАО «КМПО», ПАО «КВЗ» и ОАО «Зеленодольский завод им. Горького». Структура профессиональных заболеваний сохраняется неизменной.

Рост заболеваний с утратой трудоспособности по профессии прежде всего связан с несвоевременным направлением больных с начальными признаками профессиональных заболеваний в центр профпатологии и

отсутствие полной информации в медицинских документах, необходимых для связи заболевания с профессией.

Библиографический список:

1. Осипов С.А. Общие закономерности формирования профессиональных заболеваний в Республике Татарстан /С.А. Осипов, М.В. Трофимова, И.Ю. Малышева. З.М. Берхеева, А.М. Гиниятова // Общественное здоровье и здравоохранение. 2017, №2. - С. 17-20.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ

Валиев Р.И., Радченко О.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Наблюдающийся в последние годы рост показателей профессиональной заболеваемости медицинских работников [1, 2], обусловил актуальность проведенной работы, целью которой являлось – изучение влияния факторов трудового процесса на состояние здоровья и психо-физиологические показатели врачей хирургического профиля.

Материал и методы исследования. Исследование, включавшее оценку тяжести труда, анкетирование и изучение функционального состояния, проводилось на базе двух многопрофильных стационаров г. Казани. Всего в обследовании прияло участие 18 врачей-хирургов абдоминального отделения, средний возраст обследуемых составил 48,5±8,2 со стажем работы в отделении 18,6±6,4 лет.

Результаты и обсуждение. Результаты анкетирования врачей-хирургов показали, что вынужденная поза с наклонами туловища под углом более 30° сохраняется в течение 25,8±5,2% от времени проведения операции, при этом 8 врачей-хирургов предъявляют жалобы на боль в различных отделах позвоночника. Данные собственных замеров тяжести трудового процесса

показали, что физическая динамическая нагрузка; масса поднимаемого и перемещаемого груза вручную и стереотипные рабочие движения относятся к оптимальному классу условий труда, статическая нагрузка; рабочая поза; количество вынужденных наклонов корпуса (более 30°), за рабочую смену и перемещения в пространстве относится ко 2 (допустимому) классу. При замерах антропометрических показателей и определении коэффициента состояния осанки ($К_{со}$) лишь у двух врачей были отмечены признаки сутулости ($К_{со}$=94,3±3,2). При расчете показателей работоспособности (проба Руфье), 4 человека были отнесены в группу с высоким уровнем работоспособности ($П_{руф}$=2,8±0,4); 9 врачей-хирургов – в группу с хорошим уровнем работоспособности ($П_{руф}$=5,2±0,62) и 3 человека – с посредственным уровнем работоспособности ($П_{руф}$=8,07±0,58). Определение биологического возраста (по методике В.П. Войтенко) показало, что у 12 врачей биологический возраст превышает календарный на 15 лет, у 4 на 10 лет и у 2 на 5 лет. Величина адаптационного потенциала, рассчитанная по методике Р.М. Баевского свидетельствует о наличии напряжения адаптационных механизмов (4 человека АП=2,65±0,11; 14 врачей хирургов АП=3,2±0,16вошли в группу «неудовлетворительная адаптация»). При определении эмоционального выгорания (по опроснику по К. Маслач и С. Джексон, адаптированного Н.Е. Водопьяновой) было отмечено, что распространённость синдрома эмоционального выгорания у прошедших анкетирование врачей-хирургов высокая (14 из 18 человек), при этом степень выраженности увеличивается в прямой зависимости от стажа работы. Исходя из проведенного исследования можно сделать заключение о наличии выраженных сдвигов в состоянии здоровья врачей-хирургов и необходимости проведения дополнительных исследований.

Библиографический список:

1. Андреева, И.Л. Оценка показателей здоровья и условий труда медицинских работников / И.Л. Андреева, А.Н. Гуров, Н.А. Катунцева // Менеджер здравоохранения. – 2013. - № 8. – С. 51-55

2. Сашин, А.В. Заболеваемость врачей различного профиля по результатам дополнительной диспансеризации / А.В. Сашин, Я.В. Толь // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2010. - Том 18, № 2. – С. 72-78

РОЛЬ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО ПОЛЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

Галлямова Р.Р., Абдурахманова Н.С., Лопушов Д.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Использование социальных сетей для многих стало частью повседневной жизни. Расширенное общение, свободное самовыражение, информирование обо всех тенденциях и новостях, а также маркетинговое продвижение - это лишь некоторые из причин, по которым большинство людей используют социальные сети. По данным исследования IDC, 85% людей проверяют свои смартфоны в течение 15 мин после пробуждения [1]. И чаще всего при этом они обращаются к соцсетям.

На начало 2020 года по всему миру более 4,5 миллиарда людей пользуются интернетом, а аудитория социальных сетей перевалила за отметку в 3,8 миллиарда. Почти 60% мирового населения онлайн, и есть все основания полагать, что к скорому времени половина всех людей на планете будут пользоваться соцсетями. Наиболее популярен Facebook, на октябрь 2020 года он насчитывает около 2,701 млрд пользователей [2]. В России среди всех интернет-пользователей, согласно опросу Фонда

общественного мнения 2018 г. [3], наиболее популярными сетями являлись Вконтакте (41%), Одноклассники (33%) и Instagram (21%).

Поставщики медицинских услуг, включая врачей также зарегистрированы на платформах социальных сетей. Помимо Facebook, среди врачей пользуются популярностью Instagram, Twitter, LinkedIn (в России заблокирован решением Роскомнадзора). Использование медицинского аккаунта в профессиональных целях может быть связано с собственной мотивацией врача учиться, общаться и/или продвигать себя как бренд. Многие лечебно-профилактические учреждения, организации сферы здравоохранения, профессиональные сообщества используют аккаунты в соцсетях для маркетинговых активностей, анонсирования мероприятий и образовательных целей.

Социальные сети для врачей — это прекрасная площадка для обучения, общения с пациентами, проведения онлайн-исследований, а также для распространения информации о профилактике заболеваний. Социальные сети имеют специальные хештеги, позволяющие быстро найти публикации в соцсетях. Хэштег #врачисоветуют в сети Instagram был использован в 531 постах, #врачи - в 488624, а хештег #ковид19 указан в 114377 публикациях. Наличие таких хештегов позволяет быстро находить информацию по определенной тематике, объединить одной темой большое количество специалистов разных областей и популяризировать направление.

В соцсетях возможно создание врачами удобных образовательных площадок - блогов экспертов, которые могут использовать пациенты в качестве информационных ресурсов. Это позволило бы в том числе вести просветительскую работу в большой массе населения, предоставляя научно доказанную информацию.

Для практикующих врачей существует множество рекомендаций по профессиональному использованию социальных сетей. Обсуждаются

такие стратегии, как выбор времени для публикаций и публикации контента, методы поддержания репутации в Интернете. Анализируются различные преимущества и недостатки использования соцсетей, в том числе способы привлечения подписчиков и устранение негативных комментариев и отзывов [4]. В России первичные медицинские дистанционные консультации в соответствии с ФЗ №242 от 29.07.17 [5] запрещены, а обсуждение вопросов диагностики и лечения с пациентом в публичном пространстве нарушает врачебную тайну.

Заключение. Социальные сети дают уникальные возможности быстрого широкого распространения и обмена информацией. Врачи также имеют возможность пользоваться данными ресурсами в целях просвещения населения, предоставляя научно доказанную информацию.

Библиографический список:

1. An IDC Research Report, Sponsored By Facebook. Always Connected. How Smartphones And Social Keep Us Engaged.
2. https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/
3. ООО «инФОМ» в рамках заказа Фонда «Общественное мнение» (проект ФОМ-ОМ). Пользование социальными сетями и мессенджерами (22 Ноября 2018). https://fom.ru/Obraz-zhizni/14137
4. Социальные сети и присутствие в Интернете для пациентов и профессионалов: развивающиеся тенденции и их значение для практики. Дужникова А.С.
5. Федеральный закон от 29.06.2017 №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ СВЯЗИ COVID-19 С ПРОФЕССИЕЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Гарипова Р.В.[1], Сафина К.Р.[2], Мифтахова Р.Ю.[1], Гадиев Р.Ф.[1]

[1]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

[2]*Республиканский центр профессиональной патологии МЗ РТ*

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) является острым респираторным заболеванием, вызванным новым коронавирусом (SARS-CoV-2). Вирус SARS-CoV-2 в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации отнесен ко II группе патогенности [1]. Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г. № 66 новая коронавирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2, включена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Коронавирусная инфекция у медицинских работников (МР) является внутрибольничныой инфекцией, если возникла при выполнении медработниками их профессиональных обязанностей. Руководитель Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (Роструд) обратился с официальным письмом к председателю Фонда социального страхования Российской Федерации (10.04.2020 № 550-Пр), в котором сообщается, что «…МР при исполнении должностных обязанностей заражаются коронавирусной инфекцией. Повреждение здоровья работников в результате воздействия вредных или опасных факторов, присутствующих на рабочем месте, может расцениваться как … профессиональное заболевание…». «…Случаи заражения медицинских работников коронавирусной инфекцией при исполнении ими трудовых обязанностей подлежат расследованию с оформлением акта о случае профессионального заболевания».

В Республике Татарстан на сегодняшний день COVID-19 связана с профессией 6 МР: 2 врача, 3 – средний медицинский персонал и 1 младшая медицинская сестра по уходу за больными.

Для проведения экспертизы связи COVID-19 у МР с профессией необходимы следующие документы: санитарно-гигиеническая характеристика (СГХ) условий труда работника, копия трудовой книжки или иных документов, подтверждающих трудовые отношения между работником и работодателем, выписка из медицинской документации гражданина, содержащая клинические данные состояния здоровья, сведения о результатах обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров [2]. Согласно инструкции «О порядке применения положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.2000 № 967» [3] в случае подтверждения связи инфекционного заболевания или паразитарного заболевания с условиями труда расследование данного случая проводится врачом-эпидемиологом или врачом-паразитологом территориального центра госсанэпиднадзора с заполнением утвержденной Карты эпидемиологического обследования и вкладного листа, а также составлением акта о случае профессионального заболевания. Основным документом, устанавливающим возможность заражения инфекционным или паразитарным заболеванием при выполнении профессиональных обязанностей, служит карта эпидемиологического обследования, которая является и приложением к акту о случае профессионального заболевания и хранится вместе с ним.

Следовательно, карта эпидемиологического обследования составляется только после установления связи COVID-19 с профессией. Действующие СП 3.1.3597-20 не регламентируют заполнения карты эпидобследования при COVID-19.

Таким образом, к перечню документов для установления связи COVID-19 с профессией у МР необходимо включить карту эпидемиологического обследования, которая должна заполняться не после установления связи заболевания с профессией, а параллельно с составлением СГХ условий труда.

Библиографический список:

1. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 января 2019 г. № 36н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 мая 2001 г. № 176 «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации».

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ И РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ

Гилязова Р.Х., Бикеева А.Р., Каримов Р.Р., Харисов Р.И., Никитина М.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Гигиеническое развитие и обучение граждан Российской Федерации определяются как одни из самых важных частей в системе санитарно-противоэпидемических, профилактических мероприятий, которые проводятся не только юридическими лицами, но и индивидуальными предпринимателями [1]. Федеральный закон «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения» устанавливает обязательные условия, распространяющие гигиеническое воспитание и обучение всего населения, с целью развития оздоровительной культуры

граждан, профилактики заболеваний и пропаганде знаний о ведении здорового образа жизни.

Ежегодно от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) погибают около 41 млн людей (71% от всех случаев смертностей в мире). Данный тип заболеваний вызван, в основном, из-за нерационального питания, дислипидемии, малоподвижного, нездорового образа жизни, высокого АД, злоупотребление алкоголем.

Для решения данного положения предлагается уделить особое внимание гигиеническому развитию и образованию должностных лиц, участвующих в данной деятельности, то есть гигиенической подготовке, от которой зависит здоровье и санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан страны [2].

Чтобы избежать массовых заболеваний и пищевых отравлений, следует обратиться к профессиональной гигиенической подготовке, сопровождающаяся проверкой знаний или аттестацией. В законодательство РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» входит это важнейшее профилактическое мероприятие [3]. Данная профессиональная подготовка выполняется по программе, утвержденной главным санитарным врачом РФ. Для профессий, которые связаны с пищевым производством, такие программы являются обязательными [4].

Для того, чтобы решить данную проблему и улучшить качество профессиональной подготовки необходима не только четкая программа обучения, но и организация самого процесса обучения.

В целях улучшения обучения предлагается разработать критерии оценки эффективности образования в области профессионального обучения, а также внедрить систему показателей, которая бы смогла объективно оценить качество обучения и внести предложения в

образовательную программу, организация контроля с целью проверки эффективности проводимого гигиенического обучения.

В заключении хотелось бы отметить, что качественная и безопасная пища для людей является главной задачей всей пищевой промышленности. Чтобы сделать данный процесс безопасным, необходимо уделить внимание каждому этапу. Поэтому очень важно иметь профессиональную гигиеническую подготовку всех работников, задействованных в данной отрасли. Это значительно улучшит первичную профилактику заболеваний граждан страны.

Библиографический список:

1. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» ст.11,23,29,36;

2.Учебное пособие для профессиональной гигиенической подготовки должностных лиц и работников. - М.: Изд-во «Бонфи», 2007.

3.Федеральный закон от 02 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»;

4.Приказ МЗ РФ от 29.06.2000 N 229 "О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций

5.Методические рекомендации. МР 3.1/2.3.6. 01 0 -20. Москва 2020.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ

Давлетова Н.Х.[1,2]

[1] *ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

[2]*ФГБОУ ВО «Поволжская ГАФКСиТ»*

Элементы физкультурно-спортивной среды оказывают значительное и всестороннее влияние на спортивную работоспособность, процесс восстановления после тренировочных нагрузок и показатели здоровья студентов-спортсменов. Это влияние может быть, как положительным, так

и отрицательным по отношению к здоровью спортсмена и определяется спецификой вида спорта, условиями и организацией учебно-тренировочного процесса. Интенсивная физическая нагрузка, качество и свойства спортивной экипировки, инвентаря, параметры микроклимата спортивных и тренажёрных залов, несоблюдение правил рационального питания и режима дня, отсутствие определенного питьевого режима могут негативно сказаться на состоянии здоровья студента-спортсмена [1]. Поэтому важно, помимо достижения определенных спортивных результатов, уделять внимание здоровьесберегающему сопровождению учебного и тренировочного процесса [2].

Цель исследования – оценка факторов риска здоровью студентов-спортсменов, как составляющей части организации системы здоровьесберегающего сопровождения учебного и тренировочного процесса в спортивном ВУЗе.

В ходе настоящего исследования все перечисленные тренерами и студентами-спортсменами факторы риска гигиенического характера, с которыми они сталкиваются в своей профессиональной деятельности, были разделены на следующие три группы: факторы риска, связанные с микроклиматическими и иными условиями в тренировочных и соревновательных залах/спортивных сооружениях; факторы риска, связанные с соблюдением требований личной гигиены, режима питания и питьевого режима спортсменами; факторы риска, связанные со спортивной экипировкой и спортивным инвентарем.

Гигиенические факторы риска, связанные с микроклиматическими и иными условиями в спортивных залах/сооружениях, чаще всего наблюдаются в циклических видах спорта (74,2±7,73%), спортивных играх (64,2±5,39%), сложно-координационных видах спорта (59,4±6,68%). С гигиеническими факторами риска, связанными с соблюдением требований личной гигиены, режима питания, и питьевого режима чаще всего

сталкиваются в рекреационных видах спорта (45,9±9,09%), сложно-координационных видах спорта (19,2±5,35%) и единоборствах (18,4±5,42%). Факторы риска, связанные со спортивной экипировкой и инвентарем, больше свойственны рекреационным видам спорта (41,7±9,00%), единоборствам (32,4±6,55%) и сложно-координационным видам спорта (27,9±8,63%).

Таким образом, факторы риска, с которыми сталкиваются тренеры и спортсмены, имеют свою специфику в зависимости от вида спорта. На выявлении, оценивании и разработке мер по снижению негативно действующих и повышению эффектов от положительно действующих факторов физкультурно-спортивной среды, должно строиться здоровьесберегающее сопровождение учебного и тренировочного процессов.

Библиографический список:

1. Агарков Н.М., Акинина Н.В. Реализация здоровьесберегающих технологий в вузах // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. XVIII. № 1. – С.176-178.

2. Кириченко В.В. Оптимизация здоровьесберегающего сопровождения учебно-тренировочного процесса в детско-юношеской спортивной школе // Вестник КемГУ. – 2013.– № 3 (55). – С.75-79.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФПАТОЛОГИИ

Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Донбасс, в частности, ДНР – регион с огромной сетью рассредоточенных по всей территории республики промышленных предприятий. Основная категория населения промышленного Донбасса –

рабочие этих предприятий, которые подвергаются внешнему воздействию выбросов этих предприятий, вредным условиям труда, как мощнейшим факторам риска, снижающим защитные силы организма и формирующим тяжелые заболевания, в т.ч. и профессиональные.

Целью нашей работы является оценка ведущей роли мер первичной и вторичной профилактики - мер по недопущению развития профпатологии.

Материалы. Были изучены, обобщены и оценены данные архивных документов по настоящей проблеме Донецкого областного отдела здравоохранения структуры советского периода времени, а так же источники литературы и интернета с 2014г. по 2019г.

Результаты. Основная патология рабочих ведущих видов производств - острые заболевания органов дыхания, которые одинаково распространены во всех возрастных группах работающих. К 40 годам частота этих заболеваний возрастает более, чем в 4,5 раза, что связано с возрастом, стажем работы, ослаблением биологической надежности [1], снижением адаптации и компенсации. Развиваясь «патологическая адаптация» выражается в хронизации не только болезней органов дыхания, но и сердечно-сосудистых заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта, вибрационной болезни и т.д.[2,3]. Необходим возврат к специализированной медицинской помощи рабочим с их основным врачом «цеховым терапевтом» - специалистом профессионально грамотным в вопросах связи условий труда и здоровья, знающим индивидуальные особенности каждого работающего, его уровень биологической надежности, «здоровой адаптации» к условиям труда. Так может быть реализована первичная профилактика, направленная на выявление факторов риска еще в состоянии незначительных отклонений в здоровье рабочих, отклонений функционального характера и только цеховый терапевт [2], имея специфические знания, может осуществить

жесткий, грамотный отбор в профессии, осуществлять предварительный и плановый медицинский осмотр [4].

В условиях республики, несмотря на проводимые мероприятия по улучшению санитарно-гигиенических условий производства, факторы риска продолжают иметь место в формировании заболеваний, связанных с производством. Отсутствие МСЧ и медицинской помощи организованной по принципу «цеховой участковости» в условиях промышленных предприятий не позволяет оказывать рабочим «преимущественное» обслуживание, своевременно реализовывать все элементы диспансеризации.

Библиографический список:

1. Агарков В.И. Общественное здоровье и концептуальные направления развития здравоохранения ДНР. /(Агарков В.И., Грищенко С.В., Костенко В.С., Агарков А.В., Бугашева Н.В.). -Донецк: Донбасс, 2017. -129с.

2.Шахгельдянц А.Е. Лечебно-профилактическая помощь рабочим предприятий./- Москва: Медицина.- 1978. – 165с.

3.Кондатенко Г.П., Гриценко Л.З., Мишин В.В., Иваницкая С.И. Профилактика затяжного течения острой пневмонии у шахтеров глубоких угольных шахт Донбасса / Кондатенко Г.П., Гриценко Л.З., Мишин В.В., Иваницкая С.И. // Актуальные вопросы гигиены Донбасса: сб. статей. – Донецк,1990. – с.59-60.

4.Вольдовская Р.Н. Предварительные и периодические медицинские осмотры рабочих / Вольдовская Р.Н.//- Л.: Медицина. – 1974.- 175с.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЕРИАТРИЧЕСКИИМИ СИНДРОМАМИ

Жабоева С.Л., Радченко О.Р., Шулаев А.В., Уразманов А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Наличие коморбидной патологии у пожилых пациентов является одной из актуальных проблемой современной медицины [1].

Целью настоящего исследования являлось изучение частоты появления коморбидных заболеваний, ассоциированных с гериатрическими синдромами в популяции пациентов старше трудоспособного возраста.

Материал и методы исследования. Исследование распространенности и взаимосвязи основных неинфекционных и возраст-ассоциированных заболеваний проводилось на базе медицинских организаций г. Казани (выборочное изучение амбулаторных 1349 амбулаторных карт пациентов старше трудоспособного возраста 404 мужчин и 945 женщин, средний возраст составил 69,84 ±3,22 года).

Результаты и обсуждение. Проведенный многофакторный корреляционный анализ связи гериатрических синдромов и заболеваний, которые определили его развитие и явились «индикатором» проявления синдрома показал, что когнитивный дефицит был наиболее часто ассоциирован с наличием артериальной гипертензии (r_{xy}=0,85), сахарного диабета (r_{xy}=0,81), атеросклероза (r_{xy}=0,79) и гипотиреоза (r_{xy}=0,72). При этом артериальная гипертензия, сахарный диабет и атеросклероз имели непосредственную высокую корреляционную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни (r_{xy}=0,83, r_{xy}=0,82 и r_{xy}=0,80 соответственно). Саркопения была достоверно ассоциирована с наличием возрастной дистрофии мышечной ткани, остеоартрозом, хронической сердечной недостаточностью. При этом хроническая

сердечная недостаточность имела непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни. Синдром гипомобильности был наиболее часто ассоциирован с наличием остеоартроза, гипотиреоза, хронической сердечной недостаточности, хронической венозной недостаточности. Синдром мальнутриции был достоверно ассоциирован с наличием хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и онкологической патологией. Онкологическая патология имела непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни. Синдром снижения зрения был достоверно ассоциирован с возрастной макулярной дегенерацией, глаукомой, катарактой, сахарным диабетом. Сахарный диабет имел непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни. Проведённый нами анализ полученных данных показал, что наиболее часто встречающимся достоверными сочетаниями гериатрических синдромов являются следующие комбинации: «когнитивный дефицит – гипомобильность», «гипомобильность – саркопения», «снижение зрения – гипомобильность», «когнитивный дефицит – снижение зрения», «когнитивный дефицит – мальнутриция», «когнитивный дефицит–саркопения», «саркопения – мальнутриция». Проведенный анализ дает основание рекомендовать начинать профилактические мероприятий не в пожилом, а в среднем возрасте.

Библиографический список:

1. Шарашкина, Н.В. Падения и другие гериатрические синдромы у пожилых людей с коморбидной патологией / Н.В. Шарашкина, Н.К. Рунихина, Ю.С. Литвина, Л.И. Меркушева, А.В. Лузина, Д.С. Карпенков, О.Н. Ткачева / Клиническая геронтология – 2020. - №1-2. – С. 9-14 http://doi.org/10.26347/1607-2499202001-02009-014

К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Зорина И.Г.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Проблема состояния психического здоровья обучающихся приобретает в последние годы исключительно важное значение и, в первую очередь в связи с крайне негативными тенденциями в развитии различных форм психической дезадаптации [1,2]. Результаты научных исследований свидетельствуют о выраженном росте распространенности заболеваний нервной системы, происходящих в период получения школьниками систематического образования [3].

Исследования состояния нервно-психического здоровья проводилось у 5 502 учащихся школ г.Челябинска. Для изучения нервно-психического статуса школьников использовались психологические тесты: депрессии, нервно-психического напряжения, стрессоустойчивости, тревожности (Спилбергер Ч.Д. – Ханин Ю.Л., Кондаш О.), поведенческих нарушений, включающих основные невротические проявления: астению, эмоциональные (тест Люшера, опросник САН), вегетативные проявления и особенности акцентуации характера.

Заболеваемость по обращаемости школьников в образовательных организациях характеризовалась интенсивным ростом и нарастанием психических расстройств - в 6,6 раз с 10,5‰ до 69,6‰, в 1,2 раза болезней нервной системы с 81,9‰ до 99,5‰ в динамике 5 лет (2014-2018г.г.). Для установления корреляционной взаимосвязи психофизиологических характеристик с донозологическими проявлениями нервно-психических расстройств, проведен анализ результатов оценки психофизиологического статуса школьников, имеющих психоневрологические диагнозы (1-я группа, n=520) и у практически

здоровых школьников (2-я группа, n=1092). Наличие психоневрологического диагноза коррелирует у обучающихся с высокой тревожностью (R=0,87), низкой умственной работоспособностью (R=0,88) и мотивацией (R=0,83). При дальнейшем исследовании группу школьников (с психоневрологическими диагнозами) разделили на две подгруппы: расстройства личности и расстройства невротического круга. Выявлено наличие у школьников с расстройством личности, высокой степени сопряженности с низкой мотивацией (R=0,86); высоким уровнем невротизации (R=0,83); низкой умственной работоспособностью (R=0,80); с акцентуацией характера по возбудимому типу (R=0,77).

На основании результатов исследования в критерии донозологической диагностики психоневрологических заболеваний у школьников считаем целесообразным относить проявления: высокой степени тревожности и невротизации, низкой степени мотивации и умственной работоспособности, возбудимый тип акцентуации характера. Предложенный подход позволяет выделять в составе группы риска развития школьной дезадаптации подгруппы в зависимости от ведущих причин: педагогическую, психологическую, медицинскую.

Библиографический список:

1.Забозваева И.В. Особенности психогенных психических расстройств у детей проживающих в дисгармоничных семейных условиях/И.В. Забозваева, Е.В. Малинина, О.Е. Пилявская, В.В.Колмогорова, А.А. Петракова//Непрерывное медицинское образование и наука – 2018, т.13, №4, С. 23-25.

2. Кузнецова М.Н. К вопросу о тревожных расстройствах и деструктивном поведении у подростков/М.Н. Кузнецова//Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. - 2016. – т.4, №4 (15) – С.73-79.

3.Малинина Е.В. Психопрофилактика стрессовых расстройств в детском возрасте: учебное пособие/И.В. Забозваева, Е.В. Малинина, В.В.Колмогорова, Н.А.Луговых// - Челябинск 2015, С. 63.

НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Игнатанс Е.В., Садыкова М.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Наркологические болезни – одна из важнейших медико-социальных проблем во всем мире. У каждого появляются индивидуальные причины, по которым он встает на этот путь, но результат всегда один – зависимость, которая ведет к проблемам со здоровьем, социальным бедам.

