



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

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

IV МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ
ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКАДЕМИКА Н.А. СЕМАШКО

Саратов, 18–19 декабря 2024 года

Сборник материалов

Саратов
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
2025

УДК 614.2"312":001:005.745(470.44-21Саратов)(082)

ББК 5+72(2-2Саратов) ф я43

C56

Редакционная коллегия:

А.С. Федонников, проректор по научной работе; *М.В. Еругина*, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины); *Е.А. Андриянова*, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии; *А.А. Дубгорин* (отв. секретарь), старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины)

Рекомендует к изданию редакционно-издательский совет СГМУ

Современные проблемы здравоохранения глазами молодых ученых: IV Международная научно-практическая конференция, посвященная 150-летию со дня рождения выдающегося организатора здравоохранения академика Н. А. Семашко. – Саратов, 18–19 декабря 2024 года : сборник материалов / ред. коллегия : А. С. Федонников, М. В. Еругина, Е. А. Андриянова [и др.] ; Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского. – Саратов : Сарат. гос. мед. ун-т, 2025. – 253 с.
ISBN 978-5-7213-0902-1

Данное издание содержит материалы Международной научно-практической конференции, проводившейся в Саратове 18–19 декабря 2024 года.

Сборник предназначен для обучающихся медицинских вузов, слушателей курсов профессиональной переподготовки по направлению «Организация здравоохранения», научных сотрудников, специалистов по направлениям «Управление сестринской деятельностью», «Управление и экономика фармации», представителей профессий, связанных с медициной и здравоохранением, в круг интересов которых входит организация и оказание профильной специализированной медицинской помощи, а также для сотрудников медицинских вузов, НИИ и иных заинтересованных структур.

УДК614.2"312":001:005.745(470.44-21Саратов)(082)

ББК 5+72(2-2Саратов) ф я43

Материалы представлены в авторской редакции

ISBN 978-5-7213-0902-1

© Саратовский государственный
медицинский университет
им. В.И. Разумовского, 2025
© Авторы, 2025

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ НА ПРИМЕРЕ САРАТОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. В.И. РАЗУМОВСКОГО. ОЦЕНКА ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ

Автаев А.С., Винокурова С.П., Долгова Е.М.

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

Введение. Научно-исследовательская деятельность студентов медицинских специальностей углубляет знания в медицине и развивает навыки критического мышления, научной аргументации и самостоятельного поиска информации.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского активно развивает научную деятельность среди студентов, предоставляя им возможности участвовать в проектах, конференциях и семинарах. Однако уровень вовлеченности и заинтересованности студентов в научной деятельности остается разнообразным и требует систематического изучения.

Цель исследования. Оценка уровня вовлеченности студентов Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского в научно-исследовательскую деятельность.

Материалы и методы исследования. Изучение существующих программ университета, направленных на поддержку научно-исследовательской деятельности студентов.

Использование методов статистического анализа для обработки результатов анкетирования и выявления взаимосвязи между факторами, влияющими на вовлеченность студентов.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что вовлеченность студентов в научно-исследовательскую деятельность является ключевым аспектом их профессиональной подготовки. Она содействует развитию творческого потенциала и отвечает современным требованиям интеграции науки и образования.

Для стимулирования студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского к научно-исследовательской деятельности проводятся научные конференции, конгрессы и образовательные школы. В анкетировании среди студентов 1–6 курсов выяснялась эффективность научной работы и заинтересованность в ней.

Результаты опроса показали, что 45,2% респондентов когда-либо участвовали в научных исследованиях. Основными источниками информации о возможностях научной деятельности являются преподаватели (82,5%) и другие студенты (60,3%), что подчеркивает важность человеческого фактора, хотя такой подход можно считать неэффективным.

Большинство студентов (82,8%) занимаются исследованиями в области естественных наук, а 71,9% предпочитают индивидуальную работу. 82,3%

респондентов интересуются участием в конкурсах и конференциях, 73,0% имеют публикации, но только 1,6% получили гранты.

Для формирования интереса к научной работе важно проводить ознакомительные лекции и мастер-классы на ранних курсах. Однако преобладание индивидуальной работы может негативно сказаться на коллективном мышлении, поэтому необходимо создавать научные кружки и студенческие общества для обмена опытом и участия в совместных проектах, что будет способствовать сотрудничеству и чувству принадлежности [1; 2].

Среди респондентов, не занимающихся научной работой, 46,9% указали нехватку времени, 36,7% – недостаток знаний и навыков, 26,5% – отсутствие интереса или информации о возможностях, а 14,3% – отсутствие поддержки кафедры. Основными мотиваторами для занятия научной работой стали бы поддержка кафедры (74,6%), совместная работа с опытными исследователями (58,2%), информация о возможностях участия (46,7%), повышенная стипендия (43,4%) и доступ к высокотехнологичному оборудованию (40,2%).

На вопрос о кафедрах, где студенты занимаются научно-исследовательской работой, 20% ответили, что работают на кафедре философии, гуманитарных наук и психологии, 12,5% – на кафедре общей хирургии и кафедре мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф. 11% занимаются научной работой на кафедре ОЗД и кафедре пропедевтики внутренних болезней.

Также 7,25% студентов работают на кафедре патологической физиологии, 5,5% – на кафедрах нормальной физиологии, биохимии и гигиены. 4% выбрали кафедру патологической анатомии, 3% – кафедру истории медицины. 2% занимаются повышением квалификации на кафедрах фармакологии, лучевой диагностики, факультетской педиатрии, биоэтики, общей химии, гистологии, микробиологии, правоведения, топографической анатомии и оперативной хирургии.

Заключение. Привлечение студентов к научной деятельности – долгосрочная инвестиция в формирование высококвалифицированных специалистов, способных к инновациям в медицине. Успех такого подхода зависит от взаимодействия вузов, исследователей, медицинских учреждений и самих студентов.

Результаты исследования подчеркивают важность вовлеченности студентов в научную деятельность для повышения качества образовательного процесса и подготовки медицинских специалистов [3].

Список литературы

1. Ивлева Е.В. Научно-исследовательская деятельность обучающихся как средство формирования общих и профессиональных компетенций // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – №. 5 (14). – С. 134–137.
2. Кравченко Т.В. Мотивация студентов медицинских вузов к участию в научной деятельности // Вестник Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. – 2021. – №. 19 (4). – С. 210–215.
3. Михайлов А.И. Развитие научных компетенций студентов медицинских вузов в условиях современных вызовов // Наука и образование. – 2022. – №. 11 (2). – С. 19–25.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА СГМУ ИМ. В.И. РАЗУМОВСКОГО

Доровская А.И., Воронина А.Н., Негрова Е.В.

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

Введение. Студенты СГМУ им. В.И. Разумовского испытывают перенапряжение, неуверенность и эмоциональное выгорание из-за обилия учебного материала и быстрых темпов обучения. Эти факторы негативно влияют на их психоэмоциональное состояние и здоровье [1]. Разработка профилактических мероприятий для оптимизации учебного процесса может помочь предотвратить заболевания и мотивировать студентов более ответственно относиться к учебе и своему здоровью.

Цель исследования. Изучение изменений состояния здоровья студентов СГМУ в течение учебного семестра и разработка мероприятий для укрепления их физического и психологического здоровья.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 122 студента 4 курса лечебного факультета СГМУ им. Разумовского В.И. в возрасте 21–24 года. Данные собраны с помощью анкеты из 25 вопросов, ориентированной на анализ состояния здоровья студентов в период учебы и сдачи сессий.

Результаты исследования. В результате анкетирования среди обучающихся в период учебы преобладают следующие эмоции: тревога (32,1%), апатия (28,6%) и радость (21,4%). Менее выражены безразличие (14,3%) и отвращение (3,6%).

В период сессии 75% студентов испытывают тревожное эмоциональное состояние, тогда как 10,8% отмечают апатию, а 7,1% – безразличие и отвращение. Наибольший уровень тревоги наблюдается среди 4-курсников: 28,6% оценивают уровень тревоги на 7 баллов, 21,4% – на 8, 14,3% – на 6, 10,7% – на 9-10. 7,1% имеют тревогу 3 балла, 3,6% – 4 и 5 баллов. 1- и 2-балльная тревога не зафиксирована.

Физическое состояние студентов остаётся без изменений у 35,7% обучающихся. Основные проблемы: нарушение концентрации внимания (13,5%), головные боли (12,4%), сонливость (8,5%), усталость (7,4%), снижение аппетита (6,3%), нарушение пищевых привычек (6,1%), нарушение менструального цикла (3,6%), бессонница (3,4%), нарушение сна (3,1%).

По результатам опроса, 53,6% студентов отметили снижение иммунитета после сессии, в то время как 46,4% сообщили о его сохранении на прежнем уровне.

Хронические заболевания среди студентов распределяются следующим образом: хронический гастрит (13,2%), цистит (6,7%), атопический дерматит (3,4%), хронический тонзиллит (3,1%), ринит (2,3%), аллергический ринит (1,8%), бронхит (1,3%), себорейный дерматит (1,5%), хронический отит (1%). 65,7% студентов не имеют хронических заболеваний. Обострения хронических заболеваний оценивались по баллам: 1 балл – 52,5%, 2 балла – 13,4%, 6 баллов – 10%, 4 балла – 8,7%, 5 баллов – 7,5%, 3 балла – 3,2%, 7 баллов – 2,1%, 8 баллов – 1,5%, 9 баллов – 1,1%, 10 баллов – 0%. 34,3% студентов столкнулись с новыми хроническими заболеваниями, такими как экзема и железодефицитная анемия.

Заключение. 1. Большинство студентов испытывает недостаток сна, что связано с бессонницей, стрессами и большим объемом информации [2].

2. Кроме того, у некоторых наблюдаются хронические заболевания, такие как экзема, железодефицитная анемия и хронический тонзиллит.

3. После сессии половина студентов отмечает снижение иммунной резистентности к инфекциям.

Профилактические мероприятия по улучшению здоровья студентов-медиков включают:

1) тренинги для снижения психоэмоционального стресса, обсуждение здорового образа жизни и способов релаксации, а также публикация статей на сайте СГМУ о снижении стресса и профилактике стрессовых заболеваний;

2) разработка диетических обедов и фитнес-буферов со спортивным питанием, внедрение системы льготных талонов;

3) рекомендация ежегодной сдачи комплексного анализа крови для выявления дефицита витаминов;

- 4) продвижение физической активности через соцсети СГМУ, информация о бесплатном бассейне и тренажерном зале;
- 5) проведение тестов на тревожные расстройства и депрессию по шкале HADS и шкале Бэка с предоставлением ссылок для диагностики.

Список литературы

1. Багновец К.А., Тяшкевич Д.А. Учебная нагрузка как один из факторов развития утомления и переутомления у студентов ГрГМУ // Актуальные проблемы гигиены и экологической медицины: Сборник материалов VI межвузовской студенческой заочной научно-практической конференции с международным участием, Гродно, 18 декабря 2020 года. – Гродно: Издательство Гродненского государственного медицинского университета. – 2021. – С. 39–42.
2. Оценка когнитивных функций студентов медицинских университетов в процессе обучения, связанная с состоянием их здоровья / В.В. Кузнецов, К.В. Косилов, Е.Ю. Костина [и др.] // Research'n Practical Medicine Journal. – 2021. – Т. 8? №. 1. – С. 85–96.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О САРКОПИИ КАК ВАЖНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЕ

Затеев Д.В., Курочкина В.С., Шеметова Г.Н.

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

Введение. Саркопения – это состояние, характеризующееся прогрессирующей потерей мышечной массы и силы, которое значительно влияет на качество жизни, уровень самостоятельности и общий прогноз здоровья пациентов [1; 2]. Саркопения сопряжена с увеличением неблагоприятных исходов, таких как падения, снижением функциональности, переносимости физических нагрузок, развитием астении и преждевременной смерти [2; 3]. С 2016 года саркопения внесена в МКБ-10 с присвоением кода M62.84 [4].

Актуальность изучения осведомленности пациентов о саркопии обусловлена растущей значимостью этого состояния в контексте старения населения и увеличения числа хронических заболеваний. Согласно экспертным прогнозам, численность людей старших возрастных групп будет продолжать увеличиваться до 1,2 миллиарда к 2025 году и превысит 2 миллиарда к 2050 году [5].

В то время как профессиональная медицинская общественность осознает важность проблемы, многие пациенты остаются недостаточно информированными о ее существовании и последствиях, что приводит к запоздалой диагностике и неадекватному лечению [2].

Таким образом, оценка осведомленности населения о саркопии имеет большое значение для реализации стратегии профилактики и адекватного лечения.

Цель исследования. Изучение уровня осведомленности о проблеме саркопии среди пациентов и врачей первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели была разработана анкета, состоящая из 30 вопросов, характеризующих демографический статус респондентов, их информированность о саркопии и ее особенностях. Анонимное анкетирование проведено путем самостоятельного заполнения анкет среди пациентов (n = 100) ГУЗ «СГП №16» и ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн». В группе пациентов границы возрастного диапазона составляли: до 60 лет (18,5%), 60–69 (27,2%), 70–79 (35,8%) и 80 и старше (18,5%). Большинство опрошенных пациентов являлись представителями женского пола (68,8%), мужчины –

31,2%. Среди проанкетированных врачей первичного звена основную часть составляли врачи-терапевты, а также участвовали врачи-гериатры и неврологи. Средний стаж работы врачей составлял ± 11 лет.

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что осведомленность населения о саркопении находится на низком уровне; 73,8% респондентов были не знакомы с этим понятием. У большинства (80,2%) участников опроса имелись хронические заболевания, а низкий уровень их физической активности (32,1%) указывает на повышенный риск развития саркопении. Несмотря на невысокую степень осведомленности о самом заболевании, респонденты продемонстрировали некоторые знания о факторах риска: более половины (58,8%) респондентов связывали развитие данной патологии с недостатком физической активности (55,6%) и неправильным питанием (53,1%). Важность обращения к врачу при подозрении на саркопению была признана 69,1% участников, что подчеркивает необходимость повышения информированности в этой области.

Результаты анкетирования среди врачей первичного звена показали высокий уровень осведомленности о саркопении, однако реальный опыт взаимодействия с пациентами, страдающими этим состоянием, остается ограниченным. Несмотря на то, что большинство опрошенных врачей осознавали важность проблемы, лишь небольшая часть активно применяла методы коррекции саркопении, что требует совершенствования подходов к организации профилактики и лечения данной патологии.

Таким образом, необходимы меры по повышению осведомленности населения, а также улучшению обучения врачей для более активного применения методов диагностики и лечения саркопении.

Заключение.

1. Уровень осведомленности пациентов о саркопении крайне низок. Большинство пациентов медицинских организаций имели факторы риска, способствующие развитию данной патологии.

2. Повышение осведомленности пациентов о саркопении и необходимых действиях в случае подозрения на нее может существенно улучшить ситуацию с ранней диагностикой и предотвращением негативных последствий этого состояния.

Список литературы

1. Зоткин Е.Г., Сафонова Ю.А., Шкиреева С.Ю. Возраст-ассоциированная саркопения: определение, диагностика и подходы к профилактике // Фарматека. – 2013. – №. S5–13. – С. 33–38.

2. Sarcopenia / A.A. Sayer, R. Cooper, H. Arai [et al.] // Nature Reviews. Disease Primers. – 2024. – Vol. 10, №. 1. – P. 68.

3. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis / A.J. Cruz-Jentoft, G. Bahat, J. Bauer [et al.] // Age and ageing. – 2019. – Vol. 48, №. 1. – P. 16–31.

4. Anker S.D., Morley J.E., von Haehling S. Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia // Journal of cachexia, sarcopenia and muscle. – 2016. – Vol. 7, №. 5. – P. 512–514.

5. WHO. Ageing and health. – 2024. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 11.12.2024).

ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ЗАБЛАГОВРЕМЕННОЙ И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ПРОЕКТ СОБСТВЕННОГО БУДУЩЕГО

Исрапилов З.Р., Курбанова М.А., Ермакова О.В.

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

Введение. Жители малых городов и сельской местности нуждаются в медицинской помощи. Одной из важнейших проблем в сфере здравоохранения является нехватка врачей стоматологов в местностях, удаленных от больших городов. Для решения данной задачи Правительством РФ от 26.12.2017 № 1640 утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения», в рамках которой была разработана программа «Земский доктор» [1].

Цель исследования. Оценка нуждаемости и востребованности в целевом обучении студентов за последние 6 лет. Выявление удовлетворенности студентов СГМУ количеством выделенных мест на целевое обучение.

Материалы и методы исследования. Архивные данные приемной комиссии СГМУ имени В.И. Разумовского о поступлении по целевому направлению на стоматологический факультет в 2019–2024 годах.

Опрошено 104 студента по двум анкетам:

Анкетирование «Удовлетворенность студентов СГМУ количеством выделенных мест на целевое обучение».

Анкетирование «Трудоустройство студентов СГМУ после обучения».

Анализ полученных данных.

Результаты исследования. Из анализа архивных данных следует, что в 2019 году в СГМУ на стоматологический факультет по целевому направлению поступили 28 человек, в 2020 году было принято 12 абитуриентов, в 2021 году – 18 человек, в 2022 году – 10 человек, в 2023 году – 15 человек, в 2024 году – 18 человек. За последние три года наметилась тенденция на увеличение числа целевых мест на стоматологическом факультете примерно на 15%.

Из анкетированных, 40 студентов (38,5%) уже обучаются по целевому направлению, 21 (20,2%) хотели бы обучаться по целевому направлению, но из-за нехватки мест не имеют такой возможности, и 43 (41,3%) не хотели бы воспользоваться данной программой.

После завершения учёбы 23 человека (22,1%) трудоустроятся по программе «Земский доктор», 13 человек (12,5%) отработают по целевому направлению – 3 года и планируют покинуть место работы, 10 обучающихся (9,6%) будут работать на тех же условиях, после 3 лет. Оставшиеся 58 человек (55,8%) пойдут работать в государственные или частные клиники.

Заключение.

Анализ архивных данных говорит о низкой заинтересованности работодателей в обучении будущих стоматологов.

Результаты анкетирования «Удовлетворенность студентов СГМУ количеством выделенных мест на целевое обучение» говорят о нехватке мест по программе целевого обучения и высоком спросе со стороны обучающихся.

Результаты анкетирования «Трудоустройство студентов СГМУ после обучения» говорят, что половина опрошенных планируют работать в рамках целевого обучения или программы «Земский доктор».

Таким образом, целевое направление и программа «Земский доктор» смогут увеличить уровень стоматологической помощи населению как в крупных городах, так и в отдаленных районах РФ. Следует отметить, что роль целевого обучения не сводится к решению только кадровых вопросов. Оно имеет важное социальное значение в контексте молодежной политики государства (обеспечение «социальных лифтов» для молодежи) и смягчения демографических проблем [2].

Список литературы

1. Аникин В.М., Пойзнер Б.Н., Соснин Э.А. Целевое обучение как целенаправленная система деятельности // Высшее образование в России. – 2019. – №. 3. – С. 35–49.

2. Кельсина А.С. Проблемы целевого обучения в России // Образовательные технологии. – 2020. – №. 4. – С. 32–40.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТРУКТУРИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭКЗАМЕН КАК СРЕДСТВО МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ

Логачева О.А., Петрова М.Г., Чередникова К.А., Дронова Е.Г., Компаниец О.В.,
Орешкина Е.М., Новикова Е.П., Тимофеева С.В., Аверьянов А.П.

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

Введение. Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ), как метод оценки практических навыков, был предложен еще в прошлом веке [1]. Однако в отечественном образовании до настоящего времени практически не использовался [2]. С внедрением в практику нового федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалисте по специальности 31.05.02 «Педиатрия» повысились требования к владению профессиональными компетенциями выпускниками медицинских вузов.

С 2023 года введена форма экзамена в виде ОСКЭ. Экзамен проводится на базе многопрофильного Аккредитационно-симуляционного центра СГМУ. Определены 5 станций для проведения ОСКЭ: 4 станции физикального обследования пациента и 1 станция сбора анамнеза жизни. Для каждой станции созданы паспорта станций – документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, структурированные алгоритмы обследования систем организма, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д. и предназначены в качестве методического и справочного материала для обучающихся.

На экзамене студенты должны продемонстрировать на муляже навыки объективного обследования той или иной системы в зависимости от станции, комментируя свои действия вслух, или продемонстрировать взаимодействие с пациентом на станции сбора анамнеза.

Цель исследования. Оценка эффективности ОСКЭ в качестве метода оценки практических навыков как промежуточного этапа экзамена у студентов 3 курса после завершения изучения дисциплины пропедевтики детских болезней.

Материалы и методы исследования. Для оценки эффективности объективного структурированного клинического экзамена по практическим навыкам проведен опрос студентов по качеству подготовки и субъективной оценке готовности к сдаче экзамена, проведен анализ среднего балла двух потоков студентов 3 курса педиатрического факультета, прошедших обучение и аттестацию в разные годы, с разницей в один год. По успеваемости эти две выборки были сопоставимы.

Результаты исследования. Все студенты, сдававшие ОСКЭ, отметили удобный формат изложения материала в паспортах станций в виде структурированных алгоритмов обследования по каждой изучаемой системе организма. Данные алгоритмы явились для студентов оптимальным инструментом для самостоятельного изучения и закрепления навыков обследования ребенка.

Средний результат ОСКЭ в 2023-2024 учебные года по данным 229 студентов – составил – 84,2 балла (по 100-балльной шкале). Средний результат по оценке практических навыков до введения ОСКЭ в 2022-2023 учебные года по данным 210 студентов – составил – 80,9 балла. Более высокий средний балл у студентов, сдававших экзамен по практическим навыкам в форме ОСКЭ, свидетельствует о большей мотивации и ответственности студентов ввиду информированности о форме сдачи экзамена, понимание, что каждый будет оцениваться несколькими экзаменаторами, возможность использования методического и справочного материала для сдачи ОСКЭ и, соответственно, лучшей подготовкой к экзамену.

Заключение. Использование ОСКЭ как метода оценки практических навыков у студентов 3 курса педиатрического факультета повышает мотивацию и ответственность студентов, качество их подготовки к промежуточному этапу экзамена по пропедевтике детских болезней, что в будущем отразится на степени владения профессиональными компетенциями при прохождении обучения на последующих клинических кафедрах.

Список литературы

1. Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination / R.M. Harden, M. Stevenson, W.W. Downie [et al.] // British medical journal. – 1975. – Vol. 1. – P. 447–451.
2. Балкизов З.З., Семенова Т.В. Объективный структурированный клинический экзамен. Руководство // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2016. – №. 3 (25). – С. 27–63.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ О СОДЕРЖАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Меликян А.А., Кром И.Л.

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

Введение. Паллиативная помощь – направление медико-социальной деятельности. Это активная всеобъемлющая помощь пациентам, возможности радикального лечения которых исчерпаны. Изучению мнения врачей-онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области предшествовало составление социального портрета профессиональной группы онкологов в региональном здравоохранении [1; 2].

Цель исследования. Целью данной работы является изучение мнения врачей-онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области.

Материалы и методы исследования. Для изучения мнения врачей-онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области был проведен социологический опрос среди 69 онкологов, работающих в лечебно-диагностических отделах ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» Саратовской области. Метод исследования: социологический анализ.

Результаты исследования. Результаты опроса показали, что большинство (95,7%) респондентов определили паллиативную помощь как медицинскую помощь. Лишь 4,3% врачей-онкологов рассматривают паллиативную помощь как междисциплинарную. 53,6% респондентов считают, что в настоящее время паллиативная помощь пациентам в медицинских организациях региона является преимущественно медицинской, психологическая и социальная помощь практически не представлены в паллиативной помощи. По мнению 40,6% респондентов, паллиативная помощь онкологическим пациентам в онкологических диспансерах региона включает психологическую и социальную поддержку. 5,8% респондентов не ответили на вопрос.

По мнению 59,4% респондентов, практически все пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, нуждаются в психологической помощи. 26,1%

респондентов полагают, что пациенты не нуждаются в психологической помощи, 14,5% респондентов не смогли ответить на этот вопрос.

