



X юбилейная межрегиональная научно-практическая конференция

16-17 ноября 2023 года

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**"Актуальные вопросы
обеспечения
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения"**

Казань 2023

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

при участии:

УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН
ЦЕНТРА ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

*Х юбилейной межрегиональной
научно-практической конференции*

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

16-17 ноября 2023

Казань -2023

УДК 614.2:616-084
ББК 614.2

А 43

Оргкомитет конференции:

Созинов А.С., Имамов А.А., Шулаев А.В.,
Патяшина М.А., Сизова Е.П., Тафеева Е.А.,
Берхеева З.М., Радченко О.Р., Балабанова Л.А.

А 43 **Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения:**
сборник тезисов X юбилейной межрегиональной научно-практической конференции – Казань: КГМУ, 2023 –162 с.

В материалах конференции представлены теоретические аспекты и практический опыт решения актуальных вопросов в области гигиены, эпидемиологии, профпатологии, профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Тематика тезисов охватывает широкий круг вопросов профилактики инфекционных, неинфекционных и профессиональных заболеваний. Сборник* содержит результаты изучения влияния факторов среды обитания на здоровье человека, вопросы питания населения, 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 сборнике* также отражены вопросы фундаментальной медицины. Отдельный раздел посвящен эссе молодых ученых о специальности врача и профессиональной этике.

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

*Сборник печатается в авторской редакции.

УДК 614.2:616-084
ББК 614.2

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Авдони́на Л.Г., Коны́шева Д.Б., Латы́пова Л.Р. О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАДЗОРЕ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2023 ГОДА..... | 9 |
| Антонов А.М., Берхеева З.М. РОЛЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ..... | 11 |
| Аскарова Э.Р., Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р. ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ..... | 13 |
| Балабанова Л.А., Имамов А.А., Камаев С.К. К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОЕНИЯ..... | 15 |
| Берхеева З.М. МЕСТНОЕ ЛУЧЕВОЕ ПОРАЖЕНИЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ..... | 17 |
| Валиев Р.И., Чумарев Н.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ..... | 19 |
| Веткин Д.А., Петрова Е.Э. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ ОТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ..... | 21 |
| Гайнутдинова А.Н., Парфирьева Л.В., Валеев Б.Н. ЗНАЧЕНИЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ВИДОВ ПРОДУКЦИИ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ..... | 23 |
| Галиуллин Н.И., Миннигалеева А.Г., Тимерханова А.К. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ «ТЕСТ ДЛЯ ПОБЕДЫ»..... | 26 |
| Гарипова А.М., Карпова М.В. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ..... | 29 |
| Гарипова Р.В., Ахмадеева А.А., Васильева А.М., Гадельшина Л.И., Олейникова В.Д., Хазиева Д.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ..... | 31 |
| Гимадеева Г.Ш., Берхеева З.М. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ СЛУХА..... | 33 |
| Гиниятова А.М., Прокофьева М.В. ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН..... | 35 |

| | |
|---|----|
| Гиниятуллина Л.А., Юсупова Н.З. НИТРАТЫ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ И ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА..... | 37 |
| Гомзина Е.Г. УПРАВЛЕНИЕ ПИТАНИЕМ ЧЕРЕЗ ОПТИМИЗАЦИЮ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ПИЩЕВОГО РАЦИОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ И ХНИЗ У НАСЕЛЕНИЯ..... | 39 |
| Григорьева Л.В., Шулаев А.В., Замалетдинова Р.Р., Ситдикова И.Д., Юсупова Р.З., Костарева А.А. АНАЛИЗ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ..... | 41 |
| Ерина А.В. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ..... | 43 |
| Жеглова А.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОХРАНЕНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ..... | 45 |
| Запасная А.В., Игнатанс Е.В. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ..... | 47 |
| Игнатанс Е.В., Нуруллина Н.Р. ВЛИЯНИЕ РУЧНОГО ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА НА ПРИМЕРЕ ДОЯРОК..... | 49 |
| Игнатанс Е.В., Шарифуллин Р.Л. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ПО ПОКАЗАТЕЛЮ ОБЩАЯ ЖЕСТКОСТЬ..... | 52 |
| Изиятуллин Р.М., Нестерова Л.Н., Гараева Г.Р. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В НИЖНЕКАМСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА 2018-2022 ГОДЫ..... | 54 |
| Имамов А.А., Берхеева З.М. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ОТРАСЛЕЙ ЭКОНОМИКИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН..... | 56 |
| Камаев С.К., Балабанова Л.А. БЛАГОПРИЯТНАЯ ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА - КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО ГРАЖДАН..... | 58 |
| Карев В.Р. АНАЛИЗ РАДИАЦИОННОЙ ОБСТАНОВКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН..... | 59 |
| Костина К.В. ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОБОРОТА ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И НИКОТИНОСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ..... | 61 |

| | |
|---|----|
| Костина К.В. НОВЫЕ ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОБЗОР ОСНОВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ..... | 63 |
| Лядова И.В., Юсупова Н.З. УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ..... | 65 |
| Микушева В.Ю. ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЯ В СФЕРЕ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ..... | 67 |
| Мирхайдарова Л.Р. УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕРСОНАЛА НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ..... | 69 |
| Михайлова С.А., Ситдикова И.Д., Пузырев В.Г., Гумеров Р.А., Гимаева А.Д., Костарева А.А., Рамишвили И.А. ПОКАЗАТЕЛИ СУММАРНОГО ЭФФЕКТА РЕГУЛЯЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ..... | 72 |
| Михайлова С.А., Ситдикова И.Д., Пузырев В.Г., Ахметов А.М., Ситдикова А.В., Юсупова Р.З., Алексеева А.М. ВЫРАЖЕННАЯ ТАХИКАРДИЯ КАК ОДИН ИЗ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ..... | 74 |
| Молостцова А.Ф., Салахова З.Н., Фахретдинова Э.Р., Салимова Л.М. КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИИ..... | 76 |
| Молостцова А.Ф., Салимова Л.М. ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ..... | 78 |
| Молостцова А.Ф., Салимова Л.М. ПРОФИЛАКТИКА УПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... | 81 |
| Муллина С.В., Ганеева И.З., Молостцова А.Ф., Салимова Л.М. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ..... | 84 |
| Мусин Н.М. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРИНЦИПЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ..... | 86 |
| Мухутдинова Г.М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА НА ФОНЕ СЕЛЕНОВОГО СТАТУСА НАСЕЛЕНИЯ..... | 88 |
| Павлов Д.В., Пузырев В.Г., Ситдикова И.Д., Фаттахова А.М., Чернышова Е.А., Ситдигов А.Р., Иванова Е.Ю. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ..... | 91 |

| | |
|--|-----|
| Пальмова Л.Ю., Фатыхова К.Р. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА..... | 93 |
| Прокофьева М.В., Балабанова Л.А., Абдуллазянова Э.Р. К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА..... | 95 |
| Прокофьева М.В., Балабанова Л.А., Абдуллазянова Э.Р. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ..... | 97 |
| Прокофьева М.В., Гараева Л.Т., Серазетдинова Ф.И., Закирова О.М., Буава В.Г. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ ЛИЦЕНЗИАТОВ ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ..... | 99 |
| Прокофьева М.В., Гиниятова А.М. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН..... | 101 |
| Радченко А.С., Гатиатуллин Б.А. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ У НИХ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ..... | 103 |
| Радченко О.Р., Тафеева Е.А., Шулаев А.В. ОПЫТ СОТРУДНИКОВ КАЗАНСКОГО ГМУ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»..... | 105 |
| Рахматуллина Э.А., Нургатина К.Н., Молостцова А.Ф., Салимова Л.М. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА... | 107 |
| Рыбаченок Т.М., Еникеева Ю.Р. РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ДЕМОГРАФИЯ» В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН..... | 109 |
| Сабитов А.З., Сабитова М.М. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ..... | 111 |
| Сабитова М.М., Шулаев А.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ: ТРУДОВОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ..... | 113 |

| | |
|--|-----|
| Садыкова М.Р., Куликова Н.Ч. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «СКОЛИОЗ»..... | 115 |
| Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Мухамадиева А.И., Шайдуллина Р.Р. ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ..... | 117 |
| Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Китова И.В., Ситдикова Д.М. РОЛЬ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ И РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ..... | 119 |
| Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Ситдикова Д.М., Китова И.В. СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ..... | 121 |
| Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Гильмуллина А.З., Переточкина П.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАРТРОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ..... | 122 |
| Сибгатуллина Л.Х., Берхеева З.М. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА..... | 124 |
| Ситдикова И.Д., Фаттахова А.М., Михайлова С.А., Иванова М.К., Рамишвили И.А., Назаренко Д.М., Сабирова Р.Р., Куклина А.Д. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ..... | 126 |
| Тафеева Е.А., Нургалиева Л.П. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАК ИНДИКАТОР САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ..... | 128 |
| Тахавиева Ф.В., Багданова О.Г. ВНЕДРЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРАКТИКУ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ..... | 131 |
| Тибеева С.Р. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ..... | 132 |
| Титова А.А., Панкратова О.Н., Билалова Р.Г., Калеева Е.В. ДИНАМИКА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ И СПИРТСОДЕРЖАЩИМИ ЖИДКОСТЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА ПЕРИОД С 2018 ПО 2022 ГОДЫ..... | 134 |
| Тухватуллина Л.Р., Филиппова С.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ..... | 136 |
| Федорова О.К. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАДЖЕТОВ ДОШКОЛЯТАМИ И ОТНОШЕНИЕ ИХ РОДИТЕЛЕЙ К ДАННОЙ ПРОБЛЕМЕ..... | 139 |

| | |
|---|-----|
| Филиппова С.Ю., Имамов А.А. О СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА КАЗАНИ..... | 141 |
| Шепелева О.М., Герасимова Е.С. ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА..... | 143 |
| Ямалиева Л.Ф. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО СТАТУСА СТУДЕНТА..... | 145 |
| Ямалиева Л.Ф. ПРОФИЛАКТИКА МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... | 147 |
| Янгирова Э.Х., Фролова О.А. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН..... | 149 |

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ:

лучшие эссе студентов первого курса 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»

| | |
|--|-----|
| Футин Э. В. РЕШИТЕЛЬНЫМ БУДЬ!..... | 152 |
| Загирова Н.Р. ВРАЧЕБНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СДЕРЖАННОСТЬ И РАВНОДУШНОЕ ОТНОШЕНИЕ: ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ?..... | 156 |
| Хасанова Р.С. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОТЕЦ, А ПОСЛЕ ВРАЧ..... | 159 |

О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ НАДЗОРЕ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2023 ГОДА

Авдони́на Л.Г., Коны́шева Д.Б., Латы́пова Л.Р.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Одной из приоритетных задач Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее-Управление) продолжает оставаться обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в медицинских организациях.

За 9 месяцев 2023 года в рамках осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора за медицинскими организациями Управлением проверено 322 субъекта надзора, обследовано при проведении проверок 827 объектов, что составляет 18% от общего числа состоящих на контроле (4657 объектов).

Основаниями для применения мер административного воздействия послужили несвоевременное проведение ремонтных работ, отсутствие эффективной системы вентиляции и резервных источников горячего водоснабжения, недостаточный набор помещений, использование немедицинской мебели или мебели с нарушенным покрытием, несоблюдение правил обращения с медицинскими отходами, невыполнение в полном объеме лабораторно-инструментальных исследований в рамках программы производственного контроля, нарушения при организации питания в стационарных учреждениях, несоблюдение периодичности прохождения персоналом медицинских осмотров и профилактических прививок в соответствии с национальным календарем, нарушения дезинфекционно-стерилизационного режима. Наиболее частыми нарушениями при обращении с отходами в медицинских организациях являются отсутствие строгого учета и контроля за их движением, смешение

отходов различных классов эпидемиологической опасности, отсутствие специального помещения для временного хранения отходов.

В рамках программы модернизации первичного звена государственной службы здравоохранения в период с 2016 по 2022гг. введены в эксплуатацию 335 модульных ФАПа, 44 врачебных амбулаторий, 15 патолого - анатомических отделений с оформлением санитарно-эпидемиологических заключений на медицинскую деятельность. Реализация программы позволяет устранить значительную часть нарушений требований санитарного законодательства и улучшить условия пребывания пациентов и персонала в государственных медицинских организациях.

В целях предупреждения возникновения нарушений обязательных требований Управлением на систематической основе осуществляется профилактическая разъяснительная работа с представителями медицинских и фармацевтических организаций. В 2023г. было проведено 412 профилактических визитов в медицинские организации и 182 - в объекты аптечной сети.

Библиографический список:

1. Федерального закона от 31 июля 2020 г. № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»;
2. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

РОЛЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Антонов А.М., Берхеева З.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Стресс, малоподвижный образ жизни, нерегулярные перекусы вместо полноценных приемов пищи, курение – все эти факторы оказывают разрушительное воздействие на сосуды и приводят к развитию болезней системы кровообращения [1].

Цель исследования - изучение состояния сердечно-сосудистой системы у работников нефтеперерабатывающего предприятия для определения профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Проведен скрининговый медицинский осмотр 3682 работников нефтеперерабатывающего предприятия, в т.ч. 1866 женщин (50,7%). Всем были проведены общий анализ крови, исследование липидного обмена: холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой, низкой и очень низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП), электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца, осмотр кардиолога.

Результаты. Анемия была выявлена у 11 мужчин (0,4%) и у 36 женщин (1,9%). У 47% обследованных мужчин и 17,5% женщин определялась гиперхолестеринемия. Повышенное содержание триглицеридов отмечено у 34,5% мужчин и 6,7% женщин, ЛПВП – у 5,4% мужчин и 1,6% женщин; ЛПНП – у 32,5% мужчин и 16,3% женщин, ЛПОНП – 18,6% мужчин и 3% женщин.

На ЭКГ определялась гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) у 39,5% мужчин и 10,2% женщин. Эхокардиография позволила ГЛЖ у 47,6% мужчин и 11,6% женщин.

Кардиологом диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) у 881 обследованного мужчины (48,5%) и 240 женщин (12,9%). Дислипидемия установлена у 853 мужчин (47%) и 326 женщин (17,5%). Метаболический синдром чаще регистрировался у женщин (7,7%) по сравнению с мужчинами (3,5%).

Заключение. 30% обследованных сотрудников нефтеперерабатывающего предприятия страдают ГБ, значительно чаще регистрируемой у работников мужского пола. С учетом выявленных факторов риска были сформированы группы для диспансерного наблюдения. Нами предложена комплексная программа профилактики ГБ у работников. При приеме на работу и проведении периодических медицинских осмотров необходимо определять общие факторы риска развития ГБ: наследственную предрасположенность, индекс массы тела, курение, гиподинамию, психосоциальный стресс. Необходима ориентация работников на самосохраняющее поведение, организация антитабачной пропаганды, создание на предприятии школы здорового образа жизни.

В целях борьбы с ожирением и немедикаментозной коррекцией дислипидемии рекомендуется внедрение в столовые предприятия блюд с пониженным содержанием насыщенных жиров и ограничение продуктов богатых холестерином; включение в рацион блюд, обогащенных белком, пищевыми волокнами и микроэлементами.

Библиографический список:

1. Бойцов С. А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Российский кардиологический журнал. – 2014. – Т. 102, № 4. – С. 6.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Аскарова Э.Р., Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Проблема ВИЧ-инфекции до сих пор сохраняет актуальность. Информированность населения о мерах защиты от ВИЧ-инфекции является социальным фактором ее эпидемического процесса. В связи с чем, мониторинг знаний населения в вопросах ВИЧ-инфекции является неотъемлемой частью профилактической работы для своевременной корректировки мероприятий и усиления санитарно-просветительской работы.

Цель – проанализировать мнения респондентов, проживающих в Республике Татарстан (РТ), о мерах профилактики ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Проведено поперечно-срезовое исследование – анкетирование различных групп населения Республики Татарстан. Анкетирование проводилось в смешанном формате (онлайн + распространение печатных форм), с января по июнь 2023 г. Рассчитаны экстенсивные показатели (доли, %). Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей (Q1-Q3).

Результаты. В исследовании приняли участие 467 человек, включая 46,5% женщин, 53,5% мужчин. Медиана возраста составила 22 года (Q1-Q3=20–34 лет). Возраст респондентов варьировал от 18 до 69 лет. Респондентам было предложено выбрать меры профилактики, которые могут позволить предотвратить распространение ВИЧ-инфекции. Ответы распределились следующим образом: информировать население о способах профилактики отметили 82,0% (397/484), регулярно обследоваться на ВИЧ-инфекцию (1 раз в год) – 73,3% (355/484), введение уроков полового воспитания в образовательных учреждениях – 62,8% (304/484), борьба с

проституцией и наркоманией – 62,2% (301/484), включить тестирование на ВИЧ в программу диспансеризации – 55,0% (266/484), лечить всех лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией – 41,3% (200/484), создать специализированные учреждения для лечения, обучения, оказания услуг лицам с ВИЧ-инфекцией – 37,0% (179/484), снижение цен на презервативы – 35,3% (171/484), раздавать бесплатно презервативы и шприцы – 29,5% (143/484), изолировать людей с ВИЧ-инфекцией от общества – 3,3% (16/484). Также был задан вопрос об отношении респондентов к проведению уроков полового воспитания в школах, в т.ч. с информированием детей о мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Большинство (62,2%, 301/484) одобряет уроки полового воспитания, если информация будет адаптирована под возраст ребенка. Треть (35,5%, 172/484) согласны с подобными уроками, если это обучение будет проводиться специалистом (врачом, психологом). Часть респондентов были категорически против данных уроков, т.к. это может способствовать раннему началу половой жизни (2,9%, 14/484). 2,5% ответивших (12/484) считают, что эти беседы должны проводить родители со своими детьми. 0,6% (3/484) ответили, что половое воспитание должно проводиться в возрасте 14/16+.

Заключение. Самым «популярными» методами профилактики ВИЧ-инфекции по результатам данного исследования являются информирование населения о способах профилактики, регулярное обследование на ВИЧ-инфекцию (1 раз в год) и введение уроков полового воспитания в образовательных учреждениях. В целом население РТ положительно относится к урокам полового воспитания среди детей/подростков.

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА РАБОТНИКОВ МАШИНОСТРОЕНИЯ

Балабанова Л.А.¹, Имамов А.А.¹, Камаев С.К.²

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²ЧОУ ВО Институт социальных и гуманитарных знаний

Работа на предприятиях машиностроения связана с воздействием ряда вредных производственных факторов, таких как воздействия химических веществ (тяжелые металлы, оксид углерода, бенз(а)пирен и др.) и влияния физических факторов (тепловое излучение, шум, вибрация).

Проведено комплексное исследование по изучению влияния факторов производственной среды на формирование рисков нарушений здоровья у мужчин-работников машиностроительного предприятия.

Для изучения использовались эпидемиологические, гигиенические, социально - гигиенические, биохимические и статистические методы исследования.

Анкетный скрининг включал в себя перечень вопросов по изучению социального статуса рабочих, вредных привычек, условий труда, состояния здоровья и отношения к своему здоровью.

Статистическая обработка данных проводилась с применением стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических методов статистики.

Анкетный скрининг выявил, что в течение всей смены находятся в контакте со смазочно-охлаждающими жидкостями 68% анкетирруемых, 14% контактируют с тяжелыми металлами, столько же работают в условиях перегревания, 18% опрошенных отметили отягощенный наследственный анамнез по злокачественным новообразованиям. Все эти факторы повышают риск возникновения патологии.

При анализе концентраций химических веществ в воздухе рабочей зоны предприятия машиностроения были выявлены превышения предельно-допустимых концентраций (ПДК) бенз(а)пирена, аэрозолей минеральных масел, диоксида азота, эпихлоргидрина.

Средние концентрации оксида углерода в цехах за период наблюдения составили $5,7 \pm 1,41$ мг/м³; минеральных масел $3,6 \pm 1,22$ мг/м³; эпихлоргидрина – $1,96 \pm 0,77$ мг/м³; бенз(а)пирена $0,001334 \pm 0,08$ мг/м³. По результатам оценки классы условий труда 3.1. – 3.3. составили 57,5%.

Расчет неканцерогенных и канцерогенных рисков выявил высокий канцерогенный риск от изолированного воздействия бенз(а)пирена. Определены высокие суммарные индексы опасности для критических органов и систем от воздействия находящихся в воздухе рабочей зоны бензина, аэрозоля минеральных масел, бенз(а)пирена, керосина. Критическими системами организма для развития патологии на предприятиях машиностроения определены респираторная, центральная нервная, пищеварительная, мочеполовая системы. Определен высокий риск возникновения патологии у потомства.

Условия труда работников машиностроительной отрасли можно охарактеризовать как вредные. Превышения концентраций химических веществ в воздухе рабочей зоны требуют повышенного контроля и мероприятий по их минимизации.

Работники, находящиеся под воздействием неблагоприятных факторов, нуждаются в проведении профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на устранение или минимизацию неблагоприятного воздействия производственных факторов. Постоянный мониторинг групп риска, раннее их выявление и применение средств биопрофилактики, позволят значительно снизить вероятность возникновения нарушений здоровья работающего населения.

МЕСТНОЕ ЛУЧЕВОЕ ПОРАЖЕНИЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Берхеева З.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Местные лучевые поражения (МЛП) развиваются у лиц, облученных в дозах свыше 8 Гр [1].

Цель – оценить этапы связи острого лучевого дерматита с несчастным случаем на производстве.

Материал исследования. Клинический пример острого лучевого дерматита, развившегося в результате несчастного случая на производстве.

Результаты. В настоящее время имеются ряд нормативных документов, касающихся несчастных случаев на производстве [2-4].

Клинический пример. Водитель автомобиля Д. прошел предрейсовый медицинский осмотр, получил задание и перевез дефектоскопистов производственной испытательной лаборатории. В помещении работник увидел, что на полу лежат детали источника, а на крышке питьевого бачка находится предмет цилиндрической формы серебристого цвета, который он взял в руки и протянул дефектоскописту. Попив воды Д. вышел из лаборатории на улицу. Через 10 минут он почувствовал онемение пальцев рук. Через три дня пальцы рук покрылись волдырями, как при термическом ожоге. Обратился к хирургу поликлиники, получал амбулаторное лечение. Впоследствии водитель уехал на межвахтовый отдых и продолжал лечение по месту жительства. После лечения он отмечал улучшение самочувствия и стабилизацию процесса. Через 8 месяцев состояние больного ухудшилось, и пациент обратился к дерматологу по месту жительства. Был установлен диагноз: Радиационный дерматит. Трофические язвы костей.

Больной написал заявление в комиссию по расследованию несчастного случая на производстве с просьбой расследовать данное

происшествие. Был составлен акт о несчастном случае на производстве. Пациент был освидетельствован в бюро медико-социальной экспертизы, установлена 3 группа инвалидности по трудовому увечью.

Затем он обследовался в отделении хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений в г. Обнинске с диагнозом: лучевые язвы 4-х пальцев (по 2 пальца на обеих) верхних конечностей. Впоследствии лечился в отделении онкокохирургии ФГБУ ГНЦ им.ак.А.И. Бурназяна ФМБА России с диагнозом: поздние последствия местного лучевого повреждения от гамма-излучения 1, 2 пальцев левой кисти и 1,2,3 пальцев правой кисти. Состояние после ампутации дистальной фаланги 1 пальца левой кисти с пластикой раневого дефекта кожножировым лоскутом на сосудистой ножке.

Заключение. Анализ приведенного случая показывает, что имело место позднее расследование несчастного случая на производстве и развитие отдаленных последствий местного лучевого поражения. Работники, имеющие стойкие последствия несчастных случаев на производстве, один раз в пять лет должны проходить периодические медицинские осмотры в центрах профпатологии [4].

Библиографический список:

1. Диагностика, лечение местных лучевых поражений и их отдаленных последствий Федеральные клинические рекомендации ФМБА России – 2015.
2. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (с изменениями и дополнениями).
3. Приказ Минтруда России от 20.04.2022 N 223н «Об утверждении Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях, форм документов, соответствующих классификаторов, необходимых для расследования

несчастных случаев на производстве».

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ

Валиев Р.И., Чумарев Н.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Сегодня гигиенические знания и навыки у детей школьного возраста, является одной из важных проблем здравоохранения. Но в последнее время наблюдается тенденция к снижению уровня знаний и навыков в области личной гигиены. Соблюдение правил личной гигиены у детей школьного возраста имеет важное значение, так как помогает им развивать здоровые привычки, которые будут сопровождать их на протяжении всей жизни. Это также способствует осознанию важности заботы о своем здоровье и здоровье окружающих, что может привести к уменьшению снижению заболеваемости, формированию ответственного отношения к здоровью. [1,2]. Уровень образования родителей также зависит и это имеет большое значение, когда речь заходит о гигиенических знания детей разной возрастной категории. Высокий уровень образования матерей коррелирует с тем, что их дети обладают более высокими знаниями о личной гигиене и

умениями по сравнению, с теми детьми, чьи родители имеют низкий уровень образования [3] Утверждается, что существует существенная разница между теоретическим пониманием школьников чистоты и их фактическим применением правил гигиены [1,2]. Как родители, так и педагоги несут ответственность за то, чтобы помочь детям, посещающим школу, выработать здоровые гигиенические привычки. У младших школьников, как правило, показатели в том, что касается гигиенических навыков ниже, чем у школьников старших классов. Если сравнивать уровень знаний в вопросах гигиены, то мальчики входят в группу риска – не знают элементарных правил [4,5].

Цель работы: сравнительная оценка гигиенических навыков и знаний обучающихся общеобразовательных школ разных возрастов.

Для реализации поставленной цели был проведен гугл-опрос <https://forms.gle/nqHNXUSqRB4vPfse6> учащихся 5-10 классов.

Результаты. Полученные данные показали, что почти половина опрошенных школьников младшего возраста обладают меньшими в вопросах гигиенических навыков, а школьники старших классов обладают более лучшими знаниями и практическими умениям в области личной гигиены, но соблюдать их не торопятся. Девушки имеют более высокие баллы по знаниям, навыкам по сравнению с юношами. По мере увеличения возраста увеличиваются и знания с навыками в области личной гигиены, гигиены питания, но все еще недостаточны в аспектах гигиены питания, режима труда и отдыха. Основываясь на результатах исследования, мы считаем, что во всех школах должны проводиться регулярные занятия и просветительские программы, которые помогут повысить уровень гигиенических знаний и навыков школьников.

Библиографический список:

1. Saha A, Trikhatri C, Gain P. Knowledge regarding personal hygiene among primary school children. UIJIR. 2022 Aug; 1(3): 47-53.

2. Bashtawy M AL. Personal hygiene in school children 6-12 years in Jordan. *British Journal of School Nursing*. 2015; 10(8): 395-398
3. Pukhraj KS, Deol R, Kodi M. Knowledge and Practices Regarding Personal Hygiene among Primary School Children. *J Comm Pub Health Nursing*. 2021;7(9).
4. Sarkar M. Personal hygiene among primary school children living in a slum of Kolkata, India. *J Prev Med Hyg*. 2013; 54(3):153–15
5. Ratnaprabha G.K., Kumar A., Kumar A. Practices regarding personal hygiene among government high school students of a rural area in Central Karnataka. *Int J Med Sci Pub Health*. 2018; 7(6): 457-461

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ ОТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Веткин Д.А., Петрова Е.Э.

(научные руководители - проф. Маланичева Т.Г., доц. Зиатдинова Н.В.).

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Среди профилактики пневмококковой инфекции (ПИ) особое место занимает специфическая профилактика - вакцинация детей первых лет жизни. ПИ считается одной из самых опасных из всех предупреждаемых вакцинопрофилактикой заболеваний и до проведения вакцинации приводила к смерти до 1,6 млн. человек в год, из которых от 0,7 до 1 млн. были дети [1]. Среди ПИ особую опасность представляет пневмония, частота которой среди детей до 15 лет составляет 490 случаев на 100 тыс., а до 4 лет – 1060 случаев на 100 тыс. [2,3]. В детских поликлиниках проводится плановая иммунизация детей первого года жизни и старше против ПИ полисахаридной конъюгированной 13-валентной вакциной (ПКВ13) [4]. Вакцинацию проводят в рамках Национального календаря

профилактических прививок РФ по схеме из двух доз детям в возрасте 2 и 4,5 месяцев жизни и ревакцинацией в 15 месяцев.

Для изучения особенностей течения поствакцинального периода проведен анализ истории развития (форма 112) у 55 детей, которые прививались от ПИ вакциной ПКВ13 по национальному календарю профилактических прививок РФ на базах детских поликлиник г. Казани.

Анализ данных показал, что поствакцинальных осложнений выявлено не было. Отмечались только общие реакции (повышение температуры, снижение аппетита и расстройства сна), а также местные реакции (отек, гиперемия, уплотнение в месте введения вакцины). Так, после введения 1-й дозы вакцины общие реакции в виде повышения температуры и снижения аппетита отмечались у 21,8% детей. Температура повышалась кратковременно в пределах 37,2-38,0 у 75% в первый день вакцинации, а у 25% на 2-й день после нее. Нарушение сна отмечалось в первые двое суток у 9,1% детей. После введения 2-й дозы вакцины общие реакции наблюдались значительно реже. Так, кратковременное повышение температуры от 37,1 до 38 отмечалось у 10,9% детей только в день вакцинации без снижения аппетита. Нарушение сна отмечалось у 1,8% детей. После ревакцинации повышение температуры отмечалось только у 3,6% детей без нарушения аппетита и сна. Местные реакции в виде отека, гиперемии, уплотнения в месте введения вакцины отмечались у 20,0% детей после введения 1-й дозы, у 7,3% – после введения 2-й дозы и только у 1,8% - после ревакцинации и быстро купировались.