Среди жителей Республики Татарстан структура заболеваний наркологическими расстройствами среди населения всех возрастных групп за 2018 год представлена следующим образом: хронический алкоголизм – 30,9%, алкогольные психозы – 12,6%, наркомания – 8,2%, прочие наркологические расстройства – 48,3% [3].

По данным государственной статистической отчетности по форме № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» и № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения» Министерства здравоохранения Республики Татарстан было выявлено, что в 2018 году уровень заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков составил 139,8 на 100 тыс. населения [3].

Цель исследования: Выявить причины, побуждающие детей и подростков на употребление вредных веществ, которые в дальнейшем вызывают устойчивую физическую и психологическую зависимость и дать характеристику основных направлений профилактики подросткового алкоголизма и подростковой наркомании.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы, влекущие несовершеннолетних на употребление вредных веществ.

2. Обосновать теоретико-методические основы профилактики наркологической зависимости в подростковой среде.

Объект исследования: подростки 13-17 лет.

Нами было проведено анонимное анкетирование 200 подростков разных школ г. Казани (2001 – 2005 г.р.). У 55% опрошенных курят родители. Из этого следует, что и дети в силу своего любопытства начинают пробовать курить с ранних лет. 3,8% опрошенных несовершеннолетних пробовали курить уже в 8 – 10 лет, 3,5% - в 11 – 13 лет, 17,7% - в 14 – 16 лет. Остальные 75% - не пробовали курить и вовсе.

Также, согласно анонимным опросам, проводимых в школах, мы узнали, что дети начинают пробовать алкоголь в возрасте 11-12 лет – 15,9%, 17,7% детей – в 13-14 лет, 18,6% детей – в возрасте 15-16 лет. И 47,8% несовершеннолетних не употребляли алкоголь вообще.

Так же мы выявили, что среди опрошенных 2,2% несовершеннолетних пробовали наркотические вещества.

По результатам исследований, основными причинами выступают такие факторы, как: любопытство, получение удовольствия, употребление с целью быть принятым в компании, снятие напряжения. Не последняя роль отводится наследственности, модели поведения родителей, конфликты в семье.

В профилактике специалисты выделяют несколько направлений: медицинское, социальное и др. Большинство из них ориентировано на «исправление» последствий зависимости. Педагогическую же профилактику можно рассматривать как вспомогательное звено, но именно она способна стать той самой «прививкой», которая защитит ребенка от наркологической болезни.

Библиографический список:

1. Максимова Н.Ф. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. Ростов-на-Дону, Феликс, 2010 - 377 с.
2. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан в 2019 году», 2019 – 356 с.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЬНЕОПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кнни Ю.А.[1], Радченко О.Р[1], Шулаев А.В.[1], Бердников Т.Г.[2]

[1]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

[2]ООО «Волжские воды-К», г. Казань

Изучению альтернативных немедикаментозных методов первичной и вторичной профилактики мочекаменной болезни посвящено много научных работ. На сегодняшний день, доказана роль минеральной воды в профилактике рецидивов нефролитиаза. При этом, наряду с оценкой клинико-лабораторных показателей, предлагается использовать оценку качества жизни больных [1].

Целью исследования являлось изучение и оценка качества жизни пациентов с мочекаменной болезнью, принимающих минеральную воду «Тарханская–3» для реабилитации и профилактики обострений. Минеральная вода «Тарханская–3», добывается из скважины № 3 (расположенной на глубине 125 м.) Тарханского месторождения села Большие Тарханы Тетюшского муниципального района Республики Татарстан и относится к сульфатно-гидрокарбонатной магниево-кальциево-натриевой с повышенным содержанием органических веществ. В соответствии с ГОСТ Р 54316-2020, относится к XXXIII группе вод Ундоровского гидрохимического типа. «Тарханская–3» рекомендована для

применения в лечебно-питьевых целях, в том числе для лечения заболеваний мочекаменной болезни [1].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГАУЗ «Городская поликлиника №18» г.Казани с сентября по декабрь 2019 года и включало в себя, наряду с оценкой изменений клинико-лабораторных показателей, проведение анкетирования по русскоязычной версии Висконсинской анкеты WISQOL.

Результаты и обсуждение. При регулярном графике употребления минеральной воды пациентами основной группы (из расчета 4 мл/кг 6 раз в день в течение 32 дней), отмечено значительное улучшение самочувствия пациентов, что подтверждается данными, полученными при сравнительной оценке качества жизни пациентов. Так, было отмечено достоверное влияние на здоровье (40 максимально-возможных баллов): с 23,53±4,45 баллов до 35,5±3,4 баллов ($t=2,13$; $p\leq0,05$); социальное влияние (40 максимально-возможных баллов) увеличилось с 26,4±6,09 баллов до 35,5±6,6 баллов ($t=1,01$; $p>0,05$); эмоциональное влияние (45 максимально-возможных баллов): с 28,4±5,42 баллов до 40,25±4,6 баллов ($t=1,66$; $p>0,05$); влияние на жизненную активность (15 максимально-возможных баллов): с 8,2±5,92 баллов до 12,01±4,2 баллов ($t=0,52$; $p>0,05$). Суммарный индекс, оцененный по шкале Ликерта по 4-ем доменам качества жизни для основной группы из 140 максимально-возможных баллов составил 86,53±18,45 баллов до приема минеральной воды и 123,25±17,6 баллов после приёма ($t=1,44$; $p>0,05$); в контрольной группе 90,94±19,32 баллов в начале исследования и 92,57±16,41 баллов на завершающем этапе ($t=0,06$; $p>0,05$) и не имел статистически достоверной разницы ($t=1,28$; $p>0,05$).

Библиографический список:

1. Дорончук, Д.Н. Оценка качества жизни больных мочекаменной болезнью / Д.Н. Дорончук, М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов // Урология. – 2010. - № 2. – С 14-17

СОВРЕМЕННЫЕ УГРОЗЫ И ГАРАНТИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПРИ СОВЕРШЕНИИ ПОКУПОК В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Костина К.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Эффективная защита прав потребителей имеет решающее значение для формирования справедливого, прозрачного и конкурентного, основанного в том числе на применении современных цифровых технологий, рынка Российской Федерации. Сфера онлайн-торговли активно развивалась и до пандемии, но в период распространения новой коронавирусной инфекции онлайн-продажи товаров повседневного спроса существенно возросли. Однако в целях обеспечения гарантий защиты прав потребителей необходимо соблюдать основные правила безопасных покупок в Интернете. В частности, следует обратить внимание на то, что:

- товар, полученный с условием об оплате наложенным платежом, если он по какой-то причине не устроит покупателя, нужно возвращать продавцу, при этом бремя расходов на обратную пересылку товара лежит на покупателе (покупатель рискует не получить деньги за возвращаемый товар);

- перед покупкой в интернет-магазине следует удостовериться, есть ли на сайте информация о реквизитах продавца, включая наименование, адрес, режим работы, ОГРН/ОГРИП;

- не следует переводить деньги за покупку на банковскую карту физического лица, нужно следить за тем, чтобы после любой оплаты на адрес электронной почты покупателя продавец прислал электронный чек;

- при покупке через Интернет покупатель имеет право отказаться от товара в любое время до его передачи, а после передачи товара - в течение 7 дней, а если информация о порядке и сроках возврата товара надлежащего качества не была предоставлена в письменной форме в момент доставки товара - в течение 3 месяцев с момента передачи товара [1];

- если товар куплен через сайт владельца агрегатора информации о товарах, то претензию можно предъявить такому владельцу агрегатора в случае предоставления потребителю недостоверной или неполной информации о товаре или продавце, если товар не передан в срок [2].

Также стоит помнить, что на протяжении последних лет в России активно внедряется механизм прослеживаемости товаров посредством нанесения на него маркировки. Для удобства пользователей запущено мобильное приложение «Проверка маркировки товаров», через которое можно не только проверить легальность приобретаемого товара, но и сообщить о нарушении. Также у потребителей есть возможность получать и хранить кассовые чеки в электронном виде, проверять их легальность, сообщать о нарушении со стороны продавца через приложение ФНС России «Проверка кассового чека».

Библиографический список:

1. Постановлением Правительства РФ от 27.09.2007 г. № 612 «Об утверждении Правил продажи товаров дистанционным способом» // Собрании законодательства РФ. – 2007. - № 41. - ст. 4894.

2. Информация Роспотребнадзора от 11 мая 2020 года «Об особенностях онлайн торговли и трансграничных покупок в период пандемии коронавируса»// https://www.rospotrebnadzor.ru.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РАБОТНИОКВ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Кузьмина С.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире более 300 миллионов человек страдает от депрессии – ведущей причины инвалидности, а некоторые из этих людей также страдают от симптомов тревожности. В промышленно развитых странах 30-50% работающих испытывают психологический стресс, перегрузки, что способствует развитию психических и психосоматических расстройств (ВОЗ, 1996). Около 90% лиц, имеющих симптомы пограничного психического расстройства, не получают адекватной помощи, оказываясь вне поля зрения специалистов. В нашей стране, большинство психических заболеваний и поведенческих расстройств включены в Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержденный Постановлением Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В качестве общего противопоказания для всех этих видов деятельности в Перечне названы хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально. Таким образом, важной становится разработка проблемы донозологической диагностики и определения критериев формирования психической дезадаптации (ПД), как предикторов нарушения ментального здоровья во

взаимосвязи с производственными и социально-демографическим факторами риска. Принимая во внимание, что нарушения психического здоровья у работников в условиях опасной среды носят характер донозологических, не четко очерченных кругом диагностических симптомов, часто диссимулируются (как стигматизирующие, преимущественно, из-за опасения потери работы), необходимо систематическое, в ходе обязательных ПМО, скрининг-анкетирование на предмет динамики формирования нарушений ментального здоровья.

В ходе исследования влияния условий рабочей среды и внепроизводственных факторов на формирование ПД у работников химического производства, подвергающихся воздействию 1 гр. – комбинированному химическому фактору в сочетании с шумом и эмоциональным напряжением (класс условия труда 3.2 – 3.3), 2 гр. – комбинированному воздействию химического фактора в сочетании с угрозой жизни (взрыво- и пожароопасность), класс условий труда 3.3 – 3.4, а также 3 гр. – работающим в условиях шума и эмоционального напряжения, была разработана модель прогнозирования развития состояния ПД. Установлено, что при высоком риске формирования ПД, в гр. 1 с наибольшей вероятностью проявятся вегетативные нарушения, коморбидными которым будут: обсессивно-фобические расстройства и расстройства депрессивного спектра. Во второй группе ПД характеризуется астено-вегетативной симптоматикой в корреляции с конверсионным типом реагирования. В третьей профессиональной группе характер предикторов отличается ярко выраженной изолированностью групп симптомов, ведущим из которых является вегетативный паттерн.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ РАБОТНИКОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ

Лядова И.В., Юсупова Н.З.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Расширение функционирующей сферы общественного питания, успешное ее развитие, повышение требований к качеству предоставляемых услуг, увеличение численности работающих, занятых на предприятиях общественного питания, формирует потребность в оценке влияния условий труда работников общепита на показатели здоровья. Показатели функционального состояния организма являются наиболее чувствительными к изменению условий жизнедеятельности человека. Функциональное состояние организма рассматривается как один их главных критериев здоровья, отражающих уровень и степень кратковременной и долговременной адаптации человека к условиям окружающей среды.

Различный уровень воздействия вредных производственных факторов на предприятиях общественного питания, в той или иной степени затрагивает все категории работников. Вредными производственными факторами профессии, неблагоприятно влияющими на физическое состояние работников, являются вовлеченность в различные виды деятельности, интенсивность физического труда, большой объем немеханизированных операций, монотония, вынужденная рабочая поза, сенсорные и психоэмоциональные нагрузки, отсутствие планирования производственной нагрузки и полноценного отдыха.

К воздействию неблагоприятных факторов особенно чувствительна сердечно-сосудистая система (ССС), принимающая непосредственное участие в механизмах адаптации организма. Мы изучили сдвиги основных

гемодинамических показателей, а также изменения активности регуляторных механизмов ритма сердца в зависимости от стажевой нагрузки.

Все респонденты работники торгового, обеденного залов и производственных цехов были разделены на две группы: имеющие стаж от 2 до 5 лет и от 5 до 10 лет, в возрасте от 20 до 49 лет. Всего в исследовании приняло участие 140 человек, работающих в системе общественного питания.

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы использовали Индекс Робинсона (ИР). ИР (индекс двойного произведения) в условных единицах, рассчитывали по формуле: (ЧСС х САД) / 100. По показателям ИР оценивали состояние резервов сердечно-сосудистой системы, чем ниже показатель в состоянии покоя, тем выше аэробные возможности сердечно-сосудистой системы и уровень здоровья.

Сравнительный анализ функционального состояния организма по результатам ИР показал, что у группы сотрудников общепита со стажем менее 5 лет величина ИР статистически достоверно меньше ($t = 2,01$) по сравнению с группой сотрудников, имеющих стаж более 5 лет. ИР составил, соответственно, 84,47 ± 1,2 у.е.; 94,1±1,7 у.е.. В первой группе уровень физического здоровья по индексу расценивается как хороший, в группе работников со стажем уровень был ниже среднего, что указывает на более низкую функциональную способность сердечной мышцы сотрудников со стажем.

Таким образом, регулярная донозологическая диагностика будет способствовать своевременному выявлению и комплексной оценке факторов риска развития заболеваний, их коррекции, направленной на охрану труда и здоровья работников.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПОМУТНЕНИЙ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИДРОФОБНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ

Майорова Е.В., Торопыгин С.Г., Маслов А.Н.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Ключевые слова: профилактика вторичных помутнений задней капсулы хрусталика, интраокулярная линза, факоэмульсификация катаракты.

Актуальность. Профилактика помутнений задней капсулы хрусталика, одного из самых часто встречаемых осложнений экстракапсулярной хирургии катаракты [1], является важным фактором предотвращения повторного снижения остроты зрения после хирургии катаракты, а также позволяет избежать осложнения вследствие проведения ИАГ-лазерной дисцизии помутневшей капсулы [2]. По данным многочисленных исследований, профилактикой развития помутнений является ряд факторов, в числе которых выделяют модель и материал интраокулярной линзы [3, 4].

Цель. Сравнить профилактическое влияние трех различных типов гидрофобных акриловых интраокулярных линз (ИОЛ) на возникновение помутнений задней капсулы хрусталика через 3, 6 и 12 месяцев после хирургии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 72 пациента (91 глаз) в течение 12 месяцев после имплантации одной из трех моделей ИОЛ в ходе факоэмульсификации по поводу неосложненной возрастной катаракты: МИОЛ-2 (Репер-НН, Россия, 24 глаза, первая группа), SA60AT и US60MP (Alcon, США, 41 и 26 глаз – вторая и третья группы). Выполнялась фоторегистрация ЗКХ и обработка изображений в программе EPCO (Evaluation of Posterior Capsular Opacification, оценка помутнения ЗКХ). Оценивалась ЗКХ, прилежащая к центру оптики диаметром 4,0 мм. PCO Score (показатель помутнения ЗКХ) рассчитывался как совокупность

площади и степени (по пяти степеням) помутнений ЗКХ. Статистическая обработка материала выполнялась в программе Statistica 6.1.

Результаты. Во все сроки средняя острота зрения по всем группам была не ниже 1,0. Прогрессирование помутнений ЗКХ во всех трех группах было значимым уже через 3 месяца после операции. При этом плотность помутнений во всех трех группах и во все сроки не превышала 2 степени, а максимальный показатель PCO Score (0,0315, медиана) наблюдался через 12 месяцев в первой группе. Достоверной разницы в PCO Score между группами выявлено не было. ИАГ-лазерная задняя капсулотомия выполнена в одном случае в первой группе в срок 12 месяцев.

Выводы. При имплантация всех исследованных типов ИОЛ выявлены сопоставимо высокие результаты по остроте зрения в срок послеоперационного наблюдения до 12 месяцев. Соответственно, все три типа ИОЛ имеют профилактическое влияние на развитие помутнений задней капсулы хрусталика, снижение остроты зрения и, как следствие, уменьшают необходимость частых осмотров пациентов в течение первого года после экстракапсулярной хирургии катаракты.

Библиографический список:

1. Ursell P.G., Dhariwal M., O'Boyle D., et al. 5 year incidence of YAG capsulotomy and PCO after cataract surgery with single-piece monofocal intraocular lenses: a real-world evidence study of 20,763 eyes. Eye. 2020; 34: 960-968.

2. Kossack N., Schindler C., Weinhold I., et al. German claims data analysis to assess impact of different intraocular lenses on posterior capsule opacification and related healthcare costs. J. Public Health. 2018; 26 (1): 81-90.

3. Duman R., Karel F., Özyol P., Ateş C. Effect of four different intraocular lenses on posterior capsule opacification. Int J Ophthalmol. 2015; 8(1):118–121.

4. Tetz, M.R. Posterior capsule opacification/ Part 2: clinical findings. J. Cataract Refract. Surg. 1999; 25: 1662-1674.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СКЛАДОК ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИДРОФОБНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ

Майорова Е.В.[1], Торопыгин С.Г.[1], Вакуленко Н.Н.[1]

[1]*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России*

[2] *ЦНИИ ВКС МО РФ*

Ключевые слова: профилактика образования складок задней капсулы хрусталика, интраокулярная линза, факоэмульсификация катаракты.

Актуальность: Одним из самых часто встречающихся явлений после экстракапсулярной хирургии катаракты являются складки задней капсулы хрусталика (ЗКХ) [1]. По данным литературы, в ряде случаев данные образования могут являться причиной снижения остроты зрения в послеоперационном периоде [2, 3].

Цель: Оценить профилактическое влияние трех моделей гидрофобных акриловых интраокулярных линз (ИОЛ) – МИОЛ-2, SA60AT и US60MP на частоту возникновения складок ЗКХ и снижение остроты зрения в течение первого года после хирургии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 72 пациента (91 глаз) в течение 12 месяцев после имплантации одной из трех моделей ИОЛ в ходе факоэмульсификации по поводу неосложненной возрастной катаракты: МИОЛ-2 (Репер-НН, Россия, 24 глаза, первая группа), SA60AT и US60MP (Alcon, США, 41 и 26 глаз – вторая и третья группы). Выполнялась фоторегистрация ЗКХ, регистрировались первичные и вторичные сладки ЗКХ. Графическое моделирование и статистическая обработка материала выполнялась в программе MATLAB R2020a.

Результаты. Первичные складки ЗКХ развивались в 33,3%, 24,4% и 38,5% случаев после операции в глазах 1, 2 и 3 групп, соответственно ($p>0,05$ при попарном сравнении) и исчезали в течение первой недели после операции. Вторичные складки появлялись с третьего месяца

наблюдения в 8,33%, 7,69% и 13% случаев в глазах 1, 2 и 3 групп, соответственно (p>0,05 при попарном сравнении) и не претерпевали дальнейшей динамики. Оба типа складок служили каналами для врастания хрусталикового эпителия и развития помутнений на ЗКХ. При суммировании глаз всех групп в целом только вторичные складки значимо снижали остроту зрения через 12 месяцев после операции.

Выводы: Как первичные, так и вторичные складки ЗКХ были выявлены со схожей частотой после имплантации всех трёх моделей исследованных ИОЛ (МИОЛ-2, SA60AT и US60MP); 50% первичных складок самостоятельно исчезают в течение 1 недели после хирургии. Отрицательное влияние на остроту зрения оказывают только вторичные складки ЗКХ суммарно во всех трёх группах в срок 12 месяцев после хирургии. Соответственно, все три модели ИОЛ имеют схожее профилактическое влияние на образование складок ЗКХ, снижение остроты зрения и качества жизни пациента.

Библиографический список:

1. Meacock W.R., Spalton D.J. Effect of intraocular lens haptic compressibility on the posterior lens capsule after cataract surgery. J. Cataract Refract. Surg. 2001; 27 (9): 1366-1371.

2. Shah G.D., Vasavada A.R., Praveen M.R., Shah A.R., Trivedi R.H. Incidence and influence of posterior capsule striae on the development of posterior capsule opacification after 1-piece hydrophobic acrylic intraocular lens implantation. J. Cataract Refract. Surg. 2012; 38 (2): 202-207.

3. Joshi R.S. Postoperative posterior capsular striae and the posterior capsular opacification in patients implanted with two types of intraocular lens material. Indian J. Ophthalmol. 2017; 65(6): 466-471.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА: ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ

Мусин Н.М., Радченко О.Р., Морозова О.Н., Балабанова Л.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Проблема сохранения здоровья молодежи входит в число важнейших задач общественного развития, обусловливает необходимость проведения научных исследований и разработку организационно-методических подходов к формированию культуры здоровья, воспитанию ответственного отношения к собственному здоровью [1, 2]. Поэтому, целью работы являлась оценка влияния образа жизни и особенностей питания на соматическое здоровье обучающихся.

Методы исследования. Состояние здоровья 94 учащихся (86 девочек и 8 юношей) медико-фармацевтического колледжа Казанского государственного медицинского университета оценивали по данным медицинского профилактического осмотра, выполненного на базе центра здоровья Центра медицинской профилактики Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Исследование включало: измерение физического развития, оценку функционального состояния сердечно-сосудистой, нервно-психической систем и остроты зрения; определение общего холестерина и глюкозы в крови и др. показатели. Суточный рацион (кратность приёма пищи, распределение продуктов и блюд по отдельным приёмам пищи) был оценен у учащихся колледжа. Особенности образа жизни обучающихся выясняли при помощи анкеты.

Результаты и обсуждение. Уровень физического развития у всех обследуемых соответствуют поло-возрастным нормам. Наблюдаются незначительные превышения (у 26 обследованных девушек и 2 юношей) уровня холестерина и сахара крови (средние значения 5,35±0,55 ммоль/л и 5,24±0,72 ммоль/л соответственно). При обследовании остроты зрения только у 38 обучающихся зрительная функция была оценена на 100%.

Средние значения в исследуемой группе составили: правый глаз - 0,93±0,02; левый глаз -1,1±0,04. При этом на долю миопии высокой степени приходится 1/6 всех случаев миопии. При анализе ответов обучающихся на вопросы об образе жизни было выявлено, что 69,15% респондентов не придерживаются рационального режима дня. Проанализировав суточную энергетическую ценность рационов питания студентов, можно сделать вывод, что калорийность рациона достаточная, но наблюдается некоторое смещение в сторону белок-составляющих продуктов, за счет чего нарушается оптимальное суточное соотношение энергонесущих макронутриентов. Однако в 1/3 случаев обучающиеся указывают употребление фастфуда в качестве одного из приемов пищи. Анализ адекватности потребления важнейших минеральных веществ, микроэлементов и витаминов показал, что в рационах отмечается дефицит витамина А и бета-каротина (это может быть одной из причин снижения иммунитета и остроты зрения). Таким образом, для корректировки имеющихся изменений в состоянии здоровья обучающихся, необходимо усилить разъяснительную работу в отношении приверженности рациональному питанию и здоровому образу жизни.

Библиографический список:

1. Двойников, С.И. Состояние здоровья учащихся медицинских и фармацевтических колледжей России / С.И. Двойников, Л.А. Пономарева, и др.// Менеджер здравоохранения 2014. - № 10.-С.53-58

2. Проскурякова, Л.А. Научное обоснование разработки программы по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний в период профессионального обучения студентов / Л.А, Проскурякова, Е.Н. Лобыкина // Здоровье населения и среда обитания. – 2012.- № 11 (236). – С.14-16

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА В ФАКТИЧЕСКОМ РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНОГОРСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Мухутдинова Г.М.[1], Гомзина Е.Г.[2], Имамов А.А.[2]

[1]*Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан,*

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

Резюме. Анализ и оценка рационов питания подростков позволяет предвидеть возможность возникновения различных нарушений развития, в том числе заболеваний, связанных с метаболическим синдромом [1].

Цель работы - анализ содержания селена в рационе питания подростков в муниципальных общеобразовательных учреждениях для разработки практических рекомендаций, направленных на предупреждение нарушений, связанных с дефицитом селена в организме человека.

Материал и методы. Проведен лабораторный анализ наиболее значимых продуктов школьного питания на содержание селена, а также анализ по меню-раскладкам 14-дневного примерного меню. Проведена оценка доступа населения к отечественной пищевой продукции, способствующей устранению дефицита селена и йода, в торговых точках Лениногорского района РТ (n=76). Проведен трехкратный сезонный анализ биоматериалов (волос) подростков (n=84, из них 50% мальчики) в возрасте 13-14 лет на количественное содержание селена и йода.

Результаты и обсуждение. В исследованиях было выявлено пониженное содержание йода (<0,15мг/кг) и селена (<0,26мг/кг) в волосах подростков в зимний период - у 65% и у 8,4%, соответственно. Считается, что специфическая патология, связанная с дефицитом селена, развивается у подростков при поступлении селена в организм в количествах менее 14 мкг/сутки [3,4,5].

В большинстве стран мира зерновые как основные пищевые продукты служат важнейшими источниками Se для человека. Так, для России вклад зерновых в обеспеченность микроэлементом жителей составляет около 50% [2]. Содержание селена в наиболее значимых в питании школьников Лениногорского района РТ продуктах и блюдах школьного примерного меню колеблется в пределах (мкг/100г): 1) хлеб ржано-пшеничный – 4,5–5; 2) каши (пшеничная, рисовая, овсяная, гречневая) – 8; 3) говядина, птица и рыба отварные – 2; 4) молочные продукты – 2-15; 5) яйцо вареное – 2.

В образовательном учреждении фактически потребленный в школе рацион не удовлетворяет усредненную потребность, так как во время завтрака учащиеся получают <10 мкг селена, что составляет менее 25% от суточной потребности.

В ходе мониторинга торговых точек Лениногорского района не обнаружена пищевая продукция, обогащенная селеном. Доля объектов, реализующих продукцию, обогащенную йодом (соль), составляет только 60%.

Заключение. В целях снижения риска возникновения дефицита селена и йода при формировании меню рекомендуется использовать злаковые и молочные пищевые продукты. Обоснованы предложения по совершенствованию меню, позволяющие включать в рацион привычные, доступные и обогащенные микроэлементами пищевые продукты, дефицит которых распространен и опасен для здоровья.

Библиографический список:

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Геотар Медицина. 2008. 432 с

2. Голубкина Н.А., Полубояринов П.А., Синдирева А.В. Селен в продуктах растительного происхождения // Вопр. питания. 2017. Т. 86. № 2. С. 63–69.