Заключение. Результаты проведенного опроса доказывают существующие в региональном здравоохранении тенденции медиализации паллиативной помощи. В ходе исследования не установлено статистически достоверной зависимости мнения респондентов о содержании и тенденциях организации паллиативной помощи в онкологических диспансерах региона от стажа работы по специальности и квалификационной категории врачей-онкологов.

Список литературы

1. Воробцова Е.С., Мартыненко А.В., Овчинникова С.В. Социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – №. 2. – С. 14–20.

2. Шмеркевич А.Б. Социальные риски в контексте профилактического направления паллиативной медицинской помощи онкологическим больным // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – №. 2. – С. 28–32.

МЕТОДЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЙ

Мещеряков А.О., Денисова Н.А.

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

Введение. Для системы здравоохранения в Российской Федерации (РФ) характерен дисбаланс кадрового состава между амбулаторным и стационарным звеном, дефицит врачей-специалистов в сельских территориях, а также неравномерность распределения медицинских кадров по субъектам РФ [1].

Привлечение высококвалифицированных медицинских кадров в систему здравоохранения является основой кадровой политики. Мотивы отдельных сотрудников пересекаются с кадровыми и организационными решениями медицинской организации (МО). Это и обуславливает необходимость изучения методов привлечения специалистов с позиции как их потребностей, так и организационных решений МО.

Цель исследования. Изучить методы привлечения студентов целевого обучения в медицинские организации сельских территорий.

Материалы и методы исследования. Были изучены данные современной литературы по теме мотивации труда в медицинской отрасли за период с 2020 по 2024 год включенные, в базы данных PubMed, Scopus и РИНЦ по темам мотивации труда медицинских работников, включая материальные и нематериальные методы.

Результаты исследования. Для МО со средним уровнем привлечения медицинских специалистов в сельской местности рекомендуется обеспечение безопасных условий труда (включающую в себя соблюдение техники безопасности, введения систем охраны и профилактику эмоционально выгорания) а также обеспечения финансовой безопасности сотрудников (дополнительные выплаты, в том числе и участие в программе «Земский доктор», стабильная и прозрачная система оплаты труда).

Помимо этого, необходимо ориентировать культуру организации на удовлетворение базовых потребностей врача в общении и уважении, что создает условия для развития стабильного и мотивированного профессионального коллектива.

Привлечение местных студентов целевого обучения позволяет снизить текучесть кадров и способствует закреплению специалистов в МО за счет наличия социальных связей у людей из данного региона [2].

Важным элементом адаптации специалистов является помощь в формировании профессиональных связей, это возможно реализовать при помощи организации профессиональной практики на базе МО, что позволяет лучше понять рабочие процессы в реальных условиях и лучше интегрироваться в профессиональную среду. Дополнительным инструментом является поддержка волонтерской деятельности студентов и выпускников, что помогает им приобрести практический опыт.

Для удовлетворения потребности специалистов в уважении особое внимание уделяется созданию корпоративной культуры, в основе которой лежат принципы взаимопомощи и уважения личных границ. Этому способствуют развитие навыков эмпатии, активного слушания и конструктивной критики, что помогает создать более открытое и доверительное рабочее окружение. Необходимо отметить также необходимость вовлечения сотрудников в процесс принятия решений через демократичный стиль управления, что способствует росту удовлетворенности работой и улучшению обратной связи [3]. Внедрение геймификации позволяет снизить уровень утомления и рутины, особенно среди молодых специалистов, повышая их мотивацию и заинтересованность в работе. В дополнение к этому, нематериальные стимулы, такие как комфортные рабочие зоны, уютные комнаты отдыха, бесплатный кофе и другие удобства, способствуют созданию продуктивной рабочей атмосферы [4].

Заключение. Медицинские организации имеют возможность осуществлять поиск наиболее мотивированных специалистов. Имеется возможность привлекать студентов целевого обучения при помощи контролируемых факторов, таких как условия труда, репутация и имидж организации, а также возможности для карьерного роста.

Список литературы

1. Проблема дефицита врачебных кадров в здравоохранении России: причины и пути решения / Д.А. Канева, Т.Ю. Тарараева, А.В. Бреусов [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – №. 1. – С. 747–767.

2. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review / D. Russell, S. Mathew, M. Fitts [et al.] // Human Resources for Health. – 2021. – Vol. 19, №. 1. – P. 103.

3. Ярашева А.В., Марков Д.И. Развитие корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, №. 1. – С. 155–166.

4. The influence of work environment and competence on motivation and its impact on employee performance in health sector / R.D. Parashakti, F. Mochammad, E. Muhamad [et al.] // 3rd Asia Pacific International Conference of Management and Business Science, Malang, January, 2020. – Malang: Publishing house Atlantis Press. – 2020. – P. 259–267.

ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА И ПОДХОДЫ К ЕЕ РЕШЕНИЮ, ПО МНЕНИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Нуриева Р.Т., Протасова В.С., Шеметова Г.Н.

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

Введение. Возникший в последние годы кадровый кризис влечет за собой увеличение рисков в системе здравоохранения, приводящих к ограничению

доступности и снижению качества медицинской помощи населению [1]. Кадровый дефицит провоцирует перегрузку специалистов, что сказывается на их профессиональной продуктивности, приводит к развитию психоэмоционального выгорания и снижению уровня удовлетворенности пациентов.

Цель исследования. Оценить мнение врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь пациентам терапевтического профиля в амбулаторных медицинских организациях Саратовской области, о направлениях решения проблемы кадрового дефицита.

Материалы и методы исследования. Для анализа кадрового дефицита в первичном звене здравоохранения города Саратова и Саратовской области было проведено онлайн-анкетирование, в котором приняли участие 100 медицинских работников Саратовской области. Анкета включала 29 вопросов, разделенных на два блока, направленных на выявление основных аспектов кадровой проблемы. Среди участников было выделено три категории: врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) (78%), медицинские сестры первичного звена (16%) и организаторы здравоохранения (заведующие терапевтических отделений поликлиник и дневных стационаров) (6%).

Результаты исследования. По данным Росстата кадровый дефицит в системе здравоохранения Саратовской области в 2024 году составил 1,6 тысяч специалистов (940 врачей и 719 средних медработников), что создает значительное давление на медицинскую инфраструктуру региона. В ходе проведенного нами анкетирования было установлено, что, по мнению 37% опрошенных медицинских работников, повысить доступность и качество оказания медицинской помощи можно только увеличением численности медицинского персонала. Подавляющее большинство (80%) респондентов полагали, что причины текучести медицинских кадров в участковой службе заключаются в большом объеме работы, наличии переработок (работа во внеурочное время) и оттоке молодых специалистов, работающих на должностях врачей-терапевтов участковых, после соответствующего специалитета и аккредитации, в том числе в связи с получением иной медицинской специальности.

Медицинские работники отметили, что средняя численность прикрепленного населения на врачебном терапевтическом участке должна составлять от 1 100 до 1 500 человек, минимальная численность – от 700 до 1 200 человек, максимальная численность не должна превышать свыше 2 000 человек.

Следует отметить, что все опрошенные (100%) считали, что врачи-терапевты участковые на амбулаторном приеме большую часть времени тратят на оформление медицинской документации, а не на работу с пациентом. 72% респондентов обратили внимание на необходимость увеличения времени до 20–25 минут на первичный прием пациента участковым терапевтом.

Подавляющее число участников опроса (73%) обозначили, что к профилактической работе с прикрепленным населением должны привлекаться: врач по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики, врач и медицинская сестра по медицинской профилактике центра здоровья (при наличии в структуре медицинской организации).

Врачи и медицинские сестры (67%) были убеждены, что оказание медицинской помощи пациентам на дому должно быть организовано не участковой службой, а осуществляться сформированной в медицинской организации отдельной выездной службой, в том числе с привлечением фельдшеров. 80% респондентов утверждали, что врач-терапевт участковый не может вести амбулаторный прием без медицинской сестры участковой или помощника с немедицинским образованием.

Около половины респондентов (48%) считали, что для повышения доступности и качества оказания ПМСП необходимо помимо увеличения численности медицинского персонала, менять организацию работы на врачебных участках. При

этом подавляющее большинство (92%) были уверены, что необходимо сохранение территориально-участкового принципа при оказании ПМСП.

Заключение. Кадровый кризис выступает катализатором целого ряда проблем, требующих комплексного подхода к их решению, включающего меры по привлечению, удержанию и профессиональной поддержке медицинских работников. Для преодоления кадрового дефицита в ПМСП целесообразно реализовать меры, включающие снижение численности прикрепленного населения на одного врача, организацию выездной службы для обслуживания вызовов на дому, создание кабинетов неотложной помощи. В целях повышения мотивации медицинских работников к работе в ПМСП требуется улучшение условий работы, а также дальнейшее внедрение программ материальной и профессиональной поддержки, что особенно актуально в условиях дефицита молодых специалистов и высокого уровня текучести кадров.

Список литературы

1. Руголь Л.В., Сон И.М., Меньшикова Л.И. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, №. 3. – С. 10.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Слепокурова И.И., Трафимчик Ж.И.

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

Введение. Система совершенствования высшего медицинского белорусского образования требует внедрения современных инновационных технологий в процесс учебы, что способствует улучшению качества образования.

Цель исследования. Описать опыт внедрения современных технологий в систему медицинского образования Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Анализ статей посвященных медицинскому образованию Республики Беларусь и анкетирование врачей акушеров-гинекологов.

Результаты исследования. На протяжении 10 лет в Республике Беларусь активно внедряются современные медицинские технологии для оказания первой помощи пострадавшему, что позволяет оказывать необходимую помощь до прибытия скорой помощи.

На данный момент интеграция симуляционного обучения в образовательный процесс начинается с первого года обучения в медицинском университете. Максимальная приближенность внешнего вида манекенов к облику человека позволяет вывести процесс обучения на новый уровень и в совокупности с анализом клинических ситуаций дает принципиально новые возможности в формировании клинического мышления [1]. Использование симуляционного обеспечения позволяет проводить регулярно повторяющиеся тренинги, удерживая качество подготовки студентов на должной высоте [2]. Следует отметить, что профессионализм врача включает не только выполнение манипуляционных процедур на высоком уровне, но и психологический аспект – отношение человека к своей работе, а также его психологическую установку. В образовательных стандартах по специальности «Лечебное дело» в Беларуси и России включена дисциплина «Психология межличностных отношений». Цель предмета – формирование у студентов системы психологических знаний и умений в сфере межличностных отношений и в процессе профессиональной деятельности. Основные задачи данной дисциплины заключаются в развитии у студентов научного понимания межличностных отношений, их закономерностей, взаимодействия и общения, а также

особенностей взаимоотношений в малых и больших группах. Дисциплина «Педагогика и психология» в Российской Федерации тесно связана с общемедицинскими и гуманитарными дисциплинами, что позволяет сформировать у обучающегося целостное представление о человеке [3]. Коммуникативная компетентность является одним из базовых критериев профессиональной подготовки специалистов деятельности субъект – субъектного типа «человек – человек», к которым принадлежит профессия врача.

В период с октября по ноябрь 2024 года было проведено анкетирование врачей с использованием разработанных анкет, посвященных проблемным аспектам коммуникации с медицинским персоналом, приоритетов в коммуникации, рекомендаций по улучшению коммуникации с пациентками. Анкетирование беременных проводилось на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №3» (Республика Беларусь). На вопрос «Что может помочь Вам улучшить взаимоотношение с пациентками? Необходимы ли для работы буклеты, обучающие видео, тренинги? Считаете ли Вы приемлемым использовать в своей работе общение с пациентками посредством социальных сетей путем ответов на их вопросы?» ответы врачей распределились следующим образом: «Нужны обучающие тренинги с психологом» – 28 (93,33%), «Нужны обучающие тренинги с более опытным акушером-гинекологом» – 16 (53,33%). Никто из опрошенных врачей не выразил согласие общаться с пациентками посредством социальных сетей. Таким образом, врачам для конструктивного общения с пациентками необходимы тренинги с психологом.

На вопрос «Что для Вас является наиболее важным в общении с пациентом: исход болезни, отсутствие конфликтов, выполнение Ваших рекомендаций, признание Вашего авторитета?» ответы врачей распределились следующим образом: «Благополучный исход болезни» – 30 (100%), «отсутствие конфликтов» – 24 (80,00%), «выполнение клинических рекомендаций» – 21 (70,00%), «признание авторитета» – 0.

Заключение.

1. В Республике Беларусь разработана эффективная система симуляционного обучения для формирования компетенций медицинского персонала.

2. Для улучшения коммуникации с пациентками большинство врачей отметили необходимость обучающих тренингов с психологом.

3. На основании анкетирования определены проблемные моменты коммуникативного взаимодействия, что позволит врачу и студенту медицинского университета овладеть соответствующими навыками и избегать конфликтных ситуаций.

Список литературы

1. Симуляционное обучение в медицине: инновационные технологии как новый подход к обучению / О.Д. Николина, В.В. Бутько, М.Г. Кирей [и др.] // Виртуальные технологии в медицине. – 2024. – №. 3 (41). – С. 313–314.

2., Роль психологии и педагогики в медицинском образовании / Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна [и др.] // Университетская медицина Урала. – 2022. – Т. 8, №. 1 (28). – С. 49–51.

3. Зелинский С.С., Савченко Н.С., Мурсалова Д.А. Симуляционное обучение: основа профессионального обучения будущего врача-медика // Образование от «А» до «Я». – 2024. – №. 3. – С. 31–33.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Чиженькова Т.М., Спиваковский Ю.М.

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

Введение. Последние исследования психологов обозначили проблему высокого уровня психологических проблем у молодежи. Обучение в медицинском вузе является сильным стрессовым фактором для многих студентов, а применение лекарственных препаратов без назначения врача является нецелесообразным, а иногда и опасным.

Цель исследования. Оценка уровня стресса, депрессии и тревожности у обучающихся третьих, четвертых и пятых курсов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского. Определение процентного соотношения студентов, которые применяют медикаментозные средства борьбы с психологическими проблемами.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 78 студентов педиатрического факультета СГМУ третьего, четвертого и пятого курсов с использованием русскоязычной версии Шкалы депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, and Stress Scale-21, DASS-21), дополненной вопросами относительно приема антидепрессантов, седативных и снотворных средств [1].

Результаты исследования. Шкала депрессии оценивает уровень обесценивания жизни, дисфорию, безнадежность, самоуничтожение и апатию. В результате опроса были получены данные, что лишь 2,5% обучающихся не имеют переживаний депрессивного спектра, 68% имеют проявления от субдепрессии до среднетяжелой депрессии, а 29,5% опрошенных могут иметь тяжелые проявления депрессии в виде апатии, ощущения бессмысленности и безнадежности жизни, раздражение, отсутствие аппетита, нарушения сна, саморазрушение.

Шкала тревоги проводит оценку напряжения мышц, вегетативного возбуждения, тревожность в определенных ситуациях и субъективный опыт переживания тревожности. Следствием анализа полученных данных стало, что 50% опрошенных студентов имеют высокий уровень тревожности и перенапряжения, перевозбуждения и ожидания отрицательных предчувствий, 42,3% опрошенных испытывают тревожные переживания от легких до клинически выраженных, и лишь 7,7% из тех, то прошли опрос, не испытывают тревог.

Шкала стресса диагностирует трудности расслабления, нервное перевозбуждение и раздражительность, высокочувствительна к хроническому неспецифическому возбуждению. Оценивая шкалу стресса можно сделать выводы, что лишь 2,5% не испытывают симптомов состояния стресса. От легкого перенапряжения до высоких стрессовых нагрузок испытывают 60% студентов, при том что состояние повышенного напряжения, психоэмоциональное перенапряжение и раздражительность, невозможность расслабиться испытывают 37,5% студентов, то есть находятся в состоянии сильнейшего стресса, что пагубно влияет на продуктивность и стабильность работы нервной системы.

По результатам проведенного анкетирования возникла необходимость дополнительных исследований о приеме лекарственных препаратов. Были предложены три группы средств: седативные, снотворные препараты и антидепрессанты.

Из выявленных 97,5% студентов с различной степенью выраженности депрессии, антидепрессанты на данный момент принимает лишь 2,5% опрошенных, ранее принимали данную группу препаратов 11,5% (из них 9% по рекомендации врача, 2,5% – самоназначение).

Снотворные средства в данный момент никто из опрошенных обучающихся не применяют, но ранее использовали 19% (из них по рекомендации врача 7,5%), хотя нарушения сна отмечаются у гораздо большего количества респондентов.

Различные седативные препараты принимали в различное время 31% опрошенных. В момент проведения анкетирования 6,5% принимают данную группу лекарственных средств и лишь чуть больше половины применяют лекарственные средства данной группы по назначению врача [2].

Заключение. Проведенное анкетирование и анализ полученных данных показали, что большинство студентов сталкиваются с психологическими проблемами и расстройством эмоционального спектра, испытывают тревожность, стресс и депрессивные состояния. Лишь некоторые из них применяют лекарственные средства для борьбы с эмоциональными проблемами, при этом многие применяют их без назначения специалистов. В современном мире необходимо более тщательно заботиться о психологическом комфорте студентов, организовывать работу клинических психологов на уровне вуза для поддержания комфортной среды и здоровья студентов.

Список литературы

1. Золотарева А.А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Психологический журнал. – 2021. – Т. 42, №. 5. – С. 80–88.

2. Меерманова И.Б., Койгельдинова Ш.С., Ибраев С.А. Состояние здоровья студентов, обучающихся в высших учебных заведениях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – №. 22. – С. 193–197.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ, ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Асыркина А.А., Долгова Е.М., Богданова Т.М.

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

Введение. Значимой медико-социальной проблемой в сфере охраны здоровья матери и ребенка являются преждевременные роды (ПР). Недоношенные дети больше подвержены риску смерти по сравнению с доношенными, а мертворождаемость и заболеваемость при преждевременных родах примерно в 10 раз выше, чем при своевременных. С целью снижения частоты ПР, и как следствие неонатальной заболеваемости и смертности, большую роль играют выявление факторов риска, ранняя диагностика, прогнозирование и выбор тактики ведения беременности.

К факторам риска преждевременных родов относятся: индуцированные ПР и аборты в анамнезе, поздний репродуктивный возраст пациентки, патология шейки матки, аномалии развития матки, данная беременность, наступившая при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, многоплодие в данной беременности, мочеполовые инфекции [1]. Кроме того, факторами, провоцирующими развитие преждевременных родов, могут быть социально-экономические факторы – неблагоприятные условия быта/труда, психоэмоциональный стресс, вредные привычки.

Цель исследования. Проанализировать медико-социальный портрет, факторы риска и качество оказания медицинской помощи с целью выявления их влияния на развитие преждевременных родов.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования был проведен ретроспективный анализ 75 случаев беременности, завершившихся преждевременными родами в 2024 году в Перинатальном центре ГАУЗ «ЭГКБ №1»,

источником данных послужили истории родов (№096/у-20) и обменные карты пациенток (№113/у-20).

Результаты исследования. При анализе качества оказания медицинской помощи беременным женщинам в первую очередь были рассмотрены “Критерии оценки качества медицинской помощи”, установленные клиническими рекомендациями по нормальной беременности. В ходе анализа историй родов и обменных карт пациенток установлено, что в 98% случаев все критерии оказания помощи, согласно протоколу, были выполнены.

Было установлено, что 41% родильниц проживают в сельской местности и в 76% случаев имеют среднее образование, состоят в официальном браке (68%), работают (59%), а 41%, являются домохозяйками. Подвергаются тяжелому физическому труду (медицинские сестры, фельдшеры) (13%), а 29% подвергаются действию химических/биологических/физических факторов (медицинские сестры, фармацевты, фельдшеры, продавцы, воспитатели, преподаватели).

56 пациенток были в возрасте до 35 лет, оставшиеся 19 составили группу позднего репродуктивного возраста – старше 35 лет.

Практически 30% рожениц подвергались интоксикацией табаком, 16% поздно встали на учет к акушеру-гинекологу в женскую консультацию.

Исходя из данных гинекологического анамнеза было выявлено наличие инфекций половых путей в 52% случаев: носительство стрептококка группы В – 6,67%, носители ВПЧ 16 – 4%, носители вируса простого герпеса – 4%, ВИЧ-инфекция – 1,33%, сифилис – 1,33%. У 6 (8%) диагностировано бесплодие, среди них беременность посредством ЭКО у 5 (6,67%) пациенток. Миома матки встречалась в 8% случаев.

Бессимптомное укорочение шейки матки было выявлено у 5 (6,67%) беременных, преждевременные роды в анамнезе – у 15 (20%).

Практически все роженицы (95%) имели осложненное течение беременности. Наиболее часто встречалась угроза прерывания беременности – в 49,4% случаев, 57,3% страдали анемией в различных триместрах. Нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК) сопровождало 25% случаев, хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) 6,67%. У 4 (5,33%) пациенток беременность осложнилась отслойкой плаценты, что стало прямой причиной преждевременных родов. Фетоплацентарная недостаточность встретилась в 4 (5,33%) случаях. Гестационный сахарный диабет наблюдался у 5 (6,67%) беременных. 46,67% пациенток перенесли острую респираторную вирусную инфекцию в течение беременности.

Заключение. Таким образом мы можем представить медико-социальный портрет роженицы с преждевременными родами: чаще житель сельской местности, возраст до 35 лет, работает, замужем, есть риск действия химических/биологических/физических факторов, в гинекологическом анамнезе имеет инфекции половых путей, осложненное течение беременности, сторонник курения.

Список литературы

1. Нормальная беременность: клинические рекомендации. – 2023. – 90 с.

СРАВНЕНИЕ ФЕНОТИПОВ ЛИМФОЦИТОВ В КОЖНОМ ЭКССУДАТЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ОГРАНИЧЕННОЙ И РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Аюрзанаева Е.М., Чекань Е.А., Муртузалиева З.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Чита

Введение. Атопический дерматит – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения [1]. Является одним из наиболее распространенных заболеваний (от 20% до 40% в структуре кожных заболеваний), встречающееся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах [1].

Патогенез атопического дерматита включает генетическую предрасположенность, нарушение в иммунной системе, а также влияние различных факторов окружающей среды на организм человека. У людей с данным заболеванием часто наблюдаются семейные случаи аллергических заболеваний [1].

Цель исследования. Сравнительный анализ показателей фенотипов лимфоцитов в кожном экссудате у пациентов с атопическим дерматитом ограниченной и распространенной формы в стадии обострения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУЗ Краевой кожно-венерологической диспансер (г. Чита). В исследование были включены пациенты с атопическим дерматитом в возрасте от 18 до 40 лет. Настоящее исследование включает в себя сравнение результатов, полученных при обследовании групп пациентов с ограниченной и распространенной формой атопического дерматита в стадии обострения. Изучение клеток выполнялось в кожном экссудате на проточном цитофлюориметре на базе ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России.

Результаты исследования. В результате проведения исследования клеток кожного экссудата при ограниченной форме атопического дерматита в стадию обострения количество лимфоцитов составило 1,38 % (1,16; 1,53), $p_2 = 0,001$; 173,00 кл/мкл (159; 185,5), $p_2 \leq 0,0001$; Т-лимфоцитов (CD3+CD19-) 65,62% (62,73; 68,78), $p_2 = 0,002$; 114,00 кл/мл (93,25; 128,5), $p_2 = 0,07$; Т-хелперов (CD3+CD4+): 41,52% (39,57; 44,16), $p_2 = 0,7$; 79,5 кл/мл (69,25; 86,75), $p_2 = 0,001$.

Для распространенной формы атопического дерматита в стадию обострения характерны следующие изменения: лимфоциты составили 1,42 % (1,28; 1,60), $p_1 = 0,2$; $p_2 = 0,3$; 168,00 кл/мкл (140,25; 182,75), $p_1 = 0,2$; $p_2 = 0,7$; Т-лимфоциты (CD3+CD19-) 64,17% (48,71; 70,74), $p_1 = 0,9$; $p_2 = 0,038$; 122,5 кл/мл (116,00; 132,50), $p_1 = 0,05$; $p_2 = 0,9$; Т-хелперы (CD3+CD4+): 39,59% (30,68; 49,08), $p_1=0,09$; $p_2 = 0,1$; 55,5 кл/мл (34,50; 74,00), $p_1 = 0,002$; $p_2 = 0,002$.