Таким образом, изучение особенностей течения поствакцинального периода после конъюгированной пневмококковой вакцины ППК13 показало ее безопасность, что подтверждается в отсутствии у наблюдаемых детей поствакцинальных осложнений, а встречаемые общие и местные реакции после вакцинации были кратковременными и не тяжелыми.

Библиографический список:

1. Пневмококковые вакцины: документ по позиции ВОЗ, 2012 год // Еженедельный бюллетень. - 2012. - № 14. - С. 129-144.
2. Внебольничная пневмония у детей // Клинические рекомендации. - Москва: Оригинал-макет, 2015. - С. 64.
3. Геппе, Н. А., Малахов, А. Б., Дронов, И. А., Хабибуллина, Е. А. Внебольничная пневмония у детей: проблемы диагностики, лечения и профилактики // Доктор.Ру. - 2015. - № 13. - С. 20-27.
4. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Брико Н.И., Лобзин Ю.В., Таточенко В.К., Харит С.М., Федосеенко М.В., Вишнёва Е.А., Селимзянова Л.Р. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей // Педиатрическая фармакология. - 2015. - № 5. - С. 550-558.

ЗНАЧЕНИЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ВИДОВ ПРОДУКЦИИ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Гайнутдинова А.Н.¹, Парфирьева Л.В.², Валеев Б.Н.²

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан»

Сохранение здоровья трудящихся является приоритетным направлением государственной политики в области трудовых отношений и обеспечения работодателем здоровых и безопасных условий труда [1]. По данным Росстата, численность занятых в Российской Федерации составляет 72354 тыс. человек, во вредных и опасных условиях труда работают 37,9%. Своевременное выявление неблагоприятных факторов трудового процесса и выработка механизмов управления ими позволяет сохранить профессиональное здоровье. В качестве примера нами взяты результаты СЭЭ продукта «Scimol» марки WS-2917.

Система гигиенического нормирования не предусматривает прогнозирование размеров вреда здоровью в случае превышения ПДК вредных химических веществ в воздухе рабочей зоны. В условиях превышения ПДК актуально оценивать уровни профессионального риска для обоснования мер защиты и разработки дополнительных профилактических мероприятий защиты работников [2]. Авторами был определён риск развития хронической интоксикации при длительном воздействии раздражающих веществ (РВ) в диапазоне 5-10 ПДК, выраженных форм и острых не смертельных интоксикаций при превышении ПДК в 10-50 раз и более 50 раз (в том числе с летальным исходом). Эти исследования явились основой для разработки методики оценки вредных химических факторов и отнесения их к классам условий труда. Для большинства рабочих мест нефтехимических производств характерно наличие в воздухе рабочей зоны сложного комплекса высокотоксичных вредных веществ наркотического, общетоксического действия, а также обладающих канцерогенным, мутагенным, гонадотропным, эмбриотоксическим и другими эффектами [3,4].

Результаты. Продукт «Scimol» марки WS-2917 по параметрам острой токсичности при однократном внутрижелудочном поступлении ($DL_{50} \text{ per os} = 6000 \text{ мг/кг}$) может быть отнесен к малоопасным веществам (4 класс опасности), он обладает слабым раздражающим действием на кожу (1 балл) и резко выраженным раздражающим действием на слизистые оболочки глаз (10 баллов). Острая дермальная токсичность $DL_{50} \text{ cut}$ более 2500 мг/кг. Продукт не обладает кожно-резорбтивным действием. Выявлено sensibilizing действие, кумулятивные свойства не выявлены. При однократном ингаляционном воздействии средняя смертельная концентрация не установлена (при концентрации $CL_{50} = 9250 \text{ мг/м}^3$ животные живы, общее состояние и поведение не отличалось от контроля). Входящий в состав продукта ФБТК эмбриотропным, тератогенным,

мутагенным действиями не обладает. Гонадотропное и канцерогенное действия не изучались. Ингибитор коррозии для промышленных водооборотных систем «Scimol» марки WS-2917 в качестве средства для снижения скорости коррозионных процессов технологического оборудования, трубопроводов по параметрам острой токсичности может быть отнесен к малоопасным веществам 4 класса опасности по ГОСТ 12.1.007-76. Проверка органолептических и физико-химических свойств (протоколы АИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РТ » №№18416 и 18417 показала, что полученные показатели соответствуют требованиям ЕСТ.

Заключение. Ингибитор коррозии для промышленных водооборотных систем «Scimol» марки WS-2917 по ТУ 2499-127-70896713-2016 соответствует «Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)», утв. Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010г. №229 и может использоваться в качестве средства для снижения скорости коррозионных процессов технологического оборудования в промышленности.

Рекомендации:

1. Ингибитор коррозии для промышленных водооборотных систем «Scimol» марки WS-2917 рекомендуется для защиты от коррозии оборудования промышленных водооборотных систем.
2. Хранение и транспортировка, подготовка к непосредственному использованию продукта «Scimol» марки WS-2917 должны осуществляться работниками, прошедшими курсы санитарно-гигиенического обучения и инструктаж по технике безопасности.

Библиографический список:

1. Бухтияров И.В. Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России./ И.В.

Бухтияров // Ж. Медицина труда и промышленная экология, 2019г., №9, с. 527-532.

2.Ткачёва Т.А. Оценка потенциального риска развития острых и хронических профессиональных интоксикаций при воздействии раздражающих веществ./ Т.А. Ткачёва, А.И. Халепо, И.П. Уланова, Е.А. Карпухина, С.В. Каютина // Москва, 2003г., Тезисы докладов 2-го съезда токсикологов России, с.258-259.

3. Валеева Э.Т. Условия труда и состояние здоровья профессиональной заболеваемости работающих в ОАО «Салаватнефтеоргсинтез»/Э.Т. Валеева, З.Д. Шайнурова, Л.М. Каримова, Т.М. Зотова // Материалы V Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М. 2006г., с.349-350.

4. Гусарова Д.В., Васильев А.В. В.Н.Анализ негативного воздействия смазочно-охлаждающих жидкостей в условиях химического производства и методов его снижения. //Башкирский химический журнал.-2012, Том 19.,№5.- с.29-32.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ «ТЕСТ ДЛЯ ПОБЕДЫ»

Галиуллин Н.И.², Миннигалеева А.Г.¹,Тимерханова А.К.²

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²ГАУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан»

«Тест для победы» — это цикл проектов, реализованных ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ» совместно с Автономной благотворительной некоммерческой организацией «Новый век» при поддержке Фонда президентских грантов.

Проект осуществлялся на территории Республики Татарстан и 8 прилегающих субъектах Российской Федерации (Марий Эл, Башкортостан, Чувашия, Удмуртия, Ульяновская, Кировская, Самарская и Оренбургская области).

Цель: обеспечить доступ населения к бесплатному анонимному экспресс тестированию на ВИЧ, к социальным и юридическим услугам в отдаленных и труднодоступных районах, за счет организации выездной работы «Тест-мобилей» с мультидисциплинарной командой (медицинский и социальный работник, волонтеры, общественный помощник Уполномоченного по правам человека РТ).

Методы: информирование, мотивация на безопасное поведение, проведение бесплатного экспресс-тестирования на ВИЧ. В случае положительного результата - направление в лечебно-профилактические учреждения. При выявлении проблем в правовом поле - привлечение Уполномоченных по правам человека. При выявлении иных медико-социальных проблем и лиц в трудной жизненной ситуации - сопровождение в низкопороговый центр автономной благотворительной некоммерческой организации «Новый век» и профильные некоммерческие организации в регионах Российской Федерации.

«Тест-мобили» - точка входа в проект для людей, не обращающихся в некоммерческие учреждения и государственные учреждения и являющихся скрытыми носителями ВИЧ-инфекции, особенно в труднодоступных и удаленных для специализированной помощи населенных пунктах.

Результаты:

Основные количественные показатели проекта за 2020-2021 годы:

60 035 человек приняли участие в мероприятиях проекта;

16 122 человек прошли тестирование на ВИЧ – инфекцию;

82 положительных результата теста на ВИЧ – инфекцию было выявлено в рамках проекта;

95 703 информационных, консультационных, правовых, социальных, медицинских услуг оказано;

4 000 человек приняли участие в биоповеденческом исследовании;

540 выездов мультидисциплинарных команд на «Тест-мобилях».

Основные количественные показатели проекта за 2022-2023 годы:

246 выездов осуществлено на базе «Тест-мобилей» (г. Казань осуществлено 96 выездов, в Республике Татарстан осуществлено 120 выездов, в 5-ти регионах РФ осуществлено 30 выездов (Башкирия, Самара, Оренбург, Ульяновск, Удмуртия);

8957 человек прошли тестирование на ВИЧ - инфекцию и гепатит С (6770 человек прошли тестирование на ВИЧ и 2187 человек на гепатит С);

8 положительных результата теста на ВИЧ – инфекцию было выявлено в рамках проекта;

8 859 услуг оказано (из них 2 659 человек прошли экспресс-скрининг здоровья, 3 521 человек получили консультации социального работника, 2 680 человек получили консультацию психолога);

Снят видеоролики о проекте, который набрал порядка 1,3 млн просмотров.

Итоги за 2020-2023 годы:

104 562 информационных, консультационных, правовых, социальных, медицинских услуг оказано;

22 892 человека прошли тест на ВИЧ – инфекцию;

2 187 человек сдали тест на гепатит С;

786 выездов «Тест-мобилей» было организовано (210 выездов в 8 регионах Российской Федерации, 576 выездов по РТ).

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ

Гарипова А.М., Карпова М.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

В последнее двадцатилетие сформировались дополнительные факторы интенсификации обучения - широкое использование в учебном процессе электронных средств обучения (ЭСО) (интерактивных досок, ридеров, персональных компьютеров, ноутбуков, смартфонов) и системы Интернета, неконтролируемое использование которых способствует не только нарастанию школьно-обусловленной патологии, но также повышению уровня тревожности, враждебности, формированию социального стресса и снижению стрессоустойчивости организма [1].

Реализация образовательных программ с применением ЭСО и дистанционных технологий закреплена в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» [2]. С 2019 года в Российской Федерации реализуется Федеральный проект «Цифровая образовательная среда» [3]. В рамках проекта ведется работа по оснащению образовательных организаций современным оборудованием и развитию цифровых сервисов для образовательной деятельности.

Таким образом, контроль за использованием ЭСО является важным разделом работы органов Роспотребнадзора.

Гигиенические требования к условиям безопасного для здоровья и эффективного для процесса обучения использования ЭСО и дистанционных технологий, разработки технологий здоровьесбережения установлены в СП 2.4.3648-20 и СанПиН 1.2.3685-21. В данных нормативных документах гигиенические требования к ЭСО можно разделить на две группы: 1 - это технические характеристики электронных средств обучения и организация

рабочего места с ЭСО; 2 – время использования электронных средства обучения и профилактика переутомления при работе с ними.

Библиографический список:

1. Факторы образовательного процесса и их влияние на формирование здоровья школьников в условиях реформирования системы общего образования (научный обзор) / А.В.Суворова, И.Ш.Якубова, А.В.Мельцер, О.Г.Хурцилава // Профилактическая и клиническая медицина. - 2023.- №2(87) - С. 4-12.
2. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон №273-ФЗ от 29 дек. 2012: Принят Государственной Думой 21 дек. 2012 г. – Ст.16 - URL: <https://fzrf.su/zakon/ob-obrazovanii-273-fz/> (дата обращения 01.11.2023г.).
3. Федеральный проект «Цифровая образовательная среда» - URL: <https://edu.gov.ru/national-project/projects/cos/> (дата обращения 01.11.2023г.).
4. Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 - URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/files/news/SP2.4.3648-20_deti.pdf (дата обращения 01.11.2023г.).
5. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021г. № 2 URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/files/news/GN_sreda%20obitaniya_compress.pdf (дата обращения 01.11.2023г.).

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гарипова Р.В., Ахмадеева А.А., Васильева А.М., Гадельшина Л.И.,
Олейникова В.Д., Хазиева Д.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Туберкулез занимает ведущее место в структуре профессиональных заболеваний медицинских работников [1, 2]. Чаще регистрируются легочные формы, однако по данным Республиканского центра профпатологии (РЦПП) отмечены и случаи внелегочного туберкулеза, в частности, туберкулез костной системы.

Клинический случай: пациентка К., 58 лет, врач-фтизиатр с профессиональным стажем 28 лет. После физической нагрузки обнаружила припухлость и деформацию в области правого грудинно-ключичного сочленения. Позже присоединилась боль при движении правой верхней конечностью, потливость и слабость. Обратилась к травматологу-ортопеду. По результату консультации выставлен предварительный диагноз «Асептический некроз грудины и правой ключицы». В результате присоединения воспалительного процесса была назначена антибактериальная терапия со слабой положительной динамикой.

По данным рентгенологического обследования справа в грудинном конце ключицы по нижнему контуру обнаружен очаг деструкции костной ткани щелевидной формы, контактная деструкция в месте соединения рукоятки грудины с телом и кистовидное просветление с ободком склероза в теле грудины. Дополнительно проведены рентгеновская компьютерная томография правой ключицы, согласно которой «...грудинный конец правой ключицы деформирован, неравномерно утолщен на 4-5мм, склерозирован, выявлен очаг деструкции 4-5мм, мягкие ткани утолщены в сравнении с левой стороной...» и внутрикожная проба с туберкулезным

аллергеном рекомбинантным в стандартном разведении - папула 17 мм. С целью уточнения диагноза была назначена биопсия, показавшая картину гранулематозного воспаления с гигантоклеточными гранулёмами и очагами казеозного некроза. По результатам обследования установлен диагноз «Туберкулёзный остит рукоятки грудины, грудинного конца правой ключицы. Туберкулёзный артрит правого грудинно-ключичного сочленения».

Пациентку К. направили на консультацию в РЦПП. Согласно карты эпидемиологического обследования за шесть месяцев до начала заболевания в процессе трудовой деятельности имела контакт с 269 больными с бактериовыделением. По данным санитарно-гигиенической характеристики (СГХ) условия труда врача-фтизиатра относятся к 3.3 (вредный 3 степени), в том числе по биологическому фактору – 3.2 (вредный 3 степени).

С учетом данных профессионального маршрута, карты эпидемиологического обследования, СГХ условий труда проведена экспертиза связи туберкулеза с профессией. Экспертным советом РЦПП вынесено решение о наличии причинно-следственной связи туберкулеза у пациентки К. с профессиональной деятельностью. Пациентка была направлена на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы, где ей установили III группу инвалидности и определили 50% утраты трудоспособности.

Библиографический список:

1. Гарипова Р.В. Профессиональная патология органов дыхания у работников здравоохранения: вопросы своевременной диагностики / Р.В. Гарипова, З.М. Берхеева // Мед. труда и пром. экол. – 2020. - № 60 (2). – С. 89-92
2. Профессиональные заболевания медицинских работников от воздействия инфекционных агентов: современное состояние проблемы / Р.В. Гарипова,

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ СЛУХА

Гимадеева Г.Ш.¹, Берхеева З.М.²

¹Медсанчасть ЗАО «Авиамедсервис»

²ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Уровни шума, воздействующего на лётный состав гражданской авиации (ГА), определяются наличием внутрикабинного шума и дополнительной акустической нагрузкой, возникающей при прослушивании эфира и речевом радиообмене [1]. В настоящее время возникает ряд новых вопросов этиологии профессиональной тугоухости, требующих изучения и дальнейшего внедрения в практическое здравоохранение при определении связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности. Прежде всего, это касается фактора напряженности труда [2], имеющего потенцирующее, патогенетическое значение.

Цель исследования – изучение динамики профессиональной тугоухости у работников авиапредприятий Республики Татарстан (РТ).

Материал и методы исследования. Профессиональную заболеваемость работников ГА анализировали за 2013-2022гг. по материалам Управления Роспотребнадзора по РТ. В качестве статистических сводок использовались электронные таблицы программы MS Excel.

Результаты. В исследуемый период профессиональная тугоухость диагностировалась у 96 пилотов и бортмехаников авиапредприятий РТ. По общероссийскому классификатору вида экономической деятельности двусторонняя нейросенсорная тугоухость (НСТ) относится к разделу Н

«Транспортировка и хранение» и занимает третье ранговое место в РТ с максимальным показателем ПЗ в 2014г. – 3,0 на 10 тыс. работников со значительным уменьшением в 2021г. (0,34) и 2022г. (0,45).

В настоящее время на диспансерном учете в медсанчасти авиапредприятия находятся 24 больных с НСТ. На течение и прогрессирование НСТ оказывают большое влияние болезни органов кровообращения, частота которых нарастает с возрастом. Данное обстоятельство учитывается при отборе лиц для реабилитации или санаторно-курортного лечения.

Важным этапом при решении экспертизы профессиональной пригодности является оценка степени снижения слуха у лиц шумовых профессий. На медико-социальную экспертизу направляются больные со второй степенью тугоухости для определения процента утраты профессиональной трудоспособности и определения реабилитационных мероприятий.

Заключение. Установление факта нарушения слуха в результате действия шума содержит не только медицинские, но и социальные аспекты. Ранняя диагностика заболевания является решающим фактором в профилактике профессиональной потери слуха. Всем работникам «шумоопасных» профессий и всем пациентам с профессиональной потерей слуха необходима разработка индивидуальной программы реабилитации слуха. Санаторно-курортное лечение должно быть направлено на улучшение состояния слуховой функции и укрепление общего самочувствия работника.

Библиографический список:

1. Бухтияров И.В., Зибарев Е.В., Иммель О.В. Научное обоснование новых критериев оценки напряжённости труда у пилотов судов гражданской авиации. Материалы 16-го Российского национального конгресса

«Профессия и здоровье» с международным участием. Владивосток; 21-24 сентября 2021 : 87-91.

2. Панкова В.Б., Вильк М.Ф., Зибарев Е.В., Федина И.Н. К вопросу учета новых факторов в патогенезе профессиональной потери слуха (на примере работников транспорта). Медицина труда и промышленная экология. 2022; (8): 488-494.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Гиниятова А.М., Прокофьева М.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

В настоящее время в Республике Татарстан (РТ) сохраняются отрасли промышленности, где неудовлетворительные условия труда обуславливают высокий априорный риск развития профессиональных заболеваний. Работающее население подвергается воздействию физических факторов - шума, вибрации, неионизирующих и ионизирующих излучений, неблагоприятных факторов микроклимата, химических факторов и аэрозолей преимущественно фиброгенного действия (АПФД) [1].

Цель исследования – оценить динамику и структуру профессиональной заболеваемости (ПЗ) в РТ.

Материал и методы исследования. Анализ выполнен на основе данных Управления Роспотребнадзора по РТ за 2020-2022гг.

Результаты. В РТ за последние 3 года было зарегистрировано 586 случаев профессиональных заболеваний и отравлений: из них в 2022 г. – 216, в 2021г. – 213, в 2020г. – 157 случаев. Случаи профессиональных заболеваний и отравлений регистрировались в 18 административных территориях Республики Татарстан (2020г. – 18, 2021г. – 17). В 2022г. диагнозы профессиональных заболеваний были установлены 181

работнику, в том числе 46 женщинам – 25,4 % (в 2020г. – 117 работникам, в том числе 25 женщинам (21%), в 2021г. – 175 работникам, в том числе 43 женщинам (24,6%).

Удельный вес острых профессиональных заболеваний составил 4,6% (2021г. – 9%; 2020г. – 3,8 %). По результатам расследования профессиональных заболеваний установлено, что основной причиной развития острых случаев является профессиональный контакт с инфекционным биологическим агентом. За год зарегистрировано 10 случаев острых профессиональных заболеваний (отравлений) новой коронавирусной инфекцией среди медицинских работников, в том числе у 6 женщин, все со смертельным исходом.

Удельный вес хронических профессиональных заболеваний составил 95,4% (2021г. – 91%, 2020г.- 96,2 %).

Уровень ПЗ в РТ в 2022г. составил 1,46 на 10 тысяч работников (2020г. – 0,9; 2021г. – 1,46).

В структуре нозологических форм в 2022г. более трети (30,6%) составляет вибрационная болезнь (2020г. – 26%, 2021г. – 29,6%). На втором месте – нейросенсорная тугоухость – 28,2%, (2020г. – 34%, 2021г. – 30%). Третье ранговое место занимает заболевания опорно-двигательной системы – 21,7% (2020г. – 17,2%, 2021г. – 14,6%). Заболевания органов дыхания (бронхиты, ринофаринголарингиты, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмокониозы) составляют 13% (2020г. – 15,3%, 2021г. – 15,5%), прочие (биологические, аллергические) заболевания – 6,5% (2020г. – 7,5%, 2021г. – 10,3%).

Заключение. На протяжении анализируемого периода преобладали профзаболевания от воздействия физических факторов – 58,8%, второе место занимают заболевания, связанные с воздействием физических перегрузок и перенапряжением отдельных органов – 21,7%, третье место –

заболевания, вызванные с воздействием производственных химических факторов (в том числе промышленных аэрозолей) – 13 %.

Библиографический список:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Татарстан в 2022 году. Государственный доклад. – Казань: Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан, 2023. – С.174-183.

НИТРАТЫ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ И ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Гиниятуллина Л.А., Юсупова Н.З.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Колоректальный рак (КРР) является одним из ведущих онкологических заболеваний как по показателям заболеваемости, так и смертности [1, 2]. В формировании онкологической заболеваемости населения злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта лидируют канцерогенные нагрузки, поступающие алиментарным путем. Показано, что существует связь между нитратами и вероятностью развития КРР. Нитраты, поступающие в организм человека с продуктами питания и питьевой водой, могут увеличить риск развития КРР из-за эндогенного превращения в канцерогенные N-нитрозосоединения [3-5].

Цель работы: оценка риска развития общетоксических эффектов, связанных с поступлением нитратов с продуктами питания и питьевой водой в районах, отличающихся уровнем заболеваемости КРР. Материал и методы исследования. Было проанализировано содержание нитратов в продуктах питания, а также в питьевой воде на изученных территориях (Азнакаевский, Арский, Дрожжановский Камско-Устьинский и Ютазинский м.р.). Выбор районов осуществлялся на основании проведенного кластерного анализа.

Результаты исследования. Оценка риска развития общетоксических эффектов, обусловленных поступлением нитратов с продуктами питания, показала, что во всех районах коэффициент опасности, рассчитанный по медианным значениям (Me), оценивается как допустимый ($HQ=0,11-1,0$). Коэффициент опасности, рассчитанный на уровне 90-го перцентиля (P90), оценивается как допустимый в Азнакаевском и Ютазинском м.р. и настораживающий – в Арском, Дрожжановском и Камско-Устьинском м.р. ($HQ=1,1-3,0$). В Азнакаевском м.р. основной вклад в величину экспозиции вносят овощи и бахчевые (на уровне Me – 100%, P90 – 61%); в Арском м.р. – на уровне Me – картофель (51%), P90 – овощи и бахчевые (51%); в Дрожжановском м.р. - овощи и бахчевые (на уровне Me – 61%, P90 – 64%); в Камско-Устьинском м.р. - овощи и бахчевые (на уровне Me – 55%, P90 – 60%); в Ютазинском м.р. - на уровне Me овощи и бахчевые (53%), на уровне P90 – картофель (53%). Риск развития неканцерогенных эффектов, ассоциированный с присутствием нитратов в питьевой воде, практически во всех районах оценивается как допустимый ($HQ=0,11-1,0$), а в Арском – как минимальный ($HQ<0,1$). Суммарный индекс опасности, обусловленный поступлением нитратов с продуктами питания и питьевой водой, в Арском ($HI=0,31$) и Азнакаевском м.р. ($HI=0,69$) характеризуется как минимальный, в Дрожжановском ($HI=1,18$), Камско-Устьинском ($HI=1,2$) и Ютазинском м.р. ($HI=1,13$) – как допустимый (при расчетах на уровне Me). Индекс опасности, рассчитанный на уровне P90, характеризуется как настораживающий в Камско-Устьинском м.р. ($HI=3,23$), на других территориях – как допустимый ($HI=1,1-3$). Таким образом, поступление нитратов с продуктами питания и питьевой водой не оказывает значимого влияния на формирование заболеваемости КРР.

Библиографический список:

1. Колоректальный рак: эпидемиология и факторы риска / Р.А. Старости, Б.И. Гатауллин, Б.Р. Валитов, И.Г. Гатауллин // Поволжский онкологический вестник. – 2021. – Т.12, №4. – С.52-59.
2. Фельдблюм И.В. Эпидемиологическое исследование ассоциации питания с вероятностью развития колоректального рака в Пермском крае / И.В. Фельдблюм, М.Х. Алыева, Н.И. Маркович // Вопросы питания. – 2016. – Т.85, № 5. – С.60-67.
3. Nitrate in drinking water and colorectal cancer risk: A nationwide population-based cohort study / J. Schullehner, B. Hansen, M. Thygesen [et al.] // International Journal of Cancer. – 2018. – Vol. 143 (1). – P. 73-79. doi: 10.1002/ijc.31306.
4. Nitrate-nitrite exposure through drinking water and diet and risk of colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis of observational studies / F. Hosseini, M. Majdi, S. Naghshi [et al.] // Clin Nutr. - 2021. – Vol.40(5). – P.3073-3081. doi: 10.1016/j.clnu.2020.11.010.
5. Nitrate contamination in drinking water and colorectal cancer: Exposure assessment and estimated health burden in New Zealand / J. Richards, T. Chambers, S. Hales [et al.] // Environ Res. – 2022. - Mar;204(Pt C):112322. doi: 10.1016/j.envres.2021.112322.

**УПРАВЛЕНИЕ ПИТАНИЕМ ЧЕРЕЗ ОПТИМИЗАЦИЮ
МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ПИЩЕВОГО РАЦИОНА ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ И ХНИЗ У НАСЕЛЕНИЯ**

Гомзина Е.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В настоящее время около трети населения в той или иной степени страдает избыточным ожирением, который является фактором

риска смертности и возникновения хронических неинфекционных заболеваний. Основными причинами избыточного веса, связанными с питанием, являются высокое потребление ультраобработанных продуктов с высоким содержанием жиров, сахаров и продуктов с высокой энергетической плотностью; увеличенные размеры порций; и низкое потребление фруктов, овощей и зерновых, основных источников витаминов и минералов. Поэтому осознанное управление питанием или модификация количественного состава пищевого рациона — это современная реальность для профилактики ожирения и хронических неинфекционных заболеваний.

Цель исследования: изучение алиментарного уровня поступления витаминов и минералов у лиц с избыточной массой тела/ожирением.

Материалы и методы. Проведена оценка поступления витаминов и минералов (селена и йода) с суточным рационом взрослых с сопоставлением полученных данных с физиологическими потребностями организма в витаминах с рекомендуемыми нормами МР 2.3.1.0253-21 [1]. При изучении фактического питания использован весовой метод в индивидуальных суточных рационах (ИСП) с определением макро и микронутриентного состава. Содержание витаминов А, Е, В₂, С, йода, в пищевых продуктах и блюдах с помощью онлайн программы по анализу рациона питания, содержащих справочные материалы. Проанализировано (n=1960) суточных рационах 7-дневного меню (отдельно завтрак, обед и ужин), включая выходные (7 случайно выбранных дней).

Результаты: Микронутриентный состав среднесуточного рациона у лиц с изб/ожирением характеризуется существенной недостаточностью витамина А в 83,5 случаев, витамина В₂ - 93,6%, витамина С у 86,2 % и йода в 84,6% соответственно, (p=0,001). Содержание витамина Е в изучаемых рационах питания населения соответствует нормам. По результатам полученных данных 7-дневного меню среднесуточное фактическое поступление селена с рационом питания у взрослого населения составило

<30 мкг (норма потребления для женщин — 55 мкг/сут, для мужчин — 75 мкг/сут). Полученные результаты указывают на недостаточное среднесуточное поступление витаминов и минералов с рационом питания. Для достижения суточной нормы микронутриентного состава в соответствии с МР 2.3.1.0253-21 [1] возникает необходимость увеличения потребления продуктов питания, что, несомненно, приведет к увеличению калорийности рациона.

Таким образом недостаточное обеспечение микроэлементами и витаминами и избыточное потребление сахаров может приводить к ожирению и развитию хронически-неинфекционных заболеваний. А внедрение новых диетологических схем для населения, с конкретными нормами потребления пищевых продуктов будет способствовать снижению заболеваемости и оздоровлению в целом.

Библиографический список:

1. МР 2.3.1.0253-21. 2.3.1. Гигиена питания. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации.