3. Оберлис, Д. Биологическая роль макро- и микроэлементов у человека и животных / Д. Оберлис, Б. Харланд, А. В. Скальный. – СПб. : Наука, 2008. – 544 с
4. Торшин, С. П. Биохимия и агрохимия селена и методы устранения селенодефицита в пищевых продуктах и кормах / С. П. Торшин, Т. М. Удельнова, Б. А. Ягодин // Агрохимия. – 1996. – №8–9. – С. 127 – 145.
5. Stadtman, T. C. Selenium biochemistry : Mammalian selenoenzymes / T. C. Stadtman // Annals NY Acad. Sci. 2000. 899:399-402.

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО- КАРАНТИННОГО КОНТРОЛЯ В УСЛОВИЯХ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Патяшина М.А., Авдонина Л.Г., Борисова Л.О., Хайрутдинова Р.Р.
Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Одним из важных направлений деятельности Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее – Управление) является осуществление санитарно-карантинного контроля (далее - СКК) в воздушных пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации «Казань» и «Нижнекамск-Бегишево» (далее - ВПП).

В связи с осложнением эпидемиологической ситуации по новой коронавирусной инфекции с 27.01.2020г. в аэропортах введен усиленный двойной контроль прибывающих из неблагополучных регионов лиц с использованием стационарного и переносного тепловизионного оборудования, а с 07.02.2020г. СКК осуществляется и в отношении всех лиц, прибывающих внутренними рейсами.

В период с 31.12.2019 по состоянию на 10.10.2020 досмотрено 6840 рейсов, 749518 пассажиров и членов экипажей, в т.ч. прибывших из- за рубежа 1326 воздушных судов, 78337 пассажиров и членов экипажей,

выявлено 24 человека с признаками инфекционных болезней. Во всех случаях проведен полный комплекс мер, позволивший не допустить осложнений эпидемиологической обстановки.

В Международном аэропорту «Казань» специалистами Управления досмотрены 182 грузовых воздушных судна и 1527 членов экипажей из зарубежных стран (Китай, Франция, Иран и др.), лиц с признаками инфекционных заболеваний не выявлено.

С марта 2020г. в отношении лиц, пребывающих на территорию республики из неблагополучных по COVID -19 территорий в пунктах пропуска специалистами Управления выданы 21590 Постановлений главного государственного санитарного врача по Республике Татарстан на изоляцию и непрерывное медицинское наблюдение по месту жительства.

С апреля 2020г. специалистами Управления осуществлялся СКК на вывозных рейсах, досмотрено 1478 граждан, прибывших из Таиланда, Гоа, Объединенных Арабских Эмиратов, Узбекистана и Таджикистана. Всем лицам, прибывшим в Российскую Федерацию до 01.08.2020г. были выданы Постановления на изоляцию на 14 суток с момента прибытия.

С 21.08.2020г. в Международном аэропорту «Казань» возобновлено регулярное авиасообщение с Турецкой Республикой. На 10.10.2020 г. санитарно- карантинный контроль осуществлен в отношении 356 воздушных судов, досмотрено 75156 пассажиров (43350– жители РТ (57,6%), 31385 – жители др. субъектов РФ, 421- граждане иностранных государств). У граждан иностранных государств контролируется наличие отрицательных результатов об обследовании на COVID-19. Все прибывшие проанкетированы.

Для прибывающих из- за рубежа жителей Республики Татарстан в Международном аэропорту «Казань» организован отбор материала для исследования на COVID-19 методом ПЦР, на 10.10.2020г. в международном аэропорту «Казань» обследованы – 35098 человек (86%).

Анкеты на жителей других субъектов (31385 чел) переданы в соответствующие Управления Роспотребнадзора.

Таким образом, комплекс проводимых мероприятий по осуществлению санитарно- карантинного контроля и своевременная оценка ситуации позволяет минимизировать риски завоза и массового распространения новой коронавирусной инфекции на территории Республики Татарстан.

ПРЕСЕЧЕНИЕ ОБОРОТА ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К ПИЩЕ

Патяшина М.А.[1], Авдонина Л.Г.[1], Гараева Л.Т.[1], Азизова А.И.[1], Закирова О.М.[1,2]

[1] *Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан*

[2] *ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

В соответствии с нормативно правовыми актами Российской Федерации и Евразийского экономического союза биологически активные добавки к пище относятся к пищевой продукции, и, следовательно, на них распространяются требования к пищевой продукции.

Стратегия повышения качества пищевой продукции основана на подлинности и качестве биологически активных добавок к пище (далее – БАД к пище). Вместе с тем, имеются риски, связанные с оборотом БАД к пище, потребляемых населением для нормализации и улучшения функционального состояния органов и систем.

Вопросы качества и безопасности БАД к пище являются одним из приоритетных направлений деятельности Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан) (далее – Управление).

Федеральной службой по защите прав потребителей и благополучия человека в 2016 году разработан и внедрен метод определения недекларированных лекарственных препаратов (синтетических

ингибиторов фосфодиэстеразы-5) в БАД к пище. Внедрение указанной методики позволило выявить на потребительском рынке фальсифицированные БАДы. Управление эффективно работает в данном направлении, отобранные пробы БАД к пище на исследования отправляются в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)», имеющее соответствующую область аккредитации.

По результатам плановой выездной проверки ЗАО Фирма «Центр внедрения «Протек» выявлен оборот фальсифицированной БАД к пище «Ловелас® форте» по 8 капсул массой 0,65г производства ООО НПК «Растительные ресурсы», (192019, г. Санкт-Петербург, ул. Глиняная, д. 15, лит. КА (адрес производства: 190020, г. Санкт-Петербург, ул. Курляндская, д. 28), дата производства 01.02.2019 г. по ТУ 9197-002-37273106-15, номер партии (серия) 010219), в которой обнаружена не заявленная при государственной регистрации фармацевтическая субстанция «тадалафил» (2,36±0,59 мг/г).

По итогам работы в рамках программ по предотвращению причинения вреда установлены поставщик давальческого сырья ООО «Фармацевтический холдинг Джи Эл Эс Медикал», производитель ООО НПК «Растительные ресурсы», поставщики ООО «Позитив Био», ЗАО Фирма «Центр внедрения «Протек» в отношении которых возбуждены дела об административном правонарушении по ч. 1 ст. 6.33 КоАП РФ и направлены для рассмотрения в Арбитражный суд г. Москвы.

В 2020 году за оборот фальсифицированной БАД к пище «Ловелас® форте» Арбитражными судами г. Москвы и г. Санкт – Петербурга на производителя, поставщиков наложено 4 штрафа на сумму 3 миллиона 500 тысяч руб.

В рамках выполнения программ мероприятий по предотвращению причинения вреда поставщиком ЗАО Фирма ЦВ «ПРОТЕК» уничтожено с

привлечением сторонней организации фальсифицированных БАД к пище «Ловелас® форте» в количестве 2247 упаковок (11,684 кг), изъятой из оборота по всей территории Российской Федерации.

ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ГРАЖДАН В ПЕРИОД ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Патяшина М.А.[1], Трофимова М.В.[1], Авдонина Л.Г.[1], Замалиева М.А.[1], Балабанова Л.А.[1, 2]

[1]*Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан*

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

2020 год в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции, объявленной Всемирной организацией здравоохранения 11 марта, стал проверкой для всех заинтересованных служб не только на эффективность исполнения своих функций, но и на глубину и полноту информирования населения о проводимой работе.

Проведен ретроспективный анализ кейса Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее - Управление) по организации консультирования граждан по вопросам профилактики новой коронавирусной инфекции на территории республики.

В целях оперативного консультирования граждан и приема информации о прибывающих на территорию Российской Федерации Управлением с 6 марта 2020 года была организована одноканальная круглосуточная тематическая «горячая» линия по вопросам профилактики новой коронавирусной инфекции. Консультации оказывали специалисты Управления по графику.

За первые десять дней работы было принято и обработано 1456 звонков, треть из которых касалась сведений о прибывающих гражданах на территорию России для передачи в лечебную сеть для медицинского наблюдения. Меньшая часть звонков (в первые дни около четверти, в

последующем не более 10%) касалась непосредственно вопросов профилактики и соблюдения мер личной гигиены, что объяснимо широкой информационной кампанией Управления в средствах массовой информации. Технической службой фиксировалась большая нагрузка на «горячую» линию Управления – более 10 звонков одномоментно.

В этой связи в целях увеличения количества принимаемых звонков на уровне оперативного штаба Республики Татарстан по профилактике новой коронавирусной инфекции было принято решение об организации с 18 марта 2020 единой многоканальной «горячей» линия по вопросам профилактики коронавирусной инфекции и для сообщения фактов прибытия из зарубежа в ежедневном режиме.

В последующем на территории республики в период ограничительных мероприятий силами заинтересованных ведомств была организована работа и других «горячих» линий для оперативного консультирования населения (например, по получению смс-пропусков во время введения ограничений, по вопросу получения волонтерской помощи для категории 65+, по вопросу получения больничных листов и другие).

В общей сложности за время работы тематической антиковидной «горячей» линии Управления только в первом полугодии 2020 года было оказано 7912 консультаций, что сопоставимо с количеством консультаций населения республики по «горячим» линиям по различным вопросам за весь 2019 год.

Таким образом, в целях консультирования и информирования граждан по тематическим вопросам «горячая» линия является доступным и эффективным инструментом. При регистрации большого количества звонков (больше, чем возможность обработки по одному каналу связи одномоментно) целесообразно вводить многоканальную «горячую» линию. О работе «горячей» линии население информируется через официальные сайты и средства массовой информации.

ПЛАНИРОВАНИЕ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

Патяшина М.А.[1], Трофимова М.В.[1], Балабанова Л.А.[1,2], Алиева Р.У.[1], Абдуллазянова Э.Р.[1], Струкова А.П.[1], Ганеева М.А.[1]

[1]*Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан*

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

Управлением Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан) внедрен и применяется риск-ориентированный подход при организации и осуществлении контрольно-надзорных мероприятий.

Объекты государственного санитарно-эпидемиологического надзора Управлением отнесены к категориям риска в соответствии с методическими рекомендациями Роспотребнадзора (МР 5.1.0116-17) и Правилами отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов к определенной категории риска или определенному классу (категории) опасности, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2016 № 806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

Внедрение системы оценки риска потенциальной опасности объектов позволило сосредоточить усилия на объектах высокого риска, благодаря чему общее количество проверок, включенных в ежегодные планы плановых проверок с 2013 по 2018 гг. снизилось на 42,7% (с 3 241 до 1 857). Доля объектов, отнесенных к высоким категориям риска (чрезвычайно высокая, высокая и значительная категории риска) и включенных в планы проверок, увеличилась с 95% в 2018 году до 99,6% в 2020 году.

Таким образом, планирование контрольно-надзорных мероприятий на основе риск-ориентированного подхода позволило Управлению:

- выделить объекты высокого риска и осуществить дифференцированный подход к проведению контрольно-надзорных мероприятий, проводимых в отношении объектов с чрезвычайно высоким, высоким и значительным рисками причинения вреда здоровью населения;

- снизить административное давление на добросовестные хозяйствующие субъекты, соблюдающие обязательные санитарные требования, при сохранении необходимого уровня защиты населения, надежности и эффективности системы надзора за соблюдением санитарного законодательства;

- оптимизировать силы и средства Управления с концентрацией усилий на объектах, формирующих недопустимый риск для здоровья населения.

РАБОТА С БИЗНЕС СООБЩЕСТВОМ В УПРАВЛЕНИИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Патяшина М.А.[1], Трофимова М.В.[1], Авдонина Л.Г.[1], Балабанова Л.А.[1,2], Романова И.Г.[1], Ганеева М.А.[1], Абдуллазянова Э.Р.[1]

[1]*Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан*

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

Одним из основных инструментов, направленных на снижение административных барьеров, является повышение информационной доступности о деятельности Управления, в том числе и для предпринимателей.

В Управлении успешно реализуется проект «Единые дни открытых дверей» для предпринимателей. Целью Единых дней «открытых дверей» является оказание бесплатной консультационной помощи предпринимателям, в том числе представителям малого и среднего

бизнеса, в пределах компетенции Управления. Кроме того, Управление принимает активное участие в реализации республиканского проекта «Проверенный бизнес».

За 2019 год проведено 13 дней «открытых дверей», включая 4 «Всероссийских» дня, организовано 494 встречи, проконсультирован 1161 предприниматель. Для размещения информации и наполнения портала «Проверенный бизнес» направлено 22 информации с описанием типичных ошибок, допускаемых субъектами предпринимательства в соблюдении санитарного законодательства и закона о защите прав потребителей, с разъяснением основных требований законодательства

В ходе встреч со специалистами Управления наиболее часто разбираются вопросы о требованиях, предъявляемых при открытии организаций, оказывающих услуги общественного питания и розничной торговли продуктами питания, вопросы, касающиеся осуществления медицинской деятельности. Предприниматели также интересовались порядком подачи уведомления о начале осуществления предпринимательской деятельности и предоставления государственной услуги по выдаче санитарно-эпидемиологического заключения при лицензируемом виде деятельности.

Таким образом, разъяснительная и профилактическая работа с бизнес-сообществом направлена на профилактику нарушений обязательных требований и позволяет предотвратить типичные нарушения в деятельности предпринимателей.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВЫХ КУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Патяшина М.А.[1], Трофимова М.В.[1], Авдонина Л.Г.[1], Балабанова Л.А.[1,2], Замалиева М.А.[1]

[1]*Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан*

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

Постоянным направлением работы Управления является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и защиты прав потребителей участников и гостей различных форумов, соревнований, чемпионатов.

В целом Управлением в 2019 году обеспечено санитарно-эпидемиологическое благополучие участников и гостей 560 массовых мероприятий на территории Республики Татарстан с общим их количеством 718 378 человек. Наиболее значимым массовым мероприятием с международным участием в 2019 году стал мировой чемпионат по профессиональному мастерству по стандартам «WorldSkills» 2019 года в г.Казани.

Управлением в период подготовки и проведения массовых мероприятий проводился мониторинг факторов окружающей среды (вода, воздух, почва, радиационная обстановка) и лабораторные исследования на задействованных объектах проживания, питания, в местах проведения мероприятий (исследования продуктов питания, продовольственного сырья, факторов среды, смывов на микробиологические, санитарно-химические, вирусологические и паразитологические показатели).

В целях предотвращения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний на постоянном контроле Управления находились объекты проживания и питания основных клиентских групп, места проведения мероприятия, места массовых гуляний населения.

Результаты проведенного мониторинга в период подготовки и проведения массовых культурно-спортивных мероприятий свидетельствуют о благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановке в городе Казани.

В результате проведенной Управлением работы не зарегистрировано случаев групповой и вспышечной заболеваемости среди гостей, участников массовых мероприятий и обеспечена стабильная санитарно-эпидемиологическая обстановка.

О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ОТКАЗА ПОТРЕБИТЕЛЯМ В ДОПУСКЕ НА ТОРГОВЫЕ ОБЪЕКТЫ БЕЗ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ (МАСОК)

Патяшина М.А., Трофимова М.В., Костина К.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

В настоящее время в ситуации, обусловленной необходимостью всемерного снижения рисков распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV, большое практическое значение имеет системное и комплексное проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по недопущению распространения COVID-2019, в числе которых и такая важная профилактическая мера как ношение гражданами масок в качестве средства защиты «барьерного» типа.

Учитывая данный фактор, на уровне высших должностных лиц субъектов Российской Федерации, исходя из сложившейся на их территории эпидемиологической ситуации, в числе вводимых ограничительных мер предусматривается обязательное ношение масок при посещении ряда объектов (объекты торговли, общественный транспорт и т.п.). На территории Республики Татарстан таким нормативным правовым актом является Постановление Кабинета Министров РТ № 208 от

19.03.2020г. «О мерах по предотвращению распространения в Республике Татарстан новой коронавирусной инфекции».

Таким образом, при наличии принятого в установленном порядке нормативного правового акта, возлагающего на физических лиц обязанность ношения маски в определенных местах, подобное требование становится императивным предписанием, подразумевающим как его безусловное соблюдение.

Соответственно в том случае, когда введен так называемый «масочный режим», любое появление физического лица без маски в объекте, где это запрещено, будет иметь признаки противоправного деяния, направленного на создание угрозы не только собственной безопасности, жизни и здоровью, но и безопасности, жизни, здоровью, санитарно-эпидемиологическому благополучию иных лиц, находящихся на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации.

На основании изложенного, действия хозяйствующих субъектов, осуществляющих разрешенную торговую деятельность, направленные на ненасильственное воспрепятствование в условиях «масочного режима» гражданам–потребителям в посещении торговых объектов без масок и доступе к товарам с целью их приобретения, не могут и не должны рассматриваться как действия, ущемляющие (нарушающие) права потребителей, поскольку такие действия со стороны хозяйствующих субъектов отвечают принципу разумности поведения участников гражданских правоотношений и не имеют признаков необоснованного уклонения от заключения публичного договора, каковым является договор розничной купли-продажи (по смыслу взаимосвязанных положений статей 10 и 426 Гражданского кодекса Российской Федерации) [1,2].

Библиографический список:

1. Часть первая Гражданского кодекса Российской Федерации от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. - 1994. -№ 32 ст. 3301.

2. Информация Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20.05.2020 г. «О правовых аспектах отказа потребителям в допуске на торговые объекты без средств индивидуальной защиты (масок) в случае введения режима их обязательного использования») // https://www.rospotrebnadzor.ru.

ПРОБЛЕМЫ СВЯЗИ С ПРОФЕССИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Пугачева О.А.[1], Сафина К.Р.[1], Берхеева З.М.[2], Гарипова Р.В.[2]

[1]*Республиканский центр профпатологии*

Министерства здравоохранения Республики Татарстан

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

Актуальность. Профессиональные заболевания органов дыхания (ПЗ ОД) можно отнести к числу предотвратимых хронических респираторных заболеваний. К ним относятся интерстициальные болезни легких и бронхообструктивная патология.

В структуре профессиональной патологии в Республике Татарстан (РТ) заболевания органов дыхания в течение ряда лет занимают второе место, уступая только патологии от воздействия физических факторов, и в силу тяжести течения являются ведущим видом профессиональной патологии, оказывающим влияние на социальный и трудовой прогноз, а также качество и продолжительность жизни работающих [1].

Целью исследования явилось изучение профессиональной заболеваемости респираторной системы.

Материал и методы. Проведен анализ ПЗ в РТ по данным республиканского центра профпатологии за 2010-2019 годы. Проанализировано 570 случаев ПЗ ОД.

Результаты. Проведенный анализ показал, что преобладающей формой профессиональной респираторной патологии являются хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), составившие 46,5%. Профессиональные заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) занимают второе ранговое место (31%). Особенностью связи патологии ВДП с профессией является то, что они практически не выявляются в ходе периодического медицинского осмотра (ПМО), а устанавливаются при обследовании в центре профпатологии по поводу других ПЗ. Мы наблюдаем снижение удельного веса пневмокониозов до 19,5%.

За анализируемый период 17 больным установлена связь бронхиальной астмы с профессией (3%).

После значительного периода отсутствия в структуре ПЗ ОД злокачественных новообразований, установлена связь с профессией рака легких у плавильщика. Больной в течение 13 лет работал плавильщиком металла и сплавов в производстве чугунного литья литейного завода в контакте с хромом (VI), оксидами, сульфидами и смесями соединений никеля, формальдегидом, оксидами марганца, медью, гидроксибензолом, высокофиброгенной кварцевой пылью. Согласно Руководству по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса (Р.2.2. 2006-05) хром(VI), никель, оксиды и смеси никеля относятся к веществам, канцерогенным для человека, а чугунное производство относится к техническим процессам, канцерогенным для человека.

Обсуждение и выводы. Проведенный анализ свидетельствует о стабильной структуре профессиональных респираторных заболеваний с увеличением числа больных с профессиональной патологией ВДП и

бронхиального дерева. Обращает на себя внимание высокий удельный вес утраты профессиональной трудоспособности больных с ХОБЛ, бронхиальной астмой, субатрофическими ринофаринголарингитами и силикозом.

Качественное проведение ПМО, выполнение установленного регламента (рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, осмотры терапевта и оториноларинголога) позволяют выявить профессиональную патологию ОД на ранних этапах.

Библиографический список:

1. Берхеева З.М. Особенности современной профессиональной респираторной патологии /з.м. Берхеева, Р.В. Гарипова, К.Р. Сафина //Научно-практический журнал «Дневник Казанской медицинской школы». – Выпуск №3 (XXI), октябрь 2018. – С.71-74.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Радченко О.Р., Морозова О.Н., Уразманов А.Р., Балабанова Л.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Рак молочной железы (*далее РМЖ*) – является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин во всем мире и занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости (19,8 %) и смертности (17,4 %) женщин в России [1].

Цель исследования: оценить уровень информированности женского населения о факторах рисках, первых симптомах развития и мерах по профилактике РМЖ.

Материалы и методы исследования: для реализации поставленной цели был проведен социологический анонимный опрос женщин, проходивших маммографию с профилактической целью на базе ГАУЗ

«РКОД» г. Казань в январе 2020 года. В исследовании участвовало 30 респондентов, в возрасте от 50 до 69 лет. Анкетирование проводилось с соблюдением всех медико-этических норм, полученного информированного добровольного согласия пациента. Анкета состояла из 13 вопросов, направленных на выявление уровня знаний женщин о факторах риска возникновения и развития РМЖ, современных методах диагностики и рекомендуемых сроках ее прохождения, о превентивных мерах. Данные анкетного опроса сопоставляли с оценкой результатов рентгеновской маммографии по степени риска наличия злокачественных образований молочной железы результатами шкале Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS).

Результаты: Проанализировав ответы женщин на вопросы анкеты, мы пришли к выводу, что женщины, в основном имеют представление о факторах риска развития РМЖ и о профилактических диагностических исследованиях, которые необходимо проводить, однако проходят они их крайне нерегулярно, что связывают с нехваткой времени. Кроме того, при оценке анкетных данных, мы обратили внимание на то, что женщины выбирают варианты ответов, которые наиболее часто обсуждаются в средствах массой информации, а также на то, что приверженность к соблюдению правил самообследования очень низкая – только 2 из 30 опрошенных женщин в течении первых двух месяцев после визита врача выполняли эту процедуру. Между тем, при подведении итогов прохождения маммографии данными респондентами, одна женщина вошла в категорию 4А (имеются образования, не имеющие полного набора УЗ-признаков, характерных для доброкачественного процесса, хотя наличие злокачественной патологии по результатам биопсии не ожидается); 2 респондентки были отнесены к категории 3 (вероятно доброкачественные изменения) и у 21 женщины были отнесены к категории 2

(доброкачественные изменения – требуется плановое наблюдение согласно возрасту).

Таким образом, несмотря на удовлетворительный уровень знаний женского населения о факторах риска развития и мерах профилактики рака молочной железы, все же имеются пациенты, которые входят в зону риска развития РМЖ по результатам маммографического исследования, что свидетельствует о необходимости усиления работы по информированию женского населения.

Библиографический список:

1. Масляков, В.В. Социальные аспекты ранней профилактики рака молочной железы / В.В. Масляков, В.А. Левина, Е.Ю. Накаева, Н.М. Нехотящая // Социальные аспекты здоровья населения. - 2015. – 2(42) http://vestnik.mednet.ru/content/view/672/30/lang,ru/

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Сабитова М.М., Берхеева З.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Республика Татарстан - регион развитой промышленности и сельского хозяйства, занимает 8 место среди субъектов РФ по объему валового регионального продукта. Численность работающих в среднем составила 2028,5 тыс. человек, или 52,0% от общей численности занятого населения в июне-августе 2020 г. Промышленный профиль республики включает нефтегазохимический комплекс, машиностроение, радио- и приборостроение. В регионе хорошо развито сельское хозяйство.

Цель исследования – анализ условий труда и профессиональной заболеваемости за 2017-2019гг.

Материалы и методики**.** Проведен анализ факторов формирования профессиональных заболеваний по данным Республиканского центра профпатологии и Управления Роспотребнадзора по РТ за 2017-2019гг.

Результаты исследования. Наибольшее число объектов по видам экономической деятельности отмечается в группе обрабатывающих производств и сельского хозяйства, где занято более 50 % работающего населения. Ведущими вредными и опасными производственными факторами, воздействию которых подвергалось работающее население, являются физические (шум, вибрация), промышленные аэрозоли и химические вещества.

Среди обстоятельств и условий возникновения хронических профзаболеваний первое место занимает несовершенство технологических процессов (79-83%), на втором месте – конструктивные недостатки машин и технологического оборудованиям (10%), третье место занимает несовершенство рабочих мест (5-6%). Также регистрируются профессиональные заболевания, обусловленные контактом с инфекционным агентом (1%).

Основная доля профессиональных заболеваний выявляется при прохождении работниками периодических медицинских осмотров (ПМО). В то же время более 20% диагнозов была установлена при активном обращении больных, особенно среди работников сельского хозяйства. Сохраняется высокий удельный вес больных с утратой профессиональной трудоспособности при первичной связи заболевания с профессией (27% в 2017г., 45,4% в 2018г., 44,4% в 2019г.). У 20-25% больных одновременно устанавливались два и более профзаболевания.

В республике сохраняется традиционная структура ПЗ. Среди ПЗ лидирующие места занимают болезни, связанные с воздействием физических факторов (53,5% в 2017г.,56,3% в 2018г. и 59,7% в 2019г.), с воздействием промышленных аэрозолей (20,4% - 18,1% - 16,8%), с

физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем (17,6%, 14,9% и 13,6% соответственно).

За наблюдаемый период несколько увеличился удельный вес вибрационной болезни с 18,4% до 25,1% в 2019г., уменьшился удельный вес заболеваний скелетно-мышечной системы.

Заключение. Имеет место недостаточный уровень оказания первичной медико-санитарной помощи по профпатологии в амбулаторных условиях, о чем свидетельствует одновременная диагностика 2-х и более профессиональных заболеваний и увеличение удельного веса больных с утратой профессиональной трудоспособности.

Библиографический список:

1. Бухтияров И.В. Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России / И.В. Бухтияров //Медицина труда и промышленная экология. 2019, №9. – С. 527-533.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Сафина К.Р.[1], Берхеева З.М.[2], Гарипова Р.В.[2], Сабитова М.М.[2]

[1]*Республиканский центр профпатологии МЗ РТ*

[2]*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России*

В профилактике развития профессиональных заболеваний (ПЗ) значительная роль принадлежит качеству проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (ПМО) работающих на производствах с вредными условиями труда [1].