Таким образом, уровень лимфоцитов в кожном экссудате несколько выше у пациентов с ограниченной формой, и статистическая значимость ($p \leq 0,0001$) указывает на выраженность воспалительного процесса. Процент Т-лимфоцитов (CD3+CD19-) в ограниченной форме достоверно выше. Однако в распространенной форме имеется статистическая значимость для количества Т-лимфоцитов ($p_2=0,038$), а процент Т-хелперов (CD3+CD4+) также выше в ограниченной форме, в то время как их количество в экссудате при распространенной форме статистически значимо ($p_1=0,002$; $p_2=0,002$), что указывает на активизацию иммунного ответа.

Различия в показателях лимфоцитов при ограниченной и распространенной формах атопического дерматита могут быть объяснены несколькими факторами:

Степенью воспаления: распространенная форма атопического дерматита, как правило, связана с более выраженным и хроническим воспалением, что может приводить к более высокому уровню активации и пролиферации лимфоцитов. В ограниченной форме воспаление может быть менее интенсивным, что отражается на меньшем количестве лимфоцитов.

Миграцией клеток: в распространенной форме заболевания может происходить более активная миграция лимфоцитов из периферической крови в пораженные участки кожи, что также может влиять на их количество и фенотип. В ограниченной форме эта миграция может быть менее выраженной.

Иммунным ответом: разные формы атопического дерматита могут вызывать различные иммунные ответы. В распространенной форме может наблюдаться более широкий спектр активации Т-лимфоцитов и их субпопуляций, таких как Т-хелперы, что может объяснять различия в их показателях.

Цитокиновый профиль: разные формы заболевания могут сопровождаться различными уровнями и типами цитокинов, что влияет на пролиферацию и активацию лимфоцитов. В распространенной форме может быть больше провоспалительных цитокинов, способствующих увеличению количества лимфоцитов.

Заключение. В результате проведения сравнительного анализа показателей фенотипов лимфоцитов в клетках кожного экссудата у пациентов наблюдаются значимые различия в показателях лимфоцитов между ограниченной и распространенной формами атопического дерматита, причиной которого являются различия в патогенезе, степени воспаления и иммунного ответа на заболевание.

Список литературы

1. Атопический дерматит: клинические рекомендации. – 2023. – 119 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ СОБЛЮДЕНИЕМ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Башиева Р.З., Кураева Х.И., Долгова Е.М.

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

Введение. В последние годы было собрано множество свидетельств, указывающих на то, что тревожные расстройства становятся все более распространенными, затрагивая не только взрослых, но и молодежь. Определение связи между тревожностью и приверженностью принципам ЗОЖ может помочь в понимании механизмов, влияющих на психологическое благополучие студентов, а также в разработке мер для его улучшения.

Причины происхождения тревоги исследователями трактуются по-разному. Мы же решили взглянуть на проблему со следующей точки зрения: влияет ли ведение здорового образа жизни на уровень тревоги у студента. Именно поэтому исследование носит ориентировочный характер и не является строго научным [1].

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между уровнем тревоги и приверженностью принципам здорового образа жизни

Материалы и методы исследования. Нами было проведено анкетирование студентов медицинского университета для определения уровней тревожности и приверженности к принципам здорового образа жизни. В опросе приняли участие 90 студентов медицинского университета в возрасте от 18 до 25 лет (40 юношей и 50 девушек). Для этого использовался метод анкетирования с применением опросника, специально разработанного Ч.Д. Спилбергером и Ю.Л. Ханиным, который позволяет классифицировать уровни как ситуативной, так и личностной тревожности. На основе результатов анкетирования был разработан дополнительный тест, состоящий из вопросов, позволяющих определить приверженность студентов к здоровому образу жизни.

В исследовании использовались следующие методы: статистический, социологический, аналитический.

Результаты исследования. Большинство участников представляют 4–5 курсы лечебного факультета (90%), в то время как привлечение студентов 1-го и 6-го курсов оказалось сложной задачей (10%). Исследование результатов опроса продемонстрировало, что у студентов наблюдается высокий уровень тревожности и стресса. Согласно данным о ситуативной тревожности, 17,8% участников имеют низкий уровень тревоги, 33,3% – средний уровень, а 48,9% студентов испытывают высокую ситуативную тревожность. При анализе проведенного опроса мы выявили, что 17,8% имеют низкую степень тревожности, 30% – среднюю, и 52,2% – высокую степень личной тревожности. Таким образом, подавляющее большинство студентов считает себя тревожными.

На вопрос о приверженности ЗОЖ лишь 20% опрошенных уверенно заявили, что соблюдают эти принципы. При этом студенты осознают уровень своей тревожности. По данным опроса, 51% студентов курят, что является довольно высоким показателем. В то время как всего 16% учащихся ложатся спать вовремя. В среднем, студенты спят около 5-6 часов в сутки, что значительно ниже рекомендуемой нормы.

Данные о физической активности также вызывают беспокойство: 61% студентов пренебрегают регулярными физическими упражнениями. В контексте здоровья это осложняется неумением соблюдать сбалансированное питание – лишь 6% опрошенных питаются правильно. Несмотря на это, водный баланс соблюдается лучше, чем питание, что отчасти утешает. Однако стоит отметить, что 39% студентов не завтракают, что подчеркивает необходимость повышенного внимания к вопросам правильного питания. Отношение студентов к алкоголю разнообразно, но большинство из них не демонстрирует негативного отношения к употреблению спиртных напитков. В то же время, 97% опрошенных понимают опасность запрещенных веществ и заявили, что никогда их не употребляли.

Заключение. В ходе исследования было выявлено, что большинство студентов обладают высоким уровнем как личностной, так и ситуативной тревожности. Личностная тревожность перевешивает ситуативную, однако оба показателя остаются на высоком уровне. Студенты адекватно оценивают свой уровень тревожности, как показали результаты теста Спилберга. Исследование также обнаружило сильную взаимосвязь между уровнем тревожности, курением, недостаточной продолжительностью сна и низким уровнем физической активности. Эти факторы подчеркивают необходимость комплексного подхода к психофизическому здоровью студентов и важность внедрения программ, реализации инициатив, направленных на уменьшение уровня тревожности и поощрение здорового образа жизни среди молодежи [2].

Осознание связи между соблюдением принципов здорового образа жизни и уровнем тревожности может стать основой для разработки программ по пропаганде ЗОЖ в образовательных учреждениях. Понимание факторов, влияющих на уровень тревожности, поможет подготовить более устойчивых и компетентных специалистов, способных эффективно справляться со стрессовыми ситуациями в будущем [3].

Список литературы

1. Аракелов Г.Г., Шишкова Н.Р. Тревожность, методы ее диагностики и коррекции. – М.: Изд-во Московского гос. ун-та имени М.В. Ломоносова. – 1997. – 36 с.
2. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина. – 2011. – URL: <https://psytests.org/anxiety/stai.html> (дата обращения: 20.11.2024).
3. Астапов В.М. Тревога и тревожность: хрестоматия: учебное пособие. – СПб.: Изд-во Пер Сэ. – 2008. – 240 с.

АНАЛИЗ ДУХОВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бочкарева Г.Н., Антоненко К.А., Иванова С.Д.

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

Введение. Болезни, «угрожающие жизни или меняющие ее, характеризуются не только физическими симптомами» [1]. Неизлечимая болезнь вызывает физические, эмоциональные, социальные и духовные страдания [2, 3]. ВОЗ признает, что духовная поддержка остается одной из наиболее значимых составляющих помощи пациентам в системе здравоохранения [1].

В контексте духовных потребностей рассматриваются религиозные потребности пациентов.

Цель исследования. Проанализировать духовные потребности онкологических пациентов в поздние сроки болезни.

Материалы и методы. В социологическом исследовании с использованием вопросов анкет по духовным потребностям [4, 5] приняли участие 100 онкологических пациентов в поздние стадии болезни. Метод обработки полученных данных статистический.

Результаты исследования.

Большинство (78%) респондентов считают себя верующими. Из них 67% веруют с детства, 9% начали верить из-за болезни. 75% респондентов православные, 3% исповедуют ислам. По мнению 84% респондентов, вера помогает преодолеть болезнь. Верующие респонденты отметили, что «особенно важной становится связь с близкими (76%), прощение ошибок (49%) и осознание смысла жизни (81%)».

74% верующих респондентов считают, что болезнь – это испытание. По мнению 68% респондентов, болезнь позволила им глубже поверить в Бога, вернула веру в добрых людей, позволила любить и ценить людей и жизнь. «Вера в божественное испытание дает утешение, особенно в тяжелых ситуациях. Они чувствуют, что не одиноки», потому что Бог «всегда рядом».

В ситуации болезни 53% респондентов чувствуют необходимость завершить определенные проекты для своей семьи, друзей и профессии, завершение проектов для семьи становится символическим способом продлить свое присутствие в жизни близких. 63% респондентов чувствуют необходимость исполнить желание, которое не смогли исполнить до болезни. Реализация давней мечты, становится подтверждением того, что «болезнь не смогла полностью лишить их радости жизни».

92% респондентам важно чувствовать себя в мире с самими собой и со своей совестью. 79% респондентов надеются, что Бог поможет им излечиться от заболевания.

45% участников опроса указали на необходимость регулярных бесед со священнослужителям при стационарном лечении.

Заключение.

Большинство пациентов с онкологическими заболеваниями в поздние сроки болезни верующие и нуждаются духовной поддержке. Болезнь нередко вызывает у пациентов переоценку жизненных приоритетов. Надежда на помощь Бога помогает пациентам справляться с отчаянием, страхом и неуверенностью. Она служит источником силы и утешения, особенно в моменты, когда медицинские прогнозы кажутся неблагоприятными.

Список литературы.

1. Quinn B., Connolly M. Spirituality in palliative care // BMC Palliat Care. – 2023. – Vol. 22, № 1. – P. 1. DOI: 10.1186/s12904-022-01116-x.

2. Batstone E., Bailey C., Hallett N. Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review // J Clin Nurs. – 2020. – Vol. 29, № 19–20. – P. 3609–3624. DOI: 10.1111/jocn.15411

3. Wisersith W., Sukcharoen P., Sripinkaew K. Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients // Asian Pac J Cancer Prev. – 2021. – Vol. 22, № 12. – P. 3773–3779. DOI: 10.31557/APJCP.2021.22.12.3773

4. Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit / A. Vilalta, J. Valls, J. Porta [et al.] // J Palliat Med. – 2014. – Vol. 17 (5) – P. 592–600. DOI: 10.1089/jpm.2013.0569

5. Черкасова А.Е. Институциональное взаимодействие медицины и религии: монография. М. – 2005. – С. 272.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Бочкарева Г.Н., Батыргалиева Л.С., Шишкина Е.А., Меликян А.А.

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

Введение. Эффективность системы здравоохранения рассматривается в качестве «основной характеристики функционирования системы, которая является обобщающей категорией, включающей социальный, медицинский и экономический аспекты» [1]. «Одним из ведущих индикаторов социальной эффективности здравоохранения является оценка, мониторинг и анализ социальной удовлетворенности пациентов медицинской помощью» [2]. «Удовлетворенность пациента при взаимодействии с системой здравоохранения относится к основным характеристикам качества медицинской помощи» [3].

Цель исследования. Проанализировать удовлетворенность пациентов с онкологическим заболеванием в поздних стадиях болезни доступностью и качеством медицинской помощи в региональном здравоохранении.

Материалы и методы. В социологическом исследовании приняли участие 100 пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями в поздних стадиях. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым [4]. Респонденты могли указать несколько вариантов ответов на вопросы анкеты.

Результаты исследования.

Респонденты обращались в течение года в

- поликлинику по месту жительства (35% ответов),
- частные медицинские организации (9% ответов),
- стационар медицинской организации (19% ответов),
- другое (37% ответов).

На дорогу в медицинскую организацию пациенты тратили:

- до 15 минут (11% ответов),
- до 30 минут (34% ответов),
- более 1 часа (34% ответов),
- до 2 часов (17% ответов),
- более 2 часов (4% ответов).

Время ожидания приема врача:

- менее 15 минут (31% ответов),
- менее 30 минут (32% ответов),
- менее 1 часа (24% ответов),
- более 1 часа (13% ответов).

Платные медицинские услуги доступны:

- да, доступны (59% ответов),
- нет, не доступны (30% ответов),
- затрудняюсь ответить (11% ответов),

По оценке качества платных и бесплатных медицинских услуг:

- платные медицинские услуги более высокого качества (52% ответов),
- платные медицинские услуги более низкого качества (4% ответов),
- платные и бесплатные медицинские услуги равноценны по качеству (44% ответов).

Респонденты определили проблемы, которые возникают у пациентов в ситуации хронического заболевания:

- недостаточное техническое оснащение медицинских организаций (11% ответов),
- высокая стоимость лекарственных препаратов (21% ответов),
- большие очереди на приём к врачу (11% ответов),
- ограничение доступности бесплатной медицинской помощи (14% ответов),
- отсутствие социальной поддержки (2% ответов),
- плохое качество медицинского обслуживания (6% ответов),
- плохие условия пребывания в стационаре (6% ответов),
- недостаточная квалификация медицинского персонала (8% ответов),
- невнимательное отношение медицинского персонала (7% ответов),
- отсутствие психологической поддержки пациента и семьи (3% ответов),
- большие очереди на госпитализацию (11% ответов).

Респонденты оценили качество и доступность медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями:

- хорошее (34% ответов),
- удовлетворительное (46% ответов),
- плохое (13% ответов),
- затрудняюсь ответить (7% ответов).

Заключение. 35% респондентов обращались за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. 45% респондентов тратят на дорогу в медицинскую организацию не более 30 мин. Время ожидания приемы врача для 63% респондентов составляет менее 30 мин. Для 59% респондентов доступны платные медицинские услуги. По мнению 52% респондентов платные медицинские услуги более высокого качества. 21% респондентов отмечают высокую стоимость лекарственных препаратов в ситуации хронического заболевания. 46% респондентов оценили доступность и качество медицинской помощи в Саратовской области как удовлетворительные.

Список литературы.

1. Удовлетворенность врачей (в социальной роли пациентов) медицинской помощью в сельском здравоохранении региона / М.Г. Еремина, Е.А. Григорьева, И.Л. Кром [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. 2022. – Т. 18, № 1. – С. 63–67.
2. Состояние социальной эффективности здравоохранения (по данным оценки удовлетворенности пациентов оказанной помощью) / А.В. Олейник, Н.А. Садовникова, Д.Л. Мушников [и др.] // Образовательный вестник Сознание. – 2020. – Т. 22, № 2. – С. 10–15.
3. ВОЗ. Качество медицинской помощи // Информ. бюллетень ВОЗ для руководителей здравоохранения. – 2005. – № 6. – С. 317.
4. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: руководство. – М.: Медицина, 2003. – С. 1047.

ПРОБЛЕМА ДЕМОГРАФИИ. ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ К РОЖДАЕМОСТИ

Брянцева П.В., Кабиев М.Е.

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

Введение. В последние десятилетия наблюдается значительное изменение демографического поведения молодежи, связанное с изменением ценностей, образа жизни и экономических условий, что обостряет проблему демографии. [1; 2] Исходя из этого, становится актуальным исследование отношения молодежи Саратовской области к рождаемости, которое поможет определить текущие тенденции и прогнозировать изменения в структуре общества.

Цель исследования. Изучить отношение молодежи Саратовской области к вопросам рождаемости, выявить ключевые факторы, влияющие на принятие решения о рождении детей, предложить рекомендации по улучшению демографической ситуации в регионе.

Задачи:

1. Узнать о ключевых мотивах для рождения детей.
2. Исследовать факторы, останавливающие молодых людей в планировании семьи (личные приоритеты, образование, карьера)
3. Определить предпочтительный возраст молодежи для рождения первого ребенка.
4. Предложить рекомендации по решению проблемы рождаемости.
5. Определить степень важности государственной помощи молодым семьям (выплаты при рождении ребёнка, льготное жильё, льгота на участок и пр.).

Перечисленные задачи помогут комплексно рассмотреть аспекты отношения молодежи к рождаемости и предложить рекомендации по улучшению демографической ситуации в Саратовской области.

Материалы и методы исследования: анкетирование, статистический анализ полученных данных, анализ литературы.

Результаты исследования. На основе анализа статистических данных выявлены ключевые тенденции и особенности репродуктивного поведения молодежи. Особое внимание уделено мотивам и препятствиям, влияющим на принятие решения о рождении детей.

На основе библиографического анализа предложены рекомендации по решению вопроса рождаемости: 1) улучшение социально-экономических условий: создание рабочих мест, развитие социальной инфраструктуры, здравоохранения, создание благоприятной городской среды с общественными пространствами, парками и культурными объектами (в деревнях и сёлах области); 2) поддержка семьи и детства: развитие системы дошкольного образования для возможности родителей выходить на работу или учебу; 3) государственная поддержка: разработка и реализация государственной стратегии по решению демографических проблем, финансирование программ, направленных на повышение рождаемости [3].

По результатам анкетирования, наиболее эффективными мерами государственной поддержки являются: выплаты при рождении ребенка (98,3%), льготы на жильё и земельный участок (89,7%), льготы на ипотеку (85,1%), бесплатное образование (83%), налоговые льготы (60%)

Заключение. По данным анкетирования выяснилось, что предпочтительный возраст для появления первенца у молодежи 23–27 лет (50,3% проголосовавших), после 28 лет (20%), тем временем не знают или вовсе не планируют детей 27,7% респондентов, у оставшихся 2% уже есть дети. Основным мотивом для рождения ребенка является желание создать полноценную семью (99%). Главным препятствием

является желание получить образование, кроме того, по мнению респондентов, люди с более высоким уровнем образования склонны откладывать рождение детей на длительный срок. Высокие расходы на содержание детей и личные приоритеты также играют важную роль в снижении показателя рождаемости.

Наиболее эффективными способами государственной поддержки молодежь считает выплаты при рождении ребенка (98,3%), льготы на жильё и земельный участок (89,7%), льготы на ипотеку (85,1%), бесплатное образование (83%).

Список литературы

1. Блинова Т.В., Былина С.Г. Современные тенденции демографического развития Саратовской области // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2022. – NR. 3. (67). – С. 82–90.

2. Хачатрян Л.А. Рождаемость в современном российском обществе: особенности и последствия // Вестник Пермского университета. – 2011. – №. 4. – С. 98–106.

3. Симатова Е.В. Комплексное исследование региональной демографической ситуации: перспективы развития и пути решения // Научное обозрение. Слово молодым ученым. – 2016.– №. 1. – С. 88–97.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ И СНИЖЕНИЯ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Г. САРАТОВА

Болотина Е.В., Морозова А.Л.

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

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смертности в мире. По данным Росстата за 2022 год, они составляют 566,8 случаев на 100 000 населения. Задача здравоохранения – минимизация факторов риска ССЗ через пропаганду здорового образа жизни [1].

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между наличием возможных факторов риска ССЗ у молодежи и снижением возраста пациентов кардиологического профиля.

Материалы и методы исследования. Нами была разработана оригинальная анкета о факторах риска ССЗ и осведомленности пациентов об ответственности за свое здоровье. Мы провели ретроспективный анализ половозрастной структуры ССЗ кардиологического отделения УКБ № 1 им.С.Р.Миротворцева за 2021–2023 гг. В рамках нашего исследования был проведен анализ статистических данных Росстата и Саратовстата по заболеваемости ССЗ за 2020–2022 гг. и действующей нормативно-правовой базы в сфере охраны здоровья.

Результаты исследования. При анализе возрастного состава пациентов кардиологического отделения УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева за 2021–2023 гг., выяснилось, что доля пациентов в возрасте 31–40 лет возросла на 37,5%, а в возрасте 41–50 лет – на 11,7% с 2021 по 2023 г. Мы предположили наличие факторов риска ССЗ не только у взрослого населения, но и у молодежи. Нами было проведено анкетирование студентов г. Саратова по выявлению факторов риска ССЗ и определения уровня ответственности за состояние своего здоровья. Всего в анкетировании приняло участие 352 человека, из них 34% – учащиеся СГМУ им.В.И.Разумовского и 66% – студенты других вузов г.Саратова.

Большинство опрошенных обеих групп не злоупотребляют вредными привычками: 81% студентов СГМУ и 70% студентов немедицинских вузов не курят, редко употребляют алкоголь 73% и 71%, соответственно. 71% будущих врачей и 63% учащихся других вузов частично придерживаются правильного питания. Половина

опрошенных обеих групп (52% студентов-медиков и 56% студентов немедицинских вузов) занимается спортом иногда, а 21% и 17%, соответственно, – регулярно.

Однако быстрый темп жизни способствует высокому уровню стресса, который довольно часто наблюдают у себя 37% респондентов из СГМУ и 52% – из немедицинских вузов, 40% и 30% опрошенных, соответственно, испытывают стресс редко и 13% в обеих группах – постоянно.

Заболеваемость среди студентов СГМУ ниже, чем у учащихся других вузов (61% и 51%, соответственно). ССЗ у студентов немедицинских вузов встречаются в два раза чаще, что может быть связано с высоким уровнем стресса и меньшей приверженностью к здоровому образу жизни. В то же время заболевания ЖКТ чаще наблюдаются у студентов-медиков, вероятно из-за организационных особенностей медицинского университета, предполагающих быстрые «перекусы на ходу».

Респонденты медицинского вуза в целом реже отмечают у себя появление одышки при небольшой физической нагрузке, с которой они раньше справлялись без труда, учащение сердцебиения при стрессе и повышение артериального давления, чем студенты немедицинских вузов.

Почти единогласно студенты СГМУ (98%) считают, что сам пациент несет ответственность за свое здоровье, в то время как только 87% респондентов из других вузов ответили аналогично. 11% ответили, что ответственность за здоровье пациента лежит на враче.

90% респондентов медицинского университета считают, что пациент обязан соблюдать рекомендации и назначения врача, и только 75% студентов других учебных заведений ответили аналогично. 10% участников опроса из «немедицинских» вузов уверены, что имеют право самостоятельно корректировать лечение. Этот вопрос подсветил проблему снижения авторитетности врача у нынешнего населения.

90% студентов-медиков считают, что предотвратить развитие многих заболеваний можно, если вести здоровый образ жизни. 9% обучающихся на немедицинских специальностях, считают, что болезнь – это дело случая, 86% респондентов согласны с тем, что здоровый образ жизни может предотвратить развитие многих заболеваний.

Единогласно все студенты СГМУ ответили, что родители/опекуны несут ответственность за здоровье ребенка до 18 лет. Некоторые студенты немедицинских вузов указали, что сам ребенок несет ответственность за свое здоровье (5%) и лечащий врач (1%).

Заключение. Мы выявили связь между факторами риска ССЗ у молодежи и снижением возраста пациентов кардиологического профиля. ССЗ становятся все более распространенными среди студентов, многие из которых уже имеют симптомы заболеваний. Несмотря на осознание важности здорового образа жизни, такие факторы, как неправильное питание, нерегулярный режим дня, отсутствие физической активности и высокий уровень стресса, присутствуют у студентов. Это может привести к тому, что молодежь в будущем станет пациентами кардиологического отделения.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. Федеральная служба государственной статистики. – 2023. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 15.11.2024).

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕКЛАМЫ ГЛАЗАМИ ЖИТЕЛЕЙ Г. САРАТОВА И САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бородусова А.М., Ажиева Д.А., Китавина Н.В.