АНАЛИЗ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Григорьева Л.В.¹, Шулаев А.В.², Замалетдинова Р.Р.², Ситдикова И.Д.^{3,4},
Юсупова Р.З.², Костарева А.А.⁵

¹Стоматологическая поликлиника № 9. Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

³Казанский Федеральный университет

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

⁵ Набережночелнинский государственный педагогический университет

Гормоны - это биологические активные вещества. Воздействуя на все физиологические и биохимические процессы, они также влияют на генетическую структуру человека. Были обследованы студенты разных возрастных групп 1 по 6 курс. Оценивался уровень гормона глобулина, связывающего половые гормоны, или ГСПГ, или ССГ. Этот белок производится печенью, и отвечает за заболевания многих органов, а также за повышенную массу тела. Он так же является переносчиком мужских и женских половых гормонов в кровяное русло, что обуславливает его неотъемлемую роль в нормальном функционировании репродуктивной системы. Распределение данного показателя «уровень ССГ с учётом нормы» с учетом градаций признаков в выборке студентов 1, 3 и 6 курсов произошло следующим образом: «1-выше нормы» у 21,6% студентов, «2-норма» у 74,7%, «3-ниже нормы» у 3,7% соответственно. Следующий гормон, который был проанализирован - тиреотропный гормон или ТТГ - основной регулятор функции щитовидной железы. Он отвечает за поддержание стабильной концентрации других гормонов щитовидной железы. Они же в свою очередь регулируют процессы метаболизма во всем организме. По результатам исследования, показатель «уровень ТТГ с учётом нормы» в выборке студентов 1, 3 и 6 курсов распределился следующим образом: «1-выше нормы» у 3,1%, «2-норма» у 89,5%, «3-ниже нормы» у 7,3% студентов. Признак «2-норма» значительно преобладает в выборке, около 10% суммарно соответствует признакам «1-выше нормы» и «3-ниже нормы». Гормон стресса – кортизол образуется в коре надпочечников, и наряду с защитой от стрессовых факторов, принимает участие в обмене белков, жиров, углеводов, регулирует уровень артериального давления. Данные по показателю «Уровень кортизола С с учётом нормы» с учетом градаций признаков в выборке студентов 1, 3 и 6 курсов распределились следующим образом: «1-выше нормы» у 3,1% студентов, «2-норма» у 93,7%, «3-ниже нормы» у 3,1% соответственно. Таким образом, показатель «уровень

кортизола с учетом нормы» свидетельствует о том, что признак «2-норма» доминирует в выборке, по 3% приходится на признаки «1-выше нормы» и «3-ниже нормы» соответственно.

Следует учитывать, что гормоны, это крайне чувствительные химические вещества. На значения в результатах анализа влияет пол человека, физическая и эмоциональная нагрузка, наличие инфекционных заболеваний, приём различных препаратов, а также время суток.

По итогам данной работы, можно сделать вывод о том, что выборка проанализированных студентов не имеет критически завышенных или заниженных результатов по тому или иному показателю. Большая часть группы находится в диапазоне нормальных значений. Однако, следует обратить внимание на результаты показателя «уровень ССГ с учётом нормы». Около четверти студентов имеют завышенные результаты в данном исследовании.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Ерина А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В декабре 2019 г. в городе Ухань (Китай) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции (COVID-19), возбудителем которой стал новый вирус SARS-CoV-2.

Коронавирусная инфекция оказывает отрицательное влияние на состояние питания человека. Гипертермия и одышка, ассоциированные с данным заболеванием, сопровождаются увеличением потребности в питательных веществах и энергии. В то же время происходит снижение потребления макро- и микронутриентов из-за симптомов заболевания:

потери запаха/вкуса, навязчивого кашля, одышки, усталости, а также психологических сложностей, связанных с восприятием течения болезни [1].

Необходимо обеспечить организм важнейшими незаменимыми факторами питания, которые защищают от вирусной инвазии, способствуют мобилизации и поддержанию всех возможных механизмов сопротивления инфекции, быстрому выздоровлению без осложнений. Химический состав рекомендуемого рациона: полноценные животные белки; жиры, в том числе полиненасыщенные жирные кислоты; углеводы, в том числе пищевые волокна; минорные компоненты (витамины, макро- и микроэлементы, биологически активные вещества) [2].

Одним из основных компонентов противовоспалительной диеты является качественный белок. Важно учитывать, что именно потребление белка высокой биологической ценности из яиц, рыбы, нежирного мяса и сывороточного белка снижает воспалительные реакции в организме [1].

Питание принимает участие в регуляции уровня экспрессии про- и противовоспалительных цитокинов. Доказанной противовоспалительной активностью обладают витамины С, D, Е, А, а также многие биологически активные компоненты, входящие в состав фруктов, овощей, растений [1].

Витамины группы В играют ключевую роль в функционировании клеточного иммунитета, свертывающей системы крови и энергетическом обмене. Они способствуют правильной активации иммунного ответа, снижают уровень провоспалительных цитокинов, улучшают дыхательную функцию, поддерживают целостность эндотелия, предотвращают гиперкоагуляцию и даже могут способствовать сокращению сроков пребывания в стационаре [3]. Витамин D помогает облегчить повреждения легких, вызванное SARS- CoV-2 (в большом количестве содержится в жирных сортах рыб, печени трески и палтуса, яичном желтке).

Большая часть людей, переболевших новой коронавирусной инфекцией, сталкивается с такой проблемой как постковидный синдром.

Ряд симптомов, таких как потеря вкуса и запаха, оказывают существенное влияние на употребление пищи, подавляя аппетит, что влечет за собой снижение поступления макронутриентов и микронутриентов, вызывает нарушение баланса белков, жиров и углеводов. Поэтому важным компонентом реабилитационных мероприятий среди пациентов с постковидным синдромом должна выступать организация сбалансированного и разнообразного питания.

Библиографический список:

1. Проблемы питания больных COVID-19-вирусной инфекцией и возможности нутритивной коррекции нарушений / Т. Л. Пилат, С. Н. Алексеенко, В. А. Крутова [и др.] // Медицинский совет. – 2021. – № 4. – С. 144-154. – DOI 10.21518/2079-701X-2021-4-144-154. – EDN UWARAI.
2. Тутельян В.А. Глобальный вызов XXI века - COVID-19: ответ диетологии / В.А. Тутельян, Д.Б. Никитюк // Вопросы питания. – 2021. – Т. 90, № 5(537). – С. 6-14. – DOI 10.33029/0042-8833-2021-90-5-6-14.
3. Хасанова Д. Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения/Д.Р. Хасанова, Ю.В.Житкова, Г.Р.Васкаева//Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика –2021.–Т.13,№ 3.–С.93-98.–DOI 10.14412/2074-2711-2021-3-93-98.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОХРАНЕНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Жеглова А.В.

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф Эрисмана»

Роспотребнадзора

Психическое (ментальное) здоровье в настоящий исторический момент, когда работающий человек сталкивается не только с экономическими проблемами, но и со сложной политической ситуацией,

последствиями пандемии, становится одной из значимых тем для изучения специалистами профилактической медицины [1]. Нарушения психического здоровья отрицательно сказываются на когнитивном, поведенческом, эмоциональном, социальном благополучии и функционировании человека, его физическом здоровье, а также проявлениях его личностной индивидуальности и благополучии на рабочем месте [2].

В связи с этим целью нашего исследования стало научное обоснование и разработка профилактических программ сохранения ментального здоровья работников социальной сферы. Объектом наших исследований были работники «коммуникативных» профессий: учителя общеобразовательных школ (n=104), медицинские сёстры многопрофильной больницы (n=128), работники хосписов и отделений сестринского ухода (n=112 человек). На работников социальной сферы в процессе работы воздействие оказывает фактор напряжённости труда (интегральный показатель напряженности труда колеблется от средней до очень высокой степени), у педагогов также отмечаются выраженные голосовые нагрузки и длительное нахождение в рабочей позе «стоя» (класс 3.1-3.2), у медицинских сестёр – воздействие биологического фактора, а у работников хосписов - физические нагрузки, не соответствующие санитарным нормам (класс 3.1). Количественно-качественный анализ результатов опросника Бойко показал, что сформированное профессиональное выгорание у обследованных групп выявляется в незначительном проценте случаев (от 3,1% у медсестёр 6,3% у работников хосписов), при этом индивидуальные результаты исследования работников социальной сферы различных групп по критерию нервно-психической устойчивости (НПУ) показали, что среднегрупповой уровень соответствует удовлетворительному уровню НПУ ($28,9 \pm 1,7$ балла). Чуть более половины респондентов (51,7%) характеризуются хорошим или удовлетворительным уровнем нервно-психической устойчивости, однако каждый пятый (20,9%)

опрошенный имеет достаточно высокий риск дезадаптации в стрессе в связи с недостаточной нервно-психической устойчивостью, что предполагает неблагоприятный прогноз в плане дальнейшей профессиональной деятельности и возможности развития профессионального эмоционального выгорания. Полученные данные позволили разработать модульные программы профилактики нарушений ментального здоровья, основными блоками (модулями) которых являются: организационный (тщательный профотбор сотрудников, профессиональное наставничество, система поощрений и др.) и профилактический (психологическая диагностика, психологическое просвещение, индивидуальное психологическое консультирование, психологическое развитие, регулярное проведение семинаров, тренингов групповых семинаров, тренингов, направленных на формирование ресурсов противодействия профессиональному выгоранию).

Библиографический список:

1. Коновалова В.Г. Психические здоровье на рабочих местах: новый уровень проблем и их решения // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. – 2022. -№6 (63). – С.5-13.
2. Житенёв Н.А. Основные угрозы ментальному здоровью личности в современном обществе // Актуальные исследования. -2023.- №19 (149). - Ч.1.- С. 67-69.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ

Запасная А.В., Игнатанс Е.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Одним из актуальных вопросов профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

является медицинский осмотр — это официальная процедура, проводить которую могут только клиники, имеющие соответствующее разрешение.

Регулярный медосмотр — это мониторинг за самочувствием сотрудников в динамичном состоянии (1 раз в год или чаще). Его цель — своевременно выявить начальную стадию заболевания, которое может развиваться в зависимости от вида профессиональной деятельности, а также распознать возможные медицинские противопоказания к ведению определенных видов работ сотрудника.

В приказе Минздрава от 28.01.2021 №29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» не содержится прямого указания на отмену ранее действовавшего нормативного документа о медосмотрах. Но важно учитывать, что новый документ действует не самостоятельно, а в совокупности с другим принятым правовым актом Минтруда и Минздрава от 31.12.2020 № 988н/1420н. Он утверждает конкретный список вредных факторов, которые обуславливают для работодателя обязанность проведения медицинских осмотров персонала при приеме на работу и в ходе дальнейшей трудовой деятельности.

В приказе Минздрава России от 28.01.2021 №29н изменена формулировка положения, позволяющего учесть при проведении медосмотров результаты ранее проведенных обследований, таких как:

- предварительный или периодический осмотр;
- диспансеризация;

- иные медицинские осмотры, подтвержденные медицинскими документами, в т. ч. полученные путем электронного обмена между медицинскими организациями.

Дополнен перечень вредных факторов трудового процесса, наличие которых является основанием для проведения медосмотров. Такими факторами является тяжесть трудового процесса, подъем, перемещение, удержание груза вручную, стереотипные рабочие движения. К тяжелым факторам трудового процесса так же относится и рабочее положение тела работника.

После завершения медосмотра пациент получает выписку из медицинской карты, в которой представлены результаты всех пройденных исследований, а также заключения врачей. Если в ходе обследований будут выявлены отклонения в норме здоровья, то будут представлены рекомендации по профилактике заболеваний или дальнейшему наблюдению в клиниках.

Библиографический список:

1. <http://ivo.garant.ru/#/document/400258713/paragraph/2147:4>
2. https://www.ascon-spb.ru/navigator/stati/obyazatel_nye_medicinskie_osmotry_vidy_poryadok_prohozheniya_otvetstvennost_rabotodatulya/
3. <https://obrazovanie-gid.ru/referaty/referat-vidy-medicinskih-osmotrov.html>

ВЛИЯНИЕ РУЧНОГО ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА НА ПРИМЕРЕ ДОЯРОК

Игнатанс Е.В., Нуруллина Н.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние годы наблюдается ухудшение состояния здоровья работников сельских поселений, особенно у животноводов и

трактористов, кто работает в данной профессии уже несколько десятков лет. Связано это с тем, что хроническое профессиональное заболевание возникает постепенно из-за накопительного эффекта. В животноводстве значительной остается доля тяжелого ручного труда на фоне комбинированного воздействия ряда вредных производственных факторов. Одним из самых трудоемких процессов является дойка коров, которая требует значительных физических усилий.

Цель исследования: выявить какие факторы оказывают влияние на состояние здоровья доярок и к каким заболеваниям они приводят.

Материалы и методы:

- Оценка извещений об установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания;
- проведение замеров на рабочих местах доярок и оценка тяжести и напряженности трудового процесса.

Результаты исследования. Оценив замеры микроклимата на рабочих местах необходимо отметить, что величины показателей микроклимата в животноводческих помещениях подвержены значительным сезонным колебаниям. В самые жаркие дни в помещениях, где содержатся животные, температура доходит до 37С°; в январе-феврале температура не превышает 8-10С°. Относительная влажность не зависит от периода года и доходит до 80-90%, что объясняется большим количеством технологических операций с применением воды (мытьё животных, доильных аппаратов и т.д.).

По результатам оценки тяжести трудового процесса, доярки осуществляют следующие виды работ, которые требуют огромного физического труда- вынос шлангов доильных аппаратов, мойка внешней стороны доильных аппаратов вручную, доение коров отдельным доильным аппаратом, которых лечили антибиотиками, очистка стойла коров, подметание кормов из коридоров ближе к животным.

Оценив извещения об установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания можно сказать, что вышеуказанные факторы приводят к таким заболеваниям:

- «Мышечно- тонический синдром шейного отдела позвоночника от физических перегрузок и функционального перенапряжения;
- Двусторонний плече- лопаточный периартроз от физических перегрузок и функционального перенапряжения;
- Мышечно- тонический синдром поясничного отдела позвоночника от физических перегрузок и функционального перенапряжения.

Таким образом, в процессе труда доярки подвергаются сочетанному воздействию широкого спектра вредных производственных факторов:

- тяжесть ручного труда;
- неблагоприятный микроклимат (на ферме)
- экологические факторы (неблагоприятные погодные условия и т. д.)

Вывод. В целях профилактики возникновения и развития профессиональной патологии руководителям хозяйствующих субъектов необходимо регулярно организовывать профилактические медицинские осмотры животноводов, выполнять рекомендации по итогам медосмотров, проводить регулярный производственный контроль соблюдения санитарных правил на фермах (визуальный и лабораторный), обеспечивать работающих достаточным количеством спецодежды и средств малой механизации.

Библиографический список:

1. Гигиена труда в сельском хозяйстве. Под ред. А. А. Летавета и Л. И. Медведя. М., 1960. Материалы к физиологическому обоснованию трудовых процессов. Под ред. А. А. Летавета и С. А. Косилова. М., 1960.
2. Шахбазян Г. Х. Гигиеническое нормирование микроклимата производственных помещений. Киев, 1952.

3. Фридлянд И. Г. Медицинский осмотр работающих при вредных условиях труда. М., 1963.
4. Летавет А. А. и др. Профессиональные болезни. Под ред. А. А. Летавета. М., 1960. Навроцкий В. К. Гигиена труда. М., 1968.
5. Таткеев Т.А., Мусин Е.М. – Гигиенические проблемы в современном сельском хозяйстве. – Сб. НИР:

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ПО ПОКАЗАТЕЛЮ ОБЩАЯ ЖЕСТКОСТЬ

Игнатанс Е.В., Шарифуллин Р.Л.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Питьевая вода является одним из основных факторов, влияющих на здоровье человека и его благополучие. Она должна соответствовать определенным стандартам качества, чтобы быть безопасной для потребления и обеспечивать необходимые физиологические потребности организма. Одним из важных показателей качества питьевой воды является общая жесткость, которая отражает содержание в воде ионов кальция и магния. Жесткость воды может иметь как положительные, так и отрицательные последствия для здоровья человека. Этот показатель имеет важное значение, так как он влияет на вкусовые качества воды и ее воздействие на здоровье человека.

Жесткость воды измеряется в миллиграммах-эквивалентах на литр (мг-экв/л). Очень мягкая вода – до 1,5 мг-экв/л, мягкая – от 1,5 до 4 мг-экв/л, вода средней жесткости – от 4 до 8 мг-экв/л, жесткая – от 8 до 12 мг-экв/л и очень жесткая – более 12 мг-экв/л. Допустимый предел жесткости воды для централизованного водоснабжения – 7 мг-экв/л [1].

По данным социально-гигиенического мониторинга, проведенного Роспотребнадзором, а также, по данным исследований в лабораториях

ФБУЗ ЦГиЭ по Республике Татарстан с 2020 по 2023 г., в большинстве районов Татарстана вода соответствует нормам по общей жесткости. Однако в некоторых случаях наблюдаются отклонения от нормы, что может быть связано с особенностями геологических условий, загрязнением источников воды или неправильной обработкой воды на очистных сооружениях. Ежегодно количество неудовлетворительных проб к общему числу исследованных проб составляет 16-17% по показателю общая жесткость.

Для обеспечения качества питьевой воды по показателю общей жесткости в Татарстане проводятся различные мероприятия, включая установку фильтров, контроль за состоянием источников воды и обучение населения правилам пользования водой. Кроме того, регулярно проводятся проверки и анализы воды, чтобы своевременно выявлять и устранять возможные проблемы. В целом, можно сказать, что в Республике Татарстан уделяется значительное внимание оценке качества питьевой воды, включая показатель общей жесткости. Это позволяет обеспечивать население качественной и безопасной водой, способствуя сохранению здоровья и благополучия жителей региона.

Библиографический список:

1. Методические указания. Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Тульский государственный университет. Хлебникова С.Ф., Асулян Л.Д., Демкина И.И., Морозова Н.А., Горячева А.А;
2. Алексеев, Л. С. Контроль качества воды — М.: ИНФРА-М, 2018. — 756
3. Сайт Роспотребнадзора. https://12.rospotrebnadzor.ru/rss_all/-/asset_publisher/Kq6J/content/id/282021

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В НИЖНЕКАМСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА 2018-2022 ГОДЫ

Изиятуллин Р.М., Нестерова Л.Н., Гараева Г.Р.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Туберкулез – это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза и поражающее различные органы и системы, но чаще всего органы дыхания. Одной из причин развития заболевания является несвоевременная диагностика туберкулеза. Окончательно победить туберкулез не удастся, но для предупреждения заболевания используются социальные и медицинские меры.

В Нижнекамском районе за 2018-2022 годы отмечена тенденция к снижению уровня заболеваемости среди населения с 26,71 до 20,59 случаев на 100 тыс. населения; среди детей и подростков до 18 лет с 9,9 до 3,8 случаев на 100 тыс. населения.

Основным методом для профилактического обследования детского населения в целях раннего выявления туберкулеза является туберкулинодиагностика [1, 2].

В Нижнекамском районе активно ведется работа с родителями, отказывающимися от специфической профилактики туберкулеза. За 2018-2022 годы среди детей и подростков до 18 лет количество детей, обследованных альтернативными методами, увеличилось с 48,8% до 85,7%.

В целях раннего обнаружения заболевания у взрослого населения проводятся профилактические медицинские осмотры на туберкулез, также организовываются выезды флюоромобиля для проведения выездной флюорографии [1, 2].

Благодаря санитарно-просветительским мероприятиям соотношение количества подлежащих и обследованных рентгенофлюорографическими обследованиями среди взрослого населения составляет 99,9% [2].

Территориальным отделом Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан (Татарстан) в Нижнекамском районе и г. Нижнекамск, Заинском районе активно ведется санитарно-просветительская работа по профилактике туберкулеза. Ежегодно организуются и проводятся мероприятия, посвященные Всемирному дню борьбы с туберкулезом: информирование населения о заболевании путем раздачи санитарных бюллетеней, организация горячих линий и дней открытых дверей, проведение совещаний и семинаров.

Основными методами профилактики заболевания туберкулёзом являются создание иммунной прослойки среди населения с использованием иммунопрепаратов, раннее выявление случаев заболевания путем иммунодиагностики у детей и прохождения флюорографический обследований у взрослых, организация и проведение санитарно-просветительской работы по профилактике туберкулеза.

Библиографический список:

1. Гусейнов Г.К. – Фтизиатрия. - ISBN 978-5-91471-132-7. - Издательство «Юпитер», 2004 - Издательство «Лотос», 2014 год. – Текст: непосредственный. - С. 52, 61.
2. О.В. Филинюк, Н.Н. Кабанец, Г.В. Янова, О.В. Колоколова, Л.Н. Буйнова, Н.А. Земляная. - Учебное пособие «Профилактика туберкулеза. Инфекционный контроль». – Томск, 2016год. - Издательство СибГМУ, 2016 год. - Текст: непосредственный. - С. 13, 14, 19, 54.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ОТРАСЛЕЙ ЭКОНОМИКИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Имамов А.А., Берхеева З.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В процессе трудовой деятельности работники подвергаются воздействию ряда опасных и вредных факторов производственной среды, основным из которых являются физические факторы (шум, локальная и общая вибрация), физические и функциональные перегрузки опорно-двигательной системы, аэрозоли преимущественно фиброгенного действия и пыли [1]. Основным показателем, характеризующим профессиональный риск нарушения здоровья, является профессиональная заболеваемость.

Цель - изучение профессиональной заболеваемости у работников Республики Татарстан в зависимости от отраслей экономики.

Материал и методы. Проведен анализ профессиональной заболеваемости за 2007-2021гг.

Результаты и их обсуждение. Наиболее высокие показатели ПЗ работников были зарегистрированы среди работников предприятий и организаций, включенных в раздел А общероссийского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД) «Сельское хозяйство», и составляли от 3,8 случаев в 2009г. на 10000 работников до 10,12 случаев в 2018г. Второе ранговое место по уровню ПЗ занимает раздел ОКВЭД С «Обрабатывающие производства» - от 3,46 случаев на 10000 работников в 2012г. до 7,41 случаев в 2018г. На третьем месте располагается раздел ОКВЭД Н «Транспортировка и хранение» – от 0,34 10000 работников в 2021г. до 3,0 случаев в 2014г.; на четвертом месте – раздел Q «Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг» с показателями ПЗ от 0 в 2018г. до 2,57 случаев на 10000 работников в 2021г.

В структуре профессиональной патологии в зависимости от воздействующего вредного производственного фактора сохраняются традиционные основные этиологические и нозологические формы. Первое место занимают профессиональные заболевания от воздействия физических факторов (50-60%); второе место – патология, обусловленная воздействием АПФД и пылей (11,5-32,3%), третье - болезни, связанные с воздействием физических перегрузок и перенапряжением отдельных органов и систем, (5,7-21,3%). Заболевания, вызванные с воздействием производственных химических факторов, составляли 4-11%. Относительно небольшой удельный вес занимают заболевания, обусловленные воздействием биологических факторов, за исключением 2020-2021гг.

Выводы. Выполненное исследование позволило обобщить материалы по профессиональной заболеваемости работников РТ за исследуемый период. Наиболее высокие уровни ПЗ работников были зарегистрированы среди работников предприятий и организаций обрабатывающих производств и сельского хозяйства, где занято более 50 % работающего населения РТ. В то же время наблюдается увеличение показателя ПЗ в разделе Q в 2021г., что связано с пандемией новой коронавирусной инфекции в 2020г.

Библиографический список:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Татарстан в 2021 году. Государственный доклад. – Казань: Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан, 2022. – 359 с.

БЛАГОПРИЯТНАЯ ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА - КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО ГРАЖДАН

Камаев С.К.¹, Балабанова Л.А.²

¹ЧОУ ВО Институт социальных и гуманитарных знаний

²ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Существенное увеличение воздействия на среду обитания человека происходит преимущественно за счет роста промышленного производства, в связи с чем конституционное право на благоприятную окружающую среду приобретает особое значение. Поскольку уровень состояния окружающей среды является важнейшим фактором качества жизни, здоровья и благополучия людей, право на благоприятную окружающую среду становится одним из основополагающих, фундаментальных прав человека и гражданина.

Важность вопросов обеспечения потребностей человека, связанных с использованием естественных природных ресурсов, его отношения к состоянию окружающей среды, обусловлена активным антропогенным вмешательством в природные процессы, оказывающим влияние на здоровье людей и качество жизни.

Таким образом, конституционное право граждан на благоприятную окружающую среду подразумевает, что состояние среды обитания, качество жизни, труда, отдыха, должно соответствовать определенным экологическим, санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам.

Отправной точкой конституционных основ охраны окружающей среды является статья 42 Конституции РФ, в которой закреплены три самостоятельных экологических права: право на благоприятную окружающую среду; право на достоверную информацию о ее состоянии; право на возмещение ущерба, причиненного здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Реализация права граждан на благоприятные условия жизни предполагает реальные возможности проживать в здоровой окружающей природной среде, отвечающей международным и государственным стандартам, принимать участие в подготовке, обсуждении и принятии экологически значимых решений, осуществлять контроль за их исполнением, получать необходимую экологическую информацию, а также право на возмещение ущерба.

В настоящее время конституционное право граждан на благоприятную окружающую среду обеспечивает основания для его здорового и благополучного существования и относится к основополагающим правам человека.

АНАЛИЗ РАДИАЦИОННОЙ ОБСТАНОВКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Карев В.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Радиационная безопасность является важной и актуальной темой в современном мире, поскольку ионизирующее излучение является неотъемлемой частью нашей жизни.

Цель исследования – анализ радиационной обстановки в Республике Татарстан (РТ).

Результаты. В РТ радиационно-гигиенической паспортизацией охвачены все организации, использующие в своей деятельности техногенные источники ионизирующего излучения.

Материал и методы. Для характеристики содержания радионуклидов использованы материалы Управления Роспотребнадзора по РТ [1].

В РТ в 2022 году 890 организаций (в 2021 г. – 771) использовали в своей деятельности техногенные источники ионизирующего излучения (ИИИ), общей численностью персонала 5502 чел., в том числе персонала группы А – 5140 чел., группы Б – 362 чел. (по РФ в 2020 г.: всего – 315506 чел., группы А – 25193 чел., группы Б – 90313 чел.). Постоянное наблюдение и анализ позволяет оперативно отслеживать группы персонала с дозами, близкими к основным пределам дозы, своевременно принимать меры по их снижению и предотвращать случаи превышения гигиенических нормативов. На территории Республики Татарстан объекты I и II категории потенциальной радиационной опасности отсутствуют.

Годовая коллективная эффективная доза (КЭД) облучения населения от всех источников ионизирующего излучения в 2021 г. по РТ составила 14,858 (2020г. – 14,602) тыс. человеко-Зв (чел.-Зв), что соответствует 3,8 миллиЗв (мЗв) в среднем на одного жителя (по РФ - 4,18 мЗв). По данным радиационно-гигиенического паспорта РТ 76,95% суммарной дозы обусловлено природными источниками излучения и 22,89% – медицинским облучением, на долю остальных источников приходится менее 0,16%.

Доза облучения населения республики за счет глобальных выпадений и прошлых радиационных аварий, как и в других регионах Российской Федерации, на которых отсутствует радиоактивное загрязнение территории, остается величиной постоянной и рассчитывается исходя из 0,005 мЗв в год на человека.

Сохраняются локальные радиационные аномалии на территории ОАО «Химический завод им. Л.Я. Карпова» в г. Менделеевске, вызванные оставшимися производственными отходами с повышенным содержанием природных радионуклидов.

Заключение. Радиационная обстановка в РТ за последние годы существенно не изменилась, оставалась стабильной и в целом удовлетворительной.

Следует учитывать, что каждый человек подвергается облучению не только от производств, на которых плохо организована радиационная безопасность, но и от природных источников, и медицинских исследований, и от повседневного употребления продуктов питания. Это все в совокупности может привести к вероятности возникновению «отдаленных последствий».

Библиографический список:

1. <https://fbuz16.ru/wp-content/uploads/2023/03/gosudarstvennyj-doklad-o-sostoyanii-sanitarno-epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-v-respublike-tatarstan-v-2022-godu.pdf>. С.86-99.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОБОРОТА ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И НИКОТИНОСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ

Костина К.В.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

С 01.09.2023, за исключением отдельных положений, вступил в силу Федеральный закон от 13.06.2023 № 203-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий, табачной продукции, никотинсодержащей продукции и сырья для их производства» (далее - Федеральный закон № 203-ФЗ), которым устанавливаются новые правовые основы производства и оборота табачных изделий, табачной продукции, никотинсодержащей продукции.

Так, согласно ст. 12 Федерального закона № 203-ФЗ из предмета федерального контроля (надзора) в области производства и оборота табачной продукции, никотинсодержащей продукции и сырья для производства такой продукции, в отношении контроля (надзора) за

продукцией и соблюдения запретов (ограничений), установленных в статье 5 и 6, исключены обязательные требования в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в области защиты прав потребителей, в том числе если данные требования установлены законодательством в сфере технического регулирования, а также обязательные требования, связанные с розничной продажей табачной продукции и никотинсодержащей продукции.

С 01.03.2024 вводится лицензирование следующих видов деятельности в области производства и оборота табачной продукции: производство, а также связанные с производством хранение и поставка произведенной табачной продукции; производство и связанные с производством хранение и поставка произведенной никотинсодержащей продукции; ввод в оборот при ввозе в РФ и вывод из оборота при вывозе из РФ табачной продукции и никотинсодержащей продукции; ввод в оборот и вывод из оборота сырья и никотинового сырья; производство сигар, а также связанные с производством хранение и поставка произведенных сигар; закупка табачной продукции и никотинсодержащей продукции для реализации такой продукции в качестве товаров, помещенных под таможенную процедуру беспошлинной торговли.