Цель исследования – изучение эффективности периодических медицинских осмотров.

Материал и методики. Проведен анализ годовых отчетов медицинских организаций (МО) 45 территорий РТ за 2017-2019 гг.

Результаты и обсуждение. Ежегодно ПМО в РТ проходят около 300 тысяч работников (2017г. – 311540, 2018 – 294927, 2019г. – 297313 чел.).

По данным годовых отчетов медицинских организаций в 2019 г. немного увеличилось число предварительных диагнозов ПЗ; в 17 муниципальных образованиях по результатам ПМО установлены подозрения на профессиональную патологию (в 2017 г. – 13, 2018 - 9). В 2019г. подозрение на ПЗ установлено у 201 человека (0,068%) из 297313 осмотренных работников (2017г. – 327 (0,1%), 2018г. – 190 (0,064%)).

Обращает на себя внимание небольшой удельный вес работников, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии (ЦПП), составляющий 0,035 в 2019г. (0,05% в 2018г., 0,08% в 2017г.).

В 2019г. из общего количества впервые выявленных ПЗ 77,5% выявлено в ходе ПМО и 22,5% - при обращении работника за медицинской помощью.

Причины снижения профпатологической направленности ПМО связаны с отсутствием врачей профпатологов в ряде медицинских организаций, проводящих периодические медосмотры. Также нельзя исключить влияние со стороны работодателей на факты выявления подозрений на ПЗ.

Учитывая низкую эффективность «обычных» ПМО, в последние годы уделяется особое внимание их проведению ПМО в центрах профпатологии. Традиционно ЦПП не принимает непосредственного участия в формировании контингентов с предварительным диагнозом ПЗ. Он вынужден «работать» в отношении только того диагноза, который заподозрен первичным звеном профпатологической службы и в отношении которого была составлена санитарно-гигиеническая характеристика. Иными словами, ЦПП оказывается заложником профпатологического

представления первичного звена, несмотря на свой более высокий квалификационный потенциал.

С другой стороны, далеко не все работники с выявленными при ПМО отклонениями в состоянии здоровья попадают в группу предварительного диагноза ПЗ. Таким образом, выявление случаев с начальными признаками профзаболеваний, вменяемое первичному звену как основополагающее в обеспечении профилактического содержания профпатологии, оказывается практически никому ненужным и большой объем работы первичного звена совершается впустую.

Таким образом, с высокой степенью определенности можно сделать вывод о необходимости изменения подходов к проведению ПМО с введением более жесткого контроля их качества.

Библиографический список:

1. Бухтияров И.В. Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России / И.В. Бухтияров //Медицина труда и промышленная экология. 2019, № 9. – С. 527-533.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РАБОТАЮЩИХ В ФБУЗ ЦГиЭ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНЯ МАССОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И В ШТАТНОМ РЕЖИМЕ

Сизова Е.П., Хузиханов Ф.В., Нигматзянова Р.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Проведение массовых мероприятий в Казани не редкость. В 2013 г. Универсиада, в 2015 г. ЧМ по водным видам спорта, в 2017 Кубок конфедераций FIFA, в 2018 г. ЧМ по футболу (FIFA), в 2019г. World skills. Работа Центра Гигиены и Эпидемиологии в этот период возрастает по санитарно-эпидемиологическим экспертизам, лабораторным

исследованиям, токсикологическим и гигиеническим оценкам, учету инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний. В целом, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Целью данной работы является изучение мнения работающих о деятельности ФБУЗ ЦГиЭ в период подготовки и проведения массовых мероприятий и в штатном режиме.

Материалы и методы. Социологический (анкетирование), математический, статистический.

Результаты исследования. Результаты соц.опроса свидетельствуют о высокой оценке сотрудниками работы ЦГиЭ, как во время подготовки и проведения массовых мероприятий, так и в штатном режиме, но при сравнении факторов работы ЦГиЭ в период подготовки и проведения массовых мероприятий и в штатном режиме наиболее высокие различия имели 8 факторов из 28: санитарно-гигиенические условия труда, оснащенность рабочего места, уровень снабжения расходными материалами, рабочий график, предоставляемый отпуск, соответствие заданий руководства обязанностям, своевременность получения заработной платы, справедливость наказаний и штрафов со стороны руководств [1, 2].

Оценка сотрудников показывает, что в период подготовки и проведения массовых мероприятий работа ФБУЗ ЦгиЭ увеличивается, а условия работы остаются теми же, что сказывается на более низкой оценке факторов в период подготовки и проведения массовых мероприятий (имеются статистически значимые различия $P>0,05$) [3, 4].

Выводы. Для улучшения деятельности ФБУЗ ЦГиЭ необходимо разработать комплекс мероприятий по оптимизации деятельности ЦГиЭ во время подготовки и проведения массовых мероприятий и по рациональному обеспечению кадровыми, финансовыми, материально-техническими ресурсами, методами управления.

Библиографический список:

1. Шкарин Владимир Вячеславович, Берсенева Е.А., Кураков Д.А.,. Сравнительный анализ результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала в целях формирования методологических аспектов контроля оптимальности организации процессов в медицинском учреждении // Вестник ВолГМУ. 2018. №3 (67).
2. Государственный доклад за 2019 г . http://16.rospotrebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=e952e8fb-d3f5-467a-a301-f3b082a9b477&groupId=10156
3. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: Экспериментальные исследования, клинические испытания, анализ фармацевтического рынка/ С.Н. Липач, А.В. Чубенко, Н.П. Бабич. – Киев: МОРИОН, 2000. – 192с.
4. Локтионова Н.Н., Фильчакова К.А. Применение математических методов исследования в медицине // Инновационная наука. 2015. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-matematicheskih-metodov-issledovaniya-v-meditsine.

СКРИНИНГ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ)

Ситдикова И.Д.[1], Фадеева С.А.[1], Халфиев И.Н.[2], Гордеева А.В.[1]

[1]*Казанский Федеральный университет*

[2]*Республиканский центр медицинской профилактики*

Меланома кожи – остается одной из самых агрессивных и быстротекущих злокачественных опухолей кожи [1]. Мероприятия направленные на профилактику и раннюю диагностику меланомы кожи увеличивают 20 летнюю выживаемость пациентов диагностированных на ранних стадиях выше 90 % [2]. Отмечается тенденция роста показателей

заболеваемости и смертности среди населения. В связи с этим встает вопрос о повышении эффективности мер раннего выявлении и профилактики меланомы кожи.

В целях профилактики в некоторых странах разработаны программы работы с населением. Основным аспектом данных профилактических программ является разъяснение населению о вреде ультрафиолетового излучения способного индуцировать развитие меланомы кожи и необходимости защиты от воздействия прямых солнечных лучей разными способами [3].

Ко вторичной профилактике меланомы кожи относится скрининговое обследоване лиц из групп высокого и очень высокого риска развития меланомы кожи с применением дерматоскопа и фотометра [4,5,6].

Библиографический список:

1.Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.

2. Green AC, Baade P, Coory M, Aitken JF, Smithers M. Population-Based 20-Year Survival Among People Diagnosed With Thin Melanomas in Queensland, Australia. J Clin Oncol. 2012;30: https://doi.org/10.1200/jco.2011.38.8561

3.Marks R Campaigning for melanoma prevention: a model for a health education program. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004 Jan;18(1)

4. Ситдикова И.Д., Мешков А.В., Габидуллина М.Р., Фадеева С.А., Иванова М.К., Гордеева А.В. Скрининг как способ формирования групп онкологического риска /Образование и здоровье в XXI веке.19-07-2017 Том 19-№ 10.

5.Фадеева С.А. Биоинженерные и медицинские аспекты ранней диагностики злокачественных новообразований кожного анализатора. Фадеева С.А., Ситдикова И.Д., Алимбекова Л.Р., Мешков А.В., Ракишев

Н.К., Дженалаев Т.Б., Гордеева А.В., Васильева Е.В., Деревенская А.Ю., Хузина Р.Р. /XVI Международная научно-практическая конференция “Advances in Science and Technology” 2018
6. Фадеева С.А. Новообразования кожи – реалии и перспективы (клинико-эпидемиологический и статистический вектора). Фадеева С.А., Ситдикова И.Д., Захарова Н.В., Ракишев Н.К. Дженалаев Т.Б., Гордеева А.В., Деревенская А.Ю., Хузина Р.Р. /XVI Международная научно-практическая конференция “Advances in Science and Technology” 2018

СОЦИАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ – КРИТЕРИЙ МНОГОАСПЕКТНОЙ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ситдикова И.Д.[1], Фадеева С.А.[1], Халфиев И.Н.[2], Гордеева А.В.[1]

[1]*Казанский Федеральный университет*

[2] *Республиканский центр медицинской профилактики*

Важным переломным этапом в развитии любого человека является подростковый период. На данный период приходится половое созревание, формирование организма и социальное созревание личности [1].

Не все подростки готовы к изменениям происходящим в организме, которые происходят с резкими сдвигами в эндокринной системе связанные с половым созреванием. Одной из главных задач психогигиены подросткового периода остается формирование у подростков правильного отношения к своему здоровью и социальной среде.

Нами было проведено анкетирование среди учащихся 10-11 классов общеобразовательных школ. В возрастной категории от 15 до 18 лет. У 94% опрошенных присутствует страх совершения ошибки. У 6% опрошенных - полное отсутствие страха совершения ошибки [2].

Опрос школьников в возрастной категории от 14 до 18 лет показал, 69% респондентов не уверены в своем будущем, 31 % - уверены в своем будущем. У большинства опрошенных отмечается низкий уровень самооценки(47%, P< 0,05) .

Большинство исследователей отмечают, уверенность подростков в себе и своем будущем приводит к успешной социализации подростков [3] . В настоящее время не найдены достоверные критерии и показатели социальной зрелости. Формирование оценочных систем лежит в сферах наук педагогических, медицинских, психологических, социологических.

Библиографический список:

1.Кулагина И.Ю., Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека/ Кулагина И.Ю. Колюцкий В.Н. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва 2001

2.Габидуллина М.Р. Актуальность социально-психологических исследований в условиях техногенеза современного типа/ Габидуллина М.Р., Камалетдинова А.А., Ситдикова И.Д., Япарова А.В., Васильева Е.В., Миннегулов М.Н., Фадеева С.А., Гордеева А.В., Гимадиев Р.И., Талипов И.Р.Окружающая среда и здоровье населения// материалы XXIX Всероссийской научно практической конференции 2018.

3.Папура А. А., Психологическое сопровождение подростков по формированию уверенности в себе как показателя субъективной оценки качества жизни: автореф. дис. кандидат психологических наук: 19.00.07 / А. А. Папура. — Ставрополь, 2011

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДЕ АЛЬМЕТЬЕВСК

Тафеева Е.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Регулирование качества питьевой воды остаётся важнейшим направлением охраны здоровья и улучшения качества жизни населения [1]. Питьевая вода из-за присутствия в ней химических веществ как природного, так и антропогенного происхождения является одним из ведущих эколого-гигиенических факторов влияния на здоровье населения [2, 3].

Альметьевск является наиболее крупным городом на территории Юго-Восточного региона Республики Татарстан. Основная часть населения города обеспечивается питьевой водой за счет Камского водозабора путем использования системы транзитных водоводов протяженностью 140 км и дополнительной очистки на Бигашевской водоочистной станции. Технологии водоподготовки Камской воды включают двухстадийное осветление с применением коагулянтов и флокулянтов (сульфат алюминия и полиакриламид «Praestol2530-TP», а также обеззараживанием гипохлоритом натрия. Население микрорайона Урсала обеспечивается за счет подземных водоисточников. Производственный контроль осуществляется в местах водозабора, перед поступлением в распределительную сеть, а также в точках водоразбора наружной и внутренней сети. Перед подачей в распределительную сеть Камская вода характеризуется благоприятными органолептическими свойствами, оптимальной минерализацией 377,5-538,0 мг/л и жесткостью 5,85-6,03 мг-экв/л, невысоким содержанием сульфатов 54,0-66,0 мг/л и хлоридов, низким содержанием фтора 0,047-0,088 мг/л. Содержание железа (0,1-0,19 мг/л), алюминия (0,04-0,098 мг/л) и хлороформа (0,097-0,142 мг/л) не превышает величины гигиенических нормативов. Вода подземных

водоисточников города по сравнению с Камской водой характеризуется более высокой минерализацией (435,0-660,0 мг/л), жесткостью (7,0-7,95 мг-экв/л), содержанием хлоридов (70,8-83,0 мг/л) и фтора (0,112-0,124 мгл). Содержание сульфатов соответствует гигиеническим требованиям и составляет 16,8-26,4 мг/л. Вода используемых подземных водоисточников полностью безопасна в радиационном отношении. В процессе транспортировки воды в распределительной сети происходит увеличение содержания железа (до 0,1-0,3 мг/л), что связано с изношенностью значительной части водопроводных сетей. Основная часть водопроводных сетей (более 70%) из стали, остальная – из полиэтилена низкого давления. Протяженность трубопроводов с истекшим сроком службы составляет порядка 135 км, а удельный вес сетей, нуждающихся в замене, превышает 50%. Данный фактор, безусловно, негативно сказывается на санитарной надежности централизованной системы водоснабжения в городе.

Библиографический список

1. Гигиеническое обоснование управленческих решений с использованием интегральной оценки питьевой воды по показателям химической безвредности и эпидемиологической безопасности / Ю.А. Рахманин, А.В. Мельцер, А.В. Киселев, Н.В. Ерастова // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96, № 4 – С. 302–305. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-4-302-305

2. Богданова В.Д. Гигиеническая оценка питьевой воды из подземных источников централизованных систем водоснабжения острова Русский / В.Д. Богданова, П.Ф. Кику, Л.В. Кислицына // Анализ риска здоровью. – 2020. - № 2. – С. 28-37. DOI: 10.21668/health.risk/2020.2.03

3. Оценка качества питьевой воды по результатам расширенных мониторинговых исследований и ее химической безвредности / М.Ю. Вождаева, А.Р. Холова, Е.В. Вагнер и др. // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97, № 2. – С. 117-124. DOI: 10.18821/0016-9900-2018-97-2-117-124

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Титова А.А., Панкратова О.Н., Билалова Р.Г., Калеева Е.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем нашей страны. Широкая продажа и «завуалированная» реклама алкогольных напитков, способствуют алкоголизации населения. Введение ограничений времени и мест продажи алкоголя, повышение акцизов, запрещение употребления алкоголя в общественных местах, законодательное признание пива алкогольным напитком, увеличение штрафов и сроков наказания за вождение в нетрезвом виде способствуют снижению злоупотребления алкоголем. Алкоголизация населения может характеризоваться системой показателей, среди которых алкогольные отравления, алкогольные психозы и хронический алкоголизм.

Ожидаемая продолжительность жизни является наиболее адекватной обобщающей характеристикой смертности населения, в том числе и от употребления алкоголя.

Таким образом, проблема изучения проявлений алкоголизации среди населения Республики Татарстан является актуальной.

Проведен анализ показателей заболеваемости и смертности от острых алкогольных отравлений по данным токсикологического мониторинга, заболеваемости хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами, ожидаемой продолжительности жизни. Для оценки потребления алкоголя были проанализированы физические объемы розничной продажи разных типов алкогольных напитков в натуральном выражении по данным Татарстанстата. Предполагалось, что весь алкоголь, проданный за год, потребляется в этот же период. Данный показатель дает лишь примерную оценку потребления алкогольных напитков населением,

т.к. учитывает лишь лицензионный алкоголь. Установлено, что последствия от злоупотребления алкогольных напитков утяжеляются с увеличением их крепости.

За период с 2008 по 2017г.г. показатель алкогольных отравлений с летальным исходом вырос в 1,2 раза. Заболеваемость алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом среди населения Республики Татарстан снизилась в 1,9 раза и на 25%, соответственно. При анализе структуры потребления алкогольных напитков в Республике Татарстан за 2008-2017 гг. отмечается снижение реализации в натуральном выражении крепкого алкоголя (водка, ликероводочные изделия, коньяки и коньячные напитки) в 1,7 раза. В Республике Татарстан за период с 2008-2017г.г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 61,96 до 74,2 года.

Законодательные ограничения на продажу алкогольных напитков привели к снижению реализации и как следствие к снижению потребления алкоголя населением Республики Татарстан. Принятие нормативных актов положительно сказалось на показателе острых алкогольных отравлений с летальным исходом, заболеваемости алкогольными психозами и хроническим алкоголизмом.

Изменения показателя ожидаемой продолжительности жизни не всегда наблюдается в тех муниципальных районах, где улучшилась ситуация по проявлению алкоголизации населения.

Таким образом, проводимая региональная политика, направленная на снижение потребления алкогольных продуктов, в наибольшей степени проявляется на мужском населении и, как следствие, благоприятно сказывается на росте ожидаемой продолжительности жизни. Требуется дальнейшее углубленное изучение влияние факторов алкоголизации на снижение ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Татарстан.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОНИТОРИНГА СИСТЕМЫ «ЗДОРОВЬЕ — СРЕДА ОБИТАНИЯ»

Фадеева М.А.[3], Ситдикова И.Д.[1], Фадеева С.А.[1], Халфиев И.Н.[2]

[1] *Казанский Федеральный университет*

[2] *Республиканский центр медицинской профилактики*

[3] *Самарский медицинский университет- Реавиз*

В последние годы в научном мире все больше акцент делается на всевозможные гаджеты облегчающие нашу жизнь. Современный мир уже не возможно представить без компьютеров, планшетов и смартфонов. Если подробнее изучить влияние всевозможных гаджетов на качество жизни, можно заметить, что с каждым годом все более понижается физическая активность людей. Снижается интерес к активным видам спорта у детей и подростков. Что приводит впоследствии к проблемам со здоровьем. Двигательная активность имеет большую роль в формировании костной и мышечной системы детей. Гиподинамия отрицательно сказывается на растущем организме ребенка [1].

Родители зачастую в погоне за ранним интеллектуальным развитием ребенка забывают о физическом развитии ребенка. Многочасовые занятия с одной стороны умственно утомляют детей, с другой стороны идет неправильное развитие костной и мышечной системы. В результате происходит неправильное формирование осанки ребенка и степень развития мускулатуры [2].

Оценка уровня физического состояния студентов - выпускников школ с углубленным изучением дисциплин показал более низкий результат по отношению к студентам из обычных школ [3].

Одним из достоверных критериев нарушения физического развития является индекс массы тела (ИМТ). Данный показатель имеет особую ценность при диагностировании детского ожирения. Проблема детского

ожирения в последние годы представляет собой значимую проблему для современного здравоохранения [4].

Исследованиями многих ученых достоверно доказано снижение силовых показателей в последние годы детей, подростков и молодежи. Снижение силовых показателей отмечается у лиц проводящих больше времени за компьютером, не проявляющих активного интереса к активным занятиям спортом и уделяющим больше времени к сидячему образу жизни [5].

Библиографический список:

1.Кабанов Ю.Н. Многофункциональное состояние детей с разным уровнем двигательной активности, проживающих в экологических условиях города и села./Кабанов Ю.Н. диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук / Новосибирский государственный педагогический университет. Новосибирск, 2005.

2.Рыжкова О.В. Положительные и отрицательные стороны использования гаджетов/Рыжкова О.В. Экономика и социум 2015 №2 – 5(15).

3. Намазова-Баранова Л.С./ Оценка физического развития детей среднего и старшего школьного возраста Намазова-Баранова Л.С., Елецкая К.А., Кайтукова Е.В., Макарова С.Г.,Анализ результатов одномоментного исследования. Педиатрическая фармакология. 2018; том 15(4).

4.Криволапчук И.А. Возрастная динамика и адаптационные изменения функционального состояния детей 5–14 лет под влиянием занятий физическими упражнениями. Автореферат диссертации доктора биологических наук, 2008.

5. Ямпольская Ю.А. "Физическое развитие школьников жителей крупного мегаполиса в последние десятилетия: состояние, тенденции, прогноз, методика скрининг-оценки"/ Диссертация в виде научного доклада доктора биологических наук. — М., 2000.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

Фадеева С.А.[1], Ситдикова И.Д.[1], Алимбекова Л.Р.[2]

[1]*Казанский Федеральный университет*

[2]*МСЧ Казанского Федерального университета*

По разным источникам от 30 до 40 % школьников имеют проблемы со сном. Исследования процессов и продолжительности сна школьников имеет большое значение не только с точки зрения нейрофизиологии, но и точки зрения психогигиены, психологии и педагогики [1].

По данным исследователей достоверно доказано наличие взаимосвязи между продолжительностью сна и успеваемостью школьников [2,3].

Гигиена сна школьников включает в себя не только сам процесс сна, но и правильную подготовку ко сну и другие факторы связанные со сном.

Исследования проведенные среди школьников показали,что большинство школьников не соблюдают регулярность времени отхода ко сну. Большая часть опрошенных причиной тому назвали игры на электронных устройствах или посещение социальных сетей [4].

В списке причин позднего отхода ко сну школьники средних и старших классов указали выполнение домашнего задания (87%,$P< 0,05$) и подготовку к олимпиадам (47%,$P< 0,05$), школьники выпускных классов - подготовка к ЕГ (88%,$P< 0,05$) и выполнение домашнего задания(87%,$P< 0,05$). Большинство опрошенных школьников ответили, что не соблюдают режим и гигиену сна (94%,$P< 0,05$)

Библиографический список:

1. Курганов С.А., Здоровый сон школьника как возможный инструмент профилактики негативного девиантного поведения/Курганов С.А., Новая наука: Проблемы и перспективы 2016 №7-2(91)

2.Сморчкова В.П Влияние сна на учебную деятельность и регуляцию поведения обучающихся младшего и старшего подросткового возраста/ Сморчкова В.П.,Курганов С.А. Перспективы науки и образования 2020 № 2 (44)
3. Курганов С.А Влияние продолжительности сна на успеваемость старших школьников. Инновации в современной науке: Материалы X международного осеннего симпозиума (29 ноября 2015г.) Сборник научных трудов / Научный ред. д. п. н., проф. С.П. Акутина. - М.: Издательство «Перо», 2015.
4.Грицина О.П., Особенности режима и качества сна современных школьников/ О.П. Грицина, Л.В. Транковская, Е.А. Лисецкая, Г.А. Тарасенко Здоровье. Медицинская экология. Наука 2 (78) - 2019

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Фролов Д.Н., Фролова О.А.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Увеличение численности лиц старше 60 лет и рост продолжительности жизни ориентирует человека на осознание собственной активной позиции в создании условий, которые способствовали бы сохранению здоровья и активной жизненной позиции на последнем этапе онтогенеза. В связи с этим проблемы, связанные с сохранением и продлением активного долголетия, являются востребованными и актуальными.

Цель исследования: сравнительная характеристика культуры самосохранительного поведения женщин старшего возраста.

Нами было проведено социологическое исследование особенностей образа жизни женщин от 50 до 70 лет, всего опрошено 330 респондентов,

проживающих на территории Республики Татарстан (РТ) пять и более лет. Проведена оценка следующих элементов культуры самосохранительного поведения: снижение уровня потребления алкогольной и табачной продукции, умеренные физические нагрузки, своевременное обращение за медицинской помощью, соблюдение правил здорового питания.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта №19-013-00848.

Данные проведенного социологического исследования показали, что большинство респондентов (73,2%) не следуют принципам здоровьесохраняющего поведения. С возрастом уменьшается число лиц, имеющих регулярную физическую нагрузку (150 минут в неделю), и следующих правилам здорового питания. В результате индекс массы тела выше нормы в возрасте 50-60 лет наблюдается у 54,3% респондентов, у лиц старше 60 лет - в 67,1% случаев, что увеличивает риск развития хронических неинфекционных заболеваний. Из числа опрошенных женщин 82,3% утверждают, что регулярно не употребляют алкогольную продукцию, 74,8% не курят.

С целью профилактических осмотров в медицинские учреждения обращаются только 21,7% женщин до 60 лет и 6,3% респондентов старшей возрастной группы. Большинство (85,2% опрошенных) посещают лечебные учреждения более 1 раза в год с целью получения лечения и подбора лекарственных препаратов.

Таким образом, у большинства женщин старшего возраста превалирует нездоровый образ жизни, при этом они не посещают лечебные учреждения для использования возможности ранней диагностики заболеваемости. Необходима целенаправленная политика по формированию культуры самосохранительного поведения среди старшего поколения, как средства улучшения качества жизни, здоровья и психоэмоционального состояния человека. Повышение уровня культуры,

образования, осознание ценности здоровья приведет к снижению смертности и росту продолжительности жизни.

АНТИОКСИДАНТЫ В ПИТАНИИ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Фролова О.А., Юсупова Н.З., Лядова И.В.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

В настоящее время активно изучаются механизмы, лежащие в основе старения, обуславливающие предрасположенность ко многим заболеваниям, в том числе и болезням, ассоциированным со старением. Образование свободных радикалов является постоянно происходящим в организме процессом, но в молодом возрасте это физиологически сбалансированный процесс за счет активности эндогенных антиоксидантных систем. Витамины А, β-каротин, Е и С, являясь элементами антиоксидантной системы, препятствуют чрезмерной активации процессов свободнорадикального окисления и накоплению в организме активных форм кислорода, которые оказывают повреждающее воздействие на молекулы липидной, белковой природы и нуклеотиды, обуславливая развитие патологии.

Нами проведена оценка потребления витаминов-антиоксидантов женщинами в возрасте от 60 до 80 лет, всего 330 респондентов, проживающими на территории Республики Татарстан. Фактическое питание изучено методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания с использованием альбома порций продуктов и блюд (МР С1-19/14-17, 1996). Пищевая и биологическая ценность рационов анализировалась по показателям, регламентируемым «Нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» (МР 2.3.1.2432-08).

Среднесуточное поступление витаминов-антиоксидантов с питанием у женщин после 60 лет характеризуется как недостаточное. Выявлено достоверно низкое поступление витамина А - 580±14,5 мкг рет. экв./сут. (норма 900 мкг рет. экв./сут.); β- каротина – 2,1±0,3 мг/сут., при норме потребления 5 мг; витамина Е – 12,1±1,3 мг ток.экв., рекомендуемое значение – 15 мг ток.экв.; витамина С – 28,6±1,9 мг (норма 90 мг в день).