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

Введение. Реклама занимает важнейшее место в современном мире, формируя предпочтения потребителей и направляя их покупательские решения [1]. В сфере медицинских товаров и услуг значимость рекламы возрастает многократно, ведь своевременный и правильный выбор медицинского продукта или услуги непосредственно влияет на здоровье и благополучие людей, выверенная реклама повышает уровень информированности о медицинской помощи. Актуальность нашего исследования обусловлена наличием ряда проблем в медицинской медиасфере, связанных с этической ответственностью и достоверностью информации, правовыми ограничениями, потребностями целевой аудитории [2].

Цель исследования. Изучение мнения граждан Саратова и области для выявления основных проблем медицинской рекламы.

Материалы и методы исследования. Результаты анкетирования 135 граждан г. Саратова и области с помощью оригинальной анкеты, состоящей из 15 вопросов. Использовались статистический, аналитический и метод соц. опроса, специальная компьютерная программа для обработки анкет и вычисления показателей.

Результаты исследования. Большинство участников анкетирования составили женщины (74,1%), что подтверждает мнение о большей их нацеленности в использовании рекламной продукции [3]. Преобладали респонденты в возрасте от 18 до 39 лет (87,4%). Подавляющее число опрошенных – это жители городов районного значения (43%) и проживающие в областном центре (41,5%). Более половины респондентов (57,8%) обращают внимание на рекламу, 33,3% обращают «иногда», не обращают внимание 8,9% опрошенных. На первом месте по значимости поиска информации находится интернет, этот вариант выбрали 85,2% опрошенных, на втором – информация, полученная от близких и родственников – 59,3%, наименее популярными источниками информации оказались журналы и брошюры – 10,4%. На вопрос «Какие источники информации о здоровье и медицине Вы считаете наиболее надёжными?» 93,3% опрошенных выбрали в качестве главного источника объяснения врача, 71,9% – специализированную литературу. Информацию из интернета, особенно от блогеров, считают надёжной только 16,3% опрошенных. В то же время телепередачи, такие как, например, «Жить здорово», получили поддержку лишь у 8,1% аудитории. Оценивают влияние медиарекламы как положительное, отмечая, что она сокращает время поиска медицинских услуг и повышает их доступность, большинство (60%) анкетированных, у 25,2% реклама не влияет на выбор медицинских товаров и услуг, около 15% считают, что реклама оказывает отрицательное влияние, вызывая ажиотаж и снижая доступность услуг. Более половины респондентов (54,1%) отметили, что реклама с участием медийных личностей вызывает у них безразличие, 20,7% отметили, что отталкивает или раздражает их, только 25,2% заявили, что подобная реклама привлекает их внимание и вызывает доверие к продукту. Наличие положительных отзывов пользователей интернета не является гарантией качества медицинского товара или услуги для 46,7% аудитории, у 44,4% такие отзывы могут служить индикатором качества, не обращают внимание на отзывы 8,9%. Наибольшее количество респондентов (88,9%) определили достоверность как наиболее важную характеристику медицинской рекламы, на втором месте оказалась ее информативность (73,7%), на третьем – своевременность (27,4%). Только 24,4% посчитали этическую выдержанность важным параметром рекламы. На вопрос об эффективности контроля медицинской рекламы государством 40,7% опрошенных затруднились с ответом, значительная часть (37,8%) считают контроль недостаточным и только 21,5% респондентов считают, что медицинская реклама эффективно контролируется государством.

Заключение. Реклама играет ключевую роль в выборе медицинских товаров и услуг, главным источником информации является интернет, однако наибольшее доверие вызывают объяснения врача. Установлено безразличие основной аудитории к

телепередачам медицинской направленности, низкий уровень доверия к рекомендациям блогеров, безразличие и даже отталкивающее воздействие от участия в медицинской рекламе знаменитостей. Потребителям важны информативные и достоверные рекламные сообщения, а также вопросы этики. Опрос показал необходимость дополнительных мер со стороны государства для усиления контроля над рекламной деятельностью в медицинском секторе.

Список литературы

1. Логунов Э.С. Влияние рекламы на потребительское поведение мужчин и женщин // Россия молодая: сборник материалов XII Всероссийской, научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, Кемерово, 21–24 апреля 2020 года. – Кемерово: Издательство Кузбасского государственного технического университета имени Т.Ф. Горбачева. – 2020. – С. 84508.1–84508.5.

2. Дианина Е.В., Мореева Е.В. Этика в медицинской рекламе: теоретический аспект // Труд и социальные отношения. – 2021. – Т. 32, №. 3. – С. 124–133.

3. Мещерякова В.Г. Влияние рекламы на женщин // Наука и современность. – 2015. – №. 39. – С. 81–85.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ О МЕДИКО-ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Волчкова А.А., Мельникова Я.В.

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

Введение. В России остро стоит проблема низкой демографии, что делает вопросы информированности и ответственности студенческой молодежи в сфере репродуктивного здоровья и подготовки к беременности и родам крайне актуальными. Но многие студенты не готовы ответственно подходить к вопросам беременности и деторождения.

Рассмотрев статистику осложнений беременности и родов, можно сделать вывод, что последние десять лет уровень осложнений родов существенно не менялся. Несмотря на развитие медицины, средний показатель остается высоким – около 630 случаев осложнений на 1000 родов [1].

Одной из причин такой ситуации является отсутствие ответственности в вопросах предгравидарной подготовки.

Права беременных женщин закреплены на государственном уровне [2]. Государство предпринимает меры по повышению ответственности граждан, например, введение пособий [3], однако прямое влияние на отношение к подготовке к беременности оно оказать не может.

Цель исследования. Целью исследования является оценка информированности студентов о репродуктивном здоровье и подготовке к беременности, а также степени их ответственности за собственное здоровье в контексте будущего деторождения.

Материалы и методы исследования. Анализ статистических данных, проведение анкетирования среди студентов медицинских и немедицинских специальностей и оценка его результатов. Анкета включала вопросы о знании терминов, прегравидарной подготовке, о понимании медико-правовых аспектов репродуктивного здоровья. В опросе приняли участие 273 человека.

Результаты исследования. Большинство студентов медицинских и немедицинских специальностей признает важность прегравидарной подготовки (93,3% и 65,5% соответственно).

Студенты медицинских специальностей лучше информированы о репродуктивном здоровье и более ответственны в вопросах подготовки к беременности, они осведомлены об объеме мероприятий входящих в понятие прегравидарной подготовки: за вариант «Прохождение обследований» проголосовало 98,3%, 85% из них также посчитали необходимой консультацию акушера-гинеколога. Представители немедицинских специальностей показали менее положительные результаты: за вариант «Прохождение обследований» проголосовало 76,4%, 63,6% из них также выбрали необходимость консультации акушера-гинеколога.

Представители студенческой молодежи осведомлены о необходимости постановки беременных на учет: 100% опрошенных считают постановку на учет по беременности обязательной и большинство респондентов знают точные сроки – до 12 недель.

Более 80% студентов считают, что мужчина-партнер должен участвовать в подготовке к беременности наравне с женщиной.

Студенты осведомлены о существующих мерах социальной поддержки для семей с детьми.

Респонденты недостаточно знакомы с документами, регламентирующими права беременных женщин.

Основной источник достоверной информации о репродуктивном здоровье для большинства студентов – врач акушер-гинеколог (96,7% студентов медицинских и 90,9% немедицинских профилей обращаются за информацией к врачам). Однако некоторые доверяют Интернет-ресурсам и советам окружения: 23,3% среди студентов-медиков и 23,6% студентов других специальностей считают достоверным источником Интернет-ресурсы, к рекомендациям близких более склонны прислушиваться учащиеся немедицинских специальностей (18,2%), в то время как среди студентов-медиков – 5%.

Заключение. Результаты анкетирования показали достаточно высокий уровень информированности студентов в вопросах репродуктивного здоровья. Как и ожидалось, респонденты, обучающиеся на медицинских специальностях, показали лучший результат.

У достаточного количества студентов немедицинских специальностей вопросы анкеты вызвали затруднения.

Для повышения уровня информированности и ответственности среди студентов требуется повышение доступности достоверной медицинской информации.

Для этого предложено создание общедоступного ресурса в виде мобильного приложения, предоставляющего достоверную информацию о репродуктивном здоровье и подготовке к беременности.

Список литературы

1. Здравоохранение. Федеральная служба государственной статистики. – 2024. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 29.11.2024).
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 05.01.2024). – 2011. – URL: <https://kapmed.ru/upload/iblock/e6b/7kvyuydu9v85z6zdeumf08nc3upp8rgy1.pdf> (дата обращения: 29.11.2024).
3. О порядке назначения и выплаты ежемесячного пособия в связи с рождением и воспитанием ребенка: постановление Правительства РФ от 16 дек. 2022 г. № 2330: (ред. от 09.04.2024). – 2022. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=474371> (дата обращения: 29.11.2024).

МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ САРАТОВСКОГО ГМУ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ

Гречишкина А.А., Калина Е.Н., Лизунов Г.А.

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

Введение. Прививки, или вакцинации, представляют собой медицинские процедуры, направленные на формирование иммунной защиты против инфекционных заболеваний. Календарь прививок является важным инструментом в системе профилактики инфекционных заболеваний, обеспечивающим своевременную вакцинацию населения в соответствии с медико-демографическими потребностями страны [1]. В России календарь прививок регулярно обновляется, учитывая эпидемиологическую ситуацию и рекомендации (ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК в соответствии с приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 декабря 2021 г. № 1122н). На сегодняшний день молодежь в России охватывает возрастную категорию от 14 до 30 лет. Календарь прививок, рекомендуемый для этой группы, включает как обязательные, так и дополнительные прививки, направленные на защиту от наиболее распространённых и опасных инфекционных заболеваний [2].

Цель исследования. Определить полноту соблюдения календаря прививок среди молодежи в возрасте 18-23 лет, выявить факторы, влияющие на приверженность к вакцинации.

Материалы и методы исследования. В скрининговом исследовании приняло участие 50 респондентов, студентов СГМУ (18-25 лет). Сформирована выборка, представляющая собой разнообразное и репрезентативное население данной возрастной категории. Равномерное распределение по половому признаку и различным этническим группам, чтобы избежать предвзятости и получить более полное представление о мотивации и барьерах, с которыми сталкиваются молодые люди при принятии решений о вакцинации. Онлайн-опрос: электронная версия анкеты, которую можно будет заполнить на специализированной платформе Google Forms. Ссылки на анкету будут распространены через социальные сети (telegram, ВКонтакте). Применялись статистический, аналитический и социологический методы исследования.

Результаты исследования. По результатам анкетирования выяснили, что 68,8% респондентов получали прививки в соответствии с национальным календарем (больше 50% – положительный результат). Это положительный показатель, свидетельствующий о высоком уровне соблюдения рекомендаций. Из тех, кто следовал календарю, 71% получили прививку от столбняка/дифтерии, 62,2% от гриппа, 60% от КПК (Корь, паротит, краснуха), 44 % от COVID-19. Однако 14,6 % респондентов были выявлены случаи частичного несоблюдения календаря прививок, остальные 16,6% не получали. Среди основных причин назвали: нехватка информации (40,9%): многие респонденты не могли точно указать, какие прививки обязаны делать в их возрасте, отсутствие времени (31,8%): молодые люди сослались на занятость в учебе и работе, что не позволяло им посетить медицинские учреждения. Непонимание эффективности вакцинации (27,3%): около четверти участников сомневались в действии вакцин и боялись негативных последствий. Таким образом, данные исследования показывают, что, несмотря на наличие осведомленности о вакцинации и практике получения прививок среди значительной части молодежи, существуют все же барьеры, которые снижают эффективность вакцинации.

Заключение. Отношение молодежи в возрасте 18-25 лет к вакцинации и соблюдению национального календаря прививок характеризуется следующими моментами:

1. Высоким уровнем ответственности молодежи в отношении собственного здоровья и здоровья окружающих – общий уровень соблюдения календаря прививок среди возрастной группы 18-25 лет составляет 68,8%.

2. Установлены основные молодежные источники получения информации о вакцинации – это интернет и медицинские работники. Это подчеркивает важность наличия доступной и достоверной информации, так как она значительно влияет на осведомленность и принятие решения о вакцинации.

3. Выявлены основные барьеры, препятствующие соблюдению национального календаря прививок и снижающие эффективность профилактических программ: недостаточность информации, дефицит времени, боязнь осложнений при вакцинации.

4. Необходимость поиска надежных источников информации о важности и безопасности вакцинации. Молодежь часто сталкивается с дезинформацией, что создает риски для общественного здоровья.

Список литературы

1. Литвяков В.Я. Значение профилактических прививок для борьбы с инфекционными болезнями, в том числе с коронавирусной инфекцией. – 2021. – URL: <https://goo.su/NnFj0> (дата обращения: 28.11.2024).

2. Календарь профилактических прививок. – 2021. – URL: <https://www.endocrincentr.ru/patientam/kalendar-profilakticheskikh-privivok> (дата обращения: 28.11.2024).

ИЗБЫТОК ИНФОРМАЦИИ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА СТУДЕНТА-МЕДИКА

Давыдов К.Д., Довгалецкий М.Я., Долгова Е.М.

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

Введение. Синдром студента-медика – состояние, встречающееся у студентов медицинских учебных учреждений, проявляется возникновением симптомов, характерных для изучаемых нозологий или страхом заболеть рассматриваемым заболеванием. Знакомство с большим количеством знаний о многих заболеваниях может привести к поиску некоторых их симптомов у себя, преувеличению незначительных признаков, неправильной самодиагностике из-за нехватки опыта и профессионализма, что обычно приводит к излишнему беспокойству [1].

Цель исследования. Выяснить распространенность синдрома студента-медика среди студентов средних и старших курсов медицинского университета. Определить основные источники информации о заболеваниях и степень заинтересованности студентов в их изучении. Сформулировать комплекс мер для снижения уровня тревожности.

Материалы и методы исследования. Анализ статистических данных на основании проведенного анкетирования студентов медицинских специальностей, оценка результатов. Анкета включала вопросы о возникновении у студентов симптомов изучаемого заболевания, степени боязни заразиться инфекционными заболеваниями, частоте обращений в год за медицинской помощью, основных источниках медицинской информации и заинтересованности в изучении различных заболеваний. В анкетировании приняли участие 110 респондентов.

Результаты исследования. Было проведено анкетирование среди студентов 3–6 курсов медицинского университета. В результате получены данные, которые говорят о том, что студенты старших курсов менее подвержены тревожности в отношении своего здоровья. Среди опрошенных студентов 3–4 курсов только 29% не относят себя к лицам, сильно переживающим за собственное здоровье. Среди 5–6 курсов этот показатель достиг значения 44%.

Кроме этого, было выяснено, что студенты 5–6 курсов в целом более любознательные: они интересуются тематикой различных заболеваний по собственной инициативе, а не только по необходимости в канве обучения, поэтому при постоянном получении медицинской информации они приспосабливаются к рациональному восприятию и анализу полученной информации.

Был задан вопрос об изменении самочувствия после получения сведений о патогенезе заболевания (на момент болезни), которое указано в диагнозе. Результаты следующие: 5% респондентов заявили, что чувствовали себя лучше; 70% сказали, что данная информация никак не отразилась на самочувствии и 22% опрошенных почувствовали ухудшение самочувствия после постановления диагноза и получения сведений о патогенезе.

Также было проведено исследование частоты обращений за медицинской консультацией. Среди всех опрошенных большинство (69%) консультируется со специалистами только когда чувствуют себя очень плохо и самостоятельное лечение в течение продолжительного времени не приносит положительных результатов. Только 4% проводят профилактические осмотры и 1% обращается за медицинской консультацией из-за избыточного волнения за собственное здоровье.

Почти половина опрошенных (45%) основной источник получения информации о заболеваниях – медицинские сайты и публикации в научных журналах; 30 % ищут информацию на различных интернет-ресурсах.

На вопрос: «Есть ли у вас знакомые или родственники, которые страдают ипохондрией?» – 46% опрошенных отметили, что имеют в кругу своей семьи родственников, которые постоянно беспокоятся за собственное здоровье; 38,3 % участников выбрали ответ: «Ипохондрией никто не страдает».

Заключение. Студенты старших курсов, в сравнении со студентами средних курсов, в меньшей степени страдают синдромом студента-медика, что связано с использованием ими более качественных и достоверных источников информации, появлением практического опыта и адаптацией к особенностям изучаемого учебного материала.

Для снижения частоты встречаемости синдрома студента-медика предложен ряд рекомендаций:

- использование достоверных источников информации;
- обращение к специалисту при возникновении спорных клинических ситуаций;
- ведение здорового образа жизни;
- соблюдение правил личной гигиены;
- обучение студентов рациональному применению полученных знаний.

Список литературы

1. Шмаков М.А. Синдром студента-медика // Психолого-педагогические исследования – Тульскому региону: Сборник материалов II Региональной научно-практической конференции магистрантов, аспирантов, стажеров, Тула, 18 мая 2022 года. – Чебоксары: Издательский дом «Среда». – 2022. – С. 312–316.

ЛУЧЕВАЯ НАГРУЗКА В МЕДИЦИНЕ: ПРИНЦИПЫ ИЗМЕРЕНИЙ И ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ибрагимов И.М., Федюнин И.В., Щербакова И.В.

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

Введение. Проблема оптимизации доз облучения пациентов в лучевой диагностике и лучевой терапии является достаточно актуальной в связи с расширением возможностей современных высокотехнологичных методов в медицине [1]. Цель данной работы – анализ понятия «лучевая нагрузка», основных принципов ее измерения и возможностей применения цифровых технологий в данной сфере.

Цель исследования. Анализ понятия «лучевая нагрузка», принципов ее измерения и возможностей применения цифровых технологий.

Материалы и методы исследования. Материалы научных статей по теме исследования; общетеоретические методы исследования.

Результаты исследования. Термином «лучевая нагрузка» (ЛН) обозначается то количество энергии, которое поглощается органами и тканями при облучении в ходе диагностики и терапии [2], в первую очередь – при рентгенографии, флюорографии, компьютерной томографии и др. Величина ЛН измеряется в миллизивертах, обозначаемых мЗв. Верхний показатель нормы составляет 3 мЗв в год на пациента, однако суммарную дозу ЛН, полученную конкретным пациентом, определить нелегко, учитывая его возможности обращения в различные медицинские организации для проведения рентгенографии, рентгеноскопии, маммографии, стоматологических КТ-исследований, ударно-волновой литотрипсии и т.д. [3]. Если пациенту провели рентгеноскопию кишечника со следующими параметрами рентгенологического исследования: размер поля $30 \times 30 \text{ см}^2$, фокусное расстояние 60 см, $U=90 \text{ кВ}$ и измеренное значение произведения дозы на площадь $\Phi=1500 \text{ сГр}\cdot\text{см}^2$, то значение дозового коэффициента, соответствующее выбранному режиму исследования, K_d составляет $2,2 \text{ мкЗв}/(\text{сГр}\cdot\text{см}^2)$ [3]. Значения Φ и K_d позволяют вычислить значение эффективной дозы облучения, полученной пациентом при проведении данного вида рентгенодиагностики:

$$E = 2,2 \text{ мкЗв}/(\text{сГр}\cdot\text{см}^2) \cdot 1500 \text{ сГр}\cdot\text{см}^2 = 3300 \text{ мкЗв} = 3,3 \text{ мЗв}$$

Общемировой тенденцией, связанной с пандемией COVID-19, стало существенное увеличение вклада компьютерной томографии в объем проводимых в медучреждениях диагностических рентгенорадиологических процедур и соответственно повышение ЛН [4]. Известно, что показатели ЛН многократно возрастают при многофазном сканировании с контрастным усилением. Даже усредненные статистические данные мониторинга медицинского облучения на уровне 1,01 мЗв на человека в год по всем регионам Российской Федерации [5] отражают тот факт, что медицинское излучение занимает второе место после естественных источников. Согласно данным радиационно-гигиенической паспортизации, наиболее значительный вклад в коллективную дозу облучения населения в медицине вносит рентгеноскопия, хотя ее доля не превышает 4% коллективной дозы населения России, в то время как флюорография вносит около 30% коллективной дозы [5].

Основными методами обнаружения и измерения лучевых нагрузок являются ионизационный, химический, фотографический, сцинтилляционный методы: первый основан на эффектах ионизации облучаемой среды; химический метод – на измерении числа молекул ионов, образующихся или изменяющихся при лучевой нагрузке; биологический – на определении функциональных и морфологических изменений

тканей, способных изменять эти показатели при воздействии ионизации. На смену классическим подходам приходят цифровые технологии: к примеру, цифровая система QCONLINE позволяет оптимизировать работу цифровых радиологических отделений, управляя данными о дозиметрии пациентов и процедурами в режиме реального времени и являясь универсальным методом фиксации, анализа, учета информации о лучевой нагрузке.

Заключение. Анализ понятия «лучевая нагрузка» и показателей ЛН при проведении медицинских процедур показывает важность управления радиационной безопасностью в здравоохранении. В последние годы отмечается рост медицинского облучения населения, что подчеркивает необходимость тщательной оценки и оптимизации рентгенодиагностических и радиотерапевтических мероприятий. Важно продолжать исследования, направленные на снижение необоснованного облучения; развивать технологии, позволяющие проводить диагностику и терапию при более низких значениях ЛН.

Список литературы

1. Оптимизация доз облучения пациентов в лучевой диагностике / С.Е. Охрименко, Л.А. Ильин, И.П. Коренков [и др.] // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98, №. 12. – С. 1331–1337.
2. Илясова Е.Б., Чехонацкая М.Л., Приезжева В.Н. Лучевая диагностика: учебное пособие. – Москва: Издательство Гэотар-медиа. – 2013. – 280 с.
3. Контроль эффективных доз облучения пациентов при проведении медицинских рентгенологических исследований / В.Ю. Голиков, С.А. Кальницкий, С.С. Сарычева [и др.]. – М.: Изд-во ФГУН НИИРГ. – 2011. – 30 с.
4. Коберник О. Лучевая перегрузка // Медвестник. – 2023. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Luchevaya-peregruzka-ekspert-nazvala-prichiny-vozmojnogo-rosta-dozy-medicinskogo-oblucheniya.html?ysclid=m405e5c7n9779410119> (дата обращения: 17.11.2024).
5. Миронова И.К., Каневский М.В. Радиационная экология: учебно-методическое пособие. – Саратов: Издательство СГУ. – 2015. – 40 с.

АНАЛИЗ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТУАЛЬНОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Иголкина В.В., Черняк К.Н.

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

Введение. В 2012 г. ООН включила Саратов в список вымирающих городов мира, основываясь на оценке экономического роста, инфраструктуры, экологии, качества жизни и социальной справедливости. Тогда по степени вымирания Саратов оказался на 6 месте в мире [1].

В ноябре 2024 года, по данным итогового доклада Росстата о социально – экономическом развитии страны Саратовская область заняла четвертое место среди городов России по абсолютной убыли населения [2].

Цель исследования. Произвести расчет некоторых демографических показателей за период 2014–2023 гг. в Саратовской области (СО), Приволжском Федеральном округе (ПФО) и Российской Федерации (РФ), проанализировать полученные данные и сравнить их между собой.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов исследования применялись данные Федеральной службы государственной статистики и территориальной службы государственной статистики по СО, а также полученные из «Демографического ежегодника России» показатели [3; 4]. Задействованы статистический и аналитический методы.

Результаты исследования. На конец 2023 г., в СО проживает свыше 2,3 миллионов человек, 46% из них составляют женщины и 54% – мужчины. На 1 000 мужчин приходится 1 156 женщин. В области отмечается регрессивный тип возрастной структуры населения, поскольку – 58% трудоспособное население, 26% старше трудоспособного населения, 16% моложе трудоспособного населения. В структуре населения по территориальному расположению городское население преобладает над сельским.

На конец 2023 г. плотность СО составила 23,56 чел. на 1 кв. км. Среди муниципальных районов области наибольшая плотность населения зарегистрирована в Энгельском, Балаковском и Балашовском районах, наименьшая плотность населения – в Перелюбском, в Краснопартизанском, Озинском и Дергачевском.

Показатель рождаемости городского населения СО за изучаемый период времени снизился на 40%, сельского – на 52%. В 2023 г. рождаемость городского и сельского населения региона была ниже аналогичных показателей по ПФО на 21% и 27%, по РФ – на 30% и 39% соответственно.