При этом, одним из лицензионных требований будет являться отсутствие информации о неисполненном предписании об устранении нарушений требований законодательства в сфере технического регулирования к табачной и никотинсодержащей продукции.

Основанием для приостановления действия лицензии будет являться в том числе поступление в лицензирующий орган информации о неисполненном предписании об устранении нарушений требований законодательства в сфере технического регулирования. При этом для принятия лицензирующим органом решения о возобновлении действия лицензии или обращения в суд с заявлением об аннулировании лицензии

необходима информация о результатах исполнения соответствующего предписания, полученная от Роспотребнадзора. Данные положения Федерального закона № 203-ФЗ вступят в силу 01.03.2024.

Библиографический список:

1. Федеральный закон от 13.06.2023 № 203-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий, табачной продукции, никотинсодержащей продукции и сырья для их производства» // СЗ РФ. - 2023 - № 25 - Ст. 4392.

НОВЫЕ ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОБЗОР ОСНОВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Костина К.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Правительством Российской Федерации принято постановление от 11.05.2023 № 736, которым утверждены новые Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (далее – Правила). С вступлением в силу указанного нормативного правового акта (с 01.09.2023) существенно изменилось правовое регулирование порядка оказания платных медицинских услуг по нижеследующим направлениям.

1. Правила прямо регламентируют, что понятие «потребитель» применяется в значении, установленном Законом Российской Федерации «О защите прав потребителя», а понятие «медицинская организация» употребляется в значении, определенном Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Для оказания платных медицинских услуг исполнитель обязан получить письменное согласие потребителя на их оказание.

3. Правила конкретизируют некоторые сведения, которые должны содержаться в договоре с учетом субъектного состава и особенностей

оказания услуг. Так, например, при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения будут фиксироваться со слов потребителя услуг.

4. В Правилах предусмотрены также особенности оказания медицинских услуг при заключении договора дистанционным способом, через сайт медицинской организации.

После заключения договора дистанционным способом пациенту должно прийти подтверждение с номером договора или иным способом идентификации договора, который позволяет получить информацию о заключенном договоре и его условиях. Для идентификации пациента может использоваться учетная запись на Едином портале государственных и муниципальных услуг.

5. Медицинская организация должна выдать потребителю платежный документ, даже если она освобождена от обязанности по применению контрольно-кассовой техники.

6. При производстве имплантации исполнитель обязан предоставить потребителю по его требованию и в доступной для него форме сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

7. Оплата медицинской услуги потребителем путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Библиографический список:

1. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // СЗ РФ - 2012 -№ 41 - Ст. 5628.
2. Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» // СЗ РФ. – 2023 - № 20 -Ст. 3565.

УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Лядова И.В., Юсупова Н.З.

Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Город Казань стоит на пятом месте среди городов-лидеров по числу открытых заведений общественного питания после Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска и Екатеринбурга. По объему оборота общественного питания Республика Татарстан находится на втором месте среди регионов Приволжского федерального округа. По данным Татарстанстата (2019 г.), в сфере потребительского рынка республики работает более 146 тыс. человек, что составляет 13,4% от численности занятых в экономике. В республике функционирует около 6000 предприятий общественного питания.

Цель работы: оценить условия труда работников общественного питания в зависимости от характера трудовой деятельности.

В исследовании приняли участие 383 человека, из них 305 женщин и 78 мужчин. Минимальный возраст респондентов – 18 лет, максимальный – 69. Общий стаж работы обследованных составил от 1 до 47 лет. Стаж по специальности – от 1 года до 46 лет. По характеру трудовой деятельности все респонденты были разделены на две группы: работники производственных цехов (183 чел.) и торговых залов (200 чел.).

По мнению большинства опрошенных (50,9%) на предприятиях общественного питания условия труда характеризуются воздействием на организм комплекса вредных факторов. Из этих респондентов 78% выделили 2 и более производственных факторов риска, оказывающих влияние на них в течение всего рабочего дня.

Основными причинами формирования неблагоприятных условий труда работники считают: наличие психоэмоциональных нагрузок – 26,9%; шум на рабочем месте – 17,4%; продолжительность рабочей смены более 12 часов подряд – 14%; дискомфортный микроклимат – 11,5%, из них 9,4% – повышенные температуры, 2,1% – охлаждающий микроклимат во время работы. Навязчивые специфические запахи во время работы отметили 9,5% опрошенных. Загрязнение воздуха рабочей зоны вредными химическими веществами, в т.ч. пылью отметили 3,7%.

При оценке были выявлены существенные различия в зависимости от трудовой деятельности. Анализ психоэмоциональных нагрузок в зависимости от трудовой деятельности выявил значимые отличия у работников торговых залов, среди которых 34,1% жалуются на эмоциональные перегрузки во время рабочей смены ($p \leq 0,005$). Работники производственных цехов чаще жалуются на шум во время рабочей смены ($p \leq 0,001$).

При оценке уровня перегревания, переохлаждения, освещенности в зависимости от рабочего места не удалось установить статистически значимых различий ($p=0,384$; $p=1,0$; $p = 0,21$) среди работников разных

цехов; при сопоставлении вибрации, загазованности, запыленности в зависимости от цеха нам также не удалось выявить значимых различий ($p=1,0$; $p=0,348$ метод: критерий Фишера). При сопоставлении опасности травматизма в зависимости от цеха, нам не удалось установить статистически значимых различий ($p=0,7$; метод: Хи-квадрат Пирсона).

Таким образом, условия труда в различных цехах предприятий общественного питания имеют значимые отличия. Для разработки профилактических мероприятий, с целью снижения уровня заболеваемости, необходимо учитывать комплекс факторов риска характерных для каждого цеха.

ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЯ В СФЕРЕ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ

Микушева В.Ю.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Постановлением Правительства РФ от 06 мая 2011 г. № 354 утверждены Правила предоставления коммунальных услуг собственникам и пользователям помещений в многоквартирных домах и жилых домах. Указанные правила регулируют взаимоотношения между потребителями и исполнителями коммунальных услуг. Согласно Правил, коммунальные услуги представляют собой работу исполнителя коммунальных услуг по холодному водоснабжению, горячему водоснабжению, водоотведению, электроснабжению, газоснабжению и отоплению, обеспечивающую комфортные условия проживания граждан в жилых помещениях. Данные правила определяют права и обязанности, как получателя (потребителя) коммунальных услуг, так и их поставщика (исполнителя).

Согласно статье 31 Правил предоставления коммунальных услуг собственникам и пользователям помещений в многоквартирных домах и

жилых домах исполнитель обязуется обеспечить предоставление потребителю коммунальных услуг в необходимых для него объемах и надлежащего качества в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, настоящими Правилами и договором, содержащим положения о предоставлении коммунальных услуг.

В соответствии со ст. 12 ГК РФ защита гражданских прав осуществляется несколькими путями: признания права; восстановления положения, существовавшего до нарушения права, и пресечения действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения; признания оспоримой сделки недействительной и применения последствий ее недействительности, применения последствий недействительности ничтожной сделки; признания недействительным решения собрания; признания недействительным акта государственного органа или органа местного самоуправления; самозащиты права; присуждения к исполнению обязанности в натуре; возмещения убытков; взыскания неустойки; компенсации морального вреда; прекращения или изменения правоотношения; неприменения судом акта государственного органа или органа местного самоуправления, противоречащего закону; иными способами, предусмотренными законом. Грибанов В.П. выделяет следующие формы защиты прав: исковую форму защиты права, защиту гражданских прав в порядке особого производства в суде, административный порядок защиты гражданских прав, специфическая общественно-правовая форма защиты права [1].

Так, для защиты своих нарушенных прав потребитель должен в любой ситуации в первую очередь обратиться письменно в организацию, которая управляет МКД (УО, ТСЖ, кооператив). В случае непосредственного управления домом - к исполнителю жилищных или коммунальных услуг, соответственно - подрядной организации, осуществляющей работы по содержанию общего имущества, и РСО [2].

Таким образом, при защите прав потребителей в сфере коммунальных услуг могут быть использованы все формы защиты: самостоятельно гражданином, путем обращения в государственные органы или иные компетентные органы, кроме того, путем обращения в судебные инстанции, и общественные организации.

Библиографический список:

1. Грибанов В.П. Осуществление и защита гражданских прав. М.: Статут. 2001.
2. Фролова О.Е., Сохранов С.С., Шепс Р.А. Защита прав потребителей жилищно-коммунальных услуг: как отстоять свое право на комфортное проживание в многоквартирном доме. М.: Редакция «Российской газеты», 2018. Вып. 11. - 176 с.

**УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ
ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕРСОНАЛА НЕГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ**

Мирхайдарова Л.Р.

ООО «СитиЛаб» г.Казань

Одной из важных задач при организации деятельности негосударственного коммерческого медицинского учреждения является создание таких условий, чтобы у потребителя услуг возникла твердая уверенность в том, что диагностика, лечение и реабилитация соответствует ожидаемому уровню (качеству) [1-5]. Поэтому, для совершенствования деятельности, негосударственная коммерческая медицинская организация постоянно отслеживает уровень сервиса (оформление первичной документации и быстрота реагирования на запросы, нужды пациента;

диагностический критерий – постановка первичного и сопутствующих диагнозов; возможность общения с врачом без установленного лимита времени), который потребитель считает для себя приемлемым [1-4].

Цель – изучение удовлетворенности родителей (законных представителей) несовершеннолетних пациентов деятельностью персонала негосударственной медицинской организации педиатрического профиля.

Материал и методы исследования. Был проведен социологический опрос родителей (законных представителей) несовершеннолетних пациентов (онлайн-анкетирование <https://forms.gle/5r1yLYzdEWMrLpQY9>). В анкету были включены вопросы методики «SERVQUAL» или КАЧМЕДУС (сокращенная аббревиатура от «service quality» или «качество медицинской услуги») с помощью пяти балльной шкалы Лайкерта (полностью не согласен – полностью согласен), необходимые для оценки удовлетворенности потребителей медицинских услуг условиями и качеством оказания медицинской помощи по критериям: материальность (возможность увидеть современное оборудование, оргтехнику, персонал, наличие и привлекательность информационных материалов об услугах медицинской организации); надежность (способность медицинского учреждения выполнить обещанную услугу в срок, точно и основательно); отзывчивость (быстрое обслуживание и искреннее желание руководства и персонала медицинского учреждения помочь пациенту); убежденность (компетентность, ответственность и уверенность обслуживающего персонала медицинского центра); сочувствие (выражение заботы, вежливость и индивидуальный подход к пациентам).

Опрос выполнялся одномоментно в феврале 2023 года на базе одной негосударственной коммерческой медицинской организации г. Казани, оказывающей педиатрическую медицинскую помощь.

Статистическая обработка данных проводилась в пакете прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Всего в анкетировании приняли участие 198 родительниц-женщин, средний возраст $37,1 \pm 5,91$ лет [min 28 – max 45]. Большинство респондентов посещают данную негосударственную коммерческую медицинскую организацию со своими детьми более трех лет.

Изучение мнения родителей несовершеннолетних пациентов о деятельности негосударственной медицинской организации педиатрического профиля, показало наивысшую степень удовлетворенности по всем критериям: материальность (4,85 баллов); надежность (4,9 баллов); отзывчивость (5,0 баллов); убежденность (4,85 баллов); сочувствие (5,0 баллов).

Основными мотивами, послужившими основанием для выбора данной медицинской организации, респонденты отмечают: вежливый, отзывчивый персонал; высокий профессиональный уровень врачей; отсутствие очередей; качество: верный диагноз, выбор адекватной технологии лечения, соблюдение норм и стандартов, принятой тактики лечения; эффект от проведенных мероприятий (диагностика, лечение); современное оборудование, хорошая материально-техническая база; комфортная обстановка при ожидании приёма у врача можно удобно расположиться в холле, поиграть с ребенком, и т.д.

Библиографический список:

1. Арестова А.А. Анализ отношения пациентов к оказанию платных медицинских услуг в городской поликлинике. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2022. - Т.30. - №4.- С. 564—568. DOI: [10.32687/0869-866X-2022-30-4-564-568](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-4-564-568)
2. Грот А.В., Сажина С.В., Шишкин С.В. Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований) // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2018. №5 (63) DOI: [10.21045/2071-5021-2018-63-5-1](https://doi.org/10.21045/2071-5021-2018-63-5-1)

3. Мурашко М.А., Самойлова А.В., Швабский О.Р., Иванов И.В., Минулин И.Б., Щеплыкина А.А., Таут Д.Ф. Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации как национальная идея. // Общественное здоровье. 2022. - Т.2. -№3. С. 5-15. DOI: [10.21045/2782-1676-2021-2-3-5-15](https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-2-3-5-15)
4. Муслимов М.И. Оценка качества платных медицинских услуг в негосударственных медицинских учреждениях, как фактор повышения эффективности и результативности медицинской помощи // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». URL: <http://vestnik.mednet.ru> (дата обращения: 30.05.2023)
5. Панов А.В., Быковская Т.Ю. Современные подходы к совершенствованию института платных медицинских услуг в России. // Исследования и практика в медицине. 2019. Т.6, №1. С. 119-131. DOI: [10.17709/2409-2231-2019-6-1-13](https://doi.org/10.17709/2409-2231-2019-6-1-13)

ПОКАЗАТЕЛИ СУММАРНОГО ЭФФЕКТА РЕГУЛЯЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Михайлова С.А.¹, Ситдикова И.Д.^{2,3}, Пузырев В.Г.³, Гумеров Р.А.⁴,
Гимаева А.Д.⁴, Костарева А.А.⁴, Рамишвили И.А.⁵

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²Казанский Федеральный университет

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

⁴Набережночелнинский государственный педагогический университет

⁵Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность. Научно-технический прогресс привел к изменению структуры занятости населения. Все больше людей стали заниматься умственным трудом, который имеет свои особенности. Виды умственного

труда сильно различаются по организации работы, равномерности нагрузки и уровню стресса. К подобным категориям труда относится и труд учащихся [1], который требует напряжения памяти, внимания, мыслительных процессов, поскольку учеба связана с постоянным восприятием и переработкой широкого объема новой информации [2].

Суммарный эффект регуляции (или интегральный показатель регуляции) – это показатель, который характеризует общую способность регуляторных систем организма поддерживать гомеостаз и адаптацию к изменяющимся условиям среды. Другими словами, это обобщенная характеристика того, насколько эффективно организм справляется с различными внутренними и внешними факторами.

Суммарный эффект регуляции включает в себя различные показатели, которые отражают работу различных уровней регуляции:

1. Нервная регуляция: учитываются показатели активности вегетативной нервной системы, такие как вариабельность сердечного ритма, кожно-гальваническая реакция, электроэнцефалография и т.д.
2. Эндокринная регуляция: концентрация гормонов в крови, таких как кортизол, адреналин, инсулин и др.
3. Иммунная регуляция: количество и активность различных типов лейкоцитов, уровень иммуноглобулинов и цитокинов в крови.
4. Метаболическая регуляция: уровень глюкозы, липидов, белков, гормонов и других метаболитов в крови.
5. Регуляция сердечно-сосудистой системы: артериальное давление, частота сердечных сокращений, тонус сосудов и т.п.
6. Регуляция дыхания: частота и глубина дыхания, минутный объем легких
7. Регуляция выделительной системы: скорость клубочковой фильтрации, уровень креатинина в крови и т.п.

Согласно распределению суммарного эффекта регуляции среди учащихся медицинского вуза, показатель нормокардии (нормальная частота

сердечных сокращений) является наиболее распространенным, составляя 40,68% от общей выборки. За ним следует умеренная тахикардия (учащенное сердцебиение) со значением 25,69%. Затем следует выраженная тахикардия – 21,78%, умеренная брадикардия – 10,61%, выраженная брадикардия – 1,11%.

Изучение показателей суммарного эффекта регуляции является ключевым аспектом для понимания работы организма и поддержания его здоровья. Важность изучения суммарного эффекта регуляции обусловлена тем, что она играет решающую роль в поддержании гомеостаза и нормального функционирования всех систем организма, где полученные показатели позволяют оценить, насколько эффективно работают механизмы регуляции в организме.

Библиографический список:

1. Карпова Д. А. Коммуникация: новые вызовы для молодежи // Вестник МГИМО-университета 2013.
2. Федотова Г.Г., Пожарова Г.В., Гераськина М.А. Оценка функционального состояния организма студентов на основе анализа variability сердечного ритма//Совр. пробл. науки и образования 2015.

ВЫРАЖЕННАЯ ТАХИКАРДИЯ КАК ОДИН ИЗ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Михайлова С.А.¹, Ситдикова И.Д.^{2,3}, Пузырев В.Г.³, Ахметов А.М.⁴,
Ситдикова А.В.¹, Юсупова Р.З.¹, Алексеева А.М.⁴

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²Казанский Федеральный университет

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

⁴Набережночелнинский государственный педагогический университет

Проблема сохранения оптимального уровня функционального статуса организма студентов, как объективного показателя адаптации и здоровья, является актуальной [1,2]. Сердечная деятельность является результатом ритмической активности автоматических клеток синусового узла, модулирующего влияния автономной и центральной нервной систем, гуморальных и рефлекторных воздействий [3]. Изучение показателей суммарного эффекта регуляции является одним из ключевых аспектов для понимания работы организма и поддержания его здоровья. Эти показатели позволяют оценить, насколько эффективно работают механизмы регуляции в организме, и как они реагируют на различные внутренние и внешние факторы. Измерение ЧСС может помочь определить, находится ли сердце в оптимальном рабочем состоянии, и является ли уровень физической активности адекватным. Это также может помочь предотвратить развитие сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца и инсульт. Кроме того, понимание показателей сердечных сокращений может помочь в управлении уровнем стресса и улучшении общего самочувствия. Стресс может негативно сказаться на здоровье студентов, их эмоциональном состоянии и успеваемости. Высокий уровень стресса может привести к бессоннице, депрессии, тревоге, проблемам в отношениях и даже к развитию хронических заболеваний, нарушению работ и сердечно-сосудистой системы. Тахикардией называется одно из наиболее распространенных нарушений ритма сердечных сокращений, основной механизм развития которого заключается в повышении автоматизма синусового узла. При этом ЧСС увеличивается до более чем 90 ударов в минуту. В связи с чем была поставлена цель изучения суммарного эффекта регуляции, а именно показателя выраженной тахикардии для оценки состояния сердечно-сосудистой системы среди студентов 1 и 3 курсов.

Согласно распределению суммарного эффекта регуляции среди учащихся медицинского вуза, нормокардия составляет 36,36% и 39,47%

среди студентов 1 и 3 курсов соответственно, следующим по распространенности является показатель выраженной тахикардии со значением 28,57% - для студентов 1 курса, 28,95% - для студентов 3 курса, в то время как для студентов 6 курса, данный показатель составляет 9,37%. Тахикардия может не иметь субъективных проявлений, и чаще всего ощущается как усиленное сердцебиение. При наличии патологий сердечно-сосудистой системы данный вид аритмии может ухудшать общее состояние и провоцировать развитие осложнений. Эти показатели позволяют оценить эффективность регуляторных механизмов и их реакцию на внутренние и внешние факторы.

Библиографический список:

1. Бабунец И.В. Азбука variability сердечного ритма // Ставрополь, 2011. – 112с.
2. Косолапов А.Б. Проблемы изучения, сохранения и развития здоровья студентов // Владивосток, 2003. – 170 с.
3. Баевский Р.М. Variability сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // М.: Медицина, 2000. – 295с.

КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Молостцова А.Ф., Салахова З.Н., Фахретдинова Э.Р., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Анемия является серьезной проблемой в области здравоохранения. По данным ВОЗ анемия имеется почти у 2 млрд. жителей планеты. Ежегодный темп прироста анемий составляет 6,6%. По данным Росстат, в РФ анемия регистрируется у 1637,8 тыс. пациентов в год [1].

Цель. Проанализировать компенсаторные механизмы организма в условиях хронической анемии.

Материалы и методы. Обзор литературы в области патофизиологических методов адаптации организма к тяжёлой степени анемии.

Результаты. Компенсаторные реакции подразделяются на гематогенные, циркуляторные, водно-электролитные, дыхательные и тканевые [1,2].

Гематогенные компенсаторные реакции направлены на интенсификацию эритропоэза, изменение свойств гемоглобина, накопление в эритроцитах DPG (дифосфоглицерат). Интенсификация эритропоэза приводит к росту популяция незрелых клеток и высвобождению их в кровь – тем самым повышается кислородная емкость крови. Изменение свойств гемоглобина и накопление в эритроцитах DPG (дифосфоглицерат) выражается в уменьшении сродства гемоглобина к кислороду, что приводит к отдаче кислорода тканям при более высоких значениях давления. Циркуляторные компенсаторные реакции заключаются в централизации гемодинамики. Сосуды, оснащенные альфа-адренорецепторами, реагируют на катехоламины вазоспазмом, повышением артериального давления и скорости кровообращения, а сердечный выброс перераспределяется в органы, сосуды которых оснащены бета-адренорецептором и расширяются под воздействием катехоламинов. Длительная централизация гемодинамики может привести к недостаточности почек, печени, абдоминальных органов, что является патогенетической предпосылкой шока и полиорганной недостаточности. Водно-электролитные компенсаторные реакции заключаются в активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. В результате увеличивается объем крови, что улучшает перфузию органов. Дыхательные компенсаторные реакции приводят к ускорению и углублению внешнего дыхания, гипервентиляции легких, ускорению венозного возврата крови к сердцу. Хронизация процесса приводит к увеличению силы дыхательных мышц и дыхательной

поверхности легких, а также к гипертрофии миокарда. Тканевые компенсаторные реакции заключаются в переключении окислительного метаболизма в клетках на анаэробный гликолиз, что обеспечивает энергоснабжение клеток в условиях недостатка кислорода. Хронизация процесса приводит к увлечению массы митохондрий [3].

Выводы. Таким образом, хронизация процессов компенсации при тяжёлой степени анемии приводит к органическим и функциональным изменениям в организме.

Библиографический список:

1. Василе Лутан Патология патологических процессов в системе крови. [Текст] / Василе Лутан. - Кишинёв: Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану», 2022 - 89 с.
2. Angelo D'Alessandro, Yang Xia Erythrocyte adaptive metabolic reprogramming under physiological and pathological hypoxia [Текст] / Angelo D'Alessandro, Yang Xia // Curr Opin Hematol. - 2020. - № 27(3). - С. 155-162.
3. Luo Z, Tian M, Yang G Hypoxia signaling in human health and diseases: implications and prospects for therapeutics [Текст] / Luo Z, Tian M, Yang G // Signal Transduct Target Ther. - 2022. - № 7(1). - С. 218.

ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Молостцова А.Ф., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Когнитивным нарушением принято называть субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций (память, речь, внимание, восприятие информации, мышление, способность приобретать двигательные навыки) по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями [1]. В основном,

причиной когнитивных нарушений является поражения головного мозга при неврологических, соматических или психических заболеваниях. Существенным фактором риска развития когнитивных нарушений является возраст, так, среди лиц старше 65 лет частота встречаемости деменции составляет 3,0–7,7%, в то время как среди лиц 85 лет и старше этот показатель составляет 20–45%. Помимо возраста, к факторам риска развития когнитивных нарушений можно отнести наличие следующих заболеваний: болезнь Альцгеймера, перенесенный инсульт, болезнь Паркинсона, артериальная гипертензия, гипотиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет, дефицит витамина В-12, фолиевой кислоты, ХОБЛ, хроническая алкогольная интоксикация, перенесенный COVID9, депрессия [1,2].

Наличие когнитивного расстройства оказывает дополнительные трудности при проведении лечебных мероприятий, так как ухудшает приверженность к терапии, снижает мотивацию и повышает смертность от всех причин [3]. В клинической практике для первичной диагностики и своевременного начала профилактики прогрессирования когнитивных нарушений рекомендовано использовать простые в применении, но достаточно информативные шкалы: MoCa-тест (Montreal Cognitive Assessment) и MMSE (MiniMental State Examination)тест[1]. Так же, для скрининга когнитивных нарушений применимы следующие методики: тест рисования часов, исследование слухо-речевой памяти по методике А. Лурии, заучивание и воспроизведение пяти слов, показатели внимания и беглости речи, литеральные и категориальные ассоциации, повторение цифр в прямом и обратном порядке.

Профилактику развития и прогрессирования когнитивных нарушений необходимо начинать задолго до появления признаков деменции. Профилактические мероприятия должны быть направлены в первую очередь на корригируемые факторы риска: артериальная гипертензия и

сахарный диабет, дислипидемия, ожирение, злоупотребление алкоголем, курение, гиподинамия, депрессия [4]. Немаловажным в профилактике когнитивных нарушений является длительное сохранение профессиональной работоспособности и социальной активности благодаря участию в решении проблем семьи, посещению клубов по интересам, занятиям волонтерской деятельностью, систематическое выполнение интеллектуальных упражнений (разгадывание кроссвордов, решение заданий повышенной сложности в различных областях знаний). Не стоит забывать об образе жизни: соблюдение диеты, включающей повышенное содержание ненасыщенных жирных кислот и природных, регулярные тренировки памяти и внимания, дозированные физические упражнения. Медикаментозные методы коррекции когнитивных нарушений, не достигающих уровня деменции, находится на стадии изучения.

Библиографический список:

1. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2019. 448 с. Levin O.S. Diagnosis and treatment of cognitive impairment and dementia in clinical practice. Moscow: MEDpress-inform; 2019. 448 p. (In Russ.)
2. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT
3. Luksiene D, Sapranaviciute-Zabazlajeva L, Tamosiunas A, et al. Lowered cognitive function and the risk of the first events of cardiovascular diseases: findings from a cohort study in Lithuania. BMC Public Health. 2021;21(1):792. doi:10.1186/s12889-021-10843-4.

4. Горшунова Н., Медведев Н., Капошко Ю. Профилактика когнитивных нарушений в деятельности врача общей практики//Врач.–2018; 29 (6):45–47. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-09>

ПРОФИЛАКТИКА УПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Молостова А.Ф., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Во время беременности организм женщины претерпевает значительные изменения, направленные на сохранение беременности и рождение здорового ребенка. Так, в иммунной системе женщины развивается состояние физиологической иммуносупрессии, направленной на сохранение плода, являющегося генетически «полусовместимым трансплантатом» по отношению к организму беременной. Помимо физиологической иммуносупрессии, склонность беременной к затяжному течению острых респираторных заболеваний определяют физиологические изменения в органах респираторного тракта. Высокий уровень эстрогенов приводит к полнокровию слизистой верхних дыхательных путей, гиперсекреции слизи, что часто сопровождается заложенностью носа [1]. Ухудшают прогноз респираторных заболеваний наличие у беременной хронических заболеваний, в связи с этим встает вопрос о принятии мер по предупреждению управляемых инфекций. Единственным способом специфической профилактики управляемых инфекций является вакцинация. В настоящее время вакцинация беременных может проводиться любыми инактивированными вакцинами в условиях высокого риска заражения и тяжелого течения контролируемой инфекции. Ниже изложены особенности вакцинации от гриппа, столбняка, коклюша и COVID-19 во время беременности.

Вакцинация от гриппа. Согласно Приказу Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н, беременным показана вакцинация от гриппа во время беременности. Доказано, что вакцинация женщины против гриппа во II и III триместрах беременности обеспечивает детям первых месяцев жизни эффективную защиту против гриппа, и не оказывает негативного влияния на плод и здоровье беременной. Для иммунизации можно использовать любую из доступных в настоящее время инактивированных вакцин. По эпидемиологическим показаниям возможна вакцинация в I триместре [2].

Вакцинация от COVID-19. Согласно проведенным исследованиям, вакцинация против COVID-19 во время беременности не увеличивает риск неблагоприятных послеродовых исходов и может снизить риск инфицирования матери и ребенка вирусом SARS-CoV-2. Во время беременности рекомендована вакцинация путем введение бустерных доз. Если же беременная относится к группе риска по тяжелому течению COVID-19, то возможно проведение иммунизации комбинированной векторной вакциной начиная с 22 недели беременности [3].

Вакцинация против столбняка. В случае если беременная женщина не была ранее привита или история вакцинации неизвестна, рекомендовано ввести две дозы анатоксина столбнячного или анатоксина дифтерийно-столбнячного с интервалом не менее 4 недель и последующей ревакцинацией через 6 месяцев с целью профилактики столбняка у матери и младенца. Для иммунизации возможно применение вакцины для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), коклюша (с уменьшенным содержанием антигена, бесклеточной) и столбняка, адсорбированной со сниженным количеством антигена [3,4].

Вакцинация от коклюша. Для защиты от коклюша детей первых месяцев жизни во многих странах активно проводится вакцинация беременных от данной инфекции. Иммунизация против коклюша с использованием вакцины для профилактики дифтерии, столбняка и

коклюша во время беременности является эффективной и безопасной как для матери, так и для плода. С целью максимальной выработки антител в организме матери и пассивной передачи их младенцу в высокой концентрации рекомендуется проводить вакцинацию с 27-й по 36-ю неделю беременности. Проведенные исследования показали, что вакцинация для профилактики дифтерии, столбняка и коклюша безопасна на любом сроке беременности [3,4].