Количественное содержание витамина А и ß-каротина в рационах питания женщин в 2 и более раза ниже нормы. Показатели ежедневного потребления витамина С - в 3 раза меньше рекомендуемых. Изученные рационы содержат недостаточное количество витаминов А в 65% случаях и Е у 42% респондентов. В 87% случаях выявлен низкий уровень потребления с пищевыми продуктами ß-каротина. Количество витамина С в питании респондентов не достигает рекомендуемого значения у 92% женщин.

Недостаток поступления витаминов с пищей – проблема большинства цивилизованных стран, которая возникла вследствие снижения энергозатрат и уменьшения количества пищи, потребляемой современным человеком. Недостаточность витаминов-антиоксидантов в пище, в сочетании с высоким их расходованием в старшем возрасте, приводит к росту заболеваемости, в основе которой лежит окислительный стресс, к ухудшению качества и уменьшению продолжительности жизни населения.

Таким образом, с целью профилактики заболеваний, в основе патогенеза которых лежит окислительный стресс, необходима оптимизация обеспеченности организма микронутриентами, обладающими антиоксидантной активностью при помощи витаминных комплексов, биологически активных добавок к пище и обогащённых данными микронутриентами продуктов питания.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта №19-013-00848.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 14-17 ЛЕТ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ

Федорова О.К., Карпова М.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Отставание физического развития детей у школьников - самая изучаемая проблема в гигиене детей и подростков на сегодняшний день [1]. Наибольший интерес к изучению, с научной точки зрения, представляют подростки 14-17 лет [2]. Актуальность проведения исследования физического развития детей и подростков отражена в Постановлении Правительства РФ №916 от 29.12.2001г. [3].

Целью исследования явилось изучение состояния физического развития подростков, обучающихся в сельской школе. Как показали результаты исследования, распространенность отклонения физического развития у подростков за счет дефицита массы тела превышает число случаев за счет избытка массы тела в 4 раза. Для определения связи дефицита массы тела с питанием был проведен анализ 14-дневного меню питания МБОУ «Савгачевская СОШ» Аксубаевского муниципального района. Так, в среднем за день по калорийности на обед и полдник приходится примерно 850 ккал, что не соответствует рациональному распределению энергетической ценности по отдельным приемам пищи для подростков 11-17 лет [4] и свидетельствует о недостаточном питании [5].

Выявленные отклонения в состоянии здоровья подростков в виде дефицита или избытка массы тела, несоблюдение требований к организации питания в части энергетической ценности подтверждают важность проведения работы по выполнению Поручения Президента Российской Федерации В.В.Путина из Послания Федеральному Собранию

по организации здорового питания школьников [6], а также реализации мероприятий федерального проекта «Укрепление общественного здоровья», входящего в состав национального проекта «Демография» [7].

Библиографический список:

1. Мальцев С.В., Зарипова Р.Т., Заболотная Л.Н. Показатели физического развития и белково-энергетического статуса у здоровых подростков и при дефиците массы тела в Республике Татарстан / Российский вестник перинатологии и педиатрии, №6-2009. - С. 92-97.

2. Савченков Ю.И. Возрастная физиология (физиологические особенности детей и подростков). Учебное пособие для студентов пед.вузов / Савченков Ю.И., Солдатова О.Г., Шилов С.Н.-М.: Гуманитраный изд.центр ВЛАДОС,2014. -143 с.

3. Постановление Правительства РФ №916 от 29.12.2001 г. «О проведении мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи», [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://base.garant.ru/12125274/ (дата обращения 13.08.2020 г.).

4. Скурихин И.М. Химический состав пищевых продуктов. Кн. 1: Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов. Под ред. проф., д-ра техн. наук И. М. Скурихина, проф., д-ра мед. наук М. Н. Волгарева — 2-е изд., перераб. и доп. —М.: ВО «Агропромиздат», 1987. — 224 с.

5. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации: —М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2009.—36 с.

6. Паспорт национального проекта «Демография», [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://static.government.ru/media/files/Z4OMjDgCaeohKWaA0psu6lCekd3hwx

2m.pdf (дата обращения 13.08.2020 г.).
7. Послание Президента Федеральному Собранию [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.kremlin.ru/events/president/news/62582 (дата обращения 13.08.2020 г.).

УСЛОВИЯ ТРУДА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕХАНИЗАТОРОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

Шарафутдинова Г.Р.

Республиканский центр профпатологии МЗ РТ

Профессия механизатора (тракториста) сельского хозяйства, несмотря на численное сокращение работающих и парка машин, является одной из основных и наиболее часто встречаемых. Наиболее объективными критериями оценки условий труда механизаторов являются показатели профессиональной заболеваемости, формирующейся под непосредственным влиянием на них неблагоприятных производственных факторов [1].

Целью исследования явилось изучение условий труда и профессиональной заболеваемости механизаторов сельского хозяйства.

Материал и методики. Анализ выполнен на основе данных Республиканского центра профпатологии Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан за 2018 год.

Результаты и обсуждение. Анализ санитарно-гигиенических характеристик условий труда трактористов показал, что при эксплуатации сельскохозяйственной техники механизаторы подвергаются воздействию комплекса неблагоприятных производственных факторов, таких как, общая и локальная вибрация, производственный шум выше предельно допустимых величин.

По результатам оценки тяжести трудового процесса механизатора по ряду показателей условия труда могут относятся к вредным условиям труда 1-й степени (масса поднимаемых и перемещаемых грузов вручную) или 2-й степени (вынужденная рабочая поза со значительным физическим и статическим мышечным напряжением).

Вибрационная болезнь была диагностирована у 87,5 % обследованных трактористов, двусторонняя нейросенсорная тугоухость – у 50%. В 75% случаев была выявлена пояснично-крестцовая радикулопатия, 25% - артрозы лучезапястных, локтевых суставов, вызванная воздействием локальной вибрации.

Случаи впервые установленных профессиональных заболеваний механизаторов в 2018г регистрировались в 6 административных территориях РТ.

Наиболее высокий удельный вес связи заболевания с профессией у трактористов со стажем 31-40 -лет (50%), со стажем 20-29 лет – 37.5%, в других возрастных категориях -12.5%

Среди трактористов с впервые установленным профессиональным заболеванием преобладали лица в возрасте 51-60 лет (62,5%).

Вибрационная патология у механизаторов начинает формироваться на 9-10 году работы на сельскохозяйственной технике и достигает максимума при стаже более 30 лет (75% случаев вибрационной болезни).

Поражения опорно-двигательного аппарата проявляются преимущественно в виде пояснично-крестцовой радикулопатии, распространенность которой возрастает по мере увеличения стажа и достигает пика к 30 годам работы.

Развитие профессиональной тугоухости зависит, прежде всего, от уровня воздействующего шума и длительности контакта с ним. При уровне шума 90-95 дБА профессиональная тугоухость, как правило, регистрируется у механизаторов со стажем работы 10-12 лет.

Таким образом, механизаторы к 45-50 годам в 70-80% случаев страдают профессиональными заболеваниями.

Библиографический список:

1. Безрукова, Г.А. Структура профессиональной заболеваемости механизаторов сельского хозяйства / Г.А. Безрукова, М.Л. Шалашова, В.Ф. Спирин, Т.А. Новикова // Материалы XII Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье» и V съезда профпатологов, г. Москва, 27—30 ноября 2013г. — М.: ООО Фирма «Реинфор». — С. 103 —105.

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ В МЕДИЦИНЕ

(в данном разделе представлены работы студентов медицинских вузов)

СОБЛЮДЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ НОРМ ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТРОЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Аксенова К.О., Смирнова О.М.

Научный руководитель – к.ю.н. Смирнова О.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Санитарные правила и нормы устанавливаются на общегосударственном уровне и действуют для всех без исключения в РФ [1].

Каждое из правил, которое предписано государственной санитарно-эпидемиологической службой, создано для того, чтобы минимизировать опасность от столкновения с агрессивной окружающей средой в медицинском учреждении и не допустить инфекционных заболеваний у пациентов или персонала [2].

Согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 мая 2020 года № 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» в настоящее время, в условиях пандемии, соблюдение всех санитарных правил и норм процедурными медицинскими сестрами имеет особо важное значение. Их целью является снижение заболеваемости, летальности и экономического ущерба от госпитальных инфекций. Небрежность или ошибка могут оказаться чрезвычайно опасными для пациента и привести к необратимым последствиям [3].

Так как процедурная медицинская сестра относится к группе риска заболевания COVID-19, то одними из нововведений этого постановления являются обязательное ношение средств индивидуальной защиты при работе с пациентами (масок, перчаток, защитной экипировки), соблюдение правил личной гигиены (мытье рук, использование антисептика) и организация социальной дистанции от 1,5 до 2 метров [3].

Таким образом, трудно переоценить важность соблюдения всех санитарно-эпидемиологических правил, ведь от этого напрямую зависит здоровье и безопасность как пациентов, так и медицинских работников. Медицинские работники, набираясь опыта на практике, делают выводы, внося неоценимый вклад в будущее профилактической медицины. Ситуация в мире показала, насколько значимым на сегодняшний момент является правильный подход в профилактике распространения инфекционных заболеваний.

Библиографический список:

1.Постановление "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" от 18 мая 2010 года № 58 // http://www.consultant.ru

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" от 23 июля 2010 г. N 541н // http://www.consultant.ru

3.Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 "Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" от 22 мая 2020 года № 15 // http://www.consultant.ru

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ансимова П.В.

ФГБОУ ВО «Курский ГМУ» Минздрава России

На данный момент в России среди лиц трудоспособного возраста патологии опорно – двигательной системы составляют проблему около 1,7 млн человек. Наиболее часто встречается остеоартроз коленного сустава, проявляющийся повреждением кости, связочного аппарата, синовиальной оболочки, мышцы. К факторам риска относят ожирение, травму коленного сустава, физическое перенапряжение во время профессиональной деятельности.

Цель: исследовать структурное состояние коленного сустава, выполнить оценку микроциркуляторного русла и состояния звеньев гомеостаза у пациентов с патологиями суставов, обусловленными профессиональной деятельностью.

Материалы и методы: были исследованы 79 мужчин с патологиями опорно – двигательного аппарата.

Данным пациентам было выполнено исследование сосудисто – тромбоцитарного и плазменно – коагуляционного гемостаза, проведена артроскопия коленных суставов [2].

Результаты исследования. У 80 % исследуемых пациентов количество тромбоцитов было в переделах нормы. Сосудисто – тромбоцитарный гемостаз характеризовался повышением агрегационных свойств крови. У 27% пациентов отмечается повышение в 1,3 раза фактора Виллебранда, представляющего собой маркер эндотелиальной дисфункции. Плазменно – коагуляционный гемостаз характеризовался уменьшением показателя активированного парциального тромбопластинового времени в 1, 4 раза по сравнению с нормой.

Наблюдалось увеличение в 1,6 раз показателей фибринолиза у 37% исследуемых больных.

При артроскопии было установлено, что у 39 % пациентов наблюдаются разрывы передней крестообразной связки, у 29% больных - изолированные поражения менисков, у 17 % исследуемых были патологические поражения синовиальных складок, у 10% пациентов - перелом мыщелков, у 5% больных - привычный вывих надколенника [1].

Заключение. У пациентов с патологиями опорно – двигательного аппарата, возникающими в результате профессиональной патологии, выявлены спастико – спазматический тип микроциркуляции, поражения звеньев гемостаза со склонностью к повышенной агрегации тромбоцитов, гиперфибриногенемии и гиперкоагуляции. Это способствует структурному изменению менисков, патологии крестообразных связок, формированию хондромаляции.

Библиографический список

1.Измеров Н. Ф. и др. Инновационные подходы в диагностике и лечении профессиональных заболеваний (на модели болезней суставов) //Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – №. 10. – С. 2-6.

2. Пузин С. Н. и др. Профессиональные заболевания и инвалидность у профессиональных спортсменов //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – №. 3. - С.14-19.

РАЗВИТИЕ ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЧЕЛОВЕКА

Баженова А.А., Смирнова О.М.

Научный руководитель к.ю.н., доцент Смирнова О.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В настоящее время профилактическим направлением молекулярной медицины стала предиктивная (персонализированная) медицина (ППМ), основные особенности которой индивидуальный характер и профилактическая направленность. Основные положения ППМ и генетического тестирования (ГТ), как методической основы ППМ, а также концепция «генетического паспорта» были сформулированы еще в 1999 г, а сегодня в условиях цифровизации медицины стал вопрос о сохранении конфиденциального характера персональных (генетических) данных человека [1].

Известно, что около 1,5 % болезней человека обусловлены мутациями отдельных генов. Это наследственные болезни, точность диагностики которых очень высока и приближается к 100 %. Все остальные болезни являются результатом сочетанного эффекта неблагоприятных внешних факторов и индивидуальных особенностей генома, делающих человека чувствительным к заболеванию. Отсюда и их название — мультифакторные заболевания (МФЗ).

В последние годы экологических факторы оказывают огромное влияние на здоровье человека. Появилась большая группа заболеваний, в патогенезе которых экологическое влияние вредных факторов прослеживается особенно отчетливо. Их определяют как «экогенетические болезни». Причина их возникновения кроется не только в ухудшении экологических условий, но и в повышенной индивидуальной чувствительности к действию повреждающих факторов [2].

Для каждого МФЗ характерен свой специфический набор генов — генная сеть или т. н. функциональный генетический модуль (ФГМ), в котором различают центральные и периферические гены. Дальнейший анализ показал, что ФГМ разных болезней связаны между собой многими разными генами (1); мутации различных генов могут приводить к одинаковым МФЗ, а мутации (полиморфизмы) одного гена могут быть ассоциированными с разными МФЗ (2); мутации центральных генов ФГМ чаще ассоциированы с опухолями и ранней смертностью (3); мутации (полиморфизмы) периферических генов ФГМ играют основную роль в фенотипической изменчивости и развитии МФЗ (4); наличие перекрывающихся ФГМ МФЗ доказывает патогенетическую близость разных МФЗ.

Выяснение ФГМ каждого МФЗ, идентификация в ней центральных генов и генов-модификаторов, анализ ассоциации их аллелей с заболеванием, разработка на этой основе комплекса профилактических мероприятий для лиц, относящихся к группе высокого риска, а в последствии и для конкретного пациента является главной задачей предиктивной (предсказательной) медицины.

Библиографический список:

1. Баранов В. С., 2000. Программа «Геном человека» как научная основа профилактической медицины // Вестник РАМН. № 10. С. 27–37.

2. Баранов В. С., 2009. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины. СПб: Изд-во Н-Л. 528 с.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ СТРЕССА И НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Бронских Н.А., Попова О.С.

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России

Введение: несмотря на повышенный интерес общества к вопросам здорового образа жизни, согласно статистическим данным за 2020 год, каждый пятый человек на Земле диагностирован с различными видами расстройств пищевого поведения. Адаптация к новым условиям обучения, значительные психоэмоциональные нагрузки, испытываемые учащимися в течение учебного года, специфика обучения в учреждении образования, обеспечивающем получение высшего медицинского образования, могут оказывать негативное влияние на состояние здоровья

Цель исследования: выявление связи между уровнем стресса и нарушением пищевого поведения.

Материалы и методы: материалы собраны методом одномоментного анкетирования, с помощью Google формы. Для оценки результатов ПП использовалась методика DEBQ [1] Для оценки уровня стресса использовалась методика С.Коухена и Г.Виллиансона, позволяющая выявить, самооценку стрессоустойчивости у студентов [2].

Результаты и обсуждение: по методике DEBQ было установлено, что 63% опрошенных студентов имеют нарушения пищевого поведения. При этом 17,9 % респондентов имеют ограничительное (диетическое) пищевое поведение, т.е. это избыточные пищевые самоограничения и бессистемные строгие диеты [3].

Также среди лиц, имеющих нарушение пищевого поведения, определена высокая распространенность такого типа нарушения пищевого

поведения, как эмоциональное пищевое поведение - 57,5%. Студенты данной группы склонны «заедать» эмоции.

Экстернальный тип пищевого поведения выражается в том, что человек не заедает эмоции, а часто употребляет пищу не из чувства голода, а «за компанию». Данный тип нарушения был выявлен у 25% респондентов.

В заключительном этапе исследования мы оценили уровень стрессоустойчивости по методике С.Коухена и Г.Виллиансона. Как выяснилось, 18,4% студентов легко вывести из равновесия, постоянно ощущают себя «нервозными» и подавленными - 18 %, часто испытывают трудности с которыми как им кажется, невозможно справиться 11,8 % и только 51,8% считают, что могут успешно преодолеть свои личные проблемы.

Вывод: На этапе исследования было выявлено, что только 37% опрошенных не имеют нарушений пищевого поведения. Студенты медицинского университета имеют низкий уровень стрессоустойчивости и только 51,8% могут успешно преодолевать свои личные проблемы. Коэффициент корреляции составил 0,68 (высокий уровень). У студентов, которые чаще «заедают» эмоциональный дискомфорт, выявлены более выраженные изменения пищевого поведения.

Библиографический список:

1. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения: Учеб.пособие; 2007.- 236 с.

2.Верещагина А. А., Колчанова А. Н. Стресс: причины, следствия, защита // Вопросы экономики и управления. — 2016. — №5.1. — С. 117-119.

3. Воробьев Р.И. Питание и здоровье. - М.: Медицина. 2010. - 156 с.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОСВОЕНИЮ ИСТОРИИ ГИГИЕНЫ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Димухаметова А.М.

Руководитель: д.м.н., профессор Радченко О.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Современными исследователями отмечается, что изучение студентами-медиками истории становления и развития земской медицины (в том числе «общественной гигиены») должно не просто пополнить «багаж знаний» будущего врача, но и привести его к осознанию масштаба того вклада в развитие профессии, который был сделан отечественными учеными. Так же это может способствовать *формированию* таких качеств, как милосердие, добротворчество, высокое чувство гуманности, необходимых в будущей профессии [3]. Изучение закономерностей формирования и деятельности системы земского здравоохранения в условиях реформирования местного самоуправления и дефицита финансирования может явиться предметом дополнительного сравнительного изучения развития современного здравоохранения [2].

Целью работы являлось составление перечня наиболее значимых и интересных событий, достижений ученых, вошедших в историю становления и развития Казанской гигиенической школы для разных факультетов.

Студентам всех специальностей необходимо знать, что гигиену в Казанском университете начали преподавать с 1814 года – с момента основания Медицинского факультета Императорского Казанского Университета, для слушателей которого преподавание *элементов гигиены* входило в обязанности кафедры анатомии, физиологии и судебной медицины. Позже, к 1836 году, общественная гигиена была выделена в самостоятельный курс обучения при кабинете судебной

медицины. Становление и развитие первой кафедры гигиены в России связано с именем Аркадия Ивановича Якобия – основателя двух кафедр гигиены в Казанском и Харьковском университетах [1].

А.В. Петров и Щербаков А.Я., пропагандируя необходимость развития параллельно с лечебным санитарно-гигиенического направления земской медицины, подчеркивали, что «необходимо не излечение отдельных случаев, а уничтожение, или, по крайней мере, ослабление причин, производящих болезнь». Кроме того, в работе представлена схема санитарной организации, разработанная авторами. Суть ее заключалась в том, что центральным учреждением, осуществляющим руководство всей санитарной деятельностью, должен был стать губернский санитарный комитет, состоящий из представителей земства и врачей. Во главе комитета, по их мнению, необходимо было поставить врача-гигиениста. Одним из условий эффективной деятельности комитета предполагалась его независимость от Губернской Управы, а подчинение - непосредственно Земскому Собранию [3].

Научные работы казанских гигиенистов отличались высокой актуальностью и научной новизной. За период существования кафедры гигиены Казанского университета и медицинского института ее возглавляли такие известные ученые и талантливые преподаватели, как А.И. Якобий, И.П. Скворцов, М.Я. Капустин, К.Э. Добровольский, А.Н. Раммуль, В.В. Милославский, Ш.Х. Жданов, А.Т. Гончаров [1].

Библиографический список:

1. Альбицкий, В.Ю. Роль казанских ученых в развитии отечественной гигиены / В.Ю. Альбицкий, А.Б. Галлямов, М.М. Гимадеев // Казанский медицинский журнал. — 1994. — № 3. С.161—166.

2. Морозова Е.В. Организация земского здравоохранения в казанской губернии во второй половине 19 – начале 20 века / Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности

07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки). – Казань. - 2014 г. – 194 с.
3. Островская Л.В. Формирование педагогической культуры и этики в системе подготовки студентов-медиков / Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора педагогических наук по специальности 13.00.01. – Москва. – 2004. – 44 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Дмитриев М.В., Андреев В.А.
ФГБОУ ВО «Смоленский ГМУ» Минздрава России

В настоящее время одним из основных вызовов долгосрочному развитию России является негативная тенденция к снижению численности населения за счет распространения социально-значимых и хронических неинфекционных заболеваний.

В связи с этим в Смоленском государственном медицинском университете организуются выезды в сельские поселения сотрудников клинических кафедр, ординаторов, студентов-волонтеров. Одной из задач проекта является углубленный осмотр пациентов сельской местности с целью диагностики серьёзных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, лиц с метаболическим синдромом и др.

Цель исследования: Выявление социально значимых и хронических неинфекционных заболеваний у жителей сельской местности с учетом нозологической уязвимости различных возрастных групп.

Материал и методы: В результате выезда участников проекта в Смоленскую область (г.Демидов, с.Даньково, с.Темкино) был оказан

медико-консультативных прием, который дополнялся аппаратно-диагностическими исследованиями 203 сельским жителям в возрасте от 7 до 91 года (средний возраст 52,2 ± 2,3 года). Из них 91,1% женщин (средний возраст 53,1 ± 2,5 года), 8,9% – мужчин (средний возраст 47,8 ± 5,6 года).

Результаты: На всех участников обследования заводились индивидуальные регистрационные карты, в которые заносились социальный статус и данные о результатах консультативно-диагностического приема. В результате их обработки получены следующие результаты. Состоят в зарегистрированном браке 46,2 %, не состоят в браке 53,8%. Из не состоящих в браке более половины являются вдовами (вдовцами). Инвалидность 2 группы имеют 6,5%, 3 группы 4,3%. Достоверных различий по наличию инвалидности на мужской и женской выборке не выявлено ($p>0,05$). Из опрошенных жителей оказалось, что высшее образование имеют 29,03%, профессиональное среднее – 46,2%, среднее – 21,5%, основное – 3,2%. Из их числа работающих 34,5%, пенсионеров – 43,01%, студентов – 16,1%, не работающих – 5,4%.

Наиболее востребованными специалистами были кардиолог, его посетили 39,6% пришедших, офтальмолог (33,9%) и невролог (29,8%). Прошли обследование УЗИ внутренних органов 31,9% местных жителей.

Среди выявленных диагнозов при обследовании лидирующую позицию занимает артериальная гипертензия 46,5±4,2 %. Пресбиопия глаз 29,9±5,2%, катаракта 13,2±2,8%. Ишемическая болезнь сердца 15,9±3,1%. Болезни ЖКТ распределились от 2,6% до 9,1%.

Выводы: Организационные выезды в сельские поселения сотрудниками клинических кафедр, ординаторов, студентов-волонтеров университета помогают предупреждению, своевременному выявлению заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов зрения, желудочно-кишечного тракта и др., что направлено на снижение темпов роста и

распространения социально значимых и хронических неинфекционных заболеваний.

КАЧЕСТВО ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Кочеткова Т.А., Филиппова О.А., Филиппова С.Ю.

Научный руководитель ст. преподаватель Филиппова С.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Одно из самых распространенных веществ на Земле - вода. В соответствии с требованиями законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения питьевая вода, должна быть безопасна в эпидемическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу и иметь благоприятные органолептические свойства [1].

Наиболее распространенными инфекционными заболеваниями передаваемыми водным путем являются: гепатит А, аденовирусные и энтеровирусные инфекции, кишечные инфекции бактериальной природы, к которым относятся холера, брюшной тиф, паратифы А и Б, различные энтериты и энтероколиты, которые вызывают у человека тяжелые поражения кишечника, центральной нервной системы, кожи и слизистых оболочек и несут в себе угрозу летального случая развития заболевания.

Заболевания неинфекционного характера, связанные с водой, могут зависеть от ее химического состава. Так, например, минерализация воды характеризуется двумя аналитически определяемыми показателями: сухим остатком (мг/л) и жесткостью (ммоль/л). Вода с уровнем сухого остатка 100 (мг/л) и менее считается демирализованной и ее употребление приводит к нарушению водно-электролитного баланса, что сказывается на работе сердечно-сосудистой системы. Увеличение жесткости воды, в

частности сульфатов, определяет заболеваемость желче- и мочекаменной болезнью, заболеваемость сердечно-сосудистой системы.

При увеличении содержания в воде селена нарушается развитие эмали у детей, функционирование печени. Увеличение показателей марганца приводит к появлению аллергических реакций, болезней кожи и подкожной клетчатки, увеличивает риск развития болезней крови.

Избыточное содержание железа разрушает печень, иммунную систему, увеличивает риск инфаркта, вызывает аллергические реакции, негативно влияет на репродуктивную функцию организма.

Повышенное содержание нитратов в воде вызывает у детей и взрослых метгемоглобинемию, что приводит к патологическим изменениям со стороны всех система организма [2,3,4].

Все вышеизложенное подтверждает необходимость соблюдения контроля качества воды с целью сохранения здоровья населения.

Библиографический список:

1. СанПиН 2.1.4.1074-01 «Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. Гигиенические требования к обеспечению безопасности систем горячего водоснабжения».

2. Мысякин А.Е. Гигиеническая оценка качественного состава питьевой воды при централизованном водоснабжении в зависимости от типов водопроводных труб и режимов водопользования: дис. к.м.н.: 14.02.01/ Мысякин Александр Евгеньевич; ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – Москва, 2010.- 121с.

3. Вода питьевая ГОСТ 2874-82: Гигиенические требования и контроль за качеством. // М., Издательство стандартов, 1997. – 361 с.10.

4. СанПиН 2.1.4.1175-02 «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения».

МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Крыкова В.Е., Смирнова О.М.

Научный руководитель - к.ю.н. Смирнова О.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Медицинские сестры стоматологического кабинета, выполняя свою работу, зачастую приобретают профессиональные заболевания.

К развитию профессиональных заболеваний приводит длительное пребывание в нерациональной позе, что вызывает быстрое развитие функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата [1].