Показатели смертности городского и сельского населения в регионе достигали пиковых значений в 2020 и 2021 годах, что можно связать с пандемией коронавирусной инфекции, затронувшей РФ в те годы. Показатель смертности городского населения региона за период с 2014 г. по 2021 г. повысился на 49%. За 2021–2023 г. отмечается его снижение на 35%. На конец 2023 года показатель смертности городского населения области превышал аналогичные показатели по ПФО на 7% и РФ на 11%. Смертность сельского населения СО с 2014 г по 2021 г. выросла на 34%, в постпандемийный период (2021–2023 г.) фиксируется ее снижение на 27%, в ПФО и в целом по стране произошло снижение в среднем на аналогичные значения.

Уровень младенческой смертности среди городского и сельского населения за изучаемый период снизился в СО, ПФО и РФ. При этом изучаемый показатель среди городского населения в 2023 г. в СО ниже, а среди сельского населения выше по сравнению с ПФО и РФ.

За рассматриваемый десятилетний временной промежуток наблюдался отрицательный уровень естественного прироста до 2023 года, как городского, так и сельского населения СО. На конец 2023 года величина естественного прироста населения области отрицательная – она составила -8,9.

В структуре причин смертности населения СО за последние три года (2021, 2022 и 2023) самыми распространенными причинами являются болезни системы кровообращения (БСК), составляющие около 42–43% от всех причин, на втором месте находятся злокачественные новообразования (10–14%); тройку замыкают несчастные случаи, травмы, отравления (6–10%). Среди прочих причин наблюдаются болезни органов дыхания, пищеварения, эндокринной, нервной систем, некоторые паразитарные и инфекционные заболевания, и прочие.

Заключение. В ходе проведенного исследования исследования установлено, что в СО, наблюдаются следующие тенденции в развитии демографической ситуации: отрицательный естественный прирост населения, соотношение населения по полу в области соответствует общероссийскому, преобладание женского населения над мужским в процентном соотношении, регрессивный возрастной тип населения. За 10 лет в регионе фиксируются тенденции снижения рождаемости и повышение смертности как среди городского, так и сельского населения, что в целом соответствует динамике аналогичных показателей по ПФО и РФ. В структуре основных причин

смерти населения СО лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения, а также злокачественные новообразования и несчастные случаи, отравления, травмы.

Список литературы.

1. Долаева О.М., Вельмакин С.Е., Коваленко Е.В. Демографический портрет Саратовской области // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 4–4. – С. 602–603.
2. Социально-экономическое положение России: доклад / Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/50801>
3. Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 21.11.2024).
4. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. – URL: <https://64.rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 21.11.2024).

ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

Константинова Е.И., Тихонова В.П., Шабарова А.А.

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

Введение. Медицинские работники играют ключевую роль в системе здравоохранения, обеспечивая диагностику, лечение и реабилитацию пациентов. Однако, несмотря на профессиональную подготовку в области медицины, многие медицинские работники пренебрегают собственным здоровьем [1], не обращаются своевременно за медицинской помощью [2].

Цель исследования. Оценить отношение медицинских работников к собственному здоровью и выявить влияющие на него факторы.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 108 медицинских работников, оригинальная анкета содержит 28 вопросов. Анкетирование проводилось в электронном формате с использованием платформы «Google Forms». Большинство респондентов женщины (83,3%), преобладающая возрастная группа 18–25 лет (48,1%); от 26 до 35 лет – 22,2%, от 36 до 45 – 18,5%, от 46 до 55 – 11,2%. Высшее медицинского образование имеют 83,3% опрошенных, среднее медицинское – 11,1%, неполное высшее – 5,6%. Медицинский стаж от 1 до 5 лет у 3,3% респондентов, менее 1 года – 25,9%, свыше 5 лет – 40,8%. Используются статистический, аналитический и социологический методы исследования.

Результаты исследования. Медицинские работники оценили состояние своего здоровья как хорошее (59,3%) и удовлетворительное (38,3%). Среди проблем со здоровьем отмечены: общее недомогание без установленного диагноза заболевания (35,2%), периодические обострения хронических заболеваний (16,7%), частые простудные заболевания (11,1%). Считают себя здоровыми 20,4% респондентов. Большинство медицинских работников в качестве факторов риска развития заболеваний указали на стрессы и психологическое неблагополучие (63%), нарушение режима труда и отдыха (59,3%), нерациональное питание (48,1%), недостаточную двигательную активность (37%), плохой сон (35,2%).

Не принимают лекарственные препараты (ЛП) для профилактического лечения 74,1% опрошенных, эпизодически принимают – 18,5%, регулярно – 7,4%. Чаще всего

применяют кофеин, магний, кальций, витамин D. 81,5% не принимают ЛП для лечения заболеваний, 18,6% с лечебной целью принимают витамины.

На вопрос о связи состояния здоровья с условиями работы, мнения медицинских работников разделились: 44,4% респондентов существование связи подтверждают, 40,7% – отрицают, не смогли ответить 14,9%. О наличии постоянного либо периодически возникающего дискомфорта, связанного с работой, сообщили 63% медицинских работников.

57,4% опрошенных считают, что можно улучшить состояние здоровья изменением условий труда: сокращение рабочего времени (50,3%), повышение заработной платы (13,5%), вежливое обращение к медицинским работникам со стороны руководства (7,6%).

Предпочитают решать проблемы со здоровьем самостоятельно 38,9% опрошенных, 22,2% – обращаются в частную клинику, 18,5% – в медицинскую организацию по месту жительства. Большинство респондентов (64,8%) обращаются к врачам 1 раз в год, 18,5% – не помнят, когда обращались последний раз. С профилактической целью сдают анализы раз в год 77,8% опрошенных; вакцинируются 44,4% медицинских работников, 42,6% – не всегда делают нужные прививки, что свидетельствует скорее о реализации права медицинских работников на допуск к профессиональной деятельности, заботе государства и работодателей о здоровье медицинских работников, чем о заботе медицинских работников о собственном здоровье.

Заключение. Большинство медицинских работников считают свое здоровье хорошим и удовлетворительным, возможно этим объясняется их невысокая профилактическая активность.

Среди проблем, связанных со здоровьем, респондентов больше всего беспокоит общее недомогание, усталость и психологический дискомфорт, – убедительных данных за связь этих проявлений с условиями работы выявить не удалось.

Выявлены и ранжированы факторы риска развития заболеваний: на первом месте стрессы и психологическое неблагополучие (63%), на втором – нарушение режима труда и отдыха (59,3%), на третьем – нерациональное питание (48,1%), на четвертом – недостаточная двигательная активность (37%) и на пятом – плохой сон (35,2%).

Респонденты считают, что можно повлиять на состояние здоровья медицинских работников, улучшая условия их труда: уменьшение рабочей нагрузки, повышение заработной платы создание благоприятной атмосферы в трудовом коллективе.

Список литературы

1. Воробьева А.В., Арсеенкова О.Ю., Якушин М.А. Оценка отношения медицинских работников к здоровому образу жизни // Современные подходы к продвижению принципов здорового образа жизни: сборник материалов Всерос. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Ростов-на-Дону, 21 апреля 2023 года. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростов. Гос. мед. ун-та. – 2023. – С. 26–27.

2. Врачебный кадровый потенциал региональной системы здравоохранения: риски и возможности развития / М.Г. Еремина, Е.П. Ковалев, И.Л. Кром [и др.] // Социология медицины. – 2021. – Т. 20, №. 2. – С. 21–25.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Кузьмин С.С., Шувалов С.С.

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

Введение. Современные проблемы здравоохранения многогранны и затрагивают все аспекты жизни человека, несмотря на обширное развитие технологий и здравоохранения в целом, от индивидуального уровня до глобальных масштабов [1]. К числу наиболее острых проблем относятся, безусловно, пандемии, неинфекционные заболевания, антропогенные и другие факторы.

Цель исследования. Определение осведомленности населения о текущей ситуации в здравоохранении путем проведения анкетирования, опроса и интервью.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ ответов более 160 граждан на поставленные вопросы, касающиеся особенностей оказания медицинской помощи на территории Саратовской области. Теоретико-методологическую основу исследования положили научные статьи отечественных и зарубежных ученых, приведенных ниже. При проведении исследования были предприняты следующие методы: анкетирование населения, опрос и интервью; использовались статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования. Был проведен опрос населения, в котором приняло участие более 160 человек. Им задавались следующие вопросы:

«Куда Вы чаще всего обращаетесь и были ли Вы удовлетворены качеством оказания медицинской помощи?» Среди опрошенных 11% никогда не обращаются за медицинской помощью, 71,3% чаще обращаются в поликлиники, 25,6% в больницы и 3,1% в ФАП. 14,4% не были удовлетворены оказанием помощи, 52,8% отмечали проблемы с недостаточным оснащением медицинских организаций, нехватку препаратов, средств индивидуальной защиты и др. [2; 3].

«Проходите ли Вы диспансеризацию для контроля своего здоровья?» Большинство респондентов (64,2%) не проходили диспансеризацию, отмечая, что не видят в ней смысла и эффективности.

«Вызывали ли Вы скорую медицинскую помощь, если да, то как быстро приехала бригада? Были ли Вы удовлетворены оказанной помощью?» Выяснилось, что 68% опрошенных вызывали скорую медицинскую помощь, отмечая в 40,3% случаев длительное время ожидания (от 1 до 3 часов), 40% отмечают нехватку опытных специалистов и невнимательное отношение к пациентам со стороны работников скорой медицинской помощи.

«Что Вы хотели бы изменить или добавить в современном оказании медицинской помощи?» Почти четверть принявших участие в опросе (23,4%) считают, что требуют изменений подходы к финансированию медицинских организаций, так как основные сложности возникают из-за финансового кризиса и нехватки средств, в том числе на оснащение оборудованием и другие нужды [4].

Во время проведения интервью с опрашиваемыми выявлено следующее: многие граждане имеют скудные знания в области профилактики заболеваний, низкую осведомленность о состоянии системы здравоохранения в целом, а также испытывают страх перед посещением медицинской организации [5].

Заключение. Успешное решение описываемых проблем требует системного подхода, включающего инвестиции в здравоохранение, разработку и внедрение инновационных технологий, а, главное, рациональное, доступное и качественное информирование населения об оказании медицинской помощи. Дальнейшие исследования и мониторинг ситуации необходимы для постоянной адаптации стратегий и достижения долгосрочных целей в развитии здравоохранения, а также слаженная работа как медиков, так и пациентов.

Список литературы

1. Плетнев Д.А. Эвристические «законы» в практике разработки управленческих решений // Вестник Челябинского государственного университета. – 2019. – №. 9 (431). – С. 182–193.

2. Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Мингазов И.Ф. Последствия реформирования здравоохранения в РФ (1990–2020 гг.). Проблемы и предложения // Общественное здоровье и здравоохранение: новости, мнения, обучение. – 2021. – Т. 7, №. 2. – С. 75–100.

3. Тагаева Т.О., Казанцева Л.К. Общественное здоровье и реформа здравоохранения в России // Мир новой экономики. – 2019. – №. 13 (3). – С. 123–134.

4. Каткова И.П. Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 году // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, №. 1. – С. 130–146.

5. Тимофеев Ю., Дремова О., Яковлевич М. Влияние ограничений прозрачности на эффективность российской системы здравоохранения // Журнал медицинской экономики. – 2023. – Т. 26, №. 1. – С. 92–109.

АНАЛИЗ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ПОТЕНЦИАЛА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лобанова А.В., Надысина Ю.В.

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

Введение. Санаторно-курортный этап медицинской помощи является одним из важнейших звеньев в общей системе лечебно-профилактических мер, направленных на снижение заболеваемости, укрепления здоровья, улучшения показателей эффективности клинического лечения и реабилитации пациентов.

Цель исследования. Анализ природных ресурсов и санаторно-курортного потенциала Саратовской области.

Материалы и методы исследования. Использованы материалы Государственного реестра курортного фонда РФ, официальных сайтов санаториев Саратовской области, материалы официальной статистики. Методы исследования: аналитический, статистический.

Результаты исследования. На территории Саратовской области расположено 18 санаторно-курортных учреждений, 4 из которых – детские [1]. Неотъемлемой частью лечения с помощью природных факторов так же является бальнеолечебница «Серные воды» в черте города Саратова.

1. Санатории Саратовской области широко используют местные природные факторы:

2. Сульфидные грязи, сероводородные, железистые хлоридно-натриево-кальциевые источники Чапаевского курорта в Ершовском районе.

3. Мощный артезианский горизонт сероводородных вод типа Мацеста в г. Саратове у Соколовой горы.

4. Скважины с минеральной водой на территории Балаковского и Балашовского районов.

5. Сосновый лес, целебные туманы в Хвалынске.

6. Соляные пещеры.

7. Сероводородные источники Энгельского района: сероводородный источник «Фонтан» (п. Взлетный); сероводородный источник бассейн (с. Новая Терновка); сероводородный источник артезианский (с. Подгорное); Подстепновский сероводородный источник (с. Подстепной); источник в санатории «Ударник» (с. Шумейка).

Эти природные ресурсы формируют основу лечебных программ, предлагаемых в регионе [2].

Для оценки потенциала очень важен анализ медицинских профилей и методик лечения санаториев региона. Санатории региона охватывают широкий спектр заболеваний, предоставляя программы как для профилактики, так и для реабилитации. В санаториях области проводится лечение болезней системы кровообращения, нервной системы, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, эндокринной системы. Большинство санаториев являются многопрофильными, к узконаправленным относится туберкулезный санаторий «Летяжевский». В санаториях используется более 50 методик лечения, включая самые современные.

Важнейшими факторами, влияющими на санаторно-курортный потенциал региона, являются инфраструктура и сервис. Современные санатории Саратовской области предлагают широкий спектр услуг и высокий уровень комфорта. В большинстве санаториев созданы условия для семейного отдыха, корпоративных мероприятий и спортивных соревнований. Многие санатории получают высокие оценки за возможность совмещения лечения с активным отдыхом. Важным элементом инфраструктуры является питание. Большинство санаториев предлагают диетическое питание, адаптированное под медицинские показания.

Анализ отзывов посетителей подтверждает высокую эффективность лечения и удовлетворённость предоставляемыми услугами. Наиболее высокую оценку от населения Саратовской области получили санатории «Октябрьское ущелье», «Изумруд», «Синяя птица», «Волжские дали», «Нива».

Цены за сутки пребывания в санаториях меняются в диапазоне от 1 000 до 4 450 тысяч рублей. Семь санаториев частные, остальные – государственные.

Заключение. Саратовская область обладает значительным санаторно-курортным потенциалом, благодаря уникальному сочетанию природных ресурсов, современных методов лечения и развитой инфраструктуры, что делает ее важным элементом системы здравоохранения. Программы, предлагаемые в санаториях, способствуют улучшению физического и эмоционального состояния пациентов, а также укреплению здоровья в долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. Государственный реестр курортного фонда Российской Федерации. – 2024. – URL: kurort.minzdrav.gov.ru (дата обращения: 15.12.2024).

2. Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. N 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах, их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения, и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов: приказ Минздрава РФ от 27.03.2024 г. № 143н. – 2024. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202404010009> (дата обращения: 15.12.2024).

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Олещенко А.С., Лапшова А.М., Долгова Е.М.

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

Введение. Рак шейки матки (РШМ) представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения. По данным Globocan 2020, в мире РШМ занимает 2-е место по распространенности в структуре онкопатологии среди женщин после рака

молочной железы. Установлено, что основной причиной развития РШМ является хроническая персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) в организме. По эпидемиологическим оценкам вирусом папилломы человека инфицировано около 12,0% населения, и каждый год от него умирает более 300 тысяч женщин [1].

Несмотря на широкое распространение ВПЧ, в России до настоящего времени не создана полноценная, эффективно действующая система эпидемиологического надзора за папилломавирусными инфекциями (ПВИ), отсутствует единая система регистрации и учёта всех случаев ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Единственным методом предупреждения осложнений ВПЧ, помимо программы скрининга, является вакцинирование от ВПЧ, которое не имеет широкой доступности в России, что негативно сказывается на здоровье населения [2].

Цель исследования. Изучить осведомленность населения о ВПЧ и мерах профилактики данного заболевания.

Материалы и методы исследования. Был проведен систематический поиск и анализ литературы для выявления публикаций, описывающих влияние ВПЧ на организм человека и профилактику данной патологии. На основании полученной информации было проведено анкетирование населения с дальнейшим анализом результатов.

Результаты исследования. Респонденты прошли онлайн-анкету на платформе Google Forms, по результату которой оценивались осведомленность анкетированных о заболеваниях передающихся половым путем (ЗППП) и мерах их профилактики, мнение о вакцинировании от ВПЧ, мнение в зависимости от пола, возраста и знания медицинских аспектов заболевания. Выборка составила 210 человек, из которых 98 являются студентами «Саратовского государственного медицинского университета имени В. И. Разумовского». Полученные данные анализировались в Microsoft Excel.

В исследовании участвовало 48 (22,86%) мужчин и 162 (77,14%) женщин. Средний возраст опрошенных женщин составил 25,35 лет, мужчин 23,19 лет.

По итогам исследования знающими о ЗППП являются 162 опрошенных (77,14%) респондентов, среди женщин знающие составляют 78,21%, а среди мужчин 83,33%; преобладающая возрастная группа 19-23 года (89,8%), а наименьшая осведомленность среди возрастной группы 14-18 лет (52,17%). Подавляющее большинство анкетированных (95,24%) во всех возрастных группах знают о мерах профилактики ЗППП: для 92,4% респондентов предпочтительным является барьерный способ, для 61% постоянный половой партнер, для 51,5% вакцинация и регулярные сдачи анализов.

Основным источником информации о ВПЧ для опрошенных является учебное заведение (41,9%), на втором и третьем местах вошли социальные сети (19,1%) и медицинские организации (17,1%).

На вопрос об осложнениях ВПЧ дали правильный ответ только 27,62% опрошенных, из которых 72,41% – студенты СГМУ и 27,59%, не имеющие отношения к медицине.

У 9,5% анкетированных есть знакомые, которые вакцинировались от ВПЧ, а 2,9% вакцинированы сами. Подавляющее большинство респондентов (82,9%) не хотят вакцинироваться от ВПЧ, обосновывая данное решение дороговизной процедуры, из них 93,1% знают об осложнениях ВПЧ, а 66,7% не осведомлены о том, где можно вакцинироваться. При этом 80,1% из них вакцинировались бы, если процедура стала бы дешевле или была бы бесплатной.

Заключение. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что большинство респондентов не знают о ВПЧ и его осложнениях, что говорит о низкой просветительской работе профильных структур и СМИ среди немедицинского населения. Нельзя не отметить, что самая низкая осведомленность о ЗППП и мерах их профилактики среди половозрелой младшей возрастной группы.

Специфическая профилактика ВПЧ не доступна среди населения: большинство опрошенных не знают о местах вакцинации и не могут финансово себе позволить ее, хотя знают об осложнениях.

С учетом высокой распространенности заболевания и смертности целесообразно развитие программ скрининга папилломавирусных инфекций и включение вакцинации в национальный календарь прививок.

Список литературы

1. Анализ экономического и социально-демографического бремени ВПЧ-ассоциированных заболеваний и экономической эффективности вакцинации против ВПЧ в России / А.А. Баранов, А.В. Плакида, Л.С. Намазова-Баранова [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2019. – Т. 16, №. 2. – С. 101–110.
2. Каира А.Н., Свитич О.А., Политова Н.Г. Папилломавирусная инфекция – эпидемиология и профилактика: учебное пособие. – М.: Изд-во Рос. мед. академии непрерывного проф. образования. – 2022. – 134 с.

РОЛЬ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПО БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ КООРДИНАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Осиюк А.В.

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

Введение. Актуальность борьбы с пандемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19) связана с тем, что имеет прямое отношение к обеспечению биологической безопасности страны – состоянию защищенности населения и окружающей среды от воздействия опасных биологических факторов, при котором обеспечивается допустимый уровень биологического риска (Федеральный закон от 30 декабря 2020 г. N 492-ФЗ «О биологической безопасности в Российской Федерации»). Пандемия COVID-19 стала не только неординарным, но и шоковым явлением, оказывала и продолжает оказывать огромное воздействие как на здоровье населения, так и на его социальную, экономическую, политическую и культурную сферы деятельности [1; 2; 3; 4; 5]. При этом, в соответствии с современными, общепринятыми в мире взглядами, базисом решения проблемы охраны здоровья населения является межсекторальное взаимодействие различных секторов государства и общества. В данных условиях Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) должна играть роль ключевого координатора.

Цель исследования. Анализ проблем, с которыми столкнулся Роспотребнадзор при координации осуществления противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках межсекторального взаимодействия по борьбе с пандемией COVID-19.

Материалы и методы исследования. Реализован метод контент-анализа научных публикаций, посвящённых исследованию деятельности Роспотребнадзора в условиях пандемии COVID-19.

Результаты исследования. Установлено, что деятельности Роспотребнадзора в условиях пандемии COVID-19 посвящено значительное число публикаций. В то же время только в единичных работах анализировалась роль государственной санитарно-эпидемиологической службы в осуществлении соответствующего межсекторального взаимодействия. Целенаправленный анализ их содержания позволил выявить следующие проблемы:

– несовершенство нормативной правовой базы, регламентирующей совместную работу заинтересованных секторов государства и общества;

- разобщенность информационных систем различных государственных структур, использование различных форматов данных;
- низкая эффективность координационных механизмов, нерациональное распределение обязанностей (параллельное выполнение идентичных задач разными ведомствами);
- недостатки в кадровом и материально-техническом обеспечении противодействия масштабной эпидемии;
- несвоевременное формирование специализированных координационных центров для оперативного реагирования на возникающие задачи и принятия согласованных решений в рамках единой управленческой вертикали;
- несовершенство системы ранней диагностики состояния рассматриваемого процесса;
- недостаточный уровень профессиональной подготовленности как сотрудников государственной санитарно-эпидемиологической службы, так и ответственных исполнителей от других акторов.

Заключение. Полученные результаты позволяют перейти к обоснованию механизма совершенствования координационной роли Роспотребнадзора в осуществлении борьбы с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Список литературы

1. Мурашко М.А. Первая пандемия цифровой эпохи: уроки для национального здравоохранения // Национальное здравоохранение. – 2020. – Т. 1, № 1. – С. 4–8.
2. Пандемия COVID-19: Вызовы, последствия, противодействие / А.В. Торкунов, С.В. Рязанцев, В.К. Левашов [и др.]. – М.: Аспект Пресс. – 2021. – 248 с.
3. COVID-19: научно-практические аспекты борьбы с пандемией в Российской Федерации / А.Ю. Попова, Е.Б. Ежлова, В.Ю. Смоленский [и др.]. – Саратов: Амирит. – 2021. – 608 с.
4. Болотная Я.А., Глушак О.В. Проблемы санитарно-эпидемиологического контроля товаров в период пандемии // Антимонопольная политика. Региональная практика: материалы нац. конф. с междунар. участием, Брянск, 21 апреля 2021 года. – Брянск: Изд-во Брянск. гос. ун-та им. акад. И.Г. Петровского. – 2021. – С. 464–470.
5. Роспотребнадзор / офиц. сайт. – 2024. – URL: <https://rospotrebnadzor.ru/> (дата обращения: 08.12.2024).

У ИСТОКОВ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Опарина Ю.В., Подрезова Д.Д., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Важнейшие социальные проблемы – охрана здоровья матери и ребенка – не находили отражения в работе органов здравоохранения в царской России. Попытки прогрессивных научных и общественных деятелей, педагогов и врачей изменить положение дела не привели и не могли привести к сколько-нибудь заметным практическим результатам. Состояние физического и морального здоровья детей было катастрофическим [1]. В условиях глубоких социальных и экономических преобразований, вызванных Октябрьской революцией 1917 года, вопросы здоровья подрастающего поколения стали приоритетными для нового государства.