Библиографический список:

1. Нормальная беременность: федеральные клинические рекомендации. — М.; 2020. — 80 с. [Normal'naya beremennost': Federal clinical guidelines. Moscow; 2020. 80 p. (In Russ).]
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated December 06, 2021 № 1122н “Ob utverzhdanii natsional'nogo kalendarya profilakticheskikh privivok, kalendarya profilakticheskikh privivok po epidemicheskim pokazaniyam i poryadka provedeniya profilakticheskikh privivok”. (In Russ).]
3. Намазова-Баранова Л.С., Федосеенко М.В., Селимзянова Л.Р., Калюжная Т.А., Шахтагинская Ф.Ч., Толстова С.В., Сельвян А.М. Современные подходы к иммунопрофилактике инфекционных болезней в период беременности. Педиатрическая фармакология. 2022;19(5):417–423. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v19i5.2487>
4. Macias Saint-Gerons D, Sola Arnau I, De Mucio B, et al. Adverse events associated with the use of recommended vaccines during pregnancy: An overview of systematic reviews. Vaccine. 2021;39 Suppl 2:B12–B26. doi: <https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2020.07.048>

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Муллина С.В., Ганеева И.З., Молостцова А.Ф., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В современном мире среди групп населения с высокой работоспособностью и социальной ответственностью особое место занимают болезни цивилизации. Особенно тщательно научно-медицинское сообщество стало изучать вопрос хронической усталости. В клинической практике нередко он остается не распознанным, так как маскируется под различные заболевания, а многообразие вариантов ее причин и развития не улучшают ситуацию.

Синдром хронической усталости (СХУ) – это хроническое заболевание, которое сопровождается постоянной утомляемостью, возникающей в результате действия различных по своей природе факторов (генетических, психологических, иммунологических). Основным отличием от переутомления состоит в том, что она не проходит после полноценного отдыха и снижения как физической, так и эмоциональной нагрузки на организм. Жалобы, предъявляемые пациентами, отличаются неспецифичностью, что затрудняет ее диагностику [1].

На сегодняшний день диагноз ставится на основе оценки жалоб, анамнеза и результатов объективного обследования. Также проводят основные лабораторно-инструментальных методов исследования (ОАК, ЭКГ, рентген и т.д.). И только после исключения других, возможных причин слабости, такие как латентные и очаговые инфекции, вредные привычки, эндокринные и иммунные заболевания или онкологических процессов [2].

Последние исследования данного заболевания показали, что дефицит макроэлементов, например, магний, значительно ухудшает общую картину состояния пациента и течение СХУ [2,3].

Основные принципы терапии хронической усталости направлены на коррекцию образа жизни пациента, нормализацию физического и психоэмоционального состояния, а также укрепление иммунитета. Важным компонентом программы лечения и профилактики является витаминотерапия, включающая препараты витаминов группы В, С и препараты магния [3].

Стоит отметить, что хроническая усталость значительно снижает качество жизни пациентов, что проявляется в виде снижения работоспособности, социальной изоляции и дезадаптации. Поэтому важно обратить внимание на эту проблему и предоставить пациентам необходимую поддержку и помощь.

Синдром хронической усталости является серьезной проблемой, которая требует внимания и дальнейших исследований. Необходимо разработать более эффективные методы диагностики и лечения этого синдрома, а также образовательные программы для пациентов и медицинских работников, чтобы повысить осведомленность о хронической усталости и ее последствиях.

Библиографический список:

- 1.Квасовец Е. Н. О некоторых вопросах профилактики и лечения синдрома хронической усталости у студентов //Физкультура. Спорт. Здоровье. – 2020. – С. 91-97.
- 2.Леонтьев М. А. Синдром хронической усталости и его диагностика //ББК 1 Р76. – 2022. – С. 16.
- 3.Малеев Ю.В., Ульянова О.В. Алиментарная профилактика недостатка магния и витамина д в организме как предупреждение возникновения серьезных соматических заболеваний //Reportsof 7th Interdisciplinar Scientific Conference. – С. 66.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРИНЦИПЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мусин Н.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В последнее десятилетие наблюдается устойчивая отрицательная динамика функциональных возможностей, уровня здоровья школьников и студентов, рост заболеваемости и снижение функциональных резервов организма, работоспособности: более 35% обучающихся при поступлении в образовательное учреждение имеют различные заболевания, гиподинамия среди обучающихся достигла 80%, доминируют болезни опорно-двигательного аппарата, органов зрения, центральной нервной системы, эндокринной системы, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем [1]. Несмотря на внушительный опыт в изучении данного вопроса, отлаженной универсальной системы осуществления здоровьесбережения, формирования ценности здоровья и здорового образа жизни ещё нет [2]. Здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ) – это комплексная, построенная на единой методологической основе, система организационных и психолого-педагогических приемов, методов, технологий, направленных на охрану и укрепление здоровья учащихся, формирования у них культуры здоровья, а также на заботу о здоровье преподавателей. Цель ЗОТ – обеспечить обучающимся возможность сохранения и поддержания здоровья на протяжении всего периода обучения и после него, сформировать необходимые умения и навыки и научить использовать полученные знания в повседневной жизни [3]. Необходимо создание условий для повышения качества профессионального образования, и в этих целях, наряду с другими мероприятиями, предполагается проведение оптимизации учебной, психологической и

физической нагрузки обучающихся и создание в образовательных учреждениях условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся, в том числе за счет: реальной разгрузки содержания образования; использование эффективных методов обучения; повышения удельного веса и качества занятий физической культурой; организация мониторинга состояния здоровья детей и молодежи; улучшение организации питания обучающихся в образовательных учреждениях; рационализация досуговой деятельности, в том числе во время каникул.

Важно акцентировать внимание преподавателей на возрастной психологии в процессе валеологического образования, в частности, на такие вопросы как: психология здоровья, психические состояния, эмоции, стресс, неврозы, суицид, саморегуляция психических состояний, двигательная активность, ролевые функции в жизнедеятельности, уверенность, достижение цели, смысл жизни, релаксация как основной источник эмоционального выживания, понятие «личность» и «индивидуальность» и др. [4]. Следует отметить, что методика здоровьесберегающих технологий является динамичной системой, взаимодействующей с окружающей социальной средой. На протяжении многих лет Казанский ГМУ ведёт активную работу и занимает стабильную позицию в области воспитательной работы на основе использования данных технологий в учебном процессе. В последние годы приоритетными для Казанского ГМУ признаны следующие направления: развитие добровольческого движения; формирование и пропаганда здорового образа жизни; профилактика социально-негативных явлений; спортивно-оздоровительная работа [5].

Библиографический список:

1. Яковлев А.Н. Инновационная педагогическая система здоровьесберегающих и телесноформирующих технологий / А.Н. Яковлев // Территория новых возможностей. – 2021. – Т. 9, № 1. – С. 119-129.

2. Осипчукова Е.В. Адаптация студентов в учреждениях высшего образования: факторный анализ / Е.В. Осипчукова, Н.В. Попова, Е.В. Попова // Современная школа: инновационный аспект. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 66-74.
3. Григоренко-Болгарова О.В. Здоровьесберегающие технологии в медицинском техникуме как подготовка студента к профессиональной деятельности / О.В. Григоренко-Болгарова // Информio. – 2020. – URL: <https://www.informio.ru/publications/id5936/Zdorovesberegayushie-tehnologii-v-medicinskom-tehnikume-kak-podgotovka-studenta-k-professionalnoi-deyatelnosti> (дата обращения 30.10.2023).
4. Новожилова Н.В. Формирование здорового образа жизни студента медицинского колледжа в современных условиях / Н. В. Новожилова // Проблемы педагогики. – 2015. – № 10. – С. 3-5.
5. Гатиятуллина Л.Л. Здоровьесберегающее пространство в медицинских образовательных организациях // Казанский медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 110-116.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА НА ФОНЕ СЕЛЕНОВОГО СТАТУСА НАСЕЛЕНИЯ

Мухутдинова Г.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В настоящее время в РФ структура заболеваемости населения смещена в сторону роста распространенности неинфекционных заболеваний, связанных с нарушениями питания и обмена веществ, в особенности избыточной массы тела и ожирения как среди детского, так и взрослого населения [1, 2].

По данным работ Beckett G.J. et al (2005), ожирение связано с состоянием хронического воспаления низкого класса, а некоторые

исследования показали, что концентрация в крови такого микроэлемента, как селен (Se), обратно коррелирует с ожирением, делая дефицит Se возможным маркером ожирения [3].

Недостаточный уровень селена в организме уменьшает активность дейодиназы и способствует снижению скорости обменных процессов, которое приводит к быстрому нарастанию массы тела, ухудшению памяти, снижению концентрации внимания [4].

В данной работе автором проведен сравнительный анализ состава тела и основного обмена на фоне селенового статуса среди жителей г.Лениногорск в возрасте 25-50 лет, которые согласились на исследование и заполнили анкеты. Было отобрано 80 человек с уровнем селена (Se) в волосах ниже физиологически оптимального уровня (ФОУ - 0,290 мг/кг) в основную группу (52,3% - женщины), 60 человек с уровнем Se в пределах ФОУ в контрольную группу (55% - женщины).

Для оценки данных о составе биологических тканей и основного обмена конкретного участника обследования, а также возможных отклонений в организме, был применен анализатор АВС-01 «Медасс».

Инструментальный анализ состава тела выявил высокую долю лиц с ожирением в основной группе среди обследуемых мужчин в 44 % случаях, а в контрольной – в 26 % случаях, у женщин в 47 % и 40 % случаях соответственно ($p < 0,05$). Ожирение по критерию ИМТ в основной группе встречается значительно чаще, чем в контрольной: у мужчин в 22 % и 13 % случаях, у женщин в 25 % и 15 % случаях соответственно ($p < 0,05$).

Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между уровнем Se в организме у обследуемых и ИМТ, жировой массой ($p < 0,05$), прямая корреляционная связь между уровнями Se и основным обменом, между уровнем активной клеточной массы и основным обменом ($p < 0,05$).

В ходе сравнительного анализа было установлено, что в группе «Случай» в среднем имели статистически значимый ИМТ, тенденцию к более высокой жировой массе ($p < 0,05$) и меньший уровень основного обмена ($p < 0,05$) по сравнению с обследуемыми в группе «Контроль».

Таким образом, недостаточная обеспеченность организма Se способствует замедлению обмена веществ, приводящее к развитию избыточной массы тела и ожирению. В свою очередь, оценка потребления населением микроэлементов с рационом питания позволяет предупредить возникновение дефицитных состояний организма, в том числе селенодефицитных.

Библиографический список:

1. Мартинчик А.Н., Лайкам К.Э., Козырева Н.А., Кешабянц Э.Э., Михайлов Н.А., Батурин А.К., Смирнова Е.А. Распространение ожирения в различных социально-демографических группах населения России // Вопросы питания.- 2021.- Т.90.- № 3.- С. 67–76. DOI: <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2021-90-3-67-76>.
2. Попова, А.Ю. О новых (2021) Нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации / А.Ю. Попова, В.А. Тутельян, Д.Б. Никитюк // Вопросы питания. – 2021. – Том 90. - № 4. – С. 6–19. DOI: 10.33029/0042-8833-2021-90-4-6-19.
3. Beckett G.J., Arthur J.R. Селен и эндокринные системы. Журнал эндокринологии. -2005.- Т.184.- №3.- С.455–465. DOI:10.1677/ joe.1.05971.
4. Гармаева С.Б. Вопросы профилактики йодного и селенового дефицита у детей грудного и раннего возраста /С.Б. Гармаева, Л.А. Решетник // Актуальные вопросы методологии профилактической и социальной медицины: сб.науч. материалов и ст. XII межрегион. конф./ - Иркутск: РИО ГБОУ ИГМАПО, 2014. - С.33-43.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ

Павлов Д.В.¹, Пузырев В.Г.², Ситдикова И.Д.², Фаттахова А.М.³,

Чернышова Е.А.⁴, Ситдигов А.Р.⁵, Иванова Е.Ю.¹

¹Ижевская государственная медицинская академия

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

³ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

⁴Набережночелнинский государственный педагогический университет

⁵Казанский государственный медицинский университет

В настоящее время состояние экологической среды оценивается как катастрофическое. Воздействие экологических факторов формируют экологические риски, которые, в свою очередь, влияют на показатели оценки риска – неканцерогенного, канцерогенного, профессионального, специфического, репродуктивного и т.д. Факторы внешней среды достоверно влияют на функциональное состояние центральной нервной системы, формируя переходные состояния - от нормы, донозологии, преморбида, срыва адаптации, развитие патологического процесса. Методом вариационной пульсометрии оценивался показатель активности регуляторных систем. Анализ стресс-индекса в динамике исследуемой группы выявил относительно высокие достоверные значения данного индекса - 166,4 и 295,8, соответственно, уровень достоверности $p=0,009$.

Степень утомления зрения напрямую зависит от характера деятельности пользователя. Студенты в наибольшей степени нуждаются в получении информации из различных учебных пособий, книг, научных журналов, статей. Функциональное состояние зрительной системы студентов в условиях стабильной интенсификации (технической,

информационной, социальной) целесообразно при условии достижения ее эффективности. Проблема состояния зрительной системы студентов как общего ресурса зрительного анализатора переносится в область психофизиологии и педагогики. В результате воздействия окружающей среды происходит понижение компенсаторных возможностей экологической системы «организм хозяина – его микрофлора». Воздействие антропогенного загрязнения на орган зрения детей может быть опосредованным и вызывать различные офтальмологические заболевания, в том числе влиять на развитие аномалий рефракции. При анализе заболеваний органа зрения у детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях, отмечают функциональные и органические изменения зрительного анализатора, свидетельствующие о негативной роли загрязнения атмосферного воздуха. В наше время на фармацевтическом рынке, представлены огромное количество различных витаминов для глаз. Самым важным является предварительная консультация и правильный выбор препаратов. Во время обычного осмотра глаз окулист или офтальмолог может порекомендовать проверку поля зрения для оценки полного горизонтального и вертикального диапазона и чувствительности зрения. Оценка функционального состояния зрительного анализатора весьма важна не только для выяснения физиологических возможностей человека, но и для практической врачебной работы.

На сегодняшний день в офтальмологической практике используются современные методики лучевой диагностики. Большинство существующих методик в определенной мере позволяют оценить состояние зрительной системы, но практически не изучены вопросы функционирования зрительного анализатора в целом и влияния патологии того или иного отдела зрительного анализатора на зрительные функции.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Пальмова Л.Ю., Фатыхова К.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

О роли омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) в организме человека известно давно. Молекулярно-физиологические эффекты омега-3 ПНЖК включают противовоспалительный, антиоксидантный, антиагрегантный, гипокоагуляционный, гиполлипидемический, антиаритмический и иммуномодулирующий [1, 2].

Цель исследования: изучить информированность врачей и различных групп населения о биологическом значении омега-3 ПНЖК. Посредством гугл-форм было проведено анкетирование 60 человек: 20 врачей-специалистов со средним стажем $14 \pm 12,8$ лет (1 группа), 20 здоровых лиц (2 группа), 20 пациентов с различными хроническими соматическими заболеваниями. Средний возраст здоровых лиц составил - 47 ± 5 лет, пациентов - 64 ± 8 лет.

Результаты. О роли омега-3 ПНЖК в физиологических процессах человека были осведомлены 90% врачей, 35% из группы здоровых взрослых и 65% пациентов. 65% врачей считают, что данный класс жирных кислот может поступать в организм только извне, 30% - поступать извне и образовываться самостоятельно, 5% - синтезироваться самостоятельно. Большая часть из группы здоровых (55%) и из группы пациентов (60%) уверены, что омега-3 ПНЖК могут поступать в организм только извне. Среди источников омега-3 ПНЖК респонденты из 2 и 3 групп называли жирную рыбу (88,9% и 100%), печень трески (72,2% и 75%), сливочное масло (22,2% и 35%), зелень и овощи (5,6% и 15%), молочные продукты

(5,6% и 15%). Большинство респондентов (70% врачей, 80% здоровых лиц, 70% больных) считают, что питание современного человека не может обеспечить достаточное поступление омега-3 ПНЖК в организм. Врачи уверены, что омега-3 ПНЖК способствуют профилактике и лечению сердечно-сосудистых (95%), онкологических (60%), аутоиммунных (55%), эндокринных (55%), пульмонологических заболеваний (30%), лишь 35% из них рекомендуют приём в качестве добавок и лекарственных средств. Капсульной форме отдают предпочтение 45% врачей, продуктам, богатым омега-3 - 30%, таблетированным формам - 15%, каплям - 10% специалистов. Препараты омега-3 были рекомендованы 40% пациентов, при этом в 30% случаев это было сделано терапевтами, в 15% - кардиологами, в 5% - эндокринологами.

Таким образом, наблюдается недостаточная осведомленность различных групп населения о биологическом значении и адекватном потреблении омега-3 ПНЖК. 90% врачей не сомневаются в важной роли омега-3 ПНЖК для организма человека, в 35% случаев они рекомендуют их прием своим пациентам (в профилактических и лечебных дозах). Необходимо улучшить просветительскую работу среди условно здоровых лиц и пациентов с хроническими соматическими заболеваниями по адекватному профилактическому употреблению омега-3 ПНЖК.

Библиографический список:

1. Плотникова Е.Ю., Синькова М.Н., Исаков Л.К. Роль омега-3 ненасыщенных кислот в профилактике и лечении различных заболеваний // Лечащий врач №7. - 2018. - С.63.
2. Гайковая Л.Б. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты: лабораторные методы в оценке их многофакторного влияния. // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2010. - Т. 8. - № 4. - С. 3-14.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

Прокофьева М.В.¹, Балабанова Л.А.^{1,2}, Абдуллазянова Э.Р.¹

¹ Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

² ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

За последние два года проведение профилактических мероприятий стало приоритетным направлением в системе государственного надзора. Так, одним из востребованных форматов работы с контролируемыми лицами является проведение семинаров. В 2022 году Управлением Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее – Управление) проведен 1151 семинар с охватом почти 9 тысяч человек. Основной целевой аудиторией являются предприятия общественного питания с высоким риском возникновения групповой инфекционной заболеваемости, детские учреждения, медицинские организации, предприятия бытового обслуживания населения и другие. Всего за последние 8 лет Управлением и его территориальными отделами проведен 6791 семинар, на которых свои знания повысили более 174 тысяч руководителей и работников подконтрольных организаций.

Повышение информированности контролируемых лиц о действующих обязательных требованиях также осуществляется при проведении профилактических визитов. В 2022 г. проведено 5280 профилактических визитов, в ходе которых до контролируемых лиц доведены обязательные требования по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей. По сравнению с 2021 годом количество проведенных профилактических визитов увеличилось в 26 раз. За 9 месяцев 2023 года проведено 6244 профилактических визита, что на 18,3% выше показателя 2022 г.

О повышении доверия бизнеса к проводимой Управлением профилактической работе говорит тот факт, что вдвое снизилось число отказов от проведения профилактических визитов. Если доля отказов в 2021 году составляла 8%, то в 2022 она составила 4%, а за 9 месяцев 2023 – 1,6%. Специалистами Управления продолжается разъяснительная работа о пользе этой профилактической меры.

Новеллой в 2023 году стала возможность проведения обязательных профилактических визитов в отношении бюджетных детских дошкольных и 93 общеобразовательных учреждений, отнесенных к категории чрезвычайно высокого риска, проводимых в целях оценки соблюдения обязательных требований и предусматривающий возможность проведения осмотра, отбора проб (образцов), истребования документов, испытания, инструментального обследования, экспертизы. В данном случае отказ от проведения профилактического визита законодательством не предусмотрен.

Свое развитие получила и такая профилактическая мера, как предостережение. Всего за 2022 год Управлением объявлено 3982 предостережения. По сравнению с 2021 годом (1020 предостережений) количество предостережений возросло почти в 4 раза, а с 2017 года число выданных предостережений выросло в 93 раза.

Основной целью проведения профилактической работы является ориентирование контролируемых лиц на добросовестное исполнение обязательных требований в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей и снижение административной нагрузки. Управлением будет продолжена работа по данному направлению.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ И СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ

Прокофьева М.В.¹, Балабанова Л.А.^{1,2}, Абдуллазянова Э.Р.¹

¹ Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

² ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На сегодняшний день Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее – Управление) проводит информирование контролируемых лиц и населения с через официальные сайты Управления (<http://16.rospotrebnadzor.ru/>, <http://rpn.tatarstan.ru/>), официальную группу Управления, а также группу по защите прав потребителей в социальной сети «ВКонтакте». В 2023 году Управлением также была освоена новая платформа информирования населения – мессенджер Телеграм (https://t.me/rpn_rt), в котором создан канал, где публикуются короткие и познавательные информационные посты.

За последние три года подготовлено и размещено на сайтах Управления 12786 информации, в том числе в 2022 году – 6885, 2021 году - 4414, в 2020 году – 4286 публикаций, за 9 месяцев 2023 года размещено 3207 информационных материалов. Таким образом, в 2022 году размещено на 38,2 % информации больше, чем в 2020 году.

В 2022 году начал свою работу большой федеральный проект Роспотребнадзора «Санитарный щит страны – безопасность для здоровья (предупреждение, выявление, реагирование)». Основная задача проекта – распространение современных санитарно-гигиенических знаний и навыков, а также формирование у россиян новой модели санитарно-эпидемиологического поведения. Республика Татарстан была включена в число 8-ми пилотных регионов Российской Федерации для реализации проекта. В целях выполнения поставленных задач Управлением ведется активная работа: ежемесячно составляется медиа-план по информированию

населения Республики Татарстан, специалисты Управления участвуют в съёмках на местных телеканалах, организуют совместные проекты с партнерами (например, "Волонтеры-медики"), достигнута договоренность размещения и ежедневного транслирования на информационных стендах по территории Республики Татарстан коротких видеороликов о простых правилах здорового образа жизни и правилах гигиены.

Одним из приоритетных направлений в деятельности Управления является пропаганда здорового образа жизни, правильного и сбалансированного питания, отказа от вредных привычек, в том числе через социальные сети. За 2022 год в официальной группе Управления в социальной сети «ВКонтакте» опубликовано 1230 постов (1897 лайков, 391 репостов, 255644 просмотра). По сравнению с 2021 годом отмечается рост активности от подписчиков, в том числе по механизму обратной связи. Количество лайков увеличилось в 1,6 раза (за 2021 год – 1160 лайков). В настоящее время в группе насчитывается 5417 подписчиков, что на 380 подписчиков больше, чем за аналогичный период прошлого года. Вторая группа «ВКонтакте», затрагивающая основные вопросы по защите прав потребителей, также пользуется популярностью, на сегодняшний день насчитывается 4408 подписчиков (43 800 просмотров за 2022 год).

Практика показывает, что ведение социальных сетей в сети Интернет играет значимую роль в повышении информированности и грамотности населения в вопросах санитарно-эпидемиологического благополучия и защиты прав потребителей.

**ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ
ЛИЦЕНЗИАТОВ ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ ПРИ
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ**

Прокофьева М.В., Гараева Л.Т., Серазетдинова Ф.И.,
Закирова О.М., Буава В.Г.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Лицензионно-разрешительное производство является одной из самостоятельных разновидностей административно-процедурных производств, входящих в структуру административного процесса. Взаимосвязь лицензирования и контрольно-надзорной деятельности обусловила сочетание в рамках проводимой реформы государственного контроля и надзора мер, направленных на комплексное совершенствование соответствующих процедур [1].

С 1 марта 2022 года внесены изменения в Федеральный закон от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», введено новое понятие – оценка соблюдения соискателем лицензии, лицензиатом лицензионных требований, одной из форм проведения которой является периодическое подтверждение соответствия лицензиата лицензионным требованиям (далее – ППС).

ППС проводится каждые три года со дня предоставления лицензии. Основанием для его проведения является заявление лицензиата, отзыв лицензиатом заявления законодательством не допускается. Общий срок проведения процедуры не должен превышать двадцать рабочих дней со дня приема указанного заявления [2].

В 2023 году на территории Республики Татарстан ППС подлежат 63 из 82 хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в области

использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях) и генно-инженерно-модифицированных организмов III и IV степеней потенциальной опасности, осуществляемой в замкнутых системах.

На официальном сайте Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее – Управление) размещена информация о процедуре ППС, также лицензиатам направлены уведомления о необходимости его прохождения.

В 2023 году через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) (ЕПГУ) 34 лицензиата подали заявления о ППС, по 32 заявлениям приняты решения, 2 заявления в работе.

Специалистами Управления в рамках ППС проведена оценка соответствия 32 хозяйствующих субъектов, по 15 из которых принято решение о соответствии лицензиата лицензионным требованиям (47%), 17 – решение о направлении лицензиату перечня выявленных нарушений лицензионных требований (53%).

В ходе ППС выявлены негрубые нарушения лицензионных требований и установлены сроки их выполнения.

Библиографический список:

1. Джамирзе Бэла Юнусовна Лицензионный контроль в условиях реформы контрольно-надзорной деятельности // Вестник СГЮА. 2021. №4 (141). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/litsenzionnyy-kontrol-v-usloviyah-reformy-kontrolno-nadzornoj-deyatelnosti> (дата обращения: 31.11.2023);
2. Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ; [принят Государственной Думой 22 апреля 2011 года]: (с изменениями и дополнениями). – Доступ из справ.-правовой системы Гарант. – Текст: электронный.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Прокофьева М.В., Гиниятова А.М.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Актуальность. Условия труда оказывают существенное влияние на состояние здоровья работников, которое является важным социальным индикатором и показателем трудового потенциала страны. На контроле Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (РТ) находятся более 4000 объектов предприятий разных видов экономической деятельности, из них сельскохозяйственных объектов – 24% [1].

Цель исследования – оценить условия труда работающих с вредными производственными факторами в РТ.

Материал и методы исследования. Оценка уровня совокупного воздействия физических факторов (шум, вибрация, микроклимат, электромагнитные поля, искусственная освещенность) и состояния воздушной среды проводилась по данным Управления Роспотребнадзора.

Результаты. Оценка уровня воздействия физических факторов в 2022г. была проведена на 5175 рабочих местах (2019г. – 15807, 2020г. – 8273, 2021г. – 7638). Снижение данного показателя в 2020-2021гг. объясняются в связи ограничительными мероприятиями по COVID-19, в 2022г. – с наличием моратория на проведение контрольно-надзорных мероприятий.

В структуре контролируемых физических факторов основными остаются: параметры микроклимата (37%) и световой среды (44%). Доля измерений шума составляет 10%, электромагнитных излучений - 6%, вибрации - 2%, «прочих» факторов - 1% (аэроионный состав воздуха, лазерное излучение и другие). В 2022г. по сравнению с прошлым годом количество объектов, на которых выявлены несоответствия санитарным

нормативам, снизилось на 18,4% (с 956 объектов до 781) и составило 5,6% от общего количества обследованных объектов.

В 2022г. по отношению к показателям 2021г. снизилась доля рабочих мест, не отвечающих гигиеническим нормативам: по уровням шума с 17,6% до 6,3% и вибрации с 7,3% до 1,2%, электромагнитных полей - с 1% до их отсутствия. По остальным факторам остаются на прежнем уровне: по параметрам световой среды - 4%, параметрам микроклимата - 1%.

Число исследованных проб в воздухе рабочей зоны (пары и газы, пыль и аэрозоли) в 2022г. по сравнению с 2021 г. снизилось на 2665. Отмечается увеличение превышений ПДК в исследованных пробах паров и газов на 0,4%, снижение превышений ПДК на пыль и аэрозоли на 0,7%.

Заключение. Контрольно-надзорная деятельность специалистами Управления осуществляется на основании риск-ориентированного подхода: удельный вес предприятий по категориям риска распределился следующим образом: к I категории (чрезвычайно высокого риска) относится 3,5% объектов, ко 2 категории (высокого риска) – 12,5%, к 3 категории (значительного риска) - 37%, к 4 категории (среднего риска) -30%, к 5 категории (умеренного риска) -12%, к 6 категории (низкого риска) -5 %.

Не смотря на уменьшение удельного веса рабочих мест, на которых обнаружено несоответствие гигиеническим нормативам уровней вредных производственных факторов, сохраняется риск развития профессиональных заболеваний от воздействия шума, вибрации, токсичных веществ и промышленных аэрозолей.

Библиографический список:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Татарстан в 2022 году. Государственный доклад. – Казань: Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан, 2023. – С.82-86.

**ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О СТЕПЕНИ ОПАСНОСТИ
ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ВЫЯВЛЕННЫХ У НИХ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Радченко А.С., Гатиатуллин Б.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

(научный руководитель - к.м.н. Берхеева З.М.)

Основной задачей, стоящей перед современным здравоохранением, является необходимость добиться уменьшения влияния модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [1].

Цель исследования - изучение уровня осведомленности пациентов о степени опасности факторов риска ХНИЗ, выявленных у них при диспансеризации.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГАУЗ «Городская поликлиника №10». На первом этапе был отслежен маршрут диспансеризации 48 пациентов от 20 до 76 лет (средний возраст $44,33 \pm 13,93$), среди которых было 60% женщин и 40% мужчин, изучены их анкеты и оценены результаты обследований. На втором этапе было проведено анкетирование, на которое ответили только 20 пациентов. Анкеты содержали вопросы о поле, возрасте респондентов, их осведомленности о безопасном уровне общего холестерина, глюкозы, артериального давления. Результаты обрабатывались в программе Excel.