Профилактика профессиональных заболеваний среднего медицинского персонала стоматологического кабинета сегодня является во многом направлением, которое полностью зависит от ответственности самого медицинского работника.

Учитывая сложность профессии, государство все - таки принимает меры, необходимые для сохранения здоровья медицинской сестры. Одна из них – социальная защита.

Одной из мер социальной защиты по-прежнему является досрочный выход на пенсию по выслуге лет.

Согласно ТК РФ работодатель должен соблюдать порядок предоставления выходных дней и ежегодных оплачиваемых отпусков по соглашению между работником и работодателем - физическим лицом. Соблюдение данных требований является некой профилактикой профессиональных заболеваний [2] .

Изучив меры социальной защиты медицинской сестры, можно отметить, что современное законодательство РФ практически не учитывает специфическую деятельность медицинской сестры стоматологического кабинета. Поэтому мы рекомендуем на уровне отдельно взятой

медицинской организации создавать систему дополнительной профилактики профессиональных заболеваний:

- стоматологическим клиникам можно сотрудничать с медицинскими центрами, которые могут предоставлять скидки на свои процедуры;

- юрист медицинской организации должен осуществлять мониторинг соблюдения режима труда медицинских работников;

- проводить несколько раз в день профилактическую лечебную физкультуру для сотрудников;

- создавать комнаты физической разгрузки, где сотрудники во время перерыва могли бы не только посидеть, но и полежать;

- проводить беседы с сотрудниками о возможных профессиональных заболеваниях и методах их профилактики.

Библиографический список:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.04.2012 г. N 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.05.2012 N 24168) - [Электронный ресурс] - Справочно-правовая система «Консультант Плюс» // http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi

2. Трудовой кодекс Российской Федерации; от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 16.12.2019) [Электронный ресурс]. Информационно-правовой портал «Консультант Плюс». // http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПЫЛЕВОГО И ШУМОВОГО ФАКТОРОВ НА САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БЛИЗОСТИ АВТОМАГИСТРАЛИ

Мамаев М.Э., Кучкин Н.О., Попова О.С.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

На нарушение сна студентов влияют неудовлетворительные параметры внутренней и внешней среды. Как показали результаты

медико-биологических исследований, каждый децибел шума сверх допустимой нормы и длительное воздействие выхлопных газов отрицательно влияет на нервную систему и органы кровообращения [1,2] .

Целью нашего исследования стала оценка влияния пылевого и шумового факторов на самочувствие студентов, проживающих в общежитиях с различной близостью расположения по отношению к автомагистрали. Материалы и методы: анкетирование, измерение физических факторов [3,4], описательный и аналитический методы. Объекты исследования - студенты, проживающие на 4 этаже в общежитиях университета с разной ориентацией окон, и внутренняя среда комнат общежития. Общежитие № 1 - окна выходят во двор, общежитие № 2 - на автомагистраль.

Результаты исследования показали, что в общежитии № 1, при закрытых окнах средний уровень шума равен 17,32 дБа, в общежитии № 2 - 17,58 дБа. Результаты оценки уровня запылённости в помещениях показали, что концентрация всей витающей в воздухе пыли в комнатах обоих общежитий не превышает норматив. Однако, в общежитии с ориентацией окон во двор (№1) средний вес пыли после проведения исследования составляет 0,082 г. при открытом окне, в общежитии № 2 - 0,088 г.

По результатам анкетирования было установлено: 50% студентов, проживающих в общежитии № 1, считают, что воздух в их комнате загрязнён, в общежитии № 2 - 60% проживающих; считают необходимым проведение влажной уборки 2 раза в неделю 34% студентов проживающих в общежитии № 1 , в то время как в общежитии № 2 - 80%. При закрытых окнах шум с улицы слышат 50% опрашиваемых из общежития № 1 и 60% из общежития № 2. Шум с улицы мешает заснуть 34% опрашиваемых студентов общежития № 1 и 40% общежития № 2.

Таким образом, уровень шума и запылённость в комнатах обоих общежитий не превышает норму. Однако, запылённость комнат, окна которых выходят на автомагистраль выше, чем в комнатах с видом на двор, что подтверждают результаты анкетирования студентов. Данный факт повышает риск развития заболеваний дыхательной системы, и увеличивает нагрузку на центральную нервную систему [1,2].

Библиографический список:

1. Дубинин, Д.А. Анализ влияния пыли на здоровье человека и окружающей среды / Д.А. Дубинин, А.В Дериченко, А.О. Викторова // Инженерный вестник Дона, №1 (2019) - 2019 г.

2. Погонышева, И.А. Влияние шума на психофизиологические параметры и работоспособность организма человека / И.А. Погонышева, Д.А. Погонышев, А.А. Крылова // Вестник НВГУ. № 1/2015

3. ГОСТ 23337-2014. Шум. Методы измерения шума на селитебной территории и в помещениях жилых и общественных зданий. - Взамен ГОСТ 23337-78; введ. с 01.07.2015 по 01.06.2019. - Москва: 2015. - 31 с.

4.ГОСТ 54578-2011 «Воздух рабочей зоны. Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия»: Москва стандартинформ, 2012 - 15 с.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ШВЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Назырова А.Р.

Научный руководитель – к.б.н. Максименко Л.В.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,

Медицинский институт

Работники, занятые в швейном производстве, подвержены риску развития определенных профессиональных заболеваний.

По классу болезней костно-мышечной системы по причине повышенных физических нагрузок, длительного поддержания

вынужденной рабочей позы, частых наклонов туловища и многократно повторяющихся однообразных движений мышц плечевого пояса у них возникает риск таких заболеваний как остеохондроз, эпикондилит, тендинит, кистевой и запястный синдромы, синдром нижней части спины, позвоночная грыжа, искривление позвоночника, спазм трапециевидной мышцы, остеоартрит коленей. Большая заболеваемость у работников швейного производства наблюдается по классу органов дыхания. Воздействие вредных химических веществ, в частности формальдегида, текстильных красителей, нагретых пластмасс, пыли может способствовать появлению астмы, бронхита, назофарингита, различных отравлений (свинцом). Заболевания органов слуха составляет небольшой процент от всех заболеваний, которым подвержены работники швейного производства. Наиболее частой причиной могут явиться отрицательное воздействие шума, а также комплексное действие шума в сочетании с локальной вибрацией. К заболеваниям органов зрения может привести выполнение операций, которые требуют большого напряжения зрения, и нерациональное освещение рабочего пространства. Здесь следует отметить такие заболевания, как близорукость, различные типы кератоконъюнктивитов, синдром сухого глаза, глаукома, катаракта, дистрофические изменения сетчатки. С развитием дерматологических заболеваний (профессиональные дерматозы, контактные дерматиты, экзема) зачастую связано вредное воздействие пыли, состоящей из частиц химического волокна, воздействие различных химических веществ, например, разнообразных пропиток, полимеров, клеев, формальдегида, акриловой кислоты. У работников швейного производства страдает и сердечно-сосудистая система. Об этом говорит возникновение таких заболеваний, как артериальная гипертония и варикозное расширение вен нижней конечности, это связано с высокими физическими нагрузками, воздействием высокочастотной вибрации, шума и производственным

микроклиматом. Следует отметить и предрасположенность у работников швейного производства к определенным неврологическим заболеваниям, таким как астенический и астеновегетативный синдромы, синдром вегетативной дистонии. Среди заболеваний у работников швейной промышлености могут встречаться и онкологические заболевания: рак мочевого пузыря, легких и назофарингитной области. Заболевания органов репродуктивной системы (воспалительные и опухолевые процессы половых органов, патологии шейки матки и молочных желез, расстройства овариально-менструального цикла) обусловлены воздействием комплекса производственных факторов: шума, вибрации и в большей степени электромагнитного излучения.

Библиографический список:

1. Дуйшембиева Э.А. Снижение влияния вредных факторов на здоровье человека в текстильной и легкой промышленности // Известия КГТУ им. И. Раззакова. – Бишкек, 2015. – №3 (36). – С. 280-283.

2. Исаева Р.А. Вредные и опасные факторы швейного производства // Технология текстильной промышленности. – 2019. – №1 (379). – С. 308-321.

ОСОБЕННОСТЬ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ

Павлова А.Ю., Смирнова О.М.

Научный руководитель – к.ю.н. Смирнова О.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Развитие научно-технического прогресса, глобальная информатизация и мобильность населения – это то, что является предпосылками развития так называемого «цифрового» здравоохранения.

Технологизация оказания консультационных медицинских услуг не может не касаться и среднего медицинского персонала.

Существует Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. N 8 "Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года". Он включает в себя такую задачу, как «повышение информированности граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях и информирование общества по вопросам качества жизни граждан его поколения» [1]. Данная задача затрагивает деятельность медицинского персонала в сфере профилактики ЗОЖ населения, в том числе и консультационную деятельность среднего медицинского персонала в цифровой среде.

Развитие консультационной деятельности среднего медицинского работника в цифровой среде находится на начальной стадии, именно поэтому важно обратить внимание на возможность внедрения приложений и программ для онлайн-консультаций. Например, существует такая платформа, как «Медсоветник» - это сервис с использованием современных технологий, предоставляющий круглосуточную медицинскую поддержку онлайн или по телефону [2].

Можно заметить, что большинство консультаций проводится терапевтами либо узкими врачами-специалистами, однако сегодня средний медицинский работник также обладает необходимыми знаниями, чтобы проводить консультации с пациентами, к примеру, беседы и консультации о профилактике ЗОЖ среди населения, что значительно повышает информированность населения и статус среднего медицинского персонала. На это указывает и наличие стандартов ведения телемедицинской практики в сестринском деле [3].

Появление различных видов онлайн-платформ для консультационного взаимодействия среднего медицинского работника с

пациентом свидетельствует о том, что данный вид профессиональной деятельности среднего медицинского персонала является одним из востребованных направлений здравоохранения.

Библиографический список:

1) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. N 8 "Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года" // https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/

2) https://medsovetnik.online/

3) C.C. Bartz Стандарты ведения телемедицинской практики: пример из сестринского дела // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2017. №1 (3). // https://cyberleninka.ru/article/n/standarty-vedeniya-telemeditsinskoy-praktiki-primer-iz-sestrinskogo-dela

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ВНУТРИШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ФИЗИЧЕКСОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Петрова В.И.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Л.В. Максименко

ФГАОУ ВО «Российского университета дружбы народов», Медицинский институт

Организация образовательного процесса и состояние внутренней среды в образовательных учреждениях обуславливают факторы риска в формировании здоровья обучающихся. К ним относятся ухудшение зрения, функциональные изменения в опорно-двигательном аппарате (костной, соединительной и нервно-мышечной тканях), а также психологический дискомфорт.

Основные факторы, влияющие на состояние зрительного аппарата: чрезмерная нагрузка на органы зрения во время учебного процесса,

несоблюдение достаточного уровня освещённости, а также нарушение режима работы с электронными и бумажными носителями информации. По результатам медицинских осмотров детей и подростков в России в 2015 установлено увеличение числа школьников с понижением остроты зрения в конце первого года обучения в 1,43 раза по сравнению с их осмотром перед поступлением в школу [1].

На состояние опорно-двигательного аппарата оказывают влияние подбор мебели в кабинете, правильная поза при занятии на уроках, ношение тяжестей (рюкзаков, сумок). Из-за несоблюдения связанных с этих нормативов сколиоз занимает второе место среди школьно-обусловленных патологий. На территории Российской Федерации в 2015 году наблюдалось увеличение числа детей со сколиозом в конце первого года обучения в 1,78 раз по сравнению с их осмотром перед поступлением в школу; с нарушением осанки – в 1,29 раза [2].

Внедрение в образовательный процесс электронных технологий обуславливает действие таких факторов риска, как электромагнитное излучение и акустическое воздействие, достоверные данные об уровнях воздействия которых отсутствуют [3].

Библиографический список:

1. Баранов Александр Александрович, Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна, Терлецкая Римма Николаевна, Байбарина Елена Николаевна, Чумакова Ольга Васильевна, Устинова Наталья Вячеславовна, Антонова Елена Вадимовна, Вишнева Елена Александровна Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2016. №5. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-profilakticheskih-meditsinskih-osmotrov-nesovershennoletnih-v-rossiyskoy-federatsii (дата обращения: 12.08.2020).

2. Сетко, И. М. Научно-методические подходы к оценке и управлению рисками здоровью учащихся общеобразовательных учреждений: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.01; [Место защиты: Перм. гос. мед. акад. им. акад. Е.А. Вагнера]. - Пермь, 2019. - 46 с.
3. С. В. Саньков, В. Р. Кучма Гигиеническая оценка влияния на детей факторов современной электронной информационно-образовательной среды школ // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/gigienicheskaya-otsenka-vliyaniya-na-detey-faktorov-sovremennoy-elektronnoy-informatsionno-obrazovatelnoy-sredy-shkol (дата обращения: 14.08.2020).

АКТУАЛЬНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

Радченко А.С.
Научный руководитель к.м.н., доцент Балабанова Л.А.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Мы провели исследование, целью которого было выяснить, насколько представления людей о темпераменте соответствуют современному психофизиологическому пониманию данного феномена и как часто люди отождествляют его с характером. Практическая значимость исследования заключается в том, что люди, не разграничивающие понятия темперамента и характера склонны к стереотипному мышлению и поведению, болезненному восприятию перемен, при этом общепризнанно, что основой психического здоровья является именно пластичность восприятия. Выяснение степени дезинформированности людей в области их психологических особенностей с последующим их просвещением поспособствует предупреждению психологических проблем, связанных с деструктивными представлениями человека о самом себе и своём месте в коллективе [1-4] .

Нами было опрошено 50 респондентов, среди которых 28 (56%) студентов КГМУ (изучавших психологию на 1 курсе) и 22 (44%) студента, не имеющих отношения к медицинской среде. Велика доля опрошенных (64%), считающих темперамент «характерологическими и психологическими особенностями индивида», лишь 16% респондентов определяют темперамент как «тип высшей нервной деятельности». Также в ходе нашего исследования мы столкнулись с определением характера как модели поведения (60% респондентов), что также нельзя считать всесторонним пониманием феномена.

Также респондентам был предложено соотнести 9 характеристик с темпераментом и характером. Среднее число неверных ответов составило 58%.

Доля респондентов, считающих, что темперамент детерминирует характер, составила 26%, 20% респондентов посчитали, что темперамент в той или иной степени будет зависеть от характера, 18% затрудняются с оценкой взаимного влияния характера и темперамента. Таким образом, 64% респондентов ошибочно или не точно воспринимают влияние темперамента на характер, что подтвердило необходимость психогигиенического просвещения людей в этом вопросе.

Необходимо проинформировать людей о том, что темперамент только подталкивает личность на развитие в определённом направлении, оставаясь при этом лишь одним из компонентов, оказывающих влияние на становление характера. Помимо темперамента (физиологического компонента) следует выделить также генетический компонент (он, как и физиологический, не подлежит коррекции, однако не является определяющим фактором формирования личности), социальный (влияние воспитания, а в дальнейшем – микро- и макроокружения), образовательный и культурный компоненты, влияние жизненного опыта,

переживаний и потрясений, а также сознательное конструирование личности.

Таким образом, несмотря на невозможность изменения темперамента, у человека остаётся огромное поле для преобразования.

Библиографический список:

1. Курпатов А. В. Чертоги Разума - 5.01.2018. - 358 с.
2. Небылицын В. Д. Темперамент. // Психология индивидуальных различий. Тексты. / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — С. 153—159.
3. Русалов В.М. Темперамент в структуре индивидуальности человека: Дифференциально-психологические и психофизиологические исследования. Москва: Издательство «Институт психологии РАН» - 2012. - 528 с.
4. Стреляу Я. Местоположение регулятивной теории темперамента (РТТ) среди других теорий темперамента // Иностранная психология. – 1993. - Т.1 №2. - С. 37-48.

УЧЁТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Радченко А.С.

Научный руководитель д.м.н., доцент Тафеева Е.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность выбранной темы обусловлена прогрессирующим старением населения России. Так, нация считается старой, если доля людей старше 65 лет превышает 7%, и если в начале 2010 г., по данным Росстата, 12,9% жителей страны, находились в возрасте 65 лет и более, то, согласно официальному демографическому прогнозу, к 2030 г. это число достигнет от 18% до 19,4% [3]. Таким образом, ориентированность

профилактической медицины на пожилых соотечественников не вызывает сомнений. При назначении диеты лицам пожилого возраста недостаточно следовать общим рекомендациям по сбалансированному питанию, таким как соответствие энергетической ценности фактическим энергетическим затратам, соблюдение режима питания и разнообразие продуктового набора, необходимо учитывать возрастные изменения организма и предрасположенности к заболеваниям [1].

Возрастные изменения в большей или меньшей степени затрагивают все системы организма, и пищеварительная система не является исключением. Так, происходят разной степени изменения зубов и дёсен: начиная от повышения чувствительности зубов к химическим и термическим раздражителям, кровоточивости дёсен и заканчивая тем, что ряд пациентов старческого возраста используют зубные протезы, ношение которых связано с дополнительным дискомфортом, как например неспособность употребления твёрдой волокнистой пищи, травматические микроповреждения дёсен при ношении и др. Кроме этого наблюдается уменьшение объёма слюнных желез, что приводит к снижению продукции слюны, а в дальнейшем ощущению сухости во рту, трещинкам в полости рта и на губах, дискомфорте при употреблении сухой пищи [2].

Из-за увеличения кифоза грудного отдела и расширения дуги аорты наблюдается удлинение и искривление пищевода, что обеспечивается перерастяжением мышц пищевода и истончением его стенки, помимо этого, отмечается снижение тонуса пищеводного сфинктера, что приводит к увеличению частоты рефлюкса и проявлению таких неприятных симптомов, как изжога и отрыжка. Также происходит увеличение длины кишечника, чаще отдельных участков толстой кишки, что способствует снижению перистальтики и является причиной распространённости атонических запоров у лиц пожилого и старческого возраста, уменьшение количества молочнокислых бактерий приводит к увеличению числа

бактерий гнилостной группы, развитию метеоризма, снижению иммунитета. Наблюдается также уменьшение массы печени и снижение её регенеративного потенциала, ослабление её детоксикационной и эмульгационной функций, растяжение желчного пузыря, происходящее за счёт снижения эластичности мускулатуры, приводят к застою желчи [4].

Атрофические изменения поджелудочной железы, начинающие развиваться после 40 лет, являются фактором риска хронического панкреатита, сахарного диабета 2 типа и др. При изучении особенностей питания лиц пожилого и старческого возраста необходимо учитывать возрастные предрасположенности к заболеваниям, так как именно на их предупреждение и будет направлено питания.

Со стороны всего организма следует выделить: атеросклероз, гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, мочекаменную болезнь, подагру, артрит и артроз, остеопороз [5].

Со стороны пищеварительной системы же обращают на себя внимание: хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический панкреатит, хронический колит, хронический гепатит (неинфекционный), желчнокаменная болезнь [1,2,4].

Исходя из названных выше возрастных изменений систем организма и предрасположенностей к заболеваниям были сформулированы основные принципы питания лиц пожилого и старческого возраста: антисклеротическая направленность питания; сравнительно лёгкая перевариваемость блюд; употребление продуктов, умеренно стимулирующих секрецию и перистальтику; более равномерное потребление пищи в течение дня по сравнению с лицами молодого и среднего возраста; индивидуальный подход к питанию с учётом метаболизма и предрасположенностям к заболеваниям. Следование этим рекомендациям позволит уменьшить риск развития обострений

заболеваний, обусловленных возрастными изменениями и улучшить качество жизни лиц пожилого возраста.

Библиографический список:

1. Воронина Л.П. Вопросы рационального питания у пожилых людей // Санитарный врач. - 2009. - № 5. - С. 25-30.

2. Конев, Ю.В. Особенности питания в пожилом и старческом возрасте / Ю.В. Конев, Е.Д. Ли, О.О. Кузнецов, И.А. Трубникова // Российский медицинский журнал. - 2009. - Т. 17. № 2. - С. 145-148.

3. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики https://rosstat.gov.ru (дата обращения 20.10.2020)

4. Скавронский В.И. Питание людей пожилого возраста // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2011. - № 4 (36). - С. 80-84

5. Украинцев, С.Е. Особенности питания пожилых людей / С.Е. Украинцев, О.И. Данилов // Российский медицинский журнал. - 2009. - № 5.- С. 27-29.

ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

Садеева А.Р., Смирнова О.М.

Научный руководитель - к.ю.н. Смирнова О.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Гериатрия как сфера медицины включает в себя изучение особенностей физиологических и патологических процессов в пожилом возрасте [1]. Поскольку с возрастом увеличивается доля людей, страдающих хроническими заболеваниями, повышается значимость и необходимость ведения этих пациентов, во многом работа по

профилактике существующих и предотвращению новых сопутствующих заболеваний становится главной в уходе за такими пациентами. Пожилые пациенты, как правило, уже имеют 2-3 хронических заболевания, следовательно, профилактические меры во многом должны предотвратить ухудшение общего состояния здоровья.

Многие заболевания, которые негативно влияют на здоровье пациентов, имеют психо-соматическую природу (заболевания органов дыхания, нервной системы, сердечно-сосудистую системы и др) [2].

Именно на медицинскую сестру ложится помощь не только медицинского, но и психологического характера. Гериатрические больные нередко «уходят в себя», «прислушиваются» к своему состоянию, у них появляются раздражительность, плаксивость. Поэтому поддержание их здоровья связано во многом с этически правильным профессиональным подходом медицинской сестры. В Этическом кодексе медицинской сестры России четко сформулированы нравственные ценности, которыми должны руководствоваться медицинские сестры при оказании медицинской помощи: гуманное отношение к пациентам, уважение человеческого достоинства [3].

Почему именно эти нормы становятся важными во взаимоотношениях с гериатрическими пациентами? Потому что такие пациенты особенно беспомощны не только в силу болезни, но и в силу возрастного увядания всех функций организма, в том числе у них снижена психологическая устойчивость: сам процесс старения пожилого человека - это уже стрессовое состояние, в котором им хочется ощущать повышенное сострадание, сочувствие, милосердие. И во многом доброжелательное поведение медицинской сестры при оказании медицинской помощи пожилому человеку будет всегда способствовать предотвращению и профилактике ухудшения общего состояния здоровья гериатрического пациента.

Библиографический список:

1. Страцкевич О.Н. Сестринское дело в гериатрии. Практикум: учебное пособие / О.Н. Страцкевич, Н.Ф. Багдасарова. - Минск. - 2010. - 3 с.
2. Седова Е.В. Основы гериатрии для врачей первичного звена. Практикум: учебное пособие/ Е.В.Седова, Ф.Н.Палеев.- Москва 2019. -5 стр.
3. Этический кодекс медицинской сестры России. - Режим доступа: https://studfile.net/preview/1660496/

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Филиппова О.А., Кочеткова Т.А., Филиппова С.Ю.

Научный руководитель ст. преподаватель Филиппова С.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Образование токсических веществ и не полное использование материала в процессе производства промышленных товаров, плохое техническое состояние автомобилей, утечки природного газа и испарение углеводородов, недостаточные санкции за экологические преступления, существенно влияют на интенсивность загрязнения атмосферного воздуха. Во многих европейских странах, в том числе и в России, загрязнение окружающей среды представляет угрозу жизни и здоровью человека, особенно влияет на здоровье детей и подростков [1] .

Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха в Республике Татарстан являются нефтеперерабатывающие заводы и производства. Главными загрязнителями атмосферы являются: свинец, бензол, стирол, толуол, сернистый ангидрид, аммиак, хлористые соединения, пыль от неорганических производств [2] .

Наибольший риск и опасение вызывает хроническое отравление углеводородами, которое характеризуется недостаточно ясной картиной

патологии. Длительное воздействие низких концентраций веществ вызывают патологические реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, нервной системы, сердечно-сосудистой системы и др. В организм углеводороды попадают через кожу, слизистые оболочки, легкие и аккумулируют в нервной и жировой ткани. Токсичность углеводородов зависит от их распространения в организме, в жирах и крови [3] .

Отравление углеводородами происходит при их проглатывании или вдыхании. Воздействие продуктов перегонки нефти вызывает минимальные системные эффекты, но может вызвать тяжелый аспирационный пневмонит. Вдыхание галогенированных углеводородов может вызывать эйфорию и изменение психического статуса, повышает чувствительность сердца к эндогенным катехоламинам. Это может закончиться фатальными желудочковыми аритмиями, которые обычно развиваются без продромального сердцебиения или других предупреждающих симптомов [4] .

Таким образом, токсические вещества при попадании в организм человека оказывают патологическое воздействие на системы и органы. Особенно чувствительна к токсическому воздействию возрастная группа детей и подростков. Сначала поражаются нервная и нейроэндокринная системы, затем нарушается баланс буферных систем организма, что приводит к нарушению микроциркуляции крови в организме, к развитию множества болезней в том числе и онкологических. Именно поэтому необходима первичная профилактика, направленная на уменьшение выбросов в атмосферу, на совершенствование технологических процессов при производстве промышленных товаров, что сохранит здоровье подрастающего поколения.

Библиографический список:

1. Ордужев Р.А. Особенности токсического действия углеводородов нефти на организм человека/ Ордужев Р.А., Джафарова Р.Э.// Вестник ВГМУ. – 2017. – Том 16, №4. – С. 8-15.

2. Государственный доклад «О состоянии природных ресурсов и ох охране окружающей среды Республики Татарстан» [Электронный ресурс] /Министерство экологии и природных ресурсов Республики Татарстан// - 2017. - Режим доступа: https://eco.tatarstan.ru

3. Сорокин, Г.А. Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности как показатель профессионального риска /Г.А. Сорокин// Гигиена и санитария - 2007. -№4. – С. 43-46

4. Gerald F. O'Malley Отравление углеводородами [Электронный ресурс] /Gerald F. O'Malley, Rika O'Malley// Справочник MSD. – 2018. - Режим доступа: https://www.msdmanuals.com

Лучшие эссе студентов лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России по книге З.К.Трушинского «Врачу исцелися сам?.. История болезни и смерти дочери профессора Альперовского»

Под редакцией заведующей кафедрой биомедэтики, медицинского права и истории медицины д.м.н., профессора М.Ю. Абросимовой

ЧУВСТВЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ И РАСПОЗНАНИЕ ВНУТРЕННЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА КАК ИНДИКАТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ ВРАЧА

Исмаилов Т.М.