Цель исследования. Проанализировать истоки и развитие советской системы охраны здоровья детей, а также выявить ее основные принципы достижений и проблем.

Материалы и методы исследования. Проанализированы научные и публицистические статьи, связанные с охраной здоровья детей в Советском Союзе, а также воспоминаний людей, находящихся в области педиатрии и истории медицины, которые были свидетелями работы системы.

Результаты исследования. Исследовав научные статьи, мы выявили, что требованиям по охране здоровья женщин и детей отводилось видное место почти в каждой листовке, прокламации, воззвании к рабочим и работницам. Эти вопросы не сходили со страниц дореволюционной большевистской печати, которая пропагандировала большевистскую точку зрения на женский и детский вопросы. Великая Октябрьская социалистическая революция впервые в истории человечества создала реальные условия для осуществления жизненно важных задач в области охраны здоровья женщин и детей. Среди тысяч неотложных государственных, политических, экономических дел, решавших судьбу республики, дело борьбы за жизнь и здоровье детей, подчиненное лозунгу «Спасайте детей!», заняло одно из самых почетных мест в героической работе первых лет революции.

Естественно, что усилия в борьбе с голодом были направлены в первую очередь на спасение детей. Были необходимы огромное напряжение сил, самоотверженная работа советских, партийных, общественных организаций, помощь рабочих, работниц, Красной Армии, могучий порыв братской солидарности. Для детей устраивались детские дома и снабжали всем необходимым организовывались субботники, вечерники, концерты. Рабочие и работницы своими руками чистили, мыли, ремонтировали помещения, шили и чинили детям белье, платье, обувь, дежурили на вокзалах, подбирали детей на улицах. Производились сборы и отчисления для посылки помощи на места, организовывались питательные пункты, столовые, в пораженные голодом районы посылались маршруты с хлебом [2].

Особое внимание охране здоровья детей уделяли руководители партии и правительства, помощники В. И. Ленина. Например, Ф. Э. Дзержинский возглавил при Всероссийской центральной исполнительной комиссии (ВЦИК) «Всероссийскую комиссию по улучшению жизни детей».

Также работа по организации детского здравоохранения проводилась русскими женщинами-большевичками: Е. Поповой, М. Оринич, А. Назаровой и др.

Заключение. Необходимо подчеркнуть, что история охраны здоровья детей в Советском Союзе представляет собой значимый этап в развитии социальной политики и системы здравоохранения. Пионерские инициативы, направленные на защиту и улучшение здоровья подрастающего поколения, стали основой для комплексного подхода к детскому здравоохранению. Несмотря на существовавшие трудности и ограничения, усилия государства по обеспечению медицинской помощи детям, профилактике заболеваний и организации санитарного просвещения сыграли ключевую роль в снижении детской смертности и улучшении общего состояния здоровья населения. Изучение этих исторических аспектов не только углубляет наше понимание современных вызовов в области охраны здоровья детей, но и служит источником вдохновения для дальнейшей работы по их решению, опираясь на богатый опыт и достижения прошлого [3].

Список литературы.

1. Соколов И.С. Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти // Гигиена и санитария. – 1965. – №. 9. – С. 54–55.
2. Перель Я.А., Любимова А.А. Красная Армия и дети. М.: Гос. учеб.-пед. изд-во. – 1932. – 56 с.
3. Ашурков Е.Д. В.И. Ленин и охрана здоровья народа. М.: Медицина. – 1965. – 171 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Селиверстова А.И., Шоболова А.В., Ковалев Е.П., Шувалов С.С., Еругина М.В.

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

Введение. Профессиональное выгорание – это явление, которое развивается на фоне хронического стресса и ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов специалиста [1]. К данному синдрому больше всего склонны представители профессий, связанных с коммуникацией, в том числе медицинские работники. Профессиональное выгорание считается одним из самых опасных «деформаций», так как влечет за собой неудовлетворенность медицинских работников профессиональной деятельностью, «уход» из профессии и основные причины обращений граждан из-за некачественно оказанной медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить распространенность профессионального выгорания среди медицинских работников.

Материалы и методы исследования. Использовались следующие методы исследования: социологический, статистический и аналитический. Проводилось анкетирование, составленное на основании опросника профессионального выгорания К. Маслача и С. Джексона в адаптации Н.Е. Водопьяновой, среди медицинских работников крупных клинических больниц г. Саратова [2]. Представлена характеристика выборочной совокупности (n = 502), в которой 437 женщин (врачей – 200 человек, среднего медицинского персонала – 237) и 65 мужчин (врачей – 59, среднего медицинского персонала – 6). Возрастная категория младше 25 лет составила 47 человек, 25–44 – 249, 45–59 – 174, 60–74 – 31, 75 и старше – 1. Выборочная совокупность отражает генеральную, как по количественному, так и по качественным признакам, ее репрезентативность обуславливает достоверность полученных результатов. Анкета включает 22 закрытых вопроса, выбор ответов, соответствующих мнениям респондентов, представлен вариантами: «никогда», «очень редко», «редко», «иногда», «часто», «очень часто», «ежедневно». Статистическая обработка результатов проводилась на основании оценки ответов, интервьюированных по семибалльной шкале: «никогда» (0) – «всегда» (6). В зависимости от общей суммы баллов был определен уровень выгорания: высокий, средний и низкий – чем больше сумма, тем выше его уровень.

Результаты исследования. Профессиональное выгорание различной степени отмечено у 44% респондентов. В возрастной категории младше 25 лет высокий уровень выгорания отмечается у 8% опрошенных медицинских работников (все имеют стаж работы менее 10 лет). Средний уровень выгорания отмечается у 47% респондентов со стажем работы менее 10 лет. Низкий уровень выгорания выявлен у 45% человек, они также имеют стаж работы менее 10 лет. В возрастной категории 25–44 года высокий уровень выгорания отмечается у 10% опрошенных медицинских работников, из которых 36% имеют стаж работы менее 10 лет и 64% – стаж работы от 10 до 25 лет. Средний уровень выгорания отмечается у 38% респондентов, среди них 48% имеют стаж работы менее 10 лет, 50% – стаж с 10 до 25 лет и 2% – с 25 до 40 лет. Низкий уровень выгорания – у 52% медицинских работников, среди них 47% имеют стаж работы менее 10 лет и 53% – с 10 до 25 лет. В возрастной категории 45–59 лет высокий уровень выгорания отмечается у 6% респондентов, среди них 20% имеют стаж работы с 10 до 25 лет и 80% – с 25 до 40 лет. Средний уровень выгорания отмечается у 36% медицинских работников, среди них 3% имеют стаж работы менее 10 лет, 21% – стаж с 10 до 25 лет, 71% – с 25 до 40 лет, 5% – более 40 лет. Низкий уровень выгорания отмечается у 58% человек, среди них 5% имеют стаж работы менее 10 лет, 18% – стаж с 10 до 25 лет, 75% – с 25 до 40 лет, 2% – более 40 лет. В возрастной

категории 60–74 года выявлены средний и низкий уровни выгорания. Средний уровень отмечается у 16% респондентов, среди них 23% имеют стаж работы с 25 до 40 лет и 77% – более 40 лет. Низкий уровень – у 84% опрошенных медицинских работников, среди них 40% имеют стаж работы с 25 до 40 лет и 60% – более 40 лет. В возрастной категории 75 и старше отмечается только низкий уровень выгорания, стаж работы всех медицинских работников составляет более 40 лет.

Заключение. Среди медицинских работников 44% имеют различные признаки профессионального выгорания. Установлено, что более подвержены выгоранию лица со стажем работы до 10 лет – на начальных этапах карьеры. Высокий уровень выгорания чаще всего встречается у молодых специалистов в возрасте до 25 лет с опытом работы менее 10 лет, в то время как сотрудники 60-74 лет и старше со стажем работы более 40 лет демонстрируют низкие показатели. Это указывает на необходимость разработки и внедрения программ профилактики эмоционального выгорания и реабилитации для разных возрастных категорий медицинских работников, в особенности для специалистов в первые 10 лет работы.

Список литературы

1. Зайцева О.А., Овчаренко З.В. Профессиональное выгорание у медицинских работников // Молодой ученый. – 2021. – Т. 379, №. 37. – С. 139–146.
2. Водопьяновой Н.Е. Опросник профессионального выгорания К. Маслача и С. Джексона. – 2023. – URL: <https://psytests.org/stress/maslachC-run.html> (дата обращения: 10.12.2024).

УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВЛЕКАЮЩИХ СТУДЕНТОВ К КУРЕНИЮ, И РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ИХ ОСНОВЕ

Тугуев Г.О., Шамхан А.Р., Ищенко Ю.В.

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

Введение. В статье отражены факторы, привлекающие студентов к курению. Проведен химический анализ экстракта табака в сигарете. Разработаны профилактические мероприятия по предупреждению курения.

Цель исследования. Выявить стимулирующие студентов к курению факторы, основываясь на которых можно впоследствии разработать планы профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. В ходе нашего исследования был создан и проведён социологический опрос студентов с помощью платформы GoogleForms. Статистическая обработка проводилась с использованием компьютерного пакета Excel.

Результаты исследования. На базе ГАПОУ СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж» (СОБМК) и ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» МЗ РФ (СГМУ) был проведен социологический опрос учащихся по вопросам отношения к курению и присутствия курильщиков в их ближайшем окружении. Результаты опроса в СОБМК: 31% корреспондентов никогда не пробовали курить; 16% пробовали курить из интереса; 25% относятся к курению нейтрально; 15% сочувствуют курильщикам; 7% очень нравится курить; 6% считают, что курение иногда полезно. Результаты опроса в СГМУ: 33% опрошенных курение никогда не пробовали; 51% имеют нейтральное отношение к курению; 4% думают, что курение иногда может быть полезным; 6% очень нравится курить: 6%

сочувствуют курильщикам. На вопрос о присутствии курильщиков в ближайшем окружении: 32% корреспондентов СОБМК ответили, что никто не курит в их окружении; 29% обучающихся имеют одного курящего родителя; 5% студентов указали, что оба родителя или вся семья курит; у 34% курят родственники. 33% студентов СГМУ заявили, что в их окружении курящие люди отсутствуют; 20% – имеют одного курящего родителя; 6% указали, что оба родителя курят; 41% студентов имеют в окружении курящих родственников.

Из ответов студентов мы можем выделить основные причины курения в порядке убывания: любопытство (желание испытать новое, стремление к экспериментам); подражание старшим (наличие курящего члена семьи, что может побудить ребенка попробовать курить); стадное чувство (желание подражать окружающим); пример кумиров (вдохновение из фильмов, актеров, музыкантов); желание поскорее почувствовать себя взрослым (мнение, что курение делает их более взрослыми и привлекательными); жизнь в неблагоприятной психологической обстановке (конфликты в семье, алкоголизм родителей и т.д.); проблемы социальной адаптации (желание принадлежать к новой компании).

Для профилактики курения среди студентов следует их знакомить с литературными источниками о вреде курения и его последствиях. Также необходимо проводить профилактические мероприятия, с целью чтобы они осознали его опасность [1].

Для снятия стресса студентам рекомендуется обратиться к психологу, поделиться своими чувствами с близкими, а вместо курения в компаниях предпочесть активности, такие как поход в кино или на природу. Также стоит обратить внимание на примеры здорового образа жизни у кумиров, ведущих ЗОЖ [2].

Заключение. 1. Результаты соц. опроса показали, что большинство студентов никогда не пробовали курить и относятся к курению нейтрально.

2. Анализ литературных источников выявил такие объекты курения, как: сигареты, сигары. Электронные сигареты, кальяны, курительные трубки, курительные смеси, снюсы, что показывает большой ассортимент курительной продукции для привлечения молодежи к курению.

3. Были выявлены следующие факторы, способствующие привлечению студентов к курению, и определена их важность для самих студентов в порядке убывания важности: чтобы казаться старше, за компанию, любопытство, снятие психологического стресса, социальная адаптация, подражание киногероям, влияние СМИ [3].

4. Предложены мероприятия по предупреждению курения студентов, акцентирующие внимание на реализацию наиболее значимых выявленных факторов альтернативными методами, исключающими курение.

Список литературы

1. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер. – 2002. – 512 с.
2. Хриптович В.А. Психолого-педагогические основы обучения школьников здоровому образу жизни. – Минск: Харвест. – 2001. – 239 с.
3. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Питер. – 2012. – 189 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИНАМИКУ ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Чинарев В.А.^{1,2}, Малинина Е.В.²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1», г. Челябинск

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Введение. Наличие преморбидных особенностей личности при шизофрении подтверждает гипотезу о нейрогенезе данного заболевания (Льюис, 1989; Мюррей и Льюис, 1987; Вайнбергер, 1987) [1; 2]. Согласно этой теории, расстройства шизофренического спектра развивается в результате раннего непрогрессирующего повреждения головного мозга, которое манифестирует в виде психотического эпизода в подростковом или более зрелом возрасте, но до этого момента симптомы проявляются в значительно меньшей степени, проявляясь либо как расстройства преморбидной адаптации, либо как психотические нарушения, влияя на дальнейшее течение расстройства и социальное функционирование [3].

Цель исследования. Изучение влияния преморбидных особенностей личности на клинические проявления и динамику психотического расстройства с целью определения их роли в формировании и развитии заболевания, а также для разработки более эффективных подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с психотическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 84 пациента, проходившие стационарное лечение, среди которых было 46 мужчин (54,76 %) и 36 женщин (45,24 %). Средний возраст пациентов составил $22,1 \pm 5,1$ года. Возраст начала заболевания – $18,2 \pm 5,5$ года, а средняя продолжительность – $1,64 \pm 2,1$ года. Применялись клинико-anamnestический, психопатологический, динамический, экспериментально-психологический методы исследования. Психометрическая диагностика проводилась в соответствии с международными стандартами, установленными в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Для оценки преморбидных личностных черт был применен опросник по Леонгарду-Шмишеку. Для оценки степени выраженности психопатологических симптомов использовалась шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). Обследование проводилось при поступлении пациента в медицинское учреждение и на этапе становления лекарственной ремиссии.

Результаты исследования. В момент поступления в медицинское учреждение уровень психопатологических проявлений был оценен как умеренный: общий балл по шкале PANSS составил $103,6 \pm 12,1$. Несмотря на относительно короткий анамнез заболевания, у пациентов наблюдались ярко выраженные как продуктивные ($25,4 \pm 4,12$ балла по шкале PANSS), так и негативные ($23,12 \pm 5,05$ балла) симптомы. Общий показатель психопатологической симптоматики достиг $51,92 \pm 8,84$ балла. При оценке личностных особенностей с использованием характерологического опросника К.Леонгарда-Шмишека, УНП отмечалось преобладание тревожных черт личности в 33,33% случаев, дистимных черт – в 18,7%, а возбудимых и педантичных черт по 10,41%. При применении методики УНП был выявлен значительный уровень невротизации, который проявился у 37,5% участников исследования, а у 21 пациента (43,75%) был выявлен высокий уровень психопатизации. Для группы пациентов с сензитивно-шизоидным радикалом были характерны высокие показатели по общей шкале PANSS, составившие 114 [104;120,75] баллов. При этом наиболее выраженными оказались подшкалы PANSSneg (30 [25,25;32] баллов) и PANSSpsy (36 [29;39] баллов). В случае возбудимого и неустойчивого радикала тяжесть клинической картины отражала подшкала PANSSpos, составившая 32 [29;34] балла, с клиническими проявлениями аффективно-бредовой симптоматики и паранойяльной направленности бредовых структур.

Заключение. Клинико-психопатологическая динамика психотического расстройства зависит от исходных личностных особенностей пациента. Преморбидная структура личности рассматривается как важный фактор, который может оказывать значительное воздействие на течение заболевания, включая возраст дебюта, тяжесть симптомов и прогноз. Анализ полученных данных позволил выявить, что пациенты с ярко выраженными чертами

интроверсии и социальной тревожности имели ранний дебют психотического расстройства по сравнению с теми, с экстравертированными чертами в структуре личности. Кроме того, у таких пациентов наблюдались тяжёлые клинические проявления (галлюцинации и бредовые идеи), а также длительный процесс становления медикаментозной ремиссии. Проведённое исследование подтверждает гипотезу о влиянии преморбидных личностных особенностей на клинические проявления и динамику психотического расстройства.

Список литературы

1. Personality traits in psychotic illness and their clinical correlates: A systematic review / A.N. Scholte-Stalenoef G.H.M. Pijnenborg, I. Hasson-Ohayon [et al.] // Schizophrenia Research. – 2023. – Vol. 252. – P. 348–406.
2. Gallier-Birt I., White D., Ibekwe K. Risk Factors in the Development of Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: A Scoping Review // BJPsych Open. – 2024. – Vol. 10, №. S1. – P. S34–S35.
3. Чинарев В.А., Малинина Е.В. Первый психотический эпизод: клинико-диагностические аспекты и терапевтические подходы // Доктор.Ру. – 2024. – Т. 23, №. 7. – С. 102–112.

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НИИ «МИКРОБ»

Агавердиева Д.Н., Каримова А.М., Рогачева О.В.

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

Введение. На сегодняшний день на территории Российской Федерации функционирует большое количество подразделений, осуществляющих профилактическую, диагностическую и лечебную деятельности и отвечающих за безопасность населения в области эпидемиологии. Одним из них является РосНИПЧИ «Микроб».

Цель исследования. Выделить основные этапы развития и становления института, а также охарактеризовать основные направления его деятельности.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов для исследования были использованы научные статьи и публикации. Основным методом исследования стал анализ интернет-ресурсов и литературных источников, а также синтез и обобщение полученной информации.

Результаты исследования. В начале XX века ежедневно регистрировались вспышки чумы на юго-востоке России, нехватка медицинского персонала и медицинских пунктов приводили к высокой смертности людей, что послужило основанием для открытия в 1918 году института «Микроб». В задачи института на тот период времени входила разработка научных вопросов в области эпидемиологии и микробиологии и изготовление бактериальных препаратов, а также содействие местным органам здравоохранения и организация курсов по подготовке врачей и работников [1].

В годы войны институт проводил все основные мероприятия по профилактике особо опасных инфекций на юго-востоке СССР, производство препаратов осуществлялось вовремя и в полном объеме. К 1941 году институт становится медицинским учреждением союзного подчинения и теперь имеет название «Государственный научно-исследовательский институт микробиологии и эпидемиологии Юго-Востока СССР «Микроб» [1].

В послевоенный период, после 1960 года, институт занимался производством чумной живой вакцины. А в 1970-х гг. возникла угроза проникновения холеры в СССР, поэтому первоочередной задачей стала разработка холерной химической бивалентной вакцины. Обе вакцины в последующем выпускались в запланированном объеме [2].

Сотрудники РосНИПЧИ были привлечены для ликвидации медико-санитарных последствий в зону Спитакского землетрясения в АССР в 1988 году. Основным направлением работы стало проведение подворных обходов и обследование населенных пунктов, а также организация информационно-разъяснительной работы среди населения. Благодаря деятельности специалистов удалось осуществить полный контроль за ситуацией, развернувшейся в результате землетрясения в Спитаке [3].

В 1960–1970-х гг. эпидемиологическая обстановка на территории СССР характеризовалась началом пандемии холеры. Сотрудники института принимали участие в заседаниях ЧПК, разработке и проведению противоэпидемиологических мероприятий, а также выполнении диагностических процедур. Привлечение специалистов института «Микроб» обеспечило своевременно и оперативное осуществление противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий [3].

Кроме того, с 2014 года «Микроб» активно участвует в борьбе с эболой. В этом направлении институт осуществляет исследование вируса, разработку диагностических тестов, вакцинацию и терапию, а также обучение специалистов и сотрудничество с международными организациями [4].

На сегодняшний день коллектив института насчитывает 600 сотрудников. Директором института с 1997 года является В.В. Кутырев. Структура института включает в себя следующие подразделения: научно-противоэпидемические, научно-исследовательские, экспериментально-производственные и административно-хозяйственные [5].

Заключение. С момента своего открытия и по сей день институт «Микроб» занимается решением важных вопросов в области эпидемиологии и микробиологии, а также осуществляет деятельность по санитарно-эпидемиологической охране территории России от завоза и распространения особо опасных инфекционных болезней.

Список литературы

1. Никаноров С.М. Отчет за 1926 год.– Саратов: Изд-во Гос. краевого ин-та микробиологии и эпидемиологии юго-востока РСФСР. – 1927. – 79 с.
2. Бердников А.И. Объяснительная записка к постановлениям краевого противочумного совещания юго-востока России // Саратовский вестник здравоохранения. – 1920. – Т. 1, №. 14. – С. 53–55.
3. Николаев Н.И., Николаев Н.М. Форпост советского здравоохранения по борьбе с чумой (очерк истории института «Микроб») // Проблема особо опасных инфекций. – 1968. – №. 4. – С. 3–15.
4. Заболотного Д.К., Омелянского В.Л. Чума на юго-востоке СССР и причины ее эндемичности. – Л.: Изд-во Гос. ин-та экспериментальной медицины. – 1926. – 193 с.
5. Никаноров С.М., Иловайский С.А. Вестник микробиологии и эпидемиологии // Саратов: Изд-во Гос. краевого ин-та микробиологии и эпидемиологии Юго-Востока РСФСР. – 1922. – 188 с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЗЕМСКОГО ВРАЧА Н.А. СЕМАШКО

Агарагимова С.А., Мулдашева Д.К., Петров В.В.

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

Введение. Семашко Николай Александрович – знаменитый советский врач. Он прославился как крупный партийный и государственный деятель, стал одним из основателей системы здравоохранения в СССР. Исследование деятельности Николая Семашко остается актуальным в свете современных вызовов в системе здравоохранения, поскольку его реформы и идеи о медицинском обслуживании, заложенные в советский период, продолжают оказывать влияние на развитие медицины в России и за ее пределами.

Цель исследования. Комплексный анализ деятельности профессора Николая Александровича Семашко.

Материалы и методы исследования. В работе были применены сравнительно-исторический и проблемно-хронологический методы. Исследованы и использованы труды Хабриева Р.У., Егорышевой Е.В., Шерстневой И.В. и Трегубова В.Н. Научные труды посвящены биографии Н. А. Семашко, его профессиональной деятельности и научной работе.

Результаты исследования. Профессиональный путь Николая Семашко начался в Самарской губернии в Новоузенском уезде, где Семашко начинает борьбу с эпидемией. Он активно работал над улучшением медицинского обслуживания в сельских районах, внедряя передовые на тот момент методы лечения и профилактики заболеваний. Проработав там три года, Николай переезжает в Нижний Новгород, где также ввел лекцию для санитаров [1].

Николай в 1918 г. был приглашен на работу в народный комиссариат здравоохранения. Система здравоохранения, разработанная Семашко, была призвана решить сложную эпидемиологическую ситуацию, связанную с различными инфекционными заболеваниями, и проблему доступности населения к первичной медицинской помощи и отсутствие общегосударственной сети медицинских учреждений, прежде всего госпиталей. Система просуществовала без изменений в течение всего периода существования Советского Союза. В основе идеи лежали основные принципы: [1]

- 1) здравоохранение как гарантированные государством бесплатные услуги;
- 2) равный доступ к медицинской помощи для всех граждан;
- 3) государство – владелец всей сети медицинских учреждений;
- 4) бюджетное финансирование отрасли;
- 5) государственный контроль за использованием средств;
- 6) полное покрытие расходов на лечение государством;
- 7) невысокая стоимость медицинских услуг.

Разработанная Николаем Семашко система здравоохранения стала образцом для других стран. Семашко активно сотрудничал с различными международными организациями, что позволило ему обмениваться опытом и внедрять лучшие практики в российскую систему здравоохранения.

Система Семашко была рассчитана на борьбу с эпидемиями и разрабатывалась с учетом потребностей военного времени, когда существовала необходимость в большом количестве госпитализаций и лечения в стационаре. Под его руководством нарком здравоохранения разработали вакцины, начали прививать взрослых и детей в обязательном порядке, а в 1919 г. был открыт отдел санитарного просвещения. В 1920-х годах он активно начинает борьбу с инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез и малярия.