Результаты и обсуждение. В ходе диспансеризации были выявлены следующие факторы риска: предожирение у 12 (7 женщин, 5 мужчин), ожирение I степени - у 7 (5 женщин; 2 мужчин), ожирение II степени - у 3 пациентов (женщины). При этом 17 человек с избытком массы тела и ожирением составляли лица старше 45 лет. Гипергликемия была установлена 14 пациентам, при этом у 3 пациентов ранее диагностирован

СД 2 типа, у 1 – СД 1 типа. Гиперхолестеринемия выявлена у 20 пациентов, при этом 7 из них принимают статины. У 11 человек зарегистрирована артериальная гипертензия (АГ): у 6 пациентов 1 степень АГ, у 4 – 2 степень, у 1 – АГ 3 степени. Из них у 8 человек уже диагностирована ГБ, у 3 человек впервые выявлена АГ. Эпизодическое употребление алкоголя отмечал 21 пациент, курение – 8 человек, нерациональное питание – 24 пациента и гиподинамия – 20 человек.

Осведомленность пациентов о факторах риска ХНИЗ различалась в зависимости от возраста: так, лица молодого и среднего возраста больше осведомлены о нормальных цифрах АД (9 из 11 человек, тогда как среди пожилых пациентов 4 из 9 опрошенных). Пожилые пациенты склонны «завышать» нормальные показатели АД. При этом пациенты пожилого и старческого возраста более осведомлены о нормальном уровне глюкозы (исключение – молодые пациенты с СД) и холестерина (8 из 9 человек). При этом только 2 пациента из всех опрошенных смогли дать объяснения для чего нужно контролировать артериальное давление, уровень холестерина и глюкозы в крови, вовремя проходить диспансеризацию.

Заключение. В ходе исследования установлена высокая выраженность факторов риска у пациентов, прошедших диспансеризацию (избыток массы тела и ожирения у 45,8%, гиперхолестеринемия у 41,6%, гипергликемия у 29,2%, неконтролируемая АГ у 16,7% пациентов, впервые выявленная АГ у 6,2% пациентов) и низкая информированность пациентов о степени опасности факторов риска.

Библиографический список:

1. Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. N 8.

ОПЫТ СОТРУДНИКОВ КАЗАНСКОГО ГМУ В ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

Радченко О.Р., Тафеева Е.А., Шулаев А.В.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Для создания эффективной модели школьного здравоохранения, совершенствования работы по профилактике заболеваний, в том числе школьно-обусловленных, формирования здорового образа жизни у школьников необходимы высококвалифицированные кадры, владеющими необходимыми профессиональными компетенциями [1, 2].

В соответствии с вышедшим новым профессиональным стандартом, выпускники высшего сестринского образования (уровень образования: бакалавриат) с 2020 года могут работать в школах в качестве «специалистов по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях».

В Казанском ГМУ разработаны новые программы подготовки кадров по программам бакалавриата по направлению «школьная медицина», программы повышения квалификации по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Оказание первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях» сроком освоения 72 академических часа, а также программы повышения квалификации для среднего медицинского персонала.

В основную образовательную программу бакалавриата «Сестринское дело» с целью освоения необходимых профессиональных компетенций включены такие учебные дисциплины, как школьная гигиена, школьная медицина, профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, профилактика неинфекционных заболеваний на этапе оказания

первичной медико-санитарной помощи. Учебным планом предусмотрены более 540 часов учебной и производственной практики «Профилактическая» (на 2 и 3 курсах) и клинической «Школьная медицина» (на 4 курсе), во время прохождения которой студенты закрепляют теоретическую подготовку по выявлению школьно-обусловленных факторов риска, участвуют в работе по организации и проведению медицинских профилактических осмотров (скрининг-обследований) обучающихся, информировании родителей о выявленных отклонениях в состоянии здоровья, проведении гигиенического обучения и воспитания школьников.

Трехлетний опыт работы со студентами, проходящим подготовку по программам бакалавриата по направлению подготовки «Сестринское дело», показал высокую заинтересованность выпускников в их дальнейшем трудоустройстве в качестве специалиста по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях.

Реализуемая в КГМУ образовательная программа подготовки бакалавров по направлению подготовки «Сестринское дело» в сочетании с дополнительной программой повышения квалификации расширяет возможности трудоустройства выпускников данного направления, что позволит решить вопрос с дефицитом медицинских кадров в образовательных организациях и перевести профилактическую работу на качественно другой уровень.

Библиографический список:

1. Анализ состояния здоровья детей школьного возраста по данным профилактических медицинских осмотров / В.М. Ганузин, И.В. Сторожева, Н.С. Сухова, О.И. Кононова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2022. – №1. – С.26–29.
2. Здоровье детей и подростков в школьном онтогенезе как основа совершенствования системы медицинского обеспечения и санитарно-

эпидемиологического благополучия обучающихся / В.Р. Кучма, И.К. Рапопорт, Л.М. Сухарева [и др.] // Здоровоохранение Российской Федерации. –2021.–Т.65, №4. – С.325-333. DOI: 10.47470/0044-197X-2021-65-4-325-333.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Рахматуллина Э.А., Нургатина К.Н., Молостцова А.Ф., Салимова Л.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Обструктивное апноэ сна (ОАС) обуславливают, как периодическое краткосрочное отсутствие дыхания или как событие существенного снижения поступления воздуха через верхние дыхательные пути (ВДП) при сохранении работы мускулатуры грудной клетки и живота, что предшествует снижению сатурации и выражается в нарушении сна, храпе и дневной сонливости [1].

Выделяют три типа синдрома апноэ сна (САС): синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), синдром центрального апноэ сна (СЦАС) и синдром смешанного апноэ сна (САС). Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) - это частичное (гипопноэ) или полное (апноэ) перекрытие дыхательных путей во время сна, несмотря на контроль дыхания центральной нервной системы и сохранение мышечной активности грудной клетки и брюшной стенки [2].

Обструктивное апноэ сна характеризуется чередующимися эпизодами апноэ вследствие коллапса верхних дыхательных путей. Как итог, это приводит к повторяющимся эпизодам ночной десатурации, сну, который делится на фрагменты и повышенной дневной сонливости [3].

Большое значение имеет профилактика заболевания, поскольку доказана связь между обструктивным апноэ сна (ОСА) и повышенным риском сердечнососудистых заболеваний (ССЗ). Распространенность этих патологических процессов увеличивается с возрастом [4].

Несмотря на то, что факторы риска, предрасполагающие к ССЗ, хорошо изучены и на данный момент разработаны методы их профилактики, актуальность исследования дополнительных факторов риска и профилактики ОАС остается. В частности, важно изучить влияние ОАС на развитие и течение сердечной недостаточности, а также эффективность и безопасность СРАР (continuous positive airway pressure) у пациентов с различными фенотипами сердечной недостаточности. По данным результатов нескольких исследований можно сказать, что у пациентов с нелеченной тяжелой ОАС риск фатальных и нефатальных событий выше по сравнению с теми, кто храпит во время сна [5].

Библиографический список:

1. Бузунов Р.В., Пальман А.Д., Мельников А.Ю., и др. Диагностика и лечение синдрома обструктивного апноэ сна у взрослых. Рекомендации Российского общества сомнологов // Эффективная фармакотерапия. Неврология. Спецвыпуск «Сон и его расстройства». 2018. № 35. С. 34–45.
2. Кантимирова Е.А. Современные методы дифференциальной диагностики центрального и обструктивного апноэ сна // Вестник Клинической больницы № 51. 2012. № 1–2. С. 34–37.
3. Arzt M., Woehrle H., Oldenburg O., et al. Prevalence and Predictors of Sleep-Disordered Breathing in Patients With Stable Chronic Heart Failure: The SchlaHF Registry // JACC Heart Fail. 2016. Vol. 4, N 2. P. 116–125. doi: 10.1016/j.jchf.2015.09.014
4. Пальман А.Д, Аксельрод А.С. Желудочковые нарушения ритма сердца у пациента с синдромом обструктивного апноэ сна и их эффективное немедикаментозное лечение // Альманах клинической медицины. 2021. Т. 49, №2. С.165–170. doi:10.18786/2072-0505-2021-49-031
5. Рубина С.С., Макарова И.И. Обструктивное апноэ сна: современный взгляд на проблему // Уральский медицинский журнал. 2021. Т. 20, № 4. С. 85–92. doi: 10.52420/2071-5943-2021-20-4-85-92

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ДЕМОГРАФИЯ» В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Рыбаченок Т.М., Еникеева Ю.Р.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Управлением Роспотребнадзора по Республике Татарстан в рамках реализации национального проекта «Демография» с 2020 года проводится мониторинг качества пищевой продукции и оценки доступности населения к отечественной пищевой продукции, способствующей устранению дефицита макро- и микронутриентов (анкетирования в объектах торговли).

Всего за 2020-2023 гг. исследовано 1168 проб пищевых продуктов, из них 212 проб или 18,1% не соответствовали установленным требованиям, из них большая часть по показателям пищевой и энергетической ценности и незаявленным веществам.

Анализ ассортимента пищевой продукции, представленного в торговых точках показал, что ряд продуктов имеют отрицательный индекс доступности: специализированная пищевая продукция для питания детей, говядина, баранина, соковая и молочная продукция, рыба пресноводная, обогащенные масложировая продукция, хлеб, хлебобулочные изделия и зерновые продукты, биологически активные добавки к пище.

Для получения качественных результатов проекта, была проведена оценка особенностей структуры и состояния питания в республике.

Согласно данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан фактическое содержание белков, жиров, углеводов, калорийности в среднем в сутки для жителей республики соответствует нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения.

Вместе с тем, потребление населением республики основных продуктов питания не соответствует рекомендациям по рациональным

нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания.

Отмечается превышение рекомендуемых норм потребления мяса и мясопродуктов, молока и молокопродуктов, яиц, продуктов переработки зерна, картофеля и сахара.

Такая структура в некоторой степени объясняется приверженностью к употреблению жителями республики традиционных национальных блюд, что способствует ожирению и сахарному диабету. Заболеваемость ожирением всего населения республики сохраняет тенденцию к росту.

С целью обеспечения реализации мероприятий федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» («Здоровое питание») Управлением Роспотребнадзора по Республике Татарстан проводится активная работа по охвату населения обучающими просветительскими программами, способствующими информированности граждан об основных принципах здорового питания [1].

Обучающие программы направлены на создание у населения осознанного отношения к своему здоровью, развитию культуры здорового питания. Были использованы как очные формы обучения так и заочная форма обучения. Всего начиная с 2020 года проведено 190 075 мероприятий с охватом 991 861 человек, из них детей – 267 827 [2].

Работа по изучению особенностей питания населения республики и реализации национального проекта «Демография» будет продолжена.

Библиографический список:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан: Государственные доклады. К.: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения, 2020-2022гг.
2. Форма отраслевого статистического наблюдения №15-22, 2020-2022гг.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Сабитов А.З.¹, Сабитова М.М.²

¹ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан»

² ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Условия труда на предприятиях авиастроения не соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям, приводят к нарушению здоровья работающих [1].

Целью исследования явилась гигиеническая оценка условий труда работников авиастроения.

Материал и методы исследования. Проведена гигиеническая оценка факторов производственной среды и трудового процесса по картам специальной оценки условий труда (СОУТ) и производственного контроля Казанского авиационного завода им. С.П. Горбунова - филиала ПАО «Туполев» за период 2017-2021 гг. у работников виброопасных профессий.

Результаты исследования. На рабочем месте слесаря-сборщика в зоне проведения работ уровень шума составил 83,7 дБА, при работе с пневмоинструментом – 86,5 дБА, на рабочем месте монтажника электрооборудования в зоне проведения работ – 83,8 дБА, при выполнении паяльных работ – 84,1 дБА. На производственном участке слесаря-инструментальщика установлен эквивалентный уровень звука 76,3 дБА, а при работе со шлифовальной пневматической машиной – 97,2 дБА, у фрезеровщика в зоне проведения работ – 81 дБА, при работе на консольно-фрезерном станке – 83,4 дБА. На рабочем месте слесаря механосборочных работ (МСР) при работе на радиально-сверлильном станке уровень шума составил 81 дБА, в зоне проведения работ – 84,4 дБА, при работе с пневмоинструментом – 87,5 дБА. Эквивалентный уровень звука составил 85 дБА со стандартной неопределенностью, равной 0,81 дБА.

Воздействию вибрации в течение смены подвергаются слесари-сборщики, слесари МСР. Источниками локальной вибрации являются шлифовальные машины и пневмоинструменты, по характеру вибрация непостоянная. Анализ параметров вибрации по виброскорости при работе со шлифовальной пневматической машиной на производственном участке цеха изготовления технологической оснастки показал превышение ПДУ на 1 дБ. Эквивалентное скорректированное значение виброускорения за 8-часовой рабочий день составило 116,1–127 дБ при предельно допустимом уровне 126 дБ. Замеры уровней локальной вибрации на рабочем месте слесаря-сборщика, слесаря МСР, фрезеровщика, шлифовщика уровни не выявили отклонения от нормативных значений

Заключение. Результаты исследований показали, что условия труда работников авиационного производства характеризуются воздействием комплекса неблагоприятных производственных факторов, основными из которых являются локальная вибрация, шум. Уровни локальной вибрации превышают нормативные значения на рабочем месте слесаря-инструментальщика (класс условий труда - 3.1). Наибольшее превышение допустимых параметров шума отмечается у слесарей-инструментальщиков и слесарей МСР (класс условий труда – 3.2). Преобладающим показателем тяжести трудового процесса является рабочая поза (неудобная, вынужденная или стоя).

Библиографический список:

1. Усатов А. Н., Родькин В. П. Условия труда и охрана здоровья работников предприятия авиационного машиностроения // ОНВ. 2011. №1 (104). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/usloviya-truda-i-ohrana-zdorovya-rabotnikov-predpriyatiya-aviatsionnogo-mashinostroeniya> (дата обращения: 17.10.2023).

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ: ТРУДОВОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

Сабитова М.М., Шулаев А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. На современном этапе экономические потери общества от утраты профессиональной пригодности по медицинским причинам обусловлены общесоматической патологией и профессиональными заболеваниями. В условиях устойчивой тенденции старения трудоспособного населения исследование медицинских причин профессиональной непригодности является актуальной задачей [1, 2].

Цель – определить причины профессиональной непригодности для работы с вредными производственными факторами, наиболее важные направления профилактики медицинских противопоказаний в рамках сохранения профессионального долголетия.

Материалы и методы. В исследование включены результаты периодических медицинских осмотров (ПМО) более 7 тысяч работников, проведенных на базе Центра профессиональной патологии Научно-клинического центра профилактической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» (ЦПП НКЦ ПМ ИФМиБ КФУ), определены количественные показатели профессиональной непригодности при проведении обязательных ПМО, а также нозологическая структура медицинских противопоказаний к работе во вредных и (или) опасных условиях труда. Анализ данных проводился методами описательной статистики.

Результаты. В структуре постоянных медицинских противопоказаний по нозологическим формам, выявленным по результатам

ПМО, наибольшая часть случаев отказа в допуске к работе была связана с наличием заболеваний VII класса по МКБ–10 «Болезни глаза и его придаточного аппарата», на 2 месте - заболевания, отнесенные к VIII классу «Болезни уха и сосцевидного отростка», на 3 и 4 месте — заболевания IX и XI класса «Болезни системы кровообращения» и «Болезни органов пищеварения».

Заключение. Наиболее частыми причинами профессиональной непригодности работников являются заболевания глаз, патология органа слуха, органов кровообращения и пищеварения. Рекомендуется рассмотреть вопрос о необходимости предоставления работникам возможности получения дополнительного обследования и специализированной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в случаях, когда выявленное заболевание является причиной отказа в допуске к работе.

Библиографический список:

1. Гурвич В.Б., Шастин А.С., Газимова В.Г., Плотко Э.Г., Устюгова Т.С. Причины утраты профессиональной пригодности для работы во вредных и (или) опасных условиях труда // Мед. труда и пром. экол.. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-utraty-professionalnoy-prigodnosti-dlya-raboty-vo-vrednyh-i-ili-opasnyh-usloviyah-truda> (дата обращения: 23.10.2023).
2. Вьюнова А.А. Причины профессиональной непригодности работников предприятий, обслуживаемых ФМБА России / Сборник статей IV Научно-практической конференции Научный авангард и Межвузовской олимпиады ординаторов и аспирантов, г. Москва. - 2022. - с. 94-99.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «СКОЛИОЗ»

Садыкова М.Р.¹, Куликова Н.Ч.²

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²Республиканский центр общественного здоровья
и медицинской профилактики

Ухудшение состояния здоровья детей во время обучения в школе отмечается современными отечественными и зарубежными исследователями [1; 2; 5]. Результаты проводимых профилактических осмотров детей на территории России и Республики Татарстан показывают, что заболевания опорно-двигательной системы являются одной из наиболее часто встречающихся патологий в школьном возрасте [3; 4]. По данным литературы нарушения осанки и различные по степени выраженности деформации позвоночника встречаются у 77–83,3% школьников, причем у каждого второго ученика начальной и средней школы она проявлялась деформирующей дорсопатией, а у каждого второго старшеклассника – сколиозом [3]. Этому способствует чрезмерная учебная нагрузка, недостаточная двигательная активность, несоблюдение гигиенических рекомендаций по режиму дня и образу жизни школьников.

Цель исследования. Выявить факторы риска развития деформации позвоночника у школьников с установленным диагнозом «сколиоз».

Результаты. В исследовании приняло участие 56 учащихся школ города Казани (29 девочек и 27 мальчиков) с установленным диагнозом «сколиоз» и направленных в отделение реабилитации Республиканского центра общественного здоровья и медицинской профилактики для прохождения еженедельных занятий по лечебной физической культуре (ЛФК) в течении 8-9 месяцев. На первом этапе исследования было получено

информированное согласие и проведено анкетирование родителей на предмет выявления факторов риска развития деформации позвоночника у детей и подростков с установленным диагнозом сколиоз. На втором этапе было проведено обследование степени деформации с помощью топографа ТУ 9442-001-47511328-2011 для бесконтактного исследования деформации позвоночника у детей и подростков (в рамках темы НИР КГМУ № 57-013-2022). На следующих этапах мы планируем проанализировать имеющиеся факторы риска школьников (по данным анкетирования родителей) и оценить эффективность проводимой ЛФК по данным повторного осмотра в мае 2024 года.

Библиографический список:

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей в современной России. М: Издательство «Педиатр», 2020. 116 с.
2. Кучма В.Р., Соколова С.Б., Рапопорт И.К., Чубаровский В.В. Влияние поведенческих факторов риска на формирование отклонений в состоянии здоровья обучающихся // Гигиена и санитария. 2022. Т. 101. № 10. С. 1206–1213. doi: 10.47470/0016-9900-2022-101-10-1206-1213
3. Маклакова О.А., Вандышева А.Ю., Штина И.Е., Валина С.Л. Особенности формирования нарушений осанки у детей в период школьного обучения. Гигиена и санитария. 2022;101(6):655-661. doi: 10.47470/0016-9900-2022-101-6-655-661
4. Шавалиев Р.Ф., Куликов О.В., Самолина И.В., Фархутдинова Г.М. Итоги профилактических осмотров детей 0–17 лет в Республике Татарстан за 2013–2015 гг. Практическая медицина. 2016.(7):119-122.
5. Atia D.T., Elsayed N.I., Abdelmonem A.F., et al. Prevalence of Musculoskeletal Disorders among General and Technical Secondary School Students in Egypt. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023;20(2):1465. doi:10.3390/ijerph20021465.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Мухамадиева А.И., Шайдуллина Р.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Введение компонентов крови является одним из частых методов заместительной терапии и имеет свои осложнения. В связи с этим необходимо знать методики для снижения количества осложнений.

Цель. Изучить способы профилактики посттрансфузионных осложнений и реакций.

Методы. Изучение литературных источников по трансфузионной терапии.

Результаты. Посттрансфузионные реакции (ПТР) — это совокупность расстройств отдельных функций организма реципиента, возникших вследствие переливания компонентов крови.

Посттрансфузионные осложнения (ПТО) — представляющие угрозу для жизни пациента состояния, обусловленные гемотрансфузионной терапией.

Частота посттрансфузионных гемолитических реакций и осложнений, по данным различных авторов, 1 случай на 6 000-29 000 трансфузий [1].

В России в 2014–2017 гг. было зарегистрировано 259 побочных реакций, возникших после переливания крови и ее компонентов. Доля острого иммунного гемолиза в структуре трансфузионных реакций варьировала от 3,7% (2015 г.) до 16,9% (2017 г.). При этом несовместимость крови по антигенам системы АВО в 2014 г. составляла 40%, в 2015 г. – 75%, в 2016 г. – 57%, в 2017 г. – 67% от всех причин гемолитических иммунных трансфузионных реакций [2].

Соблюдение правил – лучшая профилактика переливания АВО-несовместимой крови. Если необходимо переливание несовместимых доз, начинают профилактику глюкокортикоидами (гидрокортизон в дозе 100 мг,

непосредственно перед переливанием и повторно через 24 часа) и внутривенным иммуноглобулином (от 1,2 до 2,0 г на килограмм, назначается на 2–3 суток с первой дозой, назначаемой непосредственно перед несовместимым переливанием крови).

Внедрение генотипирования эритроцитов в службу крови позволяет своевременно обеспечить переливание антиген-негативных эритроцитов по другим 34 системам групп крови, помимо АВО и Rh. Генотипирование эритроцитов может иметь особую ценность в определенных случаях (например, для пациентов с множественной миеломой и анемией, которые получают даратумумаб, моноклональное антитело против CD38, вызывающее ложноположительные результаты классических серологических реакций)

Вывод. Переливать кровь нужно, основываясь на доказательных знаниях, в ситуации, когда полезный клинический эффект перевешивает возможные риски, а возможности альтернативных технологий ограничены.

Библиографический список:

1. Копченко Т.Г., Астрелина Т.А. Посттрансфузионные осложнения: учебно-методическое пособие для врачей гематологов, трансфузиологов, онкологов, иммунологов, генетиков, педиатров, клинической лабораторной диагностики. – М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2021.
2. Эйхлер О.В., Чечеткин А.В., Бурдинская Е.А., и др. Частота и структура осложнений, возникших после переливания донорской крови и ее компонентов в медицинских организациях Российской Федерации в 2014–2017 годах // Трансфузиология. - 2018. - Т.19. - №4. - С. 4-14.

РОЛЬ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ И РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ

Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Китова И.В., Ситдикова Д.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В последнее время огромное внимание уделяется заболеваниям органов дыхания, которые значительно снижают качество жизни, требуют длительной терапии, а иногда и пожизненной, которая, в свою очередь, не всегда бывает эффективна. Одним из таких заболеваний является идиопатический легочной фиброз. На сегодняшний день одним из перспективных методов лечения хронических заболеваний лёгких является клеточная терапия мезенхимальными стволовыми клетками. Терапия стволовыми клетками может не только значительно улучшить качество жизни пациентов, но и продлить её.

Цель работы. Изучить роль стволовых клеток в патогенезе и регенерации при ИЛФ.

Материалы и методы. Обзор отечественной и зарубежной литературы.

Результаты. Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) является хроническим прогрессирующим заболеванием неизвестной этиологии, приводящий к постепенному замещению нормальной легочной паренхимы фиброзной тканью. Состояние пациентов при ИЛФ ухудшается быстрыми темпами, поэтому прогноз в большинстве случаев является неблагоприятным. По данным ВОЗ лекарственная терапия ИЛФ ограничена, неэффективна и направлена в основном на лечение осложнений. Относительно новые препараты для лечения ИЛФ (пирфенидон и нинтеданиб) способны лишь замедлить, но не остановить прогрессирование заболевания [1]. Также было установлено, что при длительном применении этих препаратов у пациентов с ИЛФ наблюдаются

побочные эффекты [2]. Основными рекомендациями для таких пациентов остаются отказ от курения и приём лекарственных средств, которые лишь облегчают течение болезни, но их применение не восстанавливает повреждения и функцию лёгких. Одним из перспективных подходов к лечению ИЛФ является трансплантация мезенхимальных стволовых клеток (МСК). Потенциальные эффекты МСК при легочном фиброзе обусловлены их способностью продуцировать целый ряд биологически активных субстанций, обладающих противовоспалительными, антифиброзными, иммуносупрессивными и ангиогенными свойствами [3]. На экспериментальных моделях и в клинических испытаниях показан их терапевтический потенциал, что позволяет рассматривать МСК-ориентированные клеточные технологии как альтернативу традиционным способам лечения.

Вывод. Клеточная терапия с использованием МСК рассматривается как перспективный подход лечения хронических заболеваний легких, в том числе, легочного фиброза.

Библиографический список:

1. Дыгай А.М., Скурихин Е.Г., Крупин В.А. Фиброз легких и стволовые клетки: новые подходы к лечению / А.М. Дыгай, Е.Г. Скурихин, В.А. Крупин. - Москва: Издательство «Российская академия наук», 2018. - 200 с. - ISBN: 978-5-907036-44-4.
2. Крупин, В.А. Роль стволовых и прогениторных клеток в патогенезе и регенерации при фиброзе и эмфиземе лёгких : экспериментальное исследование : диссертация ... доктора медицинских наук : 3.3.6. ; 3.3.3. / Крупин Вячеслав Андреевич; [Место защиты: ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»]. - Томск, 2021. - 426 с. : ил.
3. Лыков А.П. Мезенхимные стволовые клетки: свойства и клиническое применение. Сибирский научный медицинский журнал, 2023. - 40-53 с.

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Ситдикова Д.М., Китова И.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Клеточная терапия в настоящее время является одной из самых многообещающих и быстро развивающихся областей медицины. Клеточные технологии зачастую успешно применяются при лечении широкого спектра заболеваний, что позволяет усовершенствовать уровень здравоохранения. Так, способность стволовых клеток дифференцироваться в специализированные клетки и самостоятельно восстанавливаться делает их бесценными инструментами для использования во многих направлениях медицины. Всестороннее изучение стволовых клеток является одной из актуальных и перспективных областей современной медицины.

Цель работы: изучить перспективы использования стволовых клеток в здравоохранении.

Материалы и методы: Обзор отечественной и зарубежной литературы.

Результаты: Так, в 1909 году А.А.Максимовым впервые был предложен термин «стволовая клетка», что было первым толчком для начала развития клеточной терапии. Уже в 1999 году журнал Science признал открытие СК третьим по значимости событием в биологии после расшифровки двойной спирали ДНК и программы «Геном человека». В настоящее время клеточные технологии продолжают стремительно развиваться, области применения стволовых клеток существенно расширяются - их используют при сердечно-сосудистых патологиях, инсульте, ДЦП, болезни Альцгеймера, Паркинсона, аутоиммунных заболеваниях и болезни Крона, сахарном диабете и во многих других отраслях медицины.

Рост и развитие организма сопровождаются уменьшением регенераторных возможностей тканей, что связано со снижением количества стволовых клеток. Если у новорожденных 1 СК приходится на 10 тыс. дифференцированных, то к 50 годам это соотношение уменьшается - 1 СК к 500 тыс. Именно в этом возрасте у большинства людей дебютируют серьезные хронические заболевания, которые значительно снижают качество жизни, требуют длительной терапии, а иногда и пожизненной, которая не всегда бывает эффективна. В этом случае терапия стволовыми клетками может значительно улучшить качество жизни пациентов, продлить жизнь, а возможно и побороть «неизлечимые» заболевания.

Вывод: Таким образом, к настоящему времени накоплен значительный опыт как экспериментального, так и клинического использования стволовых клеток в терапии многих заболеваний. Использование стволовых клеток является одним из самых современных и перспективных областей в сфере здравоохранения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАРТРОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ

Салимова Л.М., Молостцова А.Ф., Гильмуллина А.З., Переточкина П.А.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Наиболее типичным клиническим проявлением гемофилии является гемартроз – кровоизлияние в полость сустава, которое чаще всего имеет посттравматический характер, однако может возникать и спонтанно.

Актуальность. Поражения суставов, обусловленные гемартрозами, являются ведущими причинами инвалидности больных гемофилией, что особенно заметно среди пациентов молодого трудоспособного возраста.

Цель работы. Изучит виды профилактических мероприятий по предотвращению развития гемартроза.

Материалы и методы. Проведен литературный обзор отечественной и зарубежных научной литературы.

Результаты. Основой профилактики является заместительная терапия, принцип которой заключается в введении недостающих факторов свертывания крови до достижения необходимого их уровня концентрации в плазме крови.

При легкой степени гемофилии в отсутствии признаков повреждения суставов, до трехлетнего возраста или до второго эпизода гемартроза, проводят первичную профилактику. Пациентам с частыми повторяющимися кровоизлияниями в суставы проводят вторичную, после двух или более гемартрозов при наличии минимальных признаков повреждения сустава, или третичную профилактику, проводится при подтверждении повреждения суставов. Постоянную заместительную терапию применяют при тяжелой, среднетяжелой формах гемофилии, при развитии хотя бы одного эпизода гемартроза.

Кроме того, применяется синовэктомия, которая бывает двух видов: радиационная и химическая. Этот метод основан на введение агента в полость пораженного сустава, который провоцирует развитие склероза гипертрофированной синовиальной оболочки, способствуя предотвращению спонтанных гемартрозов.