(группа 1108)

Книга Трушинского З.К. «Врачу: исцелися сам?» - это изложение дневника профессора Збигнева Альперовского о его единственной дочери, заболевшей лимфосаркомой и умирающей от этой болезни в страданиях и муках. Преодолев отцовские мучительные переживания о судьбе дочери, автор дневника нашёл в себе силы соединить результаты анализа неоспоримых симптомов заболевания, собственный профессиональный врачебный опыт и клиническое мышление. В этом произведении чётко прослеживается логическая деятельность врача, позволившая ему найти особенности патологического процесса, характерные именно для злокачественной опухоли системы крови.

Дневник З.К. Трушинского я прочёл с перерывами, потому что он эмоционально-больно откликнулся во мне. Самыми сложными для меня

были первые семь страниц, в которых описаны чувствах отца, который теряет своего ребёнка и не в силах помочь ему. Впечатляет описание последней ночи Светочки, когда у ребёнка открылась беспрерывная рвота, а ей очень хотелось съесть что-нибудь вкусное, то грушу, то виноград. Отец описывает ужасы той ночи, когда его ребёнок то метался в агонии, то смирялся с болью, сжимая кулачки с выражением горечи и обиды на лице.

Переживая личную трагедию, отец-врач поднимает вопросы морально-нравственного поведения медицинского персонала в отношении пациентов. Он осуждает дежуривших ночью врача и медсестру за их неспособность, как профессионалов, войти в положение страдающего и дважды делает им замечание о недопустимости нарушения покоя больных. Автор затрагивает одно из деонтологических требований – владение эмпатией или способностью сострадать и ставить себя на место больного человека, понимать внутренний мир пациента и его переживания.

Профессор Альперовский повествует, как нелегко ему было начать писать дневник. Он называет намерение писать дневник собственным эгоистическим желанием осудить своих коллег с их диагностическими колебаниями и легкомысленным отношение к жалобам и симптомам пациента. Описанные в дневнике факты халатности, незнания элементарных основ медицинской диагностики и равнодушного отношения к пациентам, приводят автора к состоянию обречённости и безысходности. Вынужденный одновременно быть нянькой-сиделкой, выполнять функции врача и медсестры, убитый горем врач-отец просто устал от безысходности и тяжести ситуации. Нехватка собственных физических, психологических ресурсов и осознание трагического исхода болезни вызвали панический страх за жизнь своего ребёнка и привели к психическому истощению.

Чувства сопереживания вызвало у меня описание установления диагноза и поиск грамотного диагноста для дочери. Противоречивые

диагнозы и неясные прогнозы врачей Шиловидовой, Махреева, Шабадовой, Перова, Вершаденко, Вабышева, Грабковой и других, отсутствие необходимого лечения, некорректный подход к введению препаратов для снятия боли у больного, равнодушие палатных медсестёр усугубили и без того тяжёлое состояние ребёнка. Он пишет, что ребёнок страдает, осунулся и побледнел, измученный бесконечными мучительными и болезненными осмотрами.

Поражает отношение врачей к проведению осмотра и оказанию помощи пациенту. Из дневника мы видим, что гнойный хирург профессор Дина Лазаревна Цирпина дремлет во время осмотра, забывая о жалобах больной и о своих вопросах. Альперовский З. описывает еще одно испытание судьбы, когда пьяный дежурный врач необоснованно назначил его дочери внутривенные вливания, в результате которых развилось осложнение. При этом, врач отказался прийти в палату и оказать помощь девочке, предоставив сделать это медсестре.

Своеобразной разрядкой и некоторым внутренним облегчением стал для профессора его ночной плач, во время которого он принял решение приложить все силы и старания для спасения дочери. Негативные эмоции ослабли, сработало рациональное мышление и профессор расписал план и выбрал специалистов. Однако, это привело к тому, что была сделана ошибочная операция, которую Альперовский З. считал своей личной врачебной трагедией.

Много хлопот доставили профессору и конфликтные отношения Светочки с врачом Надточиным, который обвинил девочку в грубости и невоспитанности. Здесь З.Альперовский обращает внимание на то, что врач должен учитывать психическое послеоперационное состояние пациента и искать причину неадекватного поведения введением ему наркотиков и обезболивающих препаратов, а не в предвзятом и вызывающем отношении девочки-подростка. Агрессивное поведение

больного может быть вызвано также и неосознанным протестом против приближающейся с каждым днём смерти. Таким образом, автор проводит анализ особенностей психологического состояния ребёнка, истощённого медицинскими процедурами, обследованиями, физическими и моральными страданиями.

Профессор З. Альперовский очень наблюдателен и выявил у дочери психический феномен интоксикации мозга, который он назвал труднообъяснимым фактом и серьёзным прогностическим симптомом. Речь идет об актуализации ассоциативной памяти, когда тяжелобольные люди начинают декламировать стихи на не родном языке, по памяти читать большие отрывки литературных произведений.

Часто на страницах дневника встречается описание профессором собственного психического состояния связанного со смертью дочери. В психологии это называется этапы переживания горя, когда горюющие вначале не могут смириться с утратой близкого, потом ищут виноватых в смерти, испытывают агрессию, злость, и наконец, смиряются с реальностью ситуации. Из дневника мы видим, что отец впервые отмечает праздник без своего ребёнка и ему странно и очень печально осознавать, что жизнь продолжается, но уже без дочери.

Профессор З. Альперовский несколько раз перевозил свою дочь в разные больницы. И каждый раз он с горечью и негодованием поднимает вопросы медицинской деонтологии и этики. Во всех трёх московских клиниках от увидел грубые деонтологические ошибки, нарушения взаимоотношений «пациент-врач», «врач-родители пациента», врач-врач». В фрагментах лекции, прочитанной слушателям в октябре 1978 года, он резюмирует типичные нарушения: равнодушие, пренебрежительное отношение, невнимательность, оскорбления неуместными вопросами, излишнее назначение анализов и сложных инструментальных исследований, потеря драгоценного времени, незнание и игнорирование

психологии больного.

Збигнев Альперовский через призму собственного опыта доносит до читателя основную идею его дневника – вывод о необходимости вникать в переживания и внутренний мир пациента, учитывать его моральное, психическое состояние, что является одним из показателей профессиональной успешности.

Если не принимать в учёт личность пациента, его духовные проблемы, игнорировать его личные переживания связанные с заболеванием, боль, эмоциональные потрясения, а ограничиться только обследованием его органов, тканей, клеток, то это приведёт к нарушению системного подхода к оценке человеческого здоровья и к лечению болезней.

Книга Здислава Трушинского «Врачу: исцелися сам?» учит студента-медика быть морально ответственным в своей профессии, избавляться от профессионального невежества, предотвращать врачебные ошибки в медицинской практике.

ВРАЧЕБНОЕ РАВНОДУШИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СДЕРЖАННОСТЬ

Кусаматова Э.А.

(группа 1106)

Какими нравственными качествами должен обладать настоящий врач? Безусловно, сюда можно отнести вежливость, милосердие, человеколюбие, рачительность, тактичность и т.д. От характеристик личности врача напрямую зависит его способность устанавливать контакт с пациентом и осуществлять лечебное воздействие. По моему мнению, одним из важнейших качеств врача является эмоциональная сдержанность.

За всю свою практику врачу приходится сталкиваться с разными клиническими ситуациями, с пациентами с разными по степени тяжести

заболеваниями и с разными итогами лечения. И главное для врача в таких случаях – это контроль над собственными чувствами и эмоциями. Врач должен быть всегда максимально сдержанным в своих действиях и словах по отношению к пациенту и его родным.

Но не является ли эмоциональная сдержанность проявлением равнодушия? И в чем заключается разница этих понятий?

В книге З.К. Трушинского «Врачу: исцелися сам?» описывается очень печальная история болезни и смерти единственной дочери профессора Алперовского. Эта история не оставит равнодушным ни одного читателя. Читая книгу, пропускаешь всю боль и переживания профессора Альперовского через себя и становишься свидетелем всего происходящего. После прочтения книги меня переполняли самые разные эмоции: начиная от сочувствия к судьбе девочки, практически моей сверстницы, и заканчивая обидой и злостью на врачей за их отношение к своей работе. Конечно, в первую очередь, это история о переживаниях и воспоминаниях любящего отца, который потерял свою единственную дочь, но в то же время в книге изложены серьезные ошибки в поведении врачей с пациентами, с родными пациента, друг с другом и анализ этих ошибок с разных позиций.

В книге есть разные врачи: и те, чье поведение можно считать примерным и образцовым, и те, чье поведение является неприемлемым для настоящего врача. На примерах из этой книги можно четко выделить отличия врачебного равнодушия от эмоциональной сдержанности.

С моей точки зрения, примером проявления врачебного равнодушия в книге является профессор Шутилов. В его действиях и словах отчетливо видно равнодушие к судьбе Светочки. Несвоевременность выполнения своих обещаний и обязанностей, несерьезное отношение к составлению истории болезни, незнание всех деталей истории – все это указывает на то, что врачу не было никакого дела до состояния ребенка. Шутилов не

испытывал беспокойства за жизнь девочки, он не считал ее заболевание чем-то опасным, требующим немедленного лечения. Шутилов производил какие-либо обследования и осмотры не из-за того, что хотел помочь, а только из-за постоянных наказов и напоминаний профессора Алперовского.

В качестве примера эмоциональной сдержанности я привела бы хирурга Вершаденко. Несмотря на всю сложность случая и допущенные диагностические ошибки, он оставался сдержанным и помогал сохранять спокойствие родителям Светочки и ей самой. Хоть в книге и нет четкого описания переживаний и волнений Вершаденко, это легко можно понять по его действиям. На протяжении всей болезни Вершаденко принимал активное участие в лечении девочки, окружал ее заботой и вниманием. Он четко выполнял все свои врачебные обязанности. Дим Димыч, так хирурга называла Светочка, обладает неотъемлемыми качествами в профессии врача – состраданием и человеколюбием, но, что важнее всего, он умеет управлять эмоциями, которые вызваны его сопереживанием к больному. В нужный момент Вершаденко сохранял самообладание. Он оставался сдержанным и спокойным, но не равнодушным.

Таким образом, если сравнивать врачебное равнодушие и эмоциональную сдержанность, стоит отметить, что первое – это огромный недостаток, даже вернее сказать уродство, недопустимое для человека, который называется врачом, а второе – это качество, которым должен обладать каждый врач. Сдержанность и спокойствие врача ни в коем случае не говорят о его бездушии, сдержанность проявляется в деликатности, рассудительности и тактичности врача при общении с пациентом и его близкими, в умении совладать с эмоциями и чувствами, которые бушуют внутри. У равнодушного же человека нет потребности в таком качестве как сдержанность, так как сдерживать таким людям нечего. Они не обладают сочувствием, и страдания других людей не вызывают в них никаких эмоций и переживаний. Можно сделать вывод, что

эмоциональная сдержанность не является проявлением равнодушия, так как сдержанность заключается в умении управлять возникающими эмоциями, а равнодушие – это полное их отсутствие.

МОЖЕТ ЛИ ВРАЧ ПРИНИМАТЬ УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕНИИ СВОИХ БЛИЗКИХ?

Ахмедшин Р.Р.

(группа 1103)

Врач – это тот человек, на которого возлагается огромная ответственность за жизни пациентов. Ведь именно врач участвует в процессе окончательного принятия решений и от него зависит жизнь людей. Но может ли близкий человек участвовать в процессе лечения и оказывать влияние на его ход? В книге З.К. Трушинского «Врачу: исцелися сам? …» затрагивается эта тема.

Отец девочки, известный профессор медицины, принимал активное участие в установлении диагноза и лечении ребенка, который медленно умирал от неизвестного заболевания. В процессе лечения дочки он участвовал как специалист, высказывал свое мнение, привлекал многочисленных консультантов. Профессор указывал на ошибки врачей, их некомпетентность, стараясь повысить эффективность лечения своей дочери.

Я считаю, что, с одной стороны, профессор был прав, указывая на ошибки медицинского персонала. Так же он принимал активное участие во всех консилиумах и конференциях, которые как-то касались лечения его дочери. Его можно понять: чтобы спасти жизнь своего ребенка он старался предотвратить все врачебные ошибки. Но, из-за непосредственного участия отца в лечебном процессе, врачи не обеспечивали должный уход за девочкой, так как понимали, что профессор находится рядом и при необходимости может оказать помощь. Вследствие чрезмерной отцовской

опеки и его профессиональных регалий, у некоторых сотрудников больницы сложилось пренебрежительное отношение к дочке профессора, как к избалованному ребенку. Поэтому на некоторые симптомы протекания заболевания врачи закрывали глаза, так как думали, что это просто капризы.

С другой стороны, отец не имел права вмешиваться в ход лечения своего ребенка, так как он не мог трезво оценить ситуацию и назначить рациональное лечение. Возможно, если бы отец изначально не принимал участие в лечении дочери, не выполнял бы роль врача, то все сложилось бы совершенно иначе. В этом случае не была бы проведена та самая гинекологическая операция, которая только ухудшила состояние больной. Так же профессор, когда не видел положительной динамики протекания заболевания, искал возможность проведения очередных обследований, но каждая смена обстановки переносилась девочкой болезненно.

В защиту отца хочется сказать, что одна из его догадок была близкой к верному диагнозу. Он предполагал, что его дочь больна острой, быстро прогрессирующей формой редкой злокачественной опухоли системы крови – лимфосаркомы. Но, в силу отсутствия аргументации и не связанности клинической картины болезни с данным заболеванием, гипотеза о лимфосаркоме была отвергнута врачами.

Таким образом, можно сделать вывод, что врач не должен принимать непосредственное участие в процессе оказания медицинской помощи своим близким. Поскольку необъективное отношение к пациенту может пагубно отразиться на здоровье больного и повлечь за собой ряд неблагоприятных последствий. Если врач в процессе оказания медицинской помощи будет понимать, что пациент – это его близкий человек, то отношение к больному не будет объективным и может повлиять на выполнение медицинским работником его профессиональных обязанностей, а также на методы лечения, которые обычно применяются

при лечении других больных.

После прочтения данной книги взгляды человека на некоторые жизненные ситуации могут измениться, ведь даже тот, кто считал, что принимать на лечение своих родственников допустимо, поймет, с какими трудностями ему придется столкнуться.

Лично я понял, что профессия врача включает в себя колоссальный опыт и знания, которые следует грамотно использовать. Необходимо хорошо знать протекание болезней и назначать правильное лечение. Для студента-медика же эта книга должна дать осознание того, каким должен быть настоящий врач, что недопустимо в его практике и каким должно быть его профессиональное поведение.

ВАЖНОСТЬ ЭМПАТИИ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

Хайруллина К.М.

(группа 1101)

Недавно ко мне в руки попала книга З.К. Трушинского «Врачу исцелися сам? …». Во время прочтения данного произведения в душе возникали различные эмоции, рождалось множество вопросов. По завершении же чтения осталось лишь одно убеждение- эту книгу необходимо прочитать каждому, кто хочет связать свою жизнь с работой в медицинской сфере. В произведении прямо и косвенно затрагивается множество тем, но я бы хотела остановиться на одной: почему работникам медицинских учреждений необходимо обладать высоким уровнем эмпатии? Как понимание чужих чувств и эмоций влияет на отношения между медицинским сотрудником и пациентом, его родственниками?

В книге есть и примеры отзывчивости, доброты, сочувствия; и примеры черствости, зацикленности на себе, нежелании облегчить участь пациента. Начать бы хотелось, как полагается, с хорошего. В последнюю ночь рядом со Светой находились очень чуткие медсестры. Они окружили

девочку вниманием и заботой, спрашивали о том, чего она хочет, и даже смогли раздобыть виноград и транзистор с музыкой. Тогда еще никто не знал, что это станет ее последним воспоминаниями. Но желание медицинского персонала облегчить страдания девочки вызывает уважение.

Также Трушинский очень положительно отзывался о враче-гинекологе: «В сплошном мраке, вечном царстве безнадежности и страхов, Адель была для нас лучом света, надеждой, волшебницей, подарившей здоровье и радость погибавшей девочке и вернувшей ее к жизни». Хоть диагноз оказался неверным, ее вклад был неоценим. В такой трудный период она подарила Свете и ее родителям немного счастья и спокойствия.

На протяжении всего повествования прослеживается четкая закономерность- врачи с высокой степенью профессионализма неизменно обладают и такими качествами, как доброта, понимание, сочувствие. И родители, и пациент относятся к ним большим уважением и благодарностью, ведь именно они помогают им справиться с трудным эмоциональным состоянием. Так, одна из медсестер однажды проявила на дежурстве свою внимательность по отношению к состоянию отца. Она не только не спала всю ночь, проверяя показатели девочки. Также медсестра предлагала отцу прилечь на кушетку, отдохнуть и набраться сил. Как утверждает сам автор, он в тот момент был довольно груб и бесчувственен, однако, женщина не стала принимать это на свой счет и обижаться. Она все так же старалась помочь обезумевшему от горя отцу, даже несмотря на его острые реплики.

Приведу заключительный пример важности эмпатии в работе врача. Трушинского нередко просили покинуть заседание консилиума, но зачастую это происходило в довольно грубой форме, что и влекло за собой волну возмущения и сопротивления. В этот же раз врач выражался очень вежливо. При этом он давал понять, что осознает чувства отца, но не может допустить его на заседание. В ответ на чуткость он получил такую

же положительную реакцию- Трушинский не стал возражать и спорить, хоть и был на взводе.

Примеров бесчувственности, к сожалению, в этой книге больше. Первым стала врач Шабадова, которая бестактно намекала девочке на наличие у нее половых партнеров даже после того, как услышала отрицательный ответ и возраст Светы. Этим она не только расстроила пациентку, но и заставила усомниться родителей в ее компетентности.

Также обескураживает поведение некоторых медсестер. На просьбы девочки попить они лишь бросали грубое: «Возьми стакан сама», упорно не замечая ее слабость. Когда Света звала отца, они лишь ввели внутривенно новую порцию дроперидола и фентанила, чтобы она не мешала им спать.

Однажды девочка стала волноваться о том, что ее фигура испортиться. Но медсестра из приемного покоя вместо того, чтобы успокоить Свету, запугала ее тем, что у нее вырастет горб. Такое поведение вызывает смесь отвращения и недоумения. Оно заставляет не только усомниться в профессионализме этих сотрудников, но и позволяет составить их психологический портрет- в нем точно отсутствуют такие качества, как сочувствие и понимание.

Заключительным примером низкого уровня эмпатии является врач Махреев. Однажды Трушинский не позволил разбудить дочь для осмотра перед очередным консилиумом, потому что она мало спала и недавно заснула. После этого эпизода врач стал передразнивать отца, высмеивая его поведение. Он пародировал его и усмехался: «Закрыл руками, как крыльями птицы, свою дочь: «Ах, Светочка моя, ах, умирает». Я считаю это верхом пренебрежения чужими чувствами. Разве это допустимо, чтобы врач передразнивал разбитого горем отца, выставляя его переживания, как предмет для насмешек?!

Как я уже упомянула ранее, книга содержит в себе множество

примеров и высокого, и низкого уровня эмпатии, и ее полного отсутствия. Для врача недопустимо обладание последними двумя качествами. Работая в сфере «человек-человек» , нужно понимать, что выстраивать отношения на пренебрежении чужими чувствами- недопустимо. Настоящий профессионал своего дела должен четко понимать, в каком психологическом состоянии находится пациент и его родственники, чтобы выстраивать грамотные взаимоотношения. Если относиться с пониманием к чувствам и эмоциям других людей, то это вернется бесконечной благодарностью. Пациенты и их родственники будут доверять врачу, а это благоприятно скажется на лечении. И в целом правильный психологический настрой часто ведет к улучшению самочувствия.

Я считаю эту книгу не только исповедью отца, потерявшего свою дочь, но и своего рода путеводителем в мире врачебной этики. Каждый человек, который будет иметь счастье познакомиться с этим произведением, сможет извлечь мораль из этой тяжелой истории.

ЕСТЬ ЛИ МЕСТО ОТЧАЯНИЮ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ?

Абрамова Р.И.

(группа: 1101)

Нередко человек сталкивается с тяжелыми жизненными ситуациями, связанными с собственным здоровьем или здоровьем близких ему людей, выход из которых найти очень трудно. Человеком овладевает отчаяние, затмевая всякую веру в светлое и счастливое будущее. С каждой минутой бороться за жить становится все труднее, а надежда на выздоровление непрерывно угасает. Но сдаться и опустить руки человеку гораздо проще, чем бороться с болезнью до последнего. И в таких ситуациях лишь доктор способен вселить в пациента или его родственника хотя бы каплю надежды. И главная задача врача в этот момент — не поддаваться всеобщему отчаянию, а искать выход из сложившейся ситуации и до

последнего бороться за жизнь своего пациента.

В произведении З.К. Трушинского «Врачу: исцелися сам» ярко противопоставлены примеры отчаяния отца девочки и стремление врачей к борьбе за ее жизнь. Профессор Альперовский потерял всякую надежду на выздоровление дочери. Пока врачи пытались поставить ей верный диагноз, назначить соответствующее лечение и всячески боролись за ее жизнь, профессор звонил своему сотруднику с просьбой получить место на кладбище для похорон своей дочери. Этот поступок был ярким проявлением отчаяния отца и ощущаемого им чувства безысходности. Врач, которая была свидетельницей этого разговора, отметила, что в больнице подобные разговоры неуместны: «...здесь нужно вести речь о лечении и выздоровлении, сохранять надежду...». Словами, сказанными профессору Альперовскому, она подтвердила, что для врача главное — всегда бороться за жизнь пациента до последней минуты, не бросать его в безвыходном положении, а искать пути лечения, которые смогли бы привести пациента к выздоровлению.

Ещё один отрывок из этой книги даёт нам представить силу отчаяния отца и душевной боли за родного ребёнка. Когда доктор Добровольский ежедневно из запасов клиники доставал ампулы крови для девочки, профессор Альперовский засомневался, нужно ли это все для его дочки, которой осталось жить совсем немного, ведь эта кровь может спасти других людей. Причиной сказанных им слов стало горе, испытанное за время болезни дочки, потеря всякой надежды на лучшее. Доктор Добровольский понимал, что жизнь каждого человека бесценна, и за каждого нужно бороться до последнего, не сдаваясь и не опуская руки. Ничего не потеряно, пока человек жив и его организм борется с болезнью. Нужно помогать ему, а не становиться пленником отчаяния и безысходности. Однако отсутствие надежд, горе от осознания скорой утраты своего родного человека, жалость к дочери — все эти чувства

терзали родителей Светы. Они сподвигли профессора Альперовского и Риту отказаться от химиотерапии, чтобы не мучить без того уставшего от различных операций и процедур ребёнка.

Этот поступок был негативно воспринят доктором Шкробом: «Он осуждающе, с горечью и сожалением воскликнул: «Да как же это так?! Отказываться от лечения?» Можно было сделать вывод, что отказ от попыток лечения ребёнка означал, что беспомощность и жалость к дочери, испытываемые родителями, стали главными факторами принятия их решений. Они хотели оградить свою дочь от этих процедур, причиняющих ей нестерпимую боль. Эти чувства не позволяли родителям ощутить даже малейшую надежду на лучшее, они только угнетали их, ухудшали без того плохое моральное состояние. Но ведь отчаяние не может стать преградой на пути к возможному счастливому будущему ребёнка!

К сожалению, болезнь Светы на тот период времени была практически неизлечима. Состояние девочки с каждым днём все больше ухудшалось. Это очень подкосило моральные силы самой пациентки и ее родителей. Чувство безысходности охватило всю семью, а окончательная потеря надежды на выздоровление делала только хуже. Несмотря на это, врачи не поддавались этим негативным чувствам и всеобщим переживаниям. В медицинской практике не бывает такого, чтобы отчаяние становилось выше стремления к борьбе за жизнь, поэтому врачи, упомянутые в дневнике профессора Альперовского, всегда боролись за жизнь своих пациентов до последнего и старались донести эту мысль до родителей. Они не могли просто оставить девочку на произвол судьбы, ведь ее жизнь, так же, как и жизни других людей — бесценна, они должны были любыми способами бороться за неё. Доктора рассчитывали все варианты лечения, предпринимали различные попытки поставить девочку на ноги. Отсутствие должных результатов оказывало наибольшее воздействие на отца девочки, нежели на врачей, которые до конца не

сдавались, а пытались найти лечение, которое могло бы помочь ребёнку.

Таким образом, отчаяние — чувство, заставляющее людей опускать руки даже в те моменты, когда ещё не все потеряно. Это чувство могут испытывать пациенты, больные серьёзным заболеванием или их близкие, которые становятся свидетелями тяжелого течения их болезни. Однако в медицинской практике не может быть места отчаянию, ведь в таких ситуациях доктор для пациента становится единственным источником надежды и веры в светлое будущее. Именно доктор готов до последней минуты бороться за самое ценное, что есть у человека — его жизнь.

ИСЦЕЛЕНИЕ ИСПЫТАНИЕМ

Максимова Ю.С.

(группа 2306)

Произведение З.К.Трушинского «Врачу: Исцелися сам?» заставило задуматься не только о жизни и смерти, и том, что врачи, пытавшиеся лечить Светочку, действовали порой бестактно, непрофессионально, преступно, но и о том, как нелёгкая жизненная ситуация сказалась на самом отце Светочки — профессоре Альперовском. С одной стороны, тут и думать нечего — смерть любимой дочери, конечно повлияла на него так, что он, как и всякий родитель испытывал чувство горечи от потери единственного ребёнка, муки совести от того, что так мало проводил с ней времени, но с другой стороны профессор Альперовский никогда не будет прежним, потому что путь, который он прошёл, изменил его как человека и как врача. Как он его изменил? Какие уроки мы можем вынести из этой печальной истории для себя?

Говорят, что если Бог дает, то или иное испытание, значит, знает, что человек выдержит его. Испытание, которое выпало на долю профессора Альперовского, думаю, выдержал бы не каждый. Конечно, потеря Светочки навсегда останется вечной кровоточащей раной, но тем не менее,

нельзя не отметить, что профессор все-таки находит в себе силы жить дальше, дальше преподавать, лечить, совершенствоваться. Думаю, всё дело в том, что профессор попытался исцелить самого себя, измениться в лучшую сторону.