С 1921 по 1949 год он возглавил кафедру социальной гигиены в Московском университете. Его работы пользовались большим уважением среди коллег и стали основой для дальнейших исследований в области медицины. В 1927 году поднял проблему организации всесоюзного института питания [2]. Сегодня его преемником стал НИИ питания, работающий под эгидой РАМН.

Заключение. Николай Александрович Семашко стал символом профессионализма, преданности своему делу и стремления к улучшению качества жизни людей. Именно герой нашей статьи курировал вскрытие вождя русской революции после его смерти. Боролся с эпидемиями, бушевавшими в стране, охваченной разрухой. Заложил основы советской системы охраны материнства и детства, здравоохранения несовершеннолетних, организовал целую сеть научно-исследовательских медицинских институтов. Его жизнь и деятельность служат примером для многих поколений врачей и ученых, вдохновляя их на новые свершения и достижения в области медицины и здравоохранения.

Список литературы

1. Хабриев Р.У, Егорышева Е.В., Шерстнева И.В. Николай Александрович Семашко – первый народный комиссар здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, №. 3. – С. 164–168.
2. Трегубов В.Н. Н.А. Семашко об организации профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья граждан // Гигиена и санитария. – 2024. – Т. 103, №. 6. – С. 624–628.
3. Н.А. Семашко – главный доктор профилактической медицины. – 2024. – URL: <https://cgon.rospotrebnadzor.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/vydayushchiesya-gigienisty-i-epidemiologi-rossii/-n-a-semashko-glavnyu-doktor-profilakticheskoy-meditsiny/> (дата обращения: 8.12.2024).

ВКЛАД НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Адамович Я. С.

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

Введение. Анестезиология – это область медицины, посвященная использованию методов анестезии для обезболивания во время хирургических операций. Еще с давних времен вопрос снижения боли при травмах или операциях стоял остро. Поэтому развитие такой ценной для человечества науки началось бурно уже в XIX веке, когда 16 октября 1846 года Уильям Мортон провел первую публичную операцию под наркозом в Бостоне. Этот успешный опыт произвел широкий резонанс в США и привлек внимание к новому методу обезболивания в Европе и России. В России первую операцию под эфирным наркозом выполнил Ф.И. Иноземцев, а вскоре после него – Н.И. Пирогов, который значительно способствовал развитию анестезиологии в стране, внедрив общую анестезию в хирургическую практику, включая военно-полевые условия. В настоящее же время данная наука приближается к новому этапу своего развития. Разрабатывают и находят более новые и универсальные способы воздействия на организм для обеспечения его безопасности на всех этапах от операции до реабилитационного периода. Но новые методы все также ссылаются на труды тех, кто был основоположником данной науки. Именно поэтому не стоит забывать о вкладе, который был внесен такими людьми, как Николай Иванович Пирогов [1].

Цель исследования. Отразить вклад Николая Ивановича Пирогова в анестезии, ставший основой для развития данной области науки и хирургии в последующий период.

Материалы и методы исследования. На основе комплекса методологических подходов и современных научных знаний, применяемых к изучению исторических процессов, проведен анализ источников и литературы в рамках обозначенной темы.

Результаты исследования. В XIX веке анестезиология начала стремительно развиваться в США и Европе, из-за чего правительство было сильно заинтересовано во внедрении данной инновации и в нашей стране. В 1847 году Николай Иванович начинает свои исследования и приходит к выводу, что наркоз может стать новым прорывом в истории хирургии и медицины в целом. Свою первую операцию под эфирной анестезией Николай Иванович Пирогов выполнил 14 февраля 1847 года в Военно-сухопутном госпитале. После нескольких успешных операций, проведённых с использованием наркоза, он убедился в практичности этого ранее незнакомого метода. В дополнение к хирургическим вмешательствам он начинает проводить эксперименты и научные исследования в области анестезии. Так же удачно изучает анестезию ректальным методом, внутривенно и интратрахеальным путем, опережая открытия других хирургов России и других стран Европы, которые в настоящее время считаются авторами и основоположниками данных методов наркоза.

На конференции Медико-Хирургической Академии, состоявшейся 25 мая 1847 года, было объявлено о том, что Н.И. Пирогов отправляется на Кавказ с целью продемонстрировать новый метод операции с использованием эфирного наркоза. В ходе своей поездки он осуществил несколько операций в сотрудничестве с доктором Неммертом и организовал теоретические занятия для молодых врачей. В городе Оглы Пирогов проводил операции открыто, чтобы продемонстрировать солдатам эффективность и безболезненность своих методов. Позже Николай Иванович Пирогов отправился в Самуртский отряд, где выполнил более ста операций. Это стало первым случаем в военной практике, когда солдатам проводили операции и ампутации под общим наркозом. По итогам собранных за год данных (с февраля 1847 по февраль 1848 года) смертность среди пациентов составила 1 из 5,4 операций, что означает меньше 20% [2; 3].

Заключение. Николай Иванович Пирогов – выдающийся русский хирург, который оказал значительное влияние на развитие медицины в России. Хотя он более известен тем, что открыл новые отрасли медицины, такие как топографическая анатомия, нельзя приуменьшать его роль в развитии анестезиологии. Он сыграл важную роль в распространении анестезии, разработав альтернативные методы ее введения. Кроме того, Пирогов был талантливым преподавателем, передававшим свои знания ученикам. Он первым систематически изучил явления смертности и заболеваемости, что позволило ему внести важный вклад в анестезиологию. Его исследования стали основой для будущих открытий в данной области, а его методы продолжают использоваться современными врачами, что доказывает их значимость.

Список литературы

1. Манышев С.Б., Манышева К.Б. К 170-летию широкого применения наркоза в России // Анестезиология и реаниматология. – 2019. – №. 1. – С. 79–83.
2. Николай Иванович Пирогов: вклад хирурга в военную и гражданскую анестезиологию. – 2015. – URL: <https://www.biovitar.ru/nikolay-ivanovich-pirogov-vklad-hirurg-a-v-voennuyu-i-grazhdanskuyu-anesteziologiyu/> (дата обращения: 8.12.24)
3. Левин Я.И., Корячкин В.А. Н.И. Пирогов – основоположник отечественной анестезиологии. К 175-летию первого анестезирования, проведенного Н.И. Пироговым // Анестезиология и реаниматология. – 2022. – №. 1. – С. 122–128.

ПУТИ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И МИРОВОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Адилгереев И.К., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Трансплантология – это медицинская наука, изучающая пересадку органов и тканей для восстановления их функций или замещения утраченных. Ее развитие позволило спасти миллионы жизней, став важной частью современной медицины.

Цель исследования. Изучить историческое развитие трансплантологии в России и мире, проанализировать ключевые достижения ученых и врачей, а также определить современные тенденции и перспективы этой области медицины.

Материалы и методы исследования. В работе использованы исторические материалы, включая научные публикации, архивные данные и документы, отражающие развитие трансплантологии.

Результаты исследования. Начало научной трансплантологии относят к XIX веку. Французский хирург Алексис Каррель в 1902 году разработал метод сосудистого шва, который стал значимым этапом в развитии хирургии и трансплантологии, открыв путь к пересадке органов с сохранением кровоснабжения. Он заложил основы экспериментальной трансплантации жизненно важных органов. В 1905–1906 годах Каррель провел ряд экспериментов по аллогенной пересадке органов и конечностей между животными. С 1946 года В.П. Демихов начал регулярно выполнять уникальные операции по трансплантации органов у собак [1; 2].

Опираясь на работы И.И. Мечникова, советские ученые предложили новый подход к проблеме трансплантации органов и тканей. Они начали подбирать доноров и реципиентов, учитывая иммунологические параметры. Впервые в мире советские исследователи (И.Л. Кричевский, Л.А. Шварц, 1927) разработали ключевые аспекты индивидуальной антигенной дифференцировки тканей. Также было установлено значение функционального состояния ретикуло–эндотелиальной системы (РЭС) в процессе выработки антител (А.А. Богомолец и другие) и выявлена важная роль блокады РЭС при гомотрансплантации [1].

Первую успешную пересадку почки от трупного донора человеку выполнил в 1933 году советский хирург Ю.Ю. Вороной. Это событие заложило основу современной трансплантологии.

В 1963 году американский хирург Томас Старзл провел первую ортотопическую трансплантацию печени, а в 1966 году была выполнена первая пересадка поджелудочной железы (Уолтон Келли и Ричард Лилехай).

Одним из важнейших событий в истории трансплантологии стала первая успешная пересадка сердца, выполненная в 1967 году в Кейптауне южноафриканским кардиохирургом Кристианом Барнардом. Пациент прожил 18 дней, что стало значительным прорывом, подтвердив жизнеспособность этой медицинской концепции. Барнард заложил фундамент для дальнейшего развития сердечной трансплантации, а его работы вдохновили на новые исследования в данной области [2].

В 1980–х годах началась активная разработка международных стандартов. В 1985 году были установлены этические принципы трансплантации [3].

С конца XX века трансплантология вышла на новый уровень благодаря разработке иммуносупрессивных препаратов, которые предотвращают отторжение органов. В 1980–х годах начались работы по ксенотрансплантации – пересадке органов от животных человеку, что может стать решением проблемы дефицита донорских органов.

Современные направления включают 3D–биопринтинг, генную инженерию, регенеративную медицину.

Ключевая перспектива трансплантологии – обеспечение доступности органов для всех нуждающихся, включая разработку глобальных систем донорства.

Новым направлением в трансплантационной медицине может стать сочетание нанотехнологий и трансплантологии. Нанотехнологии позволяют оптимизировать фармакокинетику иммунодепрессантов, модифицируя их с помощью наночастиц, что может улучшить долгосрочную выживаемость пациентов и функцию трансплантата [1].

Заключение. Трансплантология в России и в мире достигла значительных успехов благодаря усилиям ученых и медицинских специалистов. Несмотря на сложные проблемы, связанные с иммунологической несовместимостью и консервацией органов, достижения в области трансплантации жизненно важных органов продолжают расширять возможности спасения жизни. В ближайшие годы ожидается дальнейшее развитие технологий, таких как искусственные органы и клеточные терапии.

Список литературы

1. Хубутя М.Ш., Кабанова С.А. История отечественной трансплантологии, приоритеты и особенности развития // Трансплантология. – 2011. – №. 1. – С. 55–64.
2. История трансплантологии: ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России: [сайт]. – 2024. –URL: [http://www.almazovcentre.ru/?page_id=10040%20\(2024\)](http://www.almazovcentre.ru/?page_id=10040%20(2024)) (дата обращения: 29.11.2024).
3. Козлова А.А. Роль международно–правовых норм в формировании законодательства, регулирующего вопросы трансплантации и донорства в России и за рубежом // Юристъ–Правоведъ. – 2017. – Т. 80, №. 1. – С. 25–29.

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ В ГОСПИТАЛЯХ БАЛАШОВСКОГО РАЙОНА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Алешина Я.А., Булаткина Д.А. Петров В.В.

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

Введение. В 1941 году по решению городского исполнительного комитета началась массовая подготовка города к военному времени, в лучших зданиях Балашовского района планировали размещать больных и раненых солдат. Этот шаг отражает масштабную мобилизацию, которая охватила район, превратившийся в один из главных медицинских центров тыла с около 20 госпиталями. Медицинские работники самоотверженно трудились в госпиталях, обеспечивая уход за ранеными. История Балашовского эвакогоспиталя в годы Великой Отечественной войны тесно связана с именами его медицинских работников, чья самоотверженная работа спасла жизни раненых солдат. В данной статье рассматриваются судьбы нескольких ключевых фигур этого периода: военного фельдшера Зои Алексеевны Марухиной, а также врачей Николая Яковлевича Рассудова и Николая Александровича Софинского. Анализ их деятельности позволит лучше понять вклад медицинского персонала в победу в Великой Отечественной войне и оценить их вклад в историю города Балашова.

Цель исследования. Изучить историю прошлого жителей нашего района и исследовать жизненный путь медиков. Воспитать любовь к родине и своей профессии.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании объектом изучения стали медицинские работники, участвовавшие в Великой Отечественной войне. Основными источниками данных послужили архивные документы, воспоминания ветеранов и публикации в специализированных медицинских и исторических книгах.

Для сбора информации использовались методы качественного и количественного анализа. Анализ данных проводился с использованием статистических методов, что позволило получить надежные и достоверные результаты, отражающие вклад медицинских работников в победу на фронте.

Результаты исследования. Марухина Зоя Алексеевна родилась 14 апреля 1922 года в Саратовской области, г. Балашове. На фронт была призвана в августе 1941г. Как военный фельдшер, она служила медсестрой в хирургическом отделении, проявляя исключительную заботу и самоотверженность в уходе за ранеными. Проводя бессонные ночи у коек тяжелобольных, она неоднократно спасала им жизни. Зоя Алексеевна заслуженно пользовалась авторитетом среди личного состава госпиталя. За свою выдающуюся службу была удостоена высоких наград: медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 г.» и «За боевые заслуги» [1].

Врач Николай Яковлевич Рассудов в годы Второй мировой войны работал в госпиталях города Балашова и его окрестностях. Вместе с медсестрами и санитарками он не покидал госпиталь сутками, оказывая помощь раненым солдатам. На протяжении почти двух лет он занимал должность начальника отделения, демонстрируя выдающееся исполнение своих обязанностей по уходу за пациентами. В условиях нехватки медицинского оборудования он наладил образцовый порядок в своем отделении, поддерживая чистоту и создавая комфорт для раненых. Он не знал отдыха, проводя дни и ночи за хирургическими операциями и вовлекая в работу других преданных делу медицинских работников. 16 октября 1958 года Рассудов завершил свою службу в звании подполковника медицинской службы. За свои выдающиеся заслуги и мужество в годы войны он был награжден орденом Красной Звезды (15 ноября 1944 года) и медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (9 мая 1945 года). Кроме того, ему была вручена медаль «За боевые заслуги» (19 ноября 1951 года).

Николай Александрович Софинский – главный хирург областного здравотдела, заслуженный врач РСФСР, заведующий хирургическим отделением Балашовской центральной районной больницы (с конца 1937 г.), ведущий хирург эвакогоспиталя в Балашове в годы Великой Отечественной войны. Самоотверженная деятельность Н.А. Софинского была высоко оценена государством: он был награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Позже, в 1948 году, удостоен звания "Заслуженный врач РСФСР", а в 1949 году награжден орденом Ленина. 25 июля 1973 года в городе Балашове один из переулков был назван в его честь улицей Н. А. Софинского, и в его память была установлена мемориальная табличка [2].

Заключение. Исследование подчеркивает важность сохранения памяти о медицинских работниках, участвовавших в Великой Отечественной войне, и их вкладе в победу. Это не только дань уважения их подвигам, но и важный урок для будущих поколений о ценности человеческой жизни и профессионализма в любых условиях.

Список литературы

1. Болмосов В.Н. Забвению не подлежит. – Тула: Дизайн-коллегия. – 2018. – 190 с.
2. Масленникова Л.Н., Танонин В.В. Фронт и тыл. Балашовцы в годы войны (1941–1945). – Балашов: Издатель. – 1995. – 272 с.

НАУЧНЫЙ ВКЛАД АБУ-ЛЬ-КАСИМА АЗ-ЗАХРАВИ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ

Арзанукаева М.И., Евсултанов М.В., Петров В.В.

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

Введение. На протяжении веков медицина развивалась под влиянием множества выдающихся мыслителей, каждый из которых вносил свой уникальный вклад в

формирование знаний о здоровье и лечении заболеваний. Одним из таких значимых деятелей был Абу аль-Касим Аз-Захрави (936-1013 гг.), также известный как Альбукакис. Его работы стали основополагающими для последующих поколений врачей и ученых, как в мусульманском мире, так и за его пределами [1].

Цель исследования. Изучить вклад Абу-ль-Касима Аз-Захрави в развитие медицины как науки.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования использовались историко-критический анализ и сравнительный анализ. Была произведена оценка исторических и современных научных данных о медицинской деятельности Абу-ль-Касима Аз-Захрави: книг и статей по истории медицины; научных журналов, посвященных хирургии и медицинским достижениям [2].

Результаты исследования. Чтобы продвинуть хирургию, Аз-Захрави написал книгу, в которой описал хирургические инструменты, многие из которых были разработаны им самим, а также наблюдения и комментарии, основанные на его опытах. Благодаря Альбукакису, хирургия была интегрирована в медицину, а не осталась практикой парикмахеров.

В области нейрохирургии Абу Аль-Касим рекомендовал использовать железо для прижигания вместо меди и золота, поскольку последние быстро остывают, и если их перегреть они плавятся. Это доказывается современными знаниями о том, что температура плавления золота составляет 1063 градусов по Цельсию, в то время как температура плавления железа – 1535 градусов. Он также использовал прижигание при апоплексии (кровоизлиянии в яичник, которое может привести к разрыву яичника) и эпилепсии. Альбукакис предпочитал прижигание металлами, а не каустическими препаратами, так как с первыми можно было более точно оценить степень прижигания, в то время как с каустическими препаратами это будет проблематично, так как соседние ткани могут быть по случайности повреждены.

Аз-Захрави писал о «пульсирующих» и не «пульсирующих» сосудах, что свидетельствует о его осознании различия между артериями и венами. В сосудистой хирургии Абу Аль-Касим Аз-Захрави первым начал применять артериальное лигирование для остановки кровотечения почти за 6 столетий до Амбруаза Парэ (1510–1590) Альбукакис также использовал лигирование височной артерии для лечения определенных типов головных болей [3].

Аль-Захрави представил более 200 хирургических инструментов, в том числе, среди прочего, различные виды скальпелей, ретракторов, кюреток, пинцетов, зеркал, а также инструменты, разработанные для его любимых методов прижигания и лигирования. Он также изобрел крючки с двойным наконечником для использования в хирургии. Многие из этих инструментов никогда не использовались ни одним из предыдущих хирургов.

Альбукакис первым использовал кетгут (рассасывающийся хирургический шовный материал, изготавливаемый из очищенной соединительной ткани). Он был первым кто применил специализированные щипцы во время родов, что привело к значительному снижению смертности как новорожденных, так и матерей. В его практике также впервые была проведена тонзилэктомия – операция по удалению миндалин, при которой использовались крючки и ножницы, которые, по сути, остались в ходу и спустя столетия.

Кроме того, Аз-Захрави разработал скрытые скальпели, позволяющие хирургам выполнять разрезы с минимальным риском для жизни пациентов. Он также стал новатором в использовании как местной, так и общей анестезии, что значительно снижало уровень боли, испытываемой пациентами во время хирургических вмешательств.

Заключение. Аз-Захрави внес большой вклад в продвижение западноевропейской хирургии и современной медицины. Он принес новые решения в диагностике и лечении многих заболеваний не только в области хирургии, но и в

неврологии, гинекологии, офтальмологии, нейрохирургии и общей хирургии. Кроме того, Аз-Захрави изобрел множество инструментов, которые до сих пор используются в современной хирургии. Его наследие продолжает жить в современных медицинских практиках и является важной частью истории медицины [4].

Список литературы

1. Аз-Захрави Трактат о хирургии и инструментах: учебное пособие. М.: Наука. – 1983. – 350 с.
2. Гантамиров Т.Т. Абуль Касим Аз-Захрави основоположник современной хирургии // Известия Чеченского государственного университета им. А.А. Кадырова. – 2019. – Т. 13, №. 1. – С. 62–68.
3. Медицина в Исламе. – 2023. – URL: <https://lyl.su/tWDa> (дата обращения: 14.12.2024).
4. Abu Al-Qasim Al-Zahrawi (936–1013 CE), Icon of Medieval Surgery / S. Zarrintan, R.S. Tubbs, F. Najjarian [et al.] // Historical note. – 2020. – Vol. 69. – P. 437–440.

ВРАЧЕВАНИЕ В ВИЗАНТИЙСКОЙ ИМПЕРИИ НА РУБЕЖЕ IV–XIV ВЕКОВ

Аргунова А.Р., Аркелова А.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Византийская империя – необыкновенное явление Средневековья. Являясь наследницей античной культуры, она сохранила ценности Древнего Рима и создала культуру, оказавшую значительное влияние на становление медицины многих народов мира. Византийское врачевание представляло собой сложную систему с уникальным характером. Оно сочетало в себе римское наследие с элементами восточной медицины и христианским мировоззрением.

Цель исследования. Изучить особенности врачевания в Византийской империи.

Материалы и методы исследования. Анализирование и обобщение информации из книг и статей в рамках обозначенной темы.

Результаты исследования. Эпоха IV–VII вв. оставила большое количество письменных источников. К примеру, сочинения Галена и «Гиппократов сборник», которые послужили базой для сочинительств; обширный свод Орибасия «Синописис», который использовали для изучения врачебных наук; работа «Общедоступные лекарства» Орибасия, в которой были прописаны рецепты по приготовлению лекарств на дому; труд Александра о лечениях внутренних болезней в 12 томах; медико–хирургический сборник Павла из Эгины, по которому преподавали хирургию. То есть медицинские знания развивались на основе энциклопедических сводов, которые обобщали достояние прошлого и знания византийских врачей [1].

Вода в Византии была горькой, соленой, непригодной для питья, а из–за каменистой почвы устройство колодцев было усложнено. Поэтому важной задачей империи было строительство акведуков, восполнявших запас воды, и цистерн, в которых хранилась вода. Важное значение также имела баня, которая была местом врачевания. В банях проводили водные гигиенические и тепловые процедуры с целью оздоровления. То есть основными санитарно–техническими сооружениями были бани, цистерны, акведуки [1].

Устав императора демонстрирует организацию работ в Византийских больницах. Ксенон состоял из 5 залов по 50 коек различных отделений, двое из которых – иные заболевания; при нем также находились аптека, медицинская школа и помещения для медперсонала. В лечебницах функционировал регулярный штат врачей с ассистентами,

работающий по сменам. Во всех отделениях работало по два специалиста, которые заботились о поступающих больных. Дежурный врач отвечал за предоставление отчёта заведующему о состоянии поступившего тяжелообольного. При этом без специального разрешения императора доктора не имели право выполнять частную практику. Руководство всем учреждением осуществлял носок, который вместе с главным врачом обеспечивал поставки всего необходимого. То есть, больничное дело было высокоорганизованным, о чем свидетельствует императорский устав [2].

С появлением христианства при монастырях начали строить больницы и проводить филантропическую деятельность для предоставления помощи больным и немощным. Для проживания малоимущих граждан начинают действовать гостиницы и ксеноны, где проводилось бесплатное медицинское обслуживание независимо от положения в обществе. Благотворительной медициной пользовались как малообеспеченные слои населения, так и дворяне, что демонстрирует качественное лечение в подобных целебных заведениях. То есть благотворительность была признанной общественной ценностью, что заметно в сфере медицины [3].

Заключение. Таким образом, мы убеждаемся, что врачевание Византийской империи, основанное на трудах ученых и врачей, представляло собой комбинацию христианского мировоззрения и древнегреческого наследия. Византийская медицина, уделявшая отдельное внимание санитарии, организации больниц и благотворительной деятельности, ставила своей целью оказать медицинскую помощь всем нуждающимся.

Список литературы

1. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. – М.: Академия. – 2008. – 560 с.
2. Больничное дело и медицина в Византийской империи // Православие.ru: [сайт]. – 2013. – URL: <https://pravoslavie.ru/62069.html> (дата обращения: 01.12.2024).
3. Constantelos D.J. Byzantine philanthropy and social welfare. – New Jersey: Publishing house Rutgers University Press. – 1968. – 356 p.

ИСТОРИОГРАФИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СССР

Арсеева М.С., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Историография высшего медицинского образования в СССР представляет собой важную область исследования, отражающую не только развитие медицинской науки, но и социальные, экономические и политические аспекты жизни страны. В условиях тоталитарного режима, когда государство активно вмешивалось в различные сферы жизни, включая образование и медицину, система высшего медицинского образования претерпела значительные изменения, адаптируясь к требованиям времени.

Цель исследования. Систематизация и обобщение научных данных, свидетельствующих об историографии высшего медицинского образования в СССР.

Материалы и методы исследования. В свете современных исторических занятий проведен анализ источников и литературы.

Результаты исследования. Российская система высшего медицинского образования начала складываться в последние годы XIX века и первые десятилетия XX века с появлением первых медицинских факультетов в университетах. После Октябрьской революции 1917 года произошли глубокие преобразования. В 1918 году

была заложена основа для системы медицинских институтов, ориентированной на подготовку специалистов для социалистической экономики [1].

В 1930-е годы высшее медицинское образование пережило централизацию и идеологический контроль. Под властью Сталина вся жизнь страны, включая образование, подверглась строгому контролю. Началась унификация учебных программ, что способствовало установлению единых стандартов подготовки врачей. Идеологизация учебного процесса превратила медицинское образование в инструмент воспитания нового советского гражданина.

После Второй мировой войны система образования пережила новые трансформации. В 1945 году началось восстановление разрушенных учебных заведений и основание новых институтов. Приоритетом стала подготовка врачей для восстановления страны, что потребовало обновления учебных программ.

С 1960-х годов система столкнулась с недостатком финансирования и устареванием учебных планов. Эти проблемы особенно проявились в 1980-е годы, когда началась перестройка, и были инициированы реформы по повышению уровня образования. Однако многие начинания не были реализованы из-за экономических трудностей и политической нестабильности.

Медицина воспринималась как важный элемент государственной стратегии. Ожидалось, что медицинские работники будут не только лечить, но и выполнять социальные обязанности, такие как распространение информации о здоровье. Исследования высшего медицинского образования в СССР охватывают широкий круг вопросов, включая влияние политических решений на медицину. Труды А.Н. Кудрявцева и Н.В. Соловьева фокусируются на изменениях в образовательной политике и их влиянии на здравоохранение [2].

Также существуют исследования, которые уделяют особое внимание социальным аспектам обучения врачей, включая вопросы гендерного равенства и разнообразия этнических групп среди студентов медицинских вузов. Это дает возможность лучше понять, как разнообразные факторы оказывали влияние на систему образования и подготовку медицинских кадров, а также на их соответствие современным стандартам.

Исследования, фокусирующиеся на социальной стороне обучения медицинским специальностям, включая вопросы равноправия полов и этнических отношений среди студентов медицинских институтов, дают возможность более глубоко проникнуть в механизмы образовательного процесса и кадровой политики. Это важно для понимания того, каким образом разнообразные факторы оказывали влияние на систему подготовки специалистов в сфере здравоохранения и каким образом она соответствует современным стандартам.

Заключение. Исследования в области истории высшего медицинского образования в СССР являются обширной темой, охватывающей множество аспектов: структуру учебного процесса, идеологические направления, инновационные педагогические подходы и текущее состояние. Изучение исторических данных открывает дверь к пониманию эволюции системы медицинского образования и позволяет идентифицировать проблемы, которые остаются значимыми и в наше время. Необходимо продолжать исследования в этой сфере для создания эффективной системы подготовки медицинских специалистов, которая отвечала бы современным требованиям.

Список литературы

1. Устинов А.Л. История медицинского образования в России XVIII–XXI вв. // Системная интеграция в здравоохранении. – 2023. – Т. 58, № 1. – С. 55–65.

2. Высшее медицинское образование в Советской России. – 2016. – URL: <https://www.lvkgmu.ru/soviet4.html> (дата обращения: 07.12.2024).

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РУССКОЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Балова А.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Первая мировая война стала трагическим событием для всего мира, унёсшее огромное количество человеческих жизней. Россия, как одна из воюющих держав, также понесла тяжелые потери как на полях сражений, так и от инфекционных заболеваний, распространявшихся в условиях войны. Изучение деятельности военно-медицинской службы русской армии в первую мировую войну (1914–1918) представляет несомненный интерес. Огромный статистический материал по этому вопросу изучен крайне недостаточно, особенно данные противоэпидемического обеспечения войск [1].

Цель исследования. Целью настоящего исследования является анализ статистических данных о распространении инфекционных заболеваний в Русской армии во время Первой мировой войны, выявление основных факторов, повлиявших на уровень заболеваемости, и определение возможных путей предотвращения эпидемий в будущем.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов для исследования использовались статистические данные о заболеваемости инфекционными заболеваниями в Русской армии в период с 1914 по 1918 год. Данные были получены из архивов Министерства обороны Российской Федерации и Государственного архива Российской Федерации. Для анализа данных были использованы методы описательной статистики, а также методы корреляционного и регрессионного анализа.

Результаты исследования. Высокий уровень инфекционной заболеваемости в армии являлся прямым следствием эпидемического неблагополучия в царской России во время войны. В известных нам опубликованных источниках удельный вес инфекционных заболеваний в русских войсках не определен. Отсутствуют полные сведения о структуре инфекционной заболеваемости в армии. Обращает на себя внимание и разноречивость количественных показателей, характеризующих заболеваемость личного состава войск [2].

Изучение архивных материалов, относящих к периоду с августа 1914 по ноябрь 1917 года, позволило нам с достаточной достоверностью установить, что общие санитарные потери русской войск составили 10 251 109 человек: раненых – 26,88%, инфекционных больных – 17,04%, неинфекционных – 56,08%.

Структура инфекционной заболеваемости характеризуется следующими данными: грипп – 633 159 случаев, брюшной тиф – 98 345, сыпной тиф – 21 969, возвратный тиф – 76 071, дизентерия – 65 257, энтероколиты – 118 018, туберкулез – 36 499, сифилис – 109 229, другие венерические болезни – 370 271, цереброспинальный менингит – 1 004, малярия – 105 900, холерра – 30 820, натуральная оспа – 2 708, сибирская язва – 1 056, другие инфекционные заболевания – 75 724 [3].

В начале Первой мировой войны уровень инфекционной заболеваемости был значительно ниже, но в дальнейшем возрос, и возник риск пандемии. Военнослужащие в основном болели сыпным тифом, возвратной лихорадкой, флюсом, холерой, оспой и брюшным тифом. Самый высокий уровень смертности был зарегистрирован у больных холерой, сыпным и брюшнотифозным тифом. В соответствии с довоенной программой развертывания Российской армии были созданы противоэпидемиологические учреждения. К концу войны было создано 110 санитарно-гигиенических и 90 дезинфекционных пунктов. Однако организация противоэпидемиологической безопасности была неудовлетворительной. Из-за нехватки специалистов и оборудования противоэпидемические средства подразделений были недостаточно

укомплектованы. Командиры санитарных частей и санитарной службы не имели достаточных ресурсов для оперативного обслуживания сил и средств тыловой зоны [4].

Нетрудно представить, какой колоссальный объем работы по противоэпидемическому обеспечению войск при столь огромной инфекционной заболеваемости приходилось выполнять медицинской службе русской армии в первую мировую войну.

Заключение. Исследование подтвердило, что инфекционные заболевания были серьезной проблемой в Русской армии во время Первой мировой войны. Результаты исследования могут быть использованы для разработки мер по предотвращению инфекций в будущих военных конфликтах, а также для повышения осведомленности о важности санитарных и гигиенических норм в условиях войны.

Список литературы

1. Горелова Л.Е., Локтев А.Е. Санитарно–эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. // Воен.-мед. журнал. – 2014. – Т. 335, №. 2. – С. 74–78.

2. Мошкин А.Н., Валяев Я.В. Проблемы санитарно-гигиенической службы российской армии в годы Первой мировой войны // *Via in tempore*. История. Политология. – 2014. – Т. 30, №. 8 (179). – С. 95–100.

3. Рыжиков В.И. Из истории создания медицинской службы военных // Воен.-мед. журнал. – 1997. – №. 10. – С. 70–75.

4. Назин И.С. Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг.: сборник документов. – Куйбышев: Изд-во Куйбышев. Воен.-мед. академии Красной Армии. – 1942. – 464 с.

ХИДЖАМА: ДРЕВНЯЯ ПРАКТИКА, СОВРЕМЕННАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Баймамбетова М.Р., Плетнева Е.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Хиджама, также известная как кровопускание с использованием вакуумных банок, является одной из древнейших терапевтических практик, известных человеку, проистекающей из различных медицинских систем мировых культур. Ее корни уходят в глубокую древность, когда хиджама использовалась как средство для лечения множества заболеваний, улучшения общего состояния здоровья и восстановления жизненной энергии. Сегодня она продолжает привлекать внимание как в народной, так и в научной медицине, представляя собой пример слияния традиционных знаний и современных подходов к здравоохранению.

Современное общество всё больше интересуется альтернативными и комплементарными методами лечения, что создает спрос на исследования в области хиджамы. Несмотря на богатую историю, многие аспекты этого метода остаются малоизученными с точки зрения научной медицины. Интерес к хиджаме также подогревается растущим числом пациентов, которые ищут безопасные, эффективные и естественные способы управлять своим здоровьем, особенно в контексте хронических заболеваний и стрессовых состояний.

Цель исследования. Анализ клинической эффективности и безопасности хиджамы с точки зрения современных медицинских исследований. Выявление возможных показаний и противопоказаний для применения хиджамы в современной медицине или накопление и систематизация знаний о хиджаме, способствующее более глубокому пониманию этой практики и ее роли в современном здравоохранении.

Материалы и методы исследования. Исследование исторических источников для понимания эволюции хиджамы, ее культурного и социального контекста [1]. Сбор и анализ существующих научных публикаций о хиджаме с целью выявления общих тенденций и результатов.

Результаты исследования.

1. Исторический контекст.

Эволюция хиджамы: Исследование показало, что хиджама имеет глубокие корни в древних медицинских системах, включая традиционную китайскую медицину и арабскую медицинскую практику. Хиджама использовалась на протяжении веков как метод лечения множества заболеваний, а также для улучшения общего состояния здоровья.

Культурные аспекты: Хиджама рассматривается не только как медицинская процедура, но и как часть культурных обычаев в разных странах, особенно в арабском мире и Южной Азии.

2. Современные методы.

Техники хиджамы: Анализ современных методов показал, что существуют различные техники проведения хиджамы, включая сухую и мокрую хиджаму. Практикующие специалисты используют различные инструменты и подходы в зависимости от состояния пациента и цели процедуры.

Образование и сертификация: Установлены стандарты для обучения и сертификации специалистов, проводящих хиджаму, что способствует повышению ее безопасности и эффективности.

3. Клиническая эффективность.

Обзор клинических испытаний: Метаанализ показал, что хиджама может быть эффективной в лечении определенных состояний, таких как хронические боли, мигрени и некоторые стрессовые расстройства. Однако необходимо провести дополнительные исследования для более глубокого понимания механизмов действия.

Побочные эффекты: В основном хиджама воспринимается как безопасная процедура, однако идентифицированы редкие случаи побочных эффектов, таких как синяки и локальное воспаление.

4. Опросы и интервью.

Субъективные отзывы пациентов: Опросы показали, что большинство пациентов, прошедших процедуру хиджамы, сообщили о значительном улучшении состояния здоровья, снижении боли и улучшении общего самочувствия.

Мнение специалистов: Интервью с врачами, практикующими хиджаму, подтвердили ее положительное воздействие на здоровье пациентов. Специалисты отметили необходимость интеграции хиджамы в традиционные медицинские практики.

5. Рекомендации.

Интеграция в медицинскую практику: На основе полученных данных рекомендуется рассмотреть возможность интеграции хиджамы в программы комплексного лечения хронических и иных заболеваний.

Необходимость дальнейшего исследования: Подчеркнута важность проведения многопрофильных исследований для более глубокого понимания эффективности и применения хиджамы в современной медицине.

Заключение. Хиджама – это древняя практика, основанная на богатой исторической и культурной основе, которая находит свое место в современном мире. Хотя она предлагает множество преимуществ, важно подходить к ней ответственно и осознанно. Правильное применение хиджамы в сочетании с современными медицинскими знаниями может значительно улучшить здоровье и качество жизни.

Список литературы

1. Харун Я. Чудо Корана. Научные, исторические и математические феномены. – М.: Культура Паблишинг. – 2010. – 544 с.

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

Бециашвили Ю.В., Петров В.В.

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

Введение. Минеральные воды Кавказских Минеральных вод известны своими уникальными химическими составами и целебными свойствами. Пятигорск, Ессентуки, Кисловодск и Железноводск являются центрами курортного лечения, их минеральные воды применяют для профилактики и лечения различных заболеваний [1–3].

Цель исследования. Рассмотреть химический состав минеральных вод этих городов и понять, к каким результатам приводит их воздействие на организм человека.

Материалы и методы исследования. Кавказские Минеральные воды представляют собой уникальный природный ресурс, известный своими лечебными свойствами и разнообразным химическим составом. Исследования, посвящённые этому региону, охватывают широкий спектр тем, включая геохимию, медицинские показания и терапевтические эффекты минеральных вод. В ходе работы использовались сравнительно-исторический и аналитический методы.

Результаты исследования. Пятигорск. Минеральные источники этого города относятся к углекислым и подразделяются на горячие, тёплые и холодные. Вода имеет стабильный сульфатно-хлоридно-гидрокарбонатный кальциево-натриевый состав с повышенным содержанием кремниевой кислоты и железа.

Эту воду применяют для лечения варикозного расширения вен, атеросклероза, заболеваний сердца и сосудов головного мозга, гипертонии. Благодаря наличию кремниевой кислоты ее используют для лечения почечных болезней, дисфункции щитовидной железы [4].

Ессентуки. Минеральные воды имеют гидрокарбонатный хлоридно-натриевый борный состав. Они стимулируют инсулинпродуцирование и повышают секрецию соляной кислоты в желудочных клетках.

Лечение этими водами назначают при заболеваниях печени и желчевыводящих путей, ЖКТ и органов пищеварения, сахарном диабете, избыточной массе тела и подагре. Особенно эффективны они в терапии гастродуоденитов у детей.

Кисловодск. Воды Кисловодска имеют гидрокарбонатно-сульфатный кальциево-магниевый состав с небольшим содержанием мышьяка, который оказывает антимикробное и тонизирующее действие.

Основная область применения этих минеральных вод – для наружных процедур при гипертонии, ишемии сердца с редкими приступами стенокардии, недостаточности митрального клапана, неврозах. Ванны с этими водами оказывают расширяющее воздействие на периферические сосуды.

Железноводск. Минеральные воды этого курорта имеют гидрокарбонатно-сульфатный кальциево-натриевый состав.

Эти воды рекомендуются при заболеваниях печени и почек, мочевыделительной и желчевыводящей систем. Они улучшают работу поджелудочной железы, способствуют ускорению выведения песка и мелких камней из органов мочевыделительной системы и повышают тонус желчного пузыря.

Заключение. Минеральные воды конгломерата городов-курортов (Пятигорска, Кисловодска, Железноводска и Ессентуков) имеют уникальный химический состав, который обуславливает их лечебные свойства и определяет их целебное воздействие на широкий спектр заболеваний. Правильное использование этих вод в рамках курортного

лечения может значительно улучшить здоровье пациентов и помочь в профилактике различных недугов.

Список литературы.

1. Мхоян Наталия. Кавказские Минеральные Воды: как все начиналось. – 2018. – URL: <https://etokavkaz.ru/istoriya/kavkazskie-mineralnye-vody-kak-vse-nachinalos> (дата обращения: 13.12.2024).

2. Зольникова Ю.Ф. Медико-химические исследования гидроминеральных ресурсов региона Кавказских Минеральных Вод на рубеже XVIII–XIX вв // Наука. Инновации. Технологии. – 2019. – №. 2. – С. 61–70.

3. Зольникова Ю.Ф. Формирование курортного региона Кавказские Минеральные Воды в советский период // Наука. Инновации. Технологии. – 2019. – №. 4. – С. 105–114.

4. Барановский А.Ю. Диетология: руководство. – СПб.: Питер. – 2008. – 894 с.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КОСМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Бирюкова А.О., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Космическая медицина – комплекс биологических и медицинских наук, задача которых – это исследование и обеспечение оптимальных условий существования человека во время космического полета [1].

Цель исследования. Изучение и обобщение литературных данных о космической медицине, ее возникновение и развитие как науки.

Материалы и методы исследования. Анализ данных литературы о появлении и становлении космической медицины.

Результаты исследования. Космическая медицина относительно новая и перспективная область науки, которая продолжает активно развиваться.

С момента первого запуска в космос спутника перед наукой стал вопрос: как будет чувствовать себя человек в комическом пространстве и как повлияет на организм человека пребывание в невесомости? Поиск решения подобных задач занимается космическая медицина.

В появлении развитии космической биологии и медицины большое значение имели труды основоположников космонавтики К.Э. Циолковского и Ф.А. Цандера. К сожалению, точные данные о том, кто первый начал исследования в этой области, отсутствуют. Считается, что изначально вопросы этой науки изучались специалистами Института авиационной медицины, а в 1960 г. к ним присоединились специалисты Центра подготовки космонавтов, Центрального военного научно-исследовательского авиационного госпиталя, а с 1963 г. и специалисты Института медико-биологических проблем [2].

В 1959–1960 гг. окончательно сформировалась новая научная дисциплина – космическая медицина, которая должна решить несколько важных вопросов. Например, исследовать влияния на организм факторов космического полета, разработать методы защиты от их неблагоприятного воздействия и подготовить перечень требований к системам жизнеобеспечения и средствам спасения членов экипажа при возникновении аварийных ситуаций, создать методы отбора и тренировки космонавтов, а также их реабилитации после полета [3].

1960–1961 гг. характеризуются окончанием периода подготовок к отправлению в космос человека. Для более подробного изучения влияния факторов, к исследованиям привлекаются академические учреждения, а в качестве «экипажей» снаряжаются собаки,

крысы, растения и насекомые. Первый эксперимент из этой серии был осуществлен с собаками Белкой и Стрелкой. Это исследование дало учёным материал о влиянии факторов космического полета на живых существ. Был установлен факт, что суточное пребывание в условиях невесомости почти не влияет на показатели систем организма и общего поведения. Изучение космической радиации показало, что она не является серьезной опасностью для живых существ. Были получены данные, которые подтвердили надежность всех систем космического корабля. Результаты последующих технологических полетов помогли прийти к заключению о возможности кратковременного полета человека на орбите, проходящей ниже околоземных радиационных поясов [4].

Главным стимулом для развития науки стал полёт в космос первого человека в 1961 г. Исследования, проведенные до этого события, позволили обеспечить оптимальные условия для космонавта в кабине космического корабля. Но всё равно оставались вопросы, на которые ученые не могли с уверенностью дать ответ. Например, как условия невесомости влияют на мышление, память, восприятие окружающего мира. И только полет человека доказал, что в невесомости эти функции не подвергаются существенным изменениям.

Учёные постепенно увеличивали продолжительность космических полетов и количество экспериментов, осуществляемых на борту космического аппарата.

Заключение. По мере развития пилотируемой космонавтики совершенствуются методы и средства медицинского обеспечения космонавтов, множатся знания о возможностях человеческого организма, о методах управления процессами приспособления организма к меняющимся и часто суровым условиям внешней среды.

Космическая медицина – одна из ведущих областей науки, которая позволяет эффективно осуществлять масштабные научно-технические проекты и вносит существенный вклад в решение важнейших проблем как науки, так и человечества в целом.

Список литературы

1. Космическая медицина. – 2022. – URL: <https://lyl.su/RBOM> (дата обращения: 14.12.2024).
2. Космическая медицина. – 2016. – URL: <https://lyl.su/lixE> (дата обращения: 13.12.2024).
3. Космическая медицина – история становления новой отрасли знания. – 2016. – URL: <https://lyl.su/gOP4> (дата обращения: 12.12.2024).
4. Основные этапы развития отечественной космической медицины. – 2024. – URL: <https://lyl.su/CfwR> (дата обращения: 14.12.2024).

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОММУНИЗМА И НЭПА (1917–1928)

Богомолов К.С., Дюдяев А.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Период турбулентности Российского общества вызванный разрушительной для России Первой Мировой войной, Гражданской войной и временем становления первой пролетарской диктатуры на земле остается незамеченным в широких кругах не говоря о развитии медицины в эти непростые годы. Проанализировав это время с точки зрения развития медицины, можно понять, как этот тяжелый период влиял на нее.

Цель исследования. Изучить и проанализировать ключевые изменения и события в области здравоохранения в Советской России в период военного

коммунизма и НЭПа (1917-1929 годы). Выявить основные достижения и проблемы, с которыми столкнулась здравоохранительная система в этот переходный период.

Материалы и методы исследования. На основе комплекса знаний и методологических навыков, применяемых к изучению исторических процессов, проведен анализ исторической литературы и документации, отражающих развитие медицины в периоды Гражданской войны и НЭПа.

Результаты исследования.

1. Опыт развития здравоохранения в период военного коммунизма показал, что в условиях экономического и политического кризиса государственная централизация медицинской системы может быть эффективным инструментом для решения неотложных задач, таких как борьба с эпидемиями и обеспечение базовой медицинской помощи. Однако, политизация и идеологический контроль над медициной имели негативные последствия, ограничивая профессиональную автономию врачей и сдерживая научно-технический прогресс. Дальнейшее развитие советской медицины требовало баланса между централизованным управлением и большей свободой медицинского сообщества [1].

2. В период НЭПа же правительство возвратилось к элементам страховой медицины что закрепилось в декрете «О социальном страховании лиц, занятых наёмным трудом» страховые взносы собирали комиссии по охране труда и социального обеспечения и передавали их органам здравоохранения и это позволило использовать дополнительные источники финансирования – страховые фонды, формирующиеся за счёт взносов работодателей и позволило потратить освободившиеся ресурсы на научную деятельность [2].

Заключение. Таким образом наше исследование позволяет сделать вывод о том что развитие отечественной медицины в годы Гражданской войны и НЭПа шло семимильными шагами и именно это помогло продлить низкую продолжительность жизни и уменьшить беспрецедентную даже в те времена детскую смертность и смертность от эпидемий, а также были заложены основы бесплатного всеобщего здравоохранения, развита профилактическая и научно-исследовательская работа.

Список литературы.

1. Митерев Г.А. Народное здравоохранение за 25 лет Советской власти. – М.: Медгиз. – 1942. – 95 с.
2. Качаева Т.М., Дей А. Исторические аспекты становления страховой медицины // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 59, №. 1. – С. 96–100.

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В ЗАПАДНЫХ ОБЛАСТЯХ УССР ЗА ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ**

Бутиkenov E.E., Ищенко Ю.В.

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

Введение. В период советской властв в западных областях Украины историками медицины накоплен обширный фактический материал, получивший научное осмысление. Учёные ведущих медицинских вузов и научно-исследовательских институтов Львова, Тернополя, Ивано-Франковска, Луцка, Ровно, Черновцов, Ужгорода и других городов проводят историко-медицинские исследования.

Цель исследования. Узнать направления историко-медицинских исследований в западных областях УССР в период Советского союза.

Материалы и методы исследования. Научные издания и веб-ресурсы об историко-медицинских исследованиях в западных областях УССР за годы Советской власти. Метод исследования: теоретический.

Результаты исследования. В промежутке с 1945 по 1970 год в западной Украине сделано и напечатано больше 500 историко-медицинских исследований на разные темы. Защищено 20 кандидатских и 4 докторских диссертации, касающихся вопросов хронологии врачевания.

Достойны труды А.С. Подражанского, в которых автор описал про санитарно-эпидемическое состояние региона до момента присоединения с УССР. Вместе с С.А. Верхатским и Н.А. Обориным Подражанский написал про историю самых первых больниц для граждан и уездных врачей в Галичине.

Огромная исследовательская работа была выполнена по изучению истории борьбы с эпидемическими заболеваниями на западноукраинских землях. Получились необычные труды ученого Н.А. Оборина по истории открытия гипсовой повязки Н.И. Пироговым. Работы по истории становления физиологии, фармакологии, анатомии, хирургии и остальных наук на данной территории.

Основная роль относится к историко-медицинским обществам. Эти общества руководствуются итогами всесоюзных и