Вывод. Профилактические мероприятия гемартроза не восстанавливают уже поврежденный суставной хрящ, но приостанавливают прогрессирование артропатии, что значительно повышает качество жизни пациентов.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

Сибгатуллина Л.Х.¹, Берхеева З.М.²

¹ГАУЗ «Балтасинская ЦРБ»

²ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В процессе трудовой деятельности работники сельского хозяйства подвергаются воздействию ряда опасных и вредных факторов производственной среды. Основными из них являются физические факторы (шум, локальная и общая вибрация), физические перегрузки и функциональное перенапряжение опорно-двигательной системы (ОДС). Одной из ведущих профессиональных групп сельского работающего населения являются трактористы. Априорный профессиональный риск здоровью механизаторов обусловлен влиянием комплекса факторов в течение годового трудового цикла работ, формирующих вредные условия труда 4 степени (класс 3.4), что согласно Руководству Р 2.2.1766-03 соответствует категории очень высокого риска [1].

По суммарной нагрузке условия труда животноводов относятся к вредному классу 2 степени, так как вызывают стойкие функциональные изменения в организме и приводят к перенапряжению различных структур нейромышечного и опорно-двигательного аппарата, формированию профессионально обусловленной и профессиональной патологии [2].

Цель - изучение динамики и структуры профессиональной заболеваемости у работников сельского хозяйства Балтасинского района Республики Татарстан (РТ).

Материал и методы. На диспансерном учете у врача профпатолога Балтасинской ЦРБ состоят 79 работников агропромышленного комплекса

(АПК). В качестве статистических сводок использовались электронные таблицы программы MS Excel.

Результаты. Среди больных профессиональными заболеваниями (ПЗ) были животноводы (42 чел.) и трактористы (37 чел.). Одно ПЗ определялось у 12 доярок, что составило 28,6%, два и более – у 24 работниц (57,1%), три ПЗ – 6 у человек (14,3%). Структура профессиональной патологии была следующей: чаще всего диагностировались мышечно-тонический синдром шейного уровня (28 случаев – 37,3%), плечелопаточный периартроз (26 случаев – 34,7%), полинейропатия верхних конечностей (11 случаев – 14,7%). На одного животновода приходилось по 1,8 случая профзаболевания.

У трактористов выявлялись в основном ПЗ, обусловленные воздействием физических факторов: вибрационная болезнь (18 случаев – 48,6%) и двусторонняя нейросенсорная тугоухость (8 случаев – 21,6%).

Одно ПЗ было установлено у 26 трактористов (70,7%), два – у 11 (29,3%). На одного механизатора приходится 1,3 случая профпатологии.

Заключение. Для доярок было характерно сочетание поражения верхних конечностей и шейного отдела позвоночника, составляющих единую кинематическую цепь, что приводило к диагностированию целого «букета» заболеваний, развившихся вследствие физического и функционального перенапряжения. У трактористов чаще выявлялась вибрационная болезнь (48,6%), в 2 раза реже – профессиональная тугоухость (21,6%). Полиморбидность более выражена среди животноводов (1,8 случая на одного работника) по сравнению с механизаторами (1,3 случая на 1 больного).

Библиографический список:

1. Безрукова Г.А., Новикова Т.А., Шалашова М.Л., Райкин С.С. Заболевания периферической нервной системы, ассоциированные с условиями труда в

профессии тракторист-машинист сельскохозяйственного производства зрения //Медицина труда и промышленная экология. – 2015; (9): 33.

2. Сафин В.Ф., Гайнуллина М.К., Каримова Л.К. Неблагоприятные условия труда женщин-работниц, занятых в промышленном животноводстве, как фактор риска их здоровью. *Österreichisches Multiscience Journal*. 2021;41: 11-4.

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Татарстан в 2021 году: Государственный доклад – 2022: 128-137.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ситдикова И.Д.^{2,3}, Фаттахова А.М.¹, Михайлова С.А.¹, Иванова М.К.⁴,
Рамишвили И.А.⁴, Назаренко Д.М.⁴, Сабирова Р.Р.⁵, Куклина А.Д.⁴

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²Казанский Федеральный университет

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

⁴Ижевская государственная медицинская академия

⁵Набережночелнинский государственный педагогический университет

Как и для большинства злокачественных новообразований, точные причины развития опухоли прямой кишки не известны [1]. Распространённость рака прямой кишки составляет 5-6% от всех злокачественных новообразований человека [1,2]. Это наиболее часто встречающийся вид раковых заболеваний ЖКТ. В зависимости от локализации опухоль может располагаться в нижнем, среднем, верхнеампулярном отделах, ректосигмоидном и в анальном отделах [2,3]. Данное заболевание развивается медленно с отсутствием клинических

симптомов на начальном этапе, что приводит в дальнейшем к поздней диагностике, сложному лечению и длительному периоду восстановления. Помимо этого, сложность лечения заключается в возникновении рецидивов в одной трети пациентов, перенёсших хирургическую операцию [2,4].

Целью исследования является: оценка динамики показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями прямой кишки среди населения одного из промышленных городов Предкамского региона за период 2019 - 2021 гг.. Задачи: проанализировать интенсивные показатели заболеваемости в динамике трёх лет, выявить и оценить факторы риска, изучить профилактические мероприятия.

В результате анализа интенсивных показателей было выявлено следующее: показатели, установленные в изучаемом регионе за определенный промежуток времени, подверглись значительному росту. Самый высокий показатель среди мужского населения пришёлся на 2020 год, составляющий 68,6, среди женщин же данный показатель в том же году составил 22,7. Самый низкий показатель среди мужчин зафиксирован в 2018 году – 43,2, среди женщин в том же году – 16,7. Интенсивные показатели 2019 года среди мужчин – 55,9, среди женщин – 16,9.

Важное значение придают характеру питания, влияющий на скорость продвижения каловых масс, их объем, содержание, бактериальную флору, периодичность стула. Известно, что «западный» тип диеты, в которой преобладают большое количество свежих фруктов и высококалорийных жиров, легкоусвояемых компонентов, приводит к замедлению продвижения содержимого по кишечнику. Вещества, которые вызывают развитие опухоли, содержатся либо в самой пище, либо вырабатываются самим кишечником. Нарушается микрофлора кишечника, что, в свою очередь, приводит к нарушению работы других органов, в том числе и печени. Это зачастую является причиной развития злокачественных новообразований прямой кишки. Среди других факторов риска также следует выделить

уменьшение физической активности, влияющей на моторику кишечника, хронические заболевания, приводящие к запорам.

Библиографический список:

1. Никишина А.И. Анализ причин поздней диагностики рака прямой кишки / А.И. Никишина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 7. – С. 1397. – EDN XRLPEJ.
2. Насрытдинов Т. С. Предсказательные биомаркеры при колоректальном раке / Т.С. Насрытдинов // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 140-143. – EDN UXSOZK.
3. Смирнова О.В. Выраженность боли при раке прямой кишки / О.В.Смирнова, Э.В. Каспаров, Я.И. Перепечай // Российский журнал боли. – 2019. – Т. 17, № S1. – С. 105-106. – EDN FWBDDY.
4. Колоректальный рак / А.А. Чернявский, Н.А. Лавров, А.В. Масленникова, С. Н. Сухова ; Приволжский исследовательский медицинский университет. – Нижний Новгород: Нижегородская государственная медицинская академия, 2018. – 80 с. – ISBN 978-5-7032-1282-0. – EDN VLDYVY.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАК ИНДИКАТОР САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Тафеева Е.А.,¹ Нургалиева Л.П.²

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

² ГАУЗ «Республиканский клинический
противотуберкулезный диспансер»

Показатели заболеваемости и распространённости социально значимых инфекционных болезней, в том числе туберкулеза (ТБ), являются

важнейшими индикаторами качества жизни, уровня социального развития общества и санитарно-эпидемиологического благополучия населения [1]. По данным ВОЗ ТБ остается одним из наиболее смертоносных инфекционных заболеваний в мире: каждый год он уносит 1,6 миллиона жизней, нанося колоссальный экономический ущерб. Пандемия COVID-19 вкупе с другими факторами, такими как вооруженные конфликты, отсутствие продовольственной безопасности, изменение климата, политическая и экономическая нестабильность, свели на нет многолетний прогресс, достигнутый в борьбе с туберкулезом [2, 3].

Цель работы: анализ динамики заболеваемости активным ТБ в Республике Татарстан (РТ). Материал и методы. Исследование выполнено по материалам официальной статистики РТ за период 2013–2022 гг., использованы методы описательной статистики, линейный регрессионный анализ. Для статистической обработки данных использована программа MS Excel. Результаты. Анализ динамики заболеваемости населения РТ активным ТБ за период 2013–2022 гг. свидетельствует о статистически значимой тенденции снижения, как среди всего населения ($R^2=0,94$), так и среди мужчин ($R^2=0,94$) и женщин ($R^2=0,87$) в отдельности. Общее снижение заболеваемости среди всего населения составило 40,1%, среди мужчин – 42,9%, женщин – 32,5%; среднегодовой темп убыли заболеваемости среди всего населения 11,8% ($t=11,1$; $p<0,001$), среди мужчин – 4,8% ($t=11,3$; $p<0,001$), женщин – 6,3% ($t=7,2$; $p<0,001$). Следует отметить, что в среднем за изученный период в структуре заболеваемости на долю ТБ органов дыхания приходится $94,9\pm 0,94\%$, а среднемноголетняя заболеваемость мужчин в 2,8 раза выше, чем женщин ($t=8,8$; $p<0,001$). Среди городских жителей РТ общее снижение заболеваемости ТБ составило 38,7%, сельских – 44,4%; среднегодовой темп убыли 7,1% ($t=10,9$; $p<0,001$) и 8,3% ($t=7,6$; $p<0,001$) соответственно. Статистически значимые тенденции снижения заболеваемости отмечаются во всех возрастных группах (дети,

подростки, взрослые). Вместе с тем позитивная динамика общего показателя заболеваемости ТБ, наблюдаемая за последние годы в РФ, не отражает в полной мере происходящие изменения в эпидемической ситуации по ТБ, которые обусловлены, с одной стороны продолжающимся ростом числа пациентов с мультирезистентным ТБ, а с другой стороны, широким распространением ТБ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией [4]. Следует также отметить, что в 2022 г. в РТ зафиксирован рост заболеваемости ТБ. По сравнению с 2021 г. наибольшие темпы прироста заболеваемости ТБ наблюдаются среди лиц женского пола: в группе детей – 21,1%, подростков – 25,1%, взрослых – 11,0%, в целом прирост составил 11,7%. Увеличение заболеваемости ТБ свидетельствует о необходимости усиления массовых профилактических мероприятий.

Библиографический список:

1. Лещенко Я.А. Эпидемиологическая характеристика социально значимых инфекционных болезней как индикатор качества жизни населения / Я.А. Лещенко, А.А. Лисовцов, М.А. Базяева // Acta biomedica scientifica. – 2022. – Т.7, №2. – С.292–303. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.2.29.
2. ВОЗ расширяет свою флагманскую инициативу по борьбе с туберкулезом // Организация Объединенных Наций. Новости ООН. URL: <https://news.un.org/ru/story/2023/03/1439062> (дата обращения: 01.11.2023).
3. Туберкулез. Информационный бюллетень ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (дата обращения: 01.11.2023).
4. Цыбикова Э.Б. Динамика заболеваемости туберкулезом в России в первом двадцатилетии XXI века / Э.Б. Цыбикова // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2021. Т.67, №6. – С.14. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1328/30/lang,ru/> (дата обращения: 01.11.2023). DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-6-14.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРАКТИКУ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Тахавиева Ф.В.¹, Багданова О.Г.²

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

²ГАУЗ ГП №7 г.Казани

Низкая физическая активность лежит в основе многих хронических состояний, которые влияют на людей во всем мире, имеет удивительный набор вредных для здоровья эффектов и связана с увеличением расходов на здравоохранение. Известно, что многие хронические неинфекционные заболевания связаны с физически неактивным образом жизни. К ним можно отнести: сахарный диабет 2 типа, некоторые онкологические и сердечнососудистые заболевания, сахарный диабет, депрессию и многие другие [1].

Не стоит недооценивать негативные последствия долгих часов сидения за рабочим столом. Продолжительное сидение было признано новой опасностью для здоровья. Подсчитано, что каждый час сидения в течение семи часов в день увеличивает риск преждевременной смерти на 5%. Те, кто больше сидит на работе, как правило, больше сидят дома. Длительное сидение удваивает риск развития диабета 2 типа и сердечнососудистых заболеваний, повышает риск развития рака на 13% и риск смерти от рака на 17% [2]. Было показано, что сочетание длительного ночного сна (более 9 часов), сидячего образа жизни (более 7 часов в день) и общего дефицита физической активности (менее 150 минут в неделю) повышает риск ранней смерти более чем в 4 раза [3]. Более того, удаленная работа во время эпидемии COVID-19 тоже способствовала сидячему образу жизни. И в этом плане включение в трудовую деятельность двигательной активности в виде производственной гимнастики даст толчок к улучшению здоровья населения. Нами разработан и внедряется комплекс

производственной гимнастики, состоящий из физкультпаузы и физкультминутки для выполнения в течение рабочего дня с целью коррекции неблагоприятных изменений и перенапряжений в опорно-двигательном аппарате и других физиологических системах организма.

Внедрение данного комплекса предусматривает 3 этапа:

1. Образовательная программа для сотрудников о необходимости двигательной активности и диспансеризации
2. Обучение комплексам производственной гимнастики
3. Распространение видеозаписи комплекса сотрудникам для ежедневного выполнения в течение рабочего дня.

Данный комплекс внедрен в 7 учреждениях города Казани.

Библиографический список:

1. Exercise Is Medicine / Thompson WR, [et al.] //Am J Lifestyle Med.- 2020.- 14(5). P.511-523.
2. Ruesegger GN, Health Benefits of Exercise / Ruesegger GN, Booth FW. //Cold Spring Harb Perspect Med.- 2018.-8(7).
3. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort /Ding D, [et al.] //PLoS Med.- 2015.- Dec 8;12(12).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Тибеева С.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

(научный руководитель – д.м.н., проф. Радченко О.Р.)

Одним из показателей гармоничности физического развития является индекс массы тела (ИМТ), который показывает наличие патологического

отклонения от нормы – дефицит или, напротив, избыточную массу тела. Учитывая негативное влияние ожирения на развитие подростка и возможное ухудшение здоровья, обусловленное ожирением, во взрослом состоянии, считаем данную тему актуальной. Мониторинг уровня физического развития детской популяции является важным направлением профилактической работы, в том числе школьных медицинских служб. Так, по данным официальной статистической отчетности Минздрава России в 2020 году на 100 тысяч детей приходилось в Оренбургской области – 3123,7 ребенка с ожирением, в Костромской области – 2383,2 детей, в Рязанской – 2319,5 человек [1]. По данным исследователей, в северных регионах доля подростков с повышенной массой тела составляет 24-26% [2].

Цель: оценить степень распространенности избыточной массы тела среди подростков 13-15 лет двух регионов Российской Федерации – Республики Татарстан и Ямало-ненецкого автономного округа.

Методы: для реализации поставленной цели была разработана анкета (<https://forms.gle/ZWbxf7TjrEx7kuEm6>), на которую было предложено ответить подросткам 13-15 лет, проживающим в г.Казани и в г.Новый Уренгой. В вопросы анкеты, кроме паспортной части были включены вопросы о росте и весе подростков для проведения расчетов ИМТ и сравнения антропометрических показателей школьников в двух регионах.

Результаты. В исследовании приняло участие 131 подросток, из них: 61 школьники из Нового Уренгоя (28 мальчиков и 33 девочки) и 70 человек из Казани (22 мальчика и 48 девочки). При расчете ИМТ было выявлено большее число подростков с повышенной массой тела в Новом Уренгое (28%) по сравнению с Казанью (16%). Сравнение по гендерному признаку показывает незначительные различия в количестве человек среди девочек Н.Уренгоя и Казани (12% и 14% соответственно). При этом среди мальчиков Н.Уренгоя выявлено 46% человек с избыточной массой тела, а в

Казани таких только 17%. Сравнение по возрасту показало, что больше всего человек с повышенной массой тела встречается среди подростков 13 лет – как в Казани (17%), так и в Новом Уренгое (27%).

Выводы. При оценке степени распространенности избыточной массы тела среди подростков 13-15 лет двух регионов Российской Федерации – Республики Татарстан и Ямало-ненецкого автономного округа было установлено, что проблема дисгармоничного развития в связи с избыточной массой тела у подростков наиболее выражена в Новом Уренгое среди мальчиков. Это требует системной профилактической работы, в частности, по формированию здоровых пищевых привычек с привлечением школьных медицинских работников, педагогов и родителей.

Библиографический список:

1. Борьба с ожирением как фокус развития здравоохранения. //Ожирение и метаболизм. 2022;19(1):4-6. URL: <https://doi.org/10.14341/omet12865>
2. Козлов А. И., Вершубская Г. Г. Избыточная масса тела и ожирение у детей северных регионов Российской Федерации // FORCIPE. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izbytochnaya-massa-tela-i-ozhirenie-u-detey-severnyh-regionov-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 02.11.2023).

**ДИНАМИКА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ И
СПИРТСОДЕРЖАЩИМИ ЖИДКОСТЯМИ
НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
ЗА ПЕРИОД С 2018 ПО 2022 ГОДЫ**

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

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

Употребление алкоголя имеет серьезные последствия для здоровья населения и рассматривается в качестве одного из основных факторов

риска, ведущих к ухудшению здоровья и сокращению продолжительности жизни.

Отравления алкоголем и спиртосодержащей продукцией в 2022 г. составили 22,5% (15,6 на 100 тыс. населения), в 2021 г. – 24,8% (17,8 на 100 тыс. населения). В сравнении с предыдущим годом показатель снизился на 12,4%, а с 2018 г. – вырос на 10,6% (14,1 на 100 тыс. населения). Показатель смертности от острых отравлений алкогольсодержащей продукцией за 2022г. составил 5,6 на 100 тыс. населения, что в сравнении с 2018 г. выше в 1,2 раза (4,8 на 100 тыс. населения) и ниже уровня АППГ на 8,2% (2021г. – 6,1 на 100 тыс. населения).

Показатель острых отравлений от спиртосодержащей продукции, в т.ч. с летальным исходом в Республике Татарстан в период 2018 – 2022 г.г. остается ниже среднего по Российской Федерации [1].

подавляющее большинство отравившихся это люди трудоспособного возраста (18 лет и старше), доля отравлений которых составила в 2022 году 88,3%. На группу детей (0-14 лет) в 2022 году приходится 6,4% острых отравлений. Подростковое население (15-17 лет) составило 5,3% от всех случаев. За последние пять лет наблюдается тенденция к увеличению доли отравлений среди детского населения в 1,2 раза и среди подростков на 10,4%.

В структуре отравлений алкогольсодержащей продукцией в 2022 г. 70,2% занимают отравления этиловым спиртом; 20,5% - спиртом неуточненным; 6,7% - метанолом; 1,5% - 2-пропанолом; 1,1% - другими спиртами.

По сравнению с 2021 г. наблюдается увеличение доли случаев отравлений в результате употребления спирта неуточненного и 2–пропанола в 1,5 раза.

По характеру отравлений основная доля регистрируется при индивидуальном употреблении и составила 98,7%.

Информация по результатам токсикологического мониторинга предоставляется в Кабинет Министров Республики Татарстан, прокуратуру Республики Татарстан, прокуратуры городов и районов Республики Татарстан, исполнительный комитет г.Казани, Республиканскую комиссию по делам несовершеннолетних и Министерство образования и науки Республики Татарстан. Аналитические справки размещаются ежеквартально, ежегодно на сайте www.16.rospotrebnadzor.ru и на сайте правительства Республики Татарстан в виде пресс-релизов, в т.ч. на портале «Открытый Татарстан», Информационные материалы об отравлениях алкоголем и наркотическими веществами направляются в СМИ.

Библиографический список:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Татарстан в 2022 году», Казань, 2022г.
2. Форма 58-1/у «Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии», утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.200г. №460 «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга».

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Тухватуллина Л.Р.^{1,2}, Филиппова С.Ю.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

² АНО «Центр содействия СЭБ»

Актуальность. Организации, осуществляющие водоснабжение и эксплуатацию систем водоснабжения, должны проводить производственный контроль по программе производственного контроля

(ППК), разработанной и согласованной в соответствии с Правилами осуществления производственного контроля качества и безопасности питьевой воды, горячей воды [1] и требованиями действующих санитарных правил. Программы, разработанные и согласованные до «регуляторной гильотины» 2020г, требуют пересмотра и актуализации [2].

Цель работы: анализ наиболее характерных проблем, возникающих в настоящее время у индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, осуществляющих эксплуатацию систем водоснабжения и/или обеспечивающих население питьевой водой, при обращении за консультативной помощью в ходе разработки/актуализации ППК и организации производственного контроля качества питьевой воды.

Результаты исследования. Пересмотр и коррекция показателей качества питьевой воды, выбор точек контроля и кратностей отбора проб по микробиологическим, паразитологическим, органолептическим, радиологическим, обобщенным показателям, а также на содержание остаточных количеств реагентов водоподготовки не вызывали проблем. Сложности возникали при обосновании включения в обязательный перечень производственного контроля химических веществ, характеризующих природный состав подземных вод, характеризующих техногенное загрязнение воды конкретного источника водоснабжения, а также влияющих на качество питьевой воды в процессе ее доставки потребителю. Согласно требований нормативной документации, выбор химических веществ должен осуществляться в два этапа. Затруднения при разработке и/или актуализации/коррекции ППК заключались в неполном наборе показателей или даже в отсутствии результатов лабораторных исследований, как на первом этапе, так и на втором этапе выбора. Недостаточное количество первичного материала для полноценного анализа было связано с включением в контроль показателей без учета гидрогеологических данных, с несоблюдением кратностей отбора проб и с

элементарным отсутствием финансирования для проведения расширенных исследований химического состава воды источников питьевого водоснабжения.

Заключение. В условиях современных гигиенических требований при актуализации/коррекции ППК качества и безопасности питьевой воды обоснование выбора необходимого (достаточного) перечня химических показателей, подлежащих контролю, для действующих водозаборов и систем централизованного водоснабжения населения, сопровождается некоторыми объективными трудностями. Оказание квалифицированной методологической помощи хозяйствующим субъектам в разработке/актуализации ППК способствует реализации мероприятий, направленных на повышение качества питьевой воды и снижение риска для здоровья населения.

Библиографический список:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 06.01.2015 № 10 «О порядке осуществления производственного контроля качества и безопасности питьевой воды, горячей воды». Текст постановления опубликован на "Официальном интернет-портале правовой информации" (www.pravo.gov.ru) 8 января 2015 г., в Собрании законодательства Российской Федерации от 12 января 2015 г. № 2 ст. 523.
2. Новикова Ю. А. Организация контроля качества и безопасности питьевой воды / Ю. А. Новикова, О. И. Копытенкова, Л. А. Леванчук // Устойчивое ESG развитие интеллектуальных экосистем: Монография / Под редакцией А.В. Бабкина. – Санкт-Петербург: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого", 2023. – С. 369-395. – DOI 10.18720/IEP/2023.3/14. – EDN XYOQLC.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАДЖЕТОВ ДОШКОЛЯТАМИ И ОТНОШЕНИЕ ИХ РОДИТЕЛЕЙ К ДАННОЙ ПРОБЛЕМЕ

Федорова О.К.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

В современном мире мобильные устройства стали неотъемлемой частью жизни как у взрослого, так и у детского населения [1]. Различные цифровые устройства прочно вошли в нашу жизнь и стали незаменимыми помощниками в учебе, в работе, также стали частью досуга [2]. По воле родителей различные медиаустройства используются детьми с раннего возраста, что в конечном итоге чревато возникновением негативных последствий как со стороны физического, так и психического здоровья [3]. На сегодняшний день отношение родителей к использованию гаджетов ребенком неоднозначно: одни активно и бесконтрольно их используют, другие пытаются защитить своего ребенка от цифрового мира [4]. Быстрый прогресс в области информационных технологий заставляет врачей-гигиенистов пристально обратить внимание на данную проблему, поскольку с каждым днем аудитория гаджетов становится моложе и моложе.

Для данного исследования были выбраны 50 родителей, дети которых в возрасте от 3 до 7 лет посещают детский сад комбинированного вида. Современные родители предпочитают давать своим детям гаджеты в виде смартфонов, чтобы «отвлечь, не побеспокоил», из 50 опрошенных 38 (76%) родителей ответили подобным образом; 10 (20%) родителей предлагают детям гаджеты «только в целях познания, изучения», 2 (4%) родителя категорически убрали гаджеты из жизни ребенка. Времяпровождение за техническими устройствами играет также немаловажную роль. Большинство родителей ответило, что их дети используют гаджеты в будни по 3 часа непрерывно, а в выходные дни по 11-14 часов.

По результатам данного исследования, можно сделать вывод, что современные технические устройства плотно вошли в жизнь и у детей дошкольного возраста [5]. Гаджеты набирают все большую популярность, таким образом, в связи с важностью и остротой данной проблемы, возникает необходимость пересмотреть гигиенические нормативы использования гаджетов детьми как в школьном возрасте, так и в дошкольном с целью здорового развития и обучения, и воспитания детей с малых лет.

Библиографический список:

1. Смирнова Е.О. Виртуальная реальность в раннем и дошкольном детстве / Е.О.Смирнова, Н.Ю.Матушкина, С.Ю. Смирнова // Психологическая наука и образование. - 2018. - Том 23. № 3. - С.42—53.
2. Маслова Ю.В. Позитивные и негативные аспекты использования компьютерных технологий у детей и подростков [Текст] / Ю.В.Маслова // Образовательные технологии и общество. - 2013. - № 4. - С. 493-503.
3. Кучма В.Р. Психофизиологическое состояние детей в условиях информатизации их жизнедеятельности и интенсификации образования / В.Р.Кучма, Е.А.Ткачук, И.Ю.Тармаева // Гигиена и санитария. – 2016. – Т. 95, № 12. – С. 1183–1188.
4. Барсукова О.В. Ребенок и гаджеты: психологическое исследование мнений современных родителей / О.В.Барсукова, Е.В.Мавлютова, М.А.Савка // Вопросы дошкольной педагогики. - 2016. - № 1 (4). - С. 14-18.
5. Солдатова Г.У. Использование цифровых устройств детьми дошкольного возраста / Г.У.Солдатова, В.Н.Шляпников // Нижегородское образование. - 2015. - № 3. - С. 78–85.

О СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА КАЗАНИ

Филиппова С.Ю., Имамов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Исследования показателей физического развития дошкольников, проведенные в Республике Татарстан, в том числе г. Казани, в 2017 году показали, что современные дети 3-7 лет, посещающие детские сады (ДОО), имеют тенденцию к ретардации развития [5]. Одним из важнейших факторов, влияющим на показатели физического развития является питание детей.

Поскольку здоровьесбережение подрастающего поколения - основная задача общества, нельзя оставить без внимания вопрос организации питания дошкольников в ДОО, в том числе обеспечения его безопасности.

Концепцией, предусматривающей систематическую идентификацию, оценку и управление опасными факторами в процессе изготовления и реализации пищевой продукции является система менеджмента безопасности пищевой продукции (СМБПП), разработанная на принципах ХАССП [2], регламентированная ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» [3], СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения» [4].

Анализ наличия в ДОО г. Казани системы ХАССП проводился на основании информации, представленной на официальных сайтах в 2023 году.

Результаты выборочного анализа показали, что на сайтах ДОО информация о питании представлена Положением об организации питания, выпиской об условиях питания детей в учреждении, 10-ти дневным меню, при этом политика в области качества, декларирующая безопасность

изготовления собственной продукции, рекомендации по организации здорового питания детей отсутствуют.

В связи с тем, что в соответствии нормативными документами, при осуществлении процессов производства (изготовления) пищевой продукции, изготовитель должен разработать, внедрить и поддерживать процедуры, основанные на принципах ХАССП, СМБПП, выходит на первый план, поскольку благодаря ей обеспечивается внутренний контроль, анализ со стороны высшего руководства, обеспечивается безопасность и гарантия изготовления и реализации готовой продукции.

Таким образом, ДОО с целью обеспечения создания необходимых условий для охраны и укрепления здоровья подрастающего поколения необходимо обратить особое внимание на организацию питания, основанную на принципах ХАССП.

Библиографический список:

1. Филиппова С.Ю. Сравнительная оценка физического развития детей 3-7 лет г. Казани/ С.Ю. Филиппова, А.А. Имамов, Э.Н. Мингазова, Д.В. Лопушов // Дневник казанской медицинской школы. – 2018.-№3.–с.101.
2. Белая М.Н. О необходимости разработки и внедрения системы ХАССП в дошкольных образовательных учреждениях Крыма и города Севастополь/ Белая М.Н., Бочарова И.В. // Заметки ученого. - 2021.- № 5-2. С. 70-76. Дневник казанской медицинской школы. – 2018.-№3.–с.101.
3. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции»
4. СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения»

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Шепелева О.М., Герасимова Е.С.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

Актуальность. Сахарный диабет типа 2 (СД2) является одной из наиболее распространенных и серьезных патологий, затрагивающих современное общество. По прогнозам International Diabetes Federation к 2030 году число больных диабетом достигнет 643 млн. человек, а к 2045 – уже 783 млн. Примерно 90% от общего числа больных приходится на долю СД 2 [1]. При этом большинство факторов риска развития СД 2 является управляемым. Учитывая, что обучающиеся в медицинском ВУЗе – это будущие специалисты в области здравоохранения, предупреждение и контроль сахарного диабета играют важную роль не только в поддержании их собственного здоровья, но и в профессиональной деятельности. Поэтому данное исследование ставит своей целью изучение актуальности проведения профилактических мероприятий среди студентов Курского государственного медицинского университета.

Методы исследования. Проведено анкетирование для выявления наиболее распространенных факторов риска возникновения СД 2 типа среди студентов, оценки знаний обучающихся о заболевании и осведомленности о методах профилактики. Общее количество респондентов – 120 человек (3-4 курс).

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что знания студентов о СД2 и его факторах риска достаточно высокие. 95 % респондентов верно отметили характерные для заболевания симптомы, методы профилактики и лечения. Большая часть участников исследования (87% опрошенных) знала о связи между неправильным питанием,

малоподвижным образом жизни, наследственным анамнезом и развитием СД2. Однако лишь небольшая часть студентов соблюдает меры первичной профилактики. Установлено, что малоподвижный образ ведут более половины (53%) опрошенных, употребляют мало овощей, фруктов и ягод – 43% на фоне избыточного потребления продуктов, богатых простыми углеводами и насыщенными жирами.

Полученные результаты свидетельствуют о недостаточной профилактике заболевания, несмотря на знания об этиологии, факторах риска и патогенезе СД 2.

Рекомендации. На основе полученных результатов считаем целесообразным разработку и внедрение специальной программы профилактики СД2 среди студентов медицинского ВУЗа, включающей распространение информационных материалов, проведение занятий по здоровому питанию и физической активности. Помимо этого следует организовать консультации с опытными специалистами-эндокринологами для студентов, желающих получить дополнительные сведения и советы по профилактике сахарного диабета.

Заключение. Профилактика сахарного диабета является важной задачей современной медицины. Студенты должны быть хорошо осведомлены о методах профилактики и контроля данного заболевания. Разработка и внедрение специальной программы профилактики в Курском государственном медицинском университете поможет предотвратить развитие сахарного диабета 2 типа среди этой категории населения.

Библиографический список:

1. International Diabetes Federation. Facts & figures. URL: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures>.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО СТАТУСА СТУДЕНТА

Ямалиева Л.Ф.

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан

ВОЗ относит неполноценное питание к десяти наиболее важным факторам риска продовольственной безопасности, приводит к снижению способности организма формировать защитные механизмы устойчивости к негативным биотическим и абиотическим факторам и способствует активному распространению алиментарных пищевых и вирусных заболеваний. За последние 15 лет заболеваемость студентов увеличилась более, чем на 40% [1, 2].

Цель исследования: изучить фактическое питание и пищевой статус студента для разработки рекомендаций по рациональному питанию. В качестве задач были определены: 1) изучение фактического питания студента; 2) оценка пищевого статуса студента; 3) разработка рекомендаций по рациональному питанию.

Использовались методы исследования фактического питания студента: 1) метод 24-часового воспроизведения (интервьюирования); 2) опросно-анкетный, в ходе которого уточнялись основные показатели, характеризующие режим питания: регулярность приема пищи, число приемов на протяжении дня, соблюдение физиологических интервалов между ними, последний прием пищи перед сном, разнообразие питания, а также дополнительный прием витаминных препаратов; 3) аналитический (по меню-раскладкам): изучение фактического питания за предшествующий год осуществляется путем анализа семидневных меню-раскладок за каждый месяц года; 4) по анализу частоты потребления пищи.

Также применялись лабораторные методы определения калорийности пищи, сухого остатка, содержания белков, жиров, расчетный метод

определения минеральных элементов.

Пищевой статус студентов изучался с использованием следующих показателей: 1) соматоскопические показатели: конституционный тип, гармоничность телосложения, деформация скелета, ребер; 2) соматометрические показатели: измерение длины, массы тела, окружности грудной клетки, таза, бедер, ИМТ; 3) биохимические показатели крови (холестерин, глюкоза).

Результаты и вывод: данное исследование проводилось среди студентов очного отделения КГМУ, различных годов обучения и специальностей. Было изучено и проанализировано меню 100 студентов.

В ходе исследовательской работы по оценке пищевого статуса и фактического питания 100 студентов, было выявлено, что у 60% испытуемых питание недостаточно калорийное. Среди рационов 55% содержат повышенное количество животных белков и недостаточное содержание растительных белков; 35% студентов имели повышенное потребление жиров в меню; большинство студентов (90%) употребляют недостаточное количество микро- и макроэлементов, витаминов. Также 75% респондентов употребляли пониженное содержание углеводов, пищевых волокон, ПНЖК и насыщенных жирных кислот.

Для нормализации показателей нужно учитывать потребности организма в питательных веществах, питаться рационально и сбалансировано.

Библиографический список:

1. Анализ санитарно-эпидемиологической безопасности питания студентов для формирования адаптивного иммунитета к алиментарным и вирусным заболеваниям / Л.Г.Елисеева, Ю.Д.Белкин, А.Осман и др. // Вопросы безопасности. – 2022. - № 2. – С.1-14.
2. Сетко А.Г. Особенности питания и пищевого статуса студенческой молодежи оренбургской области и профилактика алиментарно-зависимой

заболеваемости / А.Г.Сетко, Е.В.Булычева, Е.И.Носова, И.А.Сетко // Профилактическая медицина. – 2019. - № 2. – С. 147-154.

ПРОФИЛАКТИКА МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ямалиева Л.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Рациональное вскармливание детей первого года жизни обеспечивает гармоничность и оптимальные темпы роста и развития, хорошую сопротивляемость к инфекциям и неблагоприятным воздействиям окружающей среды, а также высокое качество жизни, как в раннем детском возрасте, так и в последующие годы. Различают три вида вскармливания: естественное (грудное), смешанное, искусственное.

Актуальность вопроса грудного вскармливания в настоящее время неоспорима. В целом по данным официальной статистики показатели грудного вскармливания по Российской Федерации на протяжении последнего десятилетия оставались на стабильно низком уровне. Исследованиями, проведенными в различных регионах России в конце XX века определена средняя продолжительность грудного вскармливания 3,4 – 4,2 месяца, а число детей, находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев жизни 22-29%.

Цель исследования: изучить вопрос информированности об особенностях вскармливания детей раннего возраста.

Задачи исследования:

- изучить вопросы распространённости и длительности грудного вскармливания;
- проанализировать причины перехода к искусственному вскармливанию;

- изучить состав детских молочных смесей.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 53 женщин в возрасте от 22 до 37 лет; изучен состав 5 видов смесей для детей раннего возраста.

Результаты. По результатам анкетирования было выявлено следующее:

- 96% мам считают, что для благополучного и всестороннего развития младенца необходимо грудное молоко;
- 64% опрошенных находятся на грудном вскармливании.

Причинами перехода на искусственное вскармливание стали:

- 50% отказ ребенка от груди,
- 33% недостаток грудного молока,
- 16% удобство искусственного вскармливания.
- 1% другие причины

При выборе детских смесей при переходе на искусственное вскармливание в 71% случаев стала хорошая переносимость ребенком детской смеси, 14% респондентов подчеркнули, что выбранная ими смесь имеет хороший состав заменителя материнского молока, 14% опрошенных указывают на стоимость детского питания.

Ни одна адаптированная детская молочная смесь никогда не сможет заменить уникальный состав грудного молока. Женское молоко содержит широкий спектр биологически активных и защитных факторов. Следовательно, грудное молоко является профилактикой развития различных заболеваний и состояний (инфекционные и неинфекционные заболевания).

Вывод. Актуальность грудного вскармливания является важным вопросом во всем мире, так как материнское молоко уникальное питание для младенца, которое не сможет заменить ни одна молочная смесь. В условиях недостатка информации о пользе грудного молока, массовой пропаганде

искусственного вскармливания и недостатке времени у матерей, в связи с ранним выходом на работу происходит увеличение доли использования в качестве питания младенцев молочных смесей. Данная тенденция является огромной проблемой в здравоохранении и в обществе. При выборе молочной смеси встает необходимость компетентности мам в данном вопросе, а именно в владении информации о сбалансированности состава заменителей молока.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Янгирова Э.Х., Фролова О.А.

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Увеличение продолжительности жизни и последующее снижение рождаемости привели нас к постепенному увеличению среднего возраста населения и росту доли пожилых людей.

Цель исследования: оценка медико-демографических показателей, связанных со старением населения в Республике Татарстан (РТ).

Коэффициент смертности населения в РТ с 2006 г. снижался, в 2006 г. был равен – 13,1, в 2019 г. – 11,0 на 1000 среднегодового населения. Высокая заболеваемость и смертность от новой коронавирусной инфекции в 2020-2021 г., вызвали увеличение коэффициента смертности до 13,9 и 15,5 на 1000 нас., соответственно. В 2022 году коэффициент смертности снизился до 11,5 на 1000 населения. Рост ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) зависит от снижения смертности населения. ОПЖ в РТ до 2019 года имела тенденцию к росту. В результате пандемии Covid-19 ОПЖ снизилась у женщин более чем на два года: 2019 г. – 79,92; 2020 г. – 77,72, и еще почти на два года в 2021 г. – 75,86 лет и вернулась к показателям 2007 года – 75,83.

При анализе динамики численности всего населения РТ отмечался рост показателя с 2013 по 2020 гг. с 3822038 до 3902888 соответственно. Снижение показателя отмечалось с 2020 по 2022 гг.- с 3902888 до 3886395. Наивысший темп прироста, 0,4% отмечался в 2015 г. Наивысший в абсолютном значении темп убыли (-0,2%) – в 2021 г.

При анализе численности населения трудоспособного возраста отмечался рост показателя с 2019 по 2020 гг. - с 2151330 до 2184408, с 2021 г. по 2022 г. - с 2162744 до 2198503. Снижение показателя отмечалось с 2013 по 2019 гг. и с 2020 по 2021 гг. Максимальное значение отмечалось в 2013 г. (2307210 чел.). Минимальное значение в 2019 г. – 2151330 чел. Наивысший темп прироста населения трудоспособного возраста (1,7%) фиксировался в 2022 г. Наивысший в абсолютном значении темп убыли (-1,4%) отмечался в 2016 г. Прирост в 2022 г. связан с изменением методики определения возрастных групп населения (Приказ Федеральной службы Государственной статистики Минэкономразвития РФ №409 от 17.09.2019).

При анализе динамики численности населения старше трудоспособного возраста рост показателя отмечался в 2013-2019 гг. с 852254 до 986577, в 2020-2021 гг. с 952747 до 962137, снижение – в 2019-2020 гг. и в 2021-2022 гг. Наивысший темп прироста (2,7%) отмечался в 2016 г. Наивысший в абсолютном значении темп убыли (-4,9%) в 2022 г.

При анализе динамики коэффициента старения отмечался рост показателя с 2013 по 2019 гг. - с 22 до 25, с 2020 по 2021 гг. - с 24 до 25. Максимальное значение коэффициента старения (25) отмечалось в 2019 г. Минимальное значение (22) в 2013 г. Наивысший абсолютный прирост (1) отмечался в 2016 г. Наивысшая в абсолютном значении убыль (-1) отмечалась в 2022 г. Наивысший темп прироста отмечался в 2016 г. – 2,4%. Наивысший в абсолютном значении темп убыли (-4,8%) – в 2022 г.

Максимальное значение пенсионной нагрузки (458,59) отмечалось в 2019 г. Минимальное значение пенсионной нагрузки (369,39) отмечалось в

2013 г. Наивысшая в абсолютном значении убыль (-28,89) отмечалась в 2022 г. Наивысший темп прироста отмечался в 2016 г.– 4,2%. Наивысший в абсолютном значении темп убыли (-6,5%) отмечался в 2022 г.

Таким образом, для РТ, как и для большинства регионов России, характерна тенденция демографического старения населения. Это связано с несколькими факторами: снижением рождаемости и естественного прироста населения; увеличением средней продолжительности жизни вследствие улучшения качества жизни, а также – успехов в области здравоохранения.

Важнейшими задачами социальной политики должны стать меры по повышению рождаемости; профилактике преждевременной смертности; интеграции пожилых в социальную жизнь общества; материальная защищенность и эффективная медицинская и реабилитационная помощь для всех групп населения.

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ:
*лучшие эссе студентов первого курса 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 Абросимовой М.Ю.*

РЕШИТЕЛЬНЫМ БУДЬ!

Футин Э.В.

Группа 2302

К сожалению, во врачебной практике может произойти ошибка - будь то незначительная, не повлекшая за собой серьезных последствий для пациента, или же, напротив, фатальная, ставящая крест на кропотливой и долгой операции по спасению жизни и сохранению здоровья человека. Причиной этих ошибок может стать неопытность врача, его профессиональное переутомление, достигшее критической стадии, в отдельно взятых случаях может быть притупление внимания на деталях, но ведь мелочей в медицине нет. Горестно читать про коллег, чьи непреднамеренные действия приводят к печальным последствиям для пациентов. Нетрудно представить, каким стрессом для врача и какой нагрузкой на психику его может обернуться подобный просчет. Но куда страшнее ситуация, когда у врача, обладающего достаточными компетенциями и знаниями не хватает решительности, воли, смелости, ответственности принять правильное решение для спасения пациента.

Последствия этой ужасной ошибки ощутил на собственном опыте профессор Альперовский - об этом подробно изложено в его дневниковых записях, опубликованных позже коллегой профессора Здиславом Казимировичем Тушинским. Опираясь на дневники, можно констатировать тот факт, что в момент диагностического обследования его дочери, профессором руководили родительские чувства и эмоции; в стрессовой ситуации рассудок врача не смог остаться холодным, отрешенным и трезвым. По собственному же признанию, он быстро догадался о подлинном диагнозе уже в первые часы заболевания. Однако бесконечные одергивания себя самого в тот момент, когда «железная» врачебная логика закономерно подбиралась к диагнозу «лимфосаркома» привели, вкупе с постоянными перемещениями девочки между различными специалистами, каждый из которых осматривал ее через призму своей узкой специализации, а не как целостного пациента, несмотря на достаточный опыт и объем знаний, к невыставленному диагнозу.

Вплоть до последних дней жизни дочери Збигнев Альперовский проявил себя как дезориентированный врач, но заботливый отец — он с женой проводил все имеющееся время возле дочери, в попытке оказать поддержку «уходящему в вечность» ребенку. С точки зрения медицинской этики, нерациональным видится факт нерешительности и отсутствия внутренней смелости у врача, а расплата в виде бессонных ночей в попытке облегчить участь своего ребенка кажется закономерной, хоть и излишне жестокой. Эта ошибка оказалась из тех, цена за которую непомерно высока.

Безусловно, самым запоминающимся в книге, самым тяжелым и эмоционально давящим на психологическое здоровье читателя был эпизод с умирающим ребенком профессора Альперовского, но в книге приведены также и иные примеры врачебных ошибок. Трушинский акцентировал внимание на ряде реально существовавших проблем в системе здравоохранения 70-80 годов предыдущего столетия, рассматривая принцип

работы ряда медицинских учреждений. Обращаясь к трагической истории Светы Альперовской, автор приводит ряд возмутительных примеров отношения к пациенту. Так, о больном ребенке, помимо традиционного «неясно тяжелобольная Альперовская», упоминалось как о «блатной истеричке». И подобные оскорбления, порожденные то ли завистью к положению профессора, то ли профессиональной непригодностью ряда лиц, встречались довольно часто, что совершенно не соответствует должному образу медицинского работника. Неподобающим и некорректным было поведение врача-гинеколога, чье высказывание: «У нас и в 14 лет рожают», можно и нужно расценивать как оскорбительное и унижающее честь и достоинство пациента, совершенно не соответствующее врачебной этике. Также как непрофессиональное можно охарактеризовать поведение Кащенко – одного из докторов, расценившего непреднамеренную грубость замученной бесконечными, не приносящими облегчения осмотрами и пренебрежительным, равнодушным отношением, болеющей девочки как личное оскорбление, игнорирующего тот факт, что ее вербальная агрессия была следствием измученного телесного и душевного состояний, а не желанием задеть или оскорбить доктора.

В книге приводятся в том числе примеры достойного профессионального поведения медицинских работников, как например, отношение к своим врачебным обязанностям заведующей отделением неврологии Натальи Дмитриевны, медицинской сестры Оли и некоторых других медиков, проявивших должное профессиональное мастерство, упорство, терпение и сострадание, необходимые каждому врачу. Однако в книге таких «лучей света» описано не так много, по сравнению с куда менее ответственными, невнимательными и некомпетентными представителями медицинской профессии.

Лично мои эмоции во время прочтения книги вспыхивали с новой силой каждый раз, как только я задумывался о поведении профессора

Альперовского. Очевидно, что мне трудно войти в положение отца и представить, что чувствовал бы я в случае тяжелой болезни, сжигающей моего ребенка, но я все еще не могу отпустить мысль, что в фатальном исходе есть доля и его вины. Обладая профессиональными знаниями, буквально интуитивно догадавшись об истинном диагнозе, профессор оказался во власти эмоций и страхов. А нерешительность, именно его нерешительность, повторюсь, не позволили начать оказывать необходимую медицинскую помощь в тот момент, когда возможность избежать фатального исхода еще оставалась, что никак не снимает ответственности с медицинских работников, ошибки которых также внесли немалый вклад в трагический финал. Лично мне казалось, что страх потерять ребенка должен, наоборот, мотивировать к максимально активным действиям - стать причиной мобилизации всех возможных внутренних и внешних ресурсов, знаний и связей, чтобы сделать все возможное для спасения собственного дитя.

Как бы прискорбно это ни звучало, но в случае реальной угрозы своим близким, слабость, возобладавшая над холодным расчетом и глубокими профессиональными знаниями, привела к губительным сомнениям и смертельной ошибке, вину за которую отец будет нести всю свою жизнь. Отрадно лишь то, что потеря и осознание своей роли в этой трагедии не привели к эмоциональному упадку, уходу с работы или иной форме социальной девиации - профессор не стал компенсировать это чрезмерным употреблением алкоголя, не прибегнул к иным зависимостям от психоактивных веществ, не впал в агрессию или в иные формы деструктивного поведения, не оставил медицину и продолжил помогать людям. Не берусь судить о столь сложных материях, связанных с его мотивами и дальнейшими поступками, но хочется верить, что в своей последующей работе профессор Альперовский нашел искупление и обретение душевного покоя.

Осмысливая прочитанное, я четко осознаю, что мой путь на медицинском поприще тоже будет сопряжен с сомнениями, но свои решения, судьбоносно влияющие на жизнь моих пациентов, я должен буду принимать решительно и отважно, руководствуясь знаниями и искренним желанием помочь пациенту, который надеется и доверяет мне. Я осознаю всю меру ответственности за мое решение, если оно окажется неверным, и представляю цену врачебной ошибки. Трусости и парализующему волю страху не должно быть места в медицине, ибо страх ведет к нерешительности и сомнениям; сомнения - к ошибочному бездействию или нерациональной поспешности, а они, ворую часы и минуты пациента, приводит к ужасающим последствиям, цена которым измеряется жизнью.

**ВРАЧЕБНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СДЕРЖАННОСТЬ
И РАВНОДУШНОЕ ОТНОШЕНИЕ:
ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ?**

Загирова Н.Р.

Группа 1106

Как сложно иногда разграничить профессиональную сдержанность врача и равнодушие. Каждый день сталкиваться с болью и страданиями других людей — это реальность медицинской профессии. Не всегда просто сохранять эмоциональный баланс, когда хочется плакать вместе с пациентом или обнять его. Но врачи учатся сдерживать свои эмоции ради профессионализма. Эмоциональная сдержанность врача — как защитный экран, на не мешает чувствовать, но помогает оставаться объективным. Когда дело касается здоровья и жизни другого человека, важно принимать взвешенные решения, не давая своим эмоциям затмить разум. И каждый раз, стоя перед выбором, врач должен сохранять спокойствие, умея управлять своими эмоциями. Но где проходит тонкая грань между профессиональным

спокойствием и безразличием? Не скрывается ли за маской сдержанности просто отсутствие интереса к пациенту?

В книге З.К. Трушинского «Врачу: исцелися сам?..» поднимается душераздирающая тема о болезни и смерти дочери профессора Альперовского. Погрузившись в чтение, можно ощутить всю глубину горя отца, прошедшего через утрату своего ребенка. Это не просто история о трагической потере; в книге также раскрываются проблемы медицинской этики, высвечиваются ошибки в поведении некоторых врачей. Читая книгу, начинаешь сопереживать профессору, ощущая его боль, и в то же время испытываешь смешанные чувства — от сочувствия к девочке до обиды на медиков за их подход к работе. Основная мысль повествования — это размышления об отношении врачей к пациентам и их родственникам.

Один из отрицательных персонажей - профессор Шутилов. Нельзя не заметить, как вяло и незаинтересованно он относился к заболеванию Светочки. Учитывая его забывчивость и несерьезное отношение к записям в истории болезни, становится очевидно, что для него состояние и здоровье девочки не было приоритетом. Порой казалось, что он предпринимает какие-то медицинские вмешательства лишь после напоминаний профессора Альперовского.

Врачебное внимание к пациентке было то излишним и ненужным, то абсолютно недостаточным. Случай с врачом-гинекологом выглядел особенно досадным. Ее комментарий в адрес Светочки был настолько неуместным и грубым, что сразу вызвал у девочки чувство униженности.

Понимая всю ответственность профессии врача и масштаб ее влияния на пациентов, такое отношение кажется еще более шокирующим. Ведь пациенты и их родные ищут в лице врача помощь и поддержку, а получают в ответ холодное равнодушие или даже пренебрежение.

На фоне такого поведения хотелось найти в книге хотя бы одного врача, который бы вел себя профессионально, искренне заботясь о своих

пациентах. Здесь я хочу упомянуть Д.Д. Вершаденко. Это хирург, который, осознавая огромную ответственность, понимая множество диагностических и лечебных ошибок в обследовании и лечении девочки, умудряется сохранять хладнокровие. Наверное, можно сказать, что его профессионализм заключается в умении быть сдержанным, но при этом не потерять человечности. Светочка, которая называла его Дим Димычем, видимо, чувствовала его искренность. И хотя в книге не так много описано его внутренних переживаний, его поступки говорят сами за себя. Проходя через все трудности, связанные с болезнью девочки, Вершаденко не просто выполнял свою работу, но и проявлял к Светочке так необходимые ей заботу и внимание.

Понимание того, что у врача есть сопереживание к пациенту, важно. Но что еще более ценно, так это умение врача управлять своими эмоциями в критические моменты. Сложно представить, как можно сохранять спокойствие, когда каждое твое решение влияет на человеческую жизнь. И Вершаденко, стоит признать, в этом преуспел. Он умел находить золотую середину между профессиональной сдержанностью и человеческим состраданием.

Иногда ошибочно путают врачебное равнодушие и эмоциональную сдержанность, думая, что одно является проявлением другого. Врачебное равнодушие — это что-то наподобие язвы в сердце медика. Представьте врача, который не испытывает никаких эмоций, когда видит страдания пациента. Как будто внутри него ничего не происходит, никакого отклика на боль другого. Для такого человека слово «сдержанность» даже не имеет значения, ведь ему просто нечего сдерживать. Его сердце не бьется быстрее от беспокойства, и в его душе не возникает вопросов о том, как бы помочь больному. Скажем честно, такому человеку действительно не место в медицине.

Эмоциональная сдержанность - это совсем другое. Врач, обладающий этим качеством, глубоко переживает за своих пациентов. Он чувствует их боль, беспокойство, страх. Но он также понимает, что демонстрация этих чувств может навредить пациенту или его родным. Ведь когда они видят, что врач на грани, это лишь усугубляет их страх. Поэтому врач использует свою эмоциональную сдержанность как инструмент. Он учится контролировать свои чувства, показывая спокойствие и уверенность, даже если внутри буря. Ведь видя уверенность и спокойствие врача, и пациент будет чувствовать себя увереннее и спокойнее. Но в то же время, демонстрация эмоций может сделать больного еще более напряженным и взволнованным. Эмоциональная сдержанность помогает врачу оставаться концентрированным, сфокусированным на своей работе, не давая эмоциям взять верх.

Таким образом, если судить объективно, то эти два понятия — равнодушие и сдержанность — находятся на разных полюсах. Одно основано на отсутствии чувств, другое — на умении их контролировать. И именно в этом ключевое отличие. Врач с эмоциональной сдержанностью не равнодушен. Он просто стремится быть лучше ради своих пациентов.

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОТЕЦ, А ПОСЛЕ ВРАЧ

Хасанова Р.С.

Группа 1106

Сложно четко выделить из произведения Трушинского всего одну проблему. «Врачу: исцелился сам?..» - это сплетение из родительской боли; безумства и отчаяния ребенка, жаждущего жизни; врачебного бездушия и бессилия перед сложной клиникой заболевания. Мне представляется невозможным рассмотрение всех этих проблем по отдельности, потому что только восприятие их как единого комплекса позволяет сделать верные

выводы из смерти Светочки Альперовской. И все-таки, наиболее ёмко они раскрываются при ответе на немаловажный вопрос: Збигнев Альперовский, в первую очередь, отец или все же специалист?

Именно глазами профессора Альперовского мы проживаем бесконечные пять недель страданий его горячо любимой дочери. Тот факт, что он является прекрасным врачом, позволяет нам наиболее справедливо и ясно подметить недопустимое поведение медицинского персонала, которому доводилось работать со Светой. Возможно, если бы схожая история произошла с любой другой 15-летней девочкой, которая не имела бы никакого отношения к профессору, он остался бы отчасти равнодушен или простил бы коллегам их непрофессионализм в точности так же, как это сделали врачи, наблюдавшие за муками Светочки со стороны. Однако хладнокровие немыслимо, когда речь идёт о собственной дочери. О маленьком человеке, который рос на твоих глазах, который делился своими мечтами и переживаниями, который горячо любил поэзию и только-только готовился к взрослению. О юной девочке, которая так хотела жить: «Папочка, я хочу жить, я хочу веселиться, танцевать, петь, путешествовать... Папочка, я боюсь, я не хочу умирать». Именно благодаря осознанию читателями этих деталей, нам заметна еще одна значимая жизненная роль Альперовского – любящий отец.

Мы могли бы говорить о том, что действительно хорошего специалиста сложно сбить с толку и заставить не замечать очевидных вещей в работе, в которой он считается профессионалом, однако это будет совершенно ошибочное суждение. Тяжелое состояние родного человека, а тем более ребенка - один из тех случаев, когда и наступает «врачебная слепота». Особенно ярко она проявилась в ситуации с увеличенными лимфоузлами, которые остались незамеченными даже при том условии, что девочку регулярно осматривало множество именитых специалистов в

различных областях медицины, а сам профессор постоянно находился рядом с ней.

Обратил бы Альперовский внимание на этот тревожный симптом, будь это чужой ему человек? Вероятнее всего – да. Патологическое отклонение было хорошо заметно и могло бы быть выявлено при первом же тщательном осмотре пациентки, который профессор был бы в состоянии осуществить при ином развитии событий. Однако в случае Альперовского, его ум и профессиональные способности злоняют тревога за здоровье и жизнь дочери, нежелание признавать то, что диагноз её может оказаться страшным и совершенно несправедливым по отношению к 15-летнему ребенку. Он и сам осознает, что не может доверять себе безоговорочно, не раз подмечает собственные ошибки, корит себя за согласие на проведение бесполезной и мучительной для дочери операции, которая лишь отсрочила постановку верного диагноза, а значит лишила Светочку потенциального шанса на выздоровление. «До сих пор не могу себе простить, что не сделал в самые первые дни болезни биопсию пахового лимфоузла...думал, что если это окажется лимфогранулематоз, то полихимиотерапия способна только продлить мучения ребенка».

Усталость и постоянное недосыпание обуславливают невнимательность, некому затормаживанию рассудка и к далеко не самым логичным действиям. Большая часть решений, принятых при лечении Светы – импульсивная попытка отца спасти её, желание верить в то, что предлагаемый другими врачами диагноз окажется верным и череда страданий любимой дочери сменится улучшением состояния и благоприятным прогнозом. Альперовский цепляется за любую возможность, организовывает бесконечные консилиумы с участием большого количества уважаемых специалистов, хотя сам же затем ругает себя за это: «А ведь я хорошо знаю, теоретически, что консилиум из трех-

четырех врачей – это ещё консилиум, но когда их собирается 8-12, то это уже базар, не дающий никакого толка».

Внутри профессора происходит борьба врача, деятельность которого уже стала для него самого образом жизни и отца, который всем своим нутром жаждет спасти дочь от боли и мук. Альперовскому хватает профессионализма, чтобы предположить верный диагноз изначально, но не хватает сил, а главное, смелости, чтобы признать собственную правоту. «На пятиминутке я высказал мысль, что в дифференциально-диагностическом плане следует иметь в виду... лимфогранулематоз. О последнем не хотел и думать».

Прежде всего, Альперовский несчастный отец, которому по воле случая не посчастливилось до конца осознать тяжесть состояния родного человека. Альперовский отец, который до последней минуты жизни своей дочери желал ей только лучшего.