Когда Светочка заболела, отец начал тревожиться, от того что давно не виделся с ней и это вполне понятно — за последние полгода они встречались мало, что я считаю недопустимым в отношении ребёнка. К сожалению, в жизни такое случается нередко — мы осознаём, что слишком мало проводили времени с дорогими людьми лишь тогда, когда вот-вот потеряем их. И случай профессора Альперовского не исключение — последние дни жизни Светы он практически ни на шаг не отходил от неё не только чтобы попытаться облегчить ее тяжелое состояние, но и, возможно, чтобы компенсировать долгие дни, недели отсутствия.

В течение болезни дочери отец часто делал всё возможное для ее скорейшего выздоровления — искал лучших специалистов, не спал несколько суток, охраняя ее сон, ругался с коллегами (Шабадовой- по поводу ее бестактных вопросов, Надточиным- по поводу грубости и предвзятого отношения к ребенку), чтобы те действовали быстро, четко и главное — в соответствии с правилами деонтологии. И хотя он отчитывал многих из них по делу, зачастую он не просто не способствовал лечению, но и напротив препятствовал ему, а всю потому что человеческое в нём постепенно начало превалировать над профессиональным. Однако тотчас после спора в одних случаях или же после прохождения некоторого времени в других он понимал, что его критика могла быть неуместной. В последствии он признаётся, что стал лучше понимать врачей и больных, причём понимать, как людей, что очень важно в его специальности. Из этого следует, что врач — это та специальность, в которой недопустима обыкновенная механика действий, здесь необходим подход, подразумевающий гуманное отношение к человеку как к личности. Также

необходимо понимать, что хороший врач это не тот, кто является только добрым человеком или только компетентным специалистом, а тот, в котором присутствует оба этих критерия. И отец Светочки, уже будучи профессором, тем не менее воспитывает в себе эти качества, вновь и вновь учится взаимодействовать с пациентами и со своими коллегами, что говорит, о непрерывном медицинском не сколько образовании, а воспитании.

Еще один вывод, который мы делаем вместе с профессором: врачу не следует лечить своего ребёнка, поскольку теряется объективность видения болезни, человек не хочет предполагать самое худшее – ведь это его ребенок, которого он ни в коем случае не хочет потерять и с ним, по мнению родителя, просто не может произойти ничего плохо, а значит, мы можем, упустить что-то очень важное, что и было с профессором Альперовским, когда он с самого начала предполагал правильный диагноз, но не хотел его признавать.

Хочется также отметить, что ведение профессором дневника есть попытка осознать ситуацию и принять ее такой, какая она есть. Более того, в стремлении проанализировать свои переживания, понять, через что прошла его дочь он хочет показать ошибки, допущенные им как врачом и отцом, чтобы другие люди не повторяли их. На мой взгляд, это очень мудро и соответствует словам Н.И.Пирогова о том, что добросовестный врач всегда постарается объявить о своих ошибках, а не скрывать их. Ведь единственное чем должен руководствоваться он в подобной ситуации это не желанием скрыться от осуждающих взглядов, а желанием защитить других от печального исхода.

Если продолжить разговор об ошибках, совершённых им, то постепенно профессор Альперовский приходит к осознанию, что даже имея всевозможные благие намерения, невозможно не совершать неправильных действий. Думаю, что самое тяжелое в этой работе, не

постановка диагноза, и даже не осознание того, что «я оказался не таким совершенным специалистом, каким себя видел или хотел видеть», а то, что именно по нашей вине пострадал человек, который возлагал на нас самые большие надежды и ожидания, принятие ответственности за свои действия. Но отличительной чертой сильного, достойного врача является принятие не сколько юридический ответственности за страдания пациентов, а той ответственности, что не даёт спать по ночам и продолжать свою деятельность. Профессор учится принимать ее и жить дальше, преподавая свой опыт другим, желая сделать их мудрее. Такой поступок не может не вызвать уважения — сгорев сам, он продолжает светить другим, причём со смертью дочери светить всё ярче.

Другие изменения, произошедшие с профессором, касаются его прежних внутренних переживаний. Он утверждал, что боялся многих вещей — темноты, автоаварий, высоты. Боялся умереть от рук маньяка и от страшной болезни. Но со смертью дочери эти страхи словно потеряли смысл и, видимо, даже собственная смерть более не страшит его. Думаю, сначала это было связано с тем, что профессор просто потерял смысл жизни. Но после своего исцеления, возможно, он понял, что нет смысла чего-то боятся, что если чему-то суждено произойти, то это нужно просто принять. Принятие — это ключевой момент исцеления.

Вообще, я считаю, что в названии книги недаром есть эти слова «исцелися сам», которые как бы подчёркивают, что врач становится врачом не только благодаря своим теоретическим знаниям и практическим умениям, но и тогда, когда сам проходит курс некой терапии в отношении своего, в первую очередь, духовного здоровья. Профессор Альперовский стал профессором медицины, когда постиг искусство исцелять. Но пережив сильнейшее потрясение и сумев вернуться в медицину вновь, он стал больше, чем профессором медицины. Это тот случай, когда человек, которому казалось больше некуда совершенствоваться, сумел подняться

выше, хотя все обстоятельства складывались к противоположному исходу событий. Я думаю, профессор вернулся в медицину не благодаря уговорам ректора или другим причинам. Тщательный самоанализ, анализ поступков своих коллег и главное — принятие текущего положения дел, привели к его исцелению. Он вновь ощутил эту огромную ответственность своей профессии и решил во чтобы то ни стало помогать людям доказав, что соответствует высокому званию врача.

Подведя итог вышесказанному, можно сделать вывод о том, что профессор Альперовский выдержал одно из самых трудных испытаний, которое только может выпасть на долю человека. Он выстоял это испытание с достоинством, хотя, казалось бы, любой мог бы на его месте опустить руки. Любой, но не врач и не профессор медицины. Пережив тяжелейшую потерю, профессор Альперовский стал сильнее, мудрее, продолжил развиваться как духовно, так и профессионально. Также мы убедились в том, что для того чтобы исцелять других людей, необходимо самому быть здоровым, в противном случае мы не только не даем пациенту никакой пользы, но и причиняем вред.

ИСКУССТВО-ДРУГ И ПОМОЩНИК В ТЯЖЕЛЫЕ ДНИ БОЛЕЗНИ

Глинкина А.В

(группа 2307)

В своем эссе мне хочется порассуждать пусть и не на самую главную, но, по моему мнению, очень трепетную тему «Искусство- друг и помощник в тяжелые дни болезни».

Уже само это слово «искусство» звучит спокойно и умиротворяюще, дарит тепло и надежду на лучшее. Думая об искусстве, в голову приходит нечто возвышенное, то, что должно удивлять и вдохновлять нас. «Но почему же»- спросите вы, оно вдруг стало другом и помощником в тяжелые дни? Друг -потому что никогда не оставит, всегда будет рядом,

скрашивая серые, унылые будни, а помощник - потому что помогает успокоиться, а порой и бороться с ужасным моральным и физическим состоянием. Ведь нет ничего лучше этой «опоры» в тяжелый период жизни, в дни невзгод!

Говоря о душераздирающем произведении З.К. Трушинского «Врачу исцелися сам? …», мы видим здесь яркий пример данной темы. Светочка - тяжело больная девочка, переносит сложнейшие манипуляции, отчасти, некорректное поведение врачей и медицинского персонала, моральные переживания, но она не оставляет свое любимое занятие - читать стихи и напевать любимые песни. При этом она даже старается помочь другим тяжелым пациентам. Как-то раз в реанимации, по просьбе своей соседки по палате, Светочка исполнила небольшой отрывок из песни, видимо, горячо любимый для этой женщины. И я уверенна, что на мгновение, секунды, минуты, но этой женщине стало намного легче и теплее на душе, она забылась и окунулась в свои лучшие воспоминания…

Искусство - это отдельный мир, своеобразный инструмент, который может как никто другой передать эмоциональное состояние человека. Выплеснуть все, что накопилось в душе, все плохое, все, что отягощает и без того обессиленного человека. Во времена самой жесткой боли и невзгод Света наизусть читала стихи, которые несомненно точно передавали ее неважное состояние. «Я - баба слабая. Уж лучше - сразу!» «Боль, пусти меня хоть к маме на каникулы». Поэзия вырывается из нее, как птица из клетки, оставляя вместо себя спокойствие и смиренность.

На самом деле нужно обязательно говорить о своем дурном состоянии, когда невыносимо больно морально или физически, когда просто нет сил. Ты скажешь и тело освободится от этих оков и станет намного легче.

Но одно остается абсолютно ясно, болезнь не спрашивает о наших планах и делает то, что ей вздумается. За считанные дни выжить все соки

из некогда здорового, энергичного подростка ей не составило никакого труда. От продолжительной интоксикации, голода силенки ее только убывали. Родители Светочки поняли, что болезнь стала настоящим бедствием, тогда они сами начали ей читать вслух. Девочка менялась в лице, в печальных глазах появлялись маленькие искорки заинтересованности и это вселяло надежду.

Организм человека в дни болезни становится маленькой крепостью, который сражается с недугом, мобилизуя все возможные и невозможные защитные реакции.

«Страшно красивый» феномен представился мне в этом великолепном произведении, который зацепил и оказал колоссальное влияние на мои размышления. У девочки произошло усиление следовых реакций памяти, актуализация хранимой глубоко в подсознании информации, она по памяти прочитала стихи, которые наизусть никогда не заучивала. Это действительно какое-то чудо, но чудо очень жуткое, ведь это очень плохой прогностический симптом, который говорит о тяжелейшей интоксикации мозга.

Света хотела жить, радоваться жизни вместе с мамой и папой, строить грандиозные планы, путешествовать, мечтать и любить, но судьба решила иначе. Пятнадцать земных лет она прошла рука об руку с искусством. Оно сопровождало ее в горести и радости, в болезни и здравии. Эта девочка была сама как искусство, оставив навсегда частичку себя в нашем мире.

С темой «Искусство - друг и помощник в тяжелые дни болезни» мы встречаемся и в нашей повседневной жизни. Во многих клиниках всего мира уже вошло в привычку устраивать своим пациентам, так называемый день искусства. Будь то художество, театр, поэзия, музыка - это все едино, это все положительные эмоции, вдохновение, гармония, чарующая красота, которая так необходима для больных, обессиленных людей.

Благодаря этому пациентам намного легче справиться с болью, ограниченной подвижностью, моральными страданиями и психологическим стрессом, вызванными теми или иными заболеваниями, а кому - то даже вылечиться навсегда.

Конечно, мое мнение на этот счет будет более чем очевидным, я уверенна, что это (искусство) работает, это помогает и вытаскивает из цепких лап безысходности. Самый очевидный пример - сама эта книга, ведь она написана отцом, потерявшим самое дорогое и любимое, что может только быть у человека- ребенка. Его искусство- это дневник с последними неделями жизни дочери. Он выплескивает в него всю свою боль и тяжесть потери, всю скорбь и бессилие. Каждый новый день, как и новая глава - это время, а оно все-таки лечит.

В своем заключении я могу абсолютно точно сказать, что благодаря данному произведению я многое поняла для себя, а самое главное - переосмыслила иногда недооценивающее мной значение слова «искусство» в нашей такой непредсказуемой жизни. Ведь это то, что может прийти на помощь в самую трудную минуту жизненного пути, вытащить из оков боли, да в конце концов вдохновить на борьбу с болезнью! Искусство помогает людям на протяжении многих веков и тысячелетий, ведь недаром говорил древнегреческий врач и философ Гиппократ: «Жизнь коротка, а путь искусства долог».

КОНФЛИКТ ЛИЧНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО В СОЗНАНИИ ВРАЧА

Исмагилова Д.И.

(группа 2303)

Врач – одна из тех немногих профессий, которые априори подразумевают под собой не только набор профессиональных компетенций и знаний, которыми необходимо овладеть специалисту, но

также и необходимость обладать огромной силой духа и умением откинуть любые собственные переживания ради спасения жизни своего пациента. Очень важно, вступая на путь медицины, понимать это, потому что умение выключить голос своего эго, своих эмоций, - одна из самых сложных вещей в жизни человека.

Доктор в своей профессиональной деятельности постоянно сталкивается с неким конфликтом: в то время, как существует необходимость принимать решения, которые могут стоить пациентам жизни и которые требуют абсолютной объективности, в своем сознании человек никак не может откинуть эмоции, ведь они неотъемлемая часть любой личности. И тем тяжелее сохранять беспристрастность и ясность ума, чем больше пациент важен лично врачу. Возникающая нравственная дилемма – неотъемлемый аспект врачебной деятельности, не теряющая своей актуальности проблема.

Я считаю, что каждый медицинский работник должен обязательно задуматься над этим вопросом и понять, какую стратегию поведения стоит выбрать при возникновении ситуации выбора между эмоциями и исполнением профессионально долга. Считаю также благом, что студент медицинского университета имеет возможность в начале своего пути в медицине задуматься над проблематикой вопросов морали в выбранной специальности, читая предложенную художественную литературу на актуальные профессиональные темы.

Так, главный герой книги З. К. Трушинского и его страдающая от тяжелейшего недуга юная дочь – замечательный пример конфликта, который может развиться во враче при необходимости спасти жизнь человека, к которому он испытывает привязанность. Читатель знакомится с трагической историей пятнадцатилетней девочки, погибшей на руках своего отца-профессора медицины и целого консилиума сильнейших специалистов, которые, несмотря на многочисленные достижения и

регалии, не смогли поставить верный диагноз вовремя. «Врачу: Исцелися сам?» раскрывает всю гамму тяжелейших эмоций потерявшего своего ребенка отца на протяжении всей болезни девочки. В самом начале мы видим именитого врача, профессора; как и всякий успешный ученый, он уверен в себе, возможно, даже самоуверен. Как отец он немного обеспокоен недомоганием дочери, но как специалист он кажется даже беспечным, будучи непоколебимым в нескольких мыслях. Во-первых, герой изначально уверен, что ничего серьезного с его дочерью не произошло. Во-вторых, он свято верит во всесильность медицины в целом и своих коллег-светил в частности. Как уже было сказано, в таком поведении нет ничего удивительного, если принимать во внимание, что автор и главный герой имеет высокую научную степень. Однако по ходу стремительного ухудшения состояния Светочки резко изменяются и эмоции ее отца. Халатное поведение коллег, грубость медицинских сестер, невозможность поставить диагноз и хотя бы как-то облегчить состояние девочки выбивают почву из-под ног героя. Для родителя нет ничего тяжелее страданий собственного ребенка, и в данном случае эмоциональное состояние отца усугубляет тот факт, что медицина, в которой он был уверен, больше не является чем-то стабильным и надежным. Герой чувствует себя беспомощным.

Здесь начинается самый интересный период с точки зрения читателя, интересующегося психологией поведения человека в экстремальных ситуациях, но для героя книги это самое тяжелое время. Он мечется между многими специалистами, не доверяя никому из них, не доверяет он и медицинским сестрам. И главное – он не доверяет самому себе, хотя отчаянно желает помочь собственной дочери. Автор понимает, что его эмоциональная нестабильность может стать причиной роковой ошибки в лечении Светочки, поэтому, пытаясь самому добраться до истины, судорожно ищет поддержки коллег. Он боится притрагиваться к дочери,

чтобы не потревожить ее, но в то же время переживает, что руки другого медицинского работника принесут ей боль. Стоит отметить, что автор упоминает свое положение: он прямо указывает на свои переживания и сетует на то, что поддался эмоциям. В какой-то момент он хотел отказаться от выполнения назначений лечащего врача. В другой момент сам хотел быть лечащим врачом для дочери. Видя состояние своего коллеги, другие специалисты перестали пускать его на консилиумы.

Герой мог бы, конечно же, откинув эмоции ценой огромных усилий, поставить верный диагноз значительно раньше. Он мог бы заметить мелкие аспекты клинической картины, вполне конкретно указывающие на страшное заболевание. Мог доказать свою правоту перед целым консилиумом врачей, используя строгую аргументацию. Мог бы. Однако история не знает сослагательного наклонения, и читатель видит, чем оборачивается сильнейшее эмоциональное напряжение отца и необходимость выполнять врачебный долг, живущие в одном человеке. Рассказанная З. К. Трушинским история является наглядным примером того, какое сильное влияние оказывают естественные человеческие эмоции на профессиональную деятельность врача. Неспособность объективно оценить ситуацию, невнимательность, неспособность прислушаться к советам коллег – это лишь малая часть того, что происходит с доктором во время бушующего внутри него конфликта переживаний за близкого человека и необходимости исполнять свой высокий врачебный долг. Именно поэтому медицинскому работнику с первых шагов своей карьеры стоит учиться воспитывать себя так, чтобы в любой, даже самой тяжелой ситуации, сохранять в себе и человечность, и кристально чистый разум.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абушинова И.А., Гибадуллина З.Н., Байрамшина А.Д., Абдурахманова Н.С.
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: МЕТОДЫ, СРЕДСТВА И ФОРМЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ…….4

Авдонина Л.Г., Гараева Л.Т., Азизова А.И.
ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН…….5

Антонов А.М., Берхеева З.М., Рустамов М.Н.
РОЛЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ……..6

Архипов Е.В., Шулаев А.В., Кнни Ю.А., Радченко О.Р., Бердников Т.Г.
ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ТАРХАНСКАЯ–3» В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ……9

Багавиев А.А., Фархутдинова Ю.В., Шарафутдинова А.Л., Шарафутдинов Б.М., Рыжкин С.А.
ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ МОЩНОСТИ ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗЫ ОТ РАССТОЯНИЯ ВО ВРЕМЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР…..12

Байрамшина А.Д., Гибадуллина З.Н., Абушинова И.А.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЭЗ «АЛАБУГА» НА СОСТОЯНИЕ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ В ЕЛАБУЖСКОМ РАЙОНЕ……14

Балабанова Л.А., Имамов А.А., Радченко О.Р., Камаев С.К.
ХИМИЧЕСКОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ……16

Балабанова Л.А., Имамов А.А., Радченко О.Р., Камаев С.К.
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН……..…18

Берхеева З.М., Сабитова М.М.
ТРЕНДЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН……..20

Валиев Р.И., Радченко О.Р.
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ……...22

Галлямова Р.Р., Абдурахманова Н.С., Лопушов Д.В.
РОЛЬ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО ПОЛЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ……24

Гарипова Р.В., Сафина К.Р., Мифтахова Р.Ю., Гадиев Р.Ф.
ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ СВЯЗИ COVID-19 С ПРОФЕССИЕЙ
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ……..27

Бикеева А.Р., Каримов Р.Р., Харисов Р.И., Никитина М.В.
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ И РАБОТНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ……..29

Давлетова Н.Х.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ……..31

Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В.
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФПАТОЛОГИИ……33

Жабоева С.Л., Радченко О.Р., Шулаев А.В., Уразманов А.Р.
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЕРИАТРИЧЕСКИИМИ СИНДРОМАМИ….36

Зорина И.Г.
К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ…..38

Игнатанс Е.В., Садыкова М.Р.
НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА……..40

Кнни Ю.А., Радченко О.Р., Шулаев А.В., Бердников Т.Г.
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЬНЕОПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ……..42

Костина К.В.
СОВРЕМЕННЫЕ УГРОЗЫ И ГАРАНТИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПРИ СОВЕРШЕНИИ ПОКУПОК В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ В УСЛОВИЯХ COVID-19……44

Кузьмина С.В.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РАБОТНИОКВ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА…….46

Лядова И.В., Юсупова Н.З.
АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ РАБОТНИКОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ……..48

Майорова Е.В., Торопыгин С.Г., Маслов А.Н.
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПОМУТНЕНИЙ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИДРОФОБНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ……...50

Майорова Е.В., Торопыгин С.Г., Вакуленко Н.Н.
ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СКЛАДОК ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИДРОФОБНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ……...…52

Мусин Н.М, Радченко О.Р., Морозова О.Н., Балабанова Л.А.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА: ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ…….…54

Мухутдинова Г.М., Гомзина Е.Г., Имамов А.А.
АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА В ФАКТИЧЕСКОМ РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНОГОРСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН……...56

Патяшина М.А., Авдонина Л.Г., Борисова Л.О., Хайрутдинова Р.Р.
ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-КАРАНТИННОГО КОНТРОЛЯ В УСЛОВИЯХ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН……58

Патяшина М.А., Авдонина Л.Г., Гараева Л.Т., Азизова А.И., Закирова О.М.
ПРЕСЕЧЕНИЕ ОБОРОТА ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К ПИЩЕ……60

Патяшина М.А., Трофимова М.В., Авдонина Л.Г., Замалиева М.А., Балабанова Л.А.
ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ГРАЖДАН В ПЕРИОД ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ……62

Патяшина М.А., Трофимова М.В., Балабанова Л.А., Алиева Р.У., Абдуллазянова Э.Р., Струкова А.П., Ганеева М.А.
ПЛАНИРОВАНИЕ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА……64

Патяшина М.А., Трофимова М.В., Авдонина Л.Г., Балабанова Л.А., Романова И.Г., Ганеева М.А., Абдуллазянова Э.Р.
РАБОТА С БИЗНЕС СООБЩЕСТВОМ В УПРАВЛЕНИИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН…….65

Патяшина М.А., Трофимова М.В., Авдонина Л.Г., Балабанова Л.А., Замалиева М.А.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВЫХ КУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ……67

Патяшина М.А., Трофимова М.В., Костина К.В.
О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ОТКАЗА ПОТРЕБИТЕЛЯМ В ДОПУСКЕ НА ТОРГОВЫЕ ОБЪЕКТЫ БЕЗ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ (МАСОК)……68

Пугачева О.А., Сафина К.Р., Берхеева З.М., Гарипова Р.В.
ПРОБЛЕМЫ СВЯЗИ С ПРОФЕССИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ……70

Радченко О.Р., Морозова О.Н., Уразманов А.Р., Балабанова Л.А.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ……72

Сабитова М.М., Берхеева З.М.
ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН……74

Сафина К.Р., Берхеева З.М., Гарипова Р.В., Сабитова М.М.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ……76

Сизова Е.П., Хузиханов Ф.В., Нигматзянова Р.Р.
ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РАБОТАЮЩИХ В ФБУЗ ЦГиЭ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНЯ МАССОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И В ШТАТНОМ РЕЖИМЕ……...78

Ситдикова И.Д., Фадеева С.А., Халфиев И.Н., Гордеева А.В.
СКРИНИНГ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ)……80

Ситдикова И.Д., Фадеева С.А., Халфиев И.Н., Гордеева А.В.
СОЦИАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ – КРИТЕРИЙ МНОГОАСПЕКТНОЙ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА……82

Тафеева Е.А.
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДЕ АЛЬМЕТЬЕВСК……...84

Титова А.А., Панкратова О.Н., Билалова Р.Г., Калеева Е.В.
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН……..86

Фадеева М.А., Ситдикова И.Д., Фадеева С.А., Халфиев И.Н.
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОНИТОРИНГА СИСТЕМЫ «ЗДОРОВЬЕ — СРЕДА ОБИТАНИЯ»……...88

Фадеева С.А., Ситдикова И.Д., Алимбекова Л.Р.
ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ……....90

Фролов Д.Н., Фролова О.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА……..91

Фролова О.А., Юсупова Н.З., Лядова И.В.
АНТИОКСИДАНТЫ В ПИТАНИИ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА……93

Федорова О.К., Карпова М.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 14-17 ЛЕТ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ…….95

Шарафутдинова Г.Р.
УСЛОВИЯ ТРУДА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕХАНИЗАТОРОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА ……97

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ В МЕДИЦИНЕ

(в данном разделе представлены работы студентов медицинских ВУЗов)

Аксенова К.О., Смирнова О.М.
СОБЛЮДЕНИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ НОРМ ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТРОЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ……100

Ансимова П.В.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ……..102

Баженова А.А., Смирнова О.М.
РАЗВИТИЕ ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЧЕЛОВЕКА……...104

Бронских Н.А., Попова О.С.
ВЫЯВЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ СТРЕССА И НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА……...106

Димухаметова А.М.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОСВОЕНИЮ ИСТОРИИ ГИГИЕНЫ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ……108

Дмитриев М.В., Андреев В.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ…...110

Кочеткова Т.А., Филиппова О.А., Филиппова С.Ю.
КАЧЕСТВО ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА……..……112

Крыкова В.Е., Смирнова О.М.
МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ……114

Мамаев М.Э., Кучкин Н.О., Попова О.С.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПЫЛЕВОГО И ШУМОВОГО ФАКТОРОВ НА САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БЛИЗОСТИ АВТОМАГИСТРАЛИ……115

Назырова А.Р.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ШВЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА……...117

Павлова А.Ю., Смирнова О.М.
ОСОБЕННОСТЬ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦИФРОВОЙ СРЕДЕ……...119

Петрова В.И.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ВНУТРИШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ФИЗИЧЕКСОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ……121

Радченко А.С.
АКТУАЛЬНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ…123

Радченко А.С.
УЧЁТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА……..125

Садеева А.Р., Смирнова О.М.
ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ……128

Филиппова О.А., Кочеткова Т.А., Филиппова С.Ю.
ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ……...130

Лучшие эссе студентов лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава по книге З.К.Трушинского «Врачу исцелися сам?.. История болезни и смерти дочери профессора Альперовского»

под редакцией заведующей кафедрой биомедэтики, медицинского права и истории медицины д.м.н., профессора М.Ю. Абросимовой

Исмаилов Т.М.
ЧУВСТВЕННОЕ ВОСПРИЯТИЕ И РАСПОЗНАНИЕ ВНУТРЕННЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА КАК ИНДИКАТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ ВРАЧА……133

Кусаматова Э.А.
ВРАЧЕБНОЕ РАВНОДУШИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СДЕРЖАННОСТЬ……..137

Ахмедшин Р.Р.
МОЖЕТ ЛИ ВРАЧ ПРИНИМАТЬ УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕНИИ СВОИХ БЛИЗКИХ?.....140

Хайруллина К.М.
ВАЖНОСТЬ ЭМПАТИИ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ……..142

Абрамова Р.И.
ЕСТЬ ЛИ МЕСТО ОТЧАЯНИЮ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ?.....145

Максимова Ю.С.
ИСЦЕЛЕНИЕ ИСПЫТАНИЕМ……148

Глинкина А.В
ИСКУССТВО – ДРУГ И ПОМОЩНИК В ТЯЖЕЛЫЕ ДНИ БОЛЕЗНИ……152

Исмагилова Д.И.
КОНФЛИКТ ЛИЧНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО В СОЗНАНИИ ВРАЧА……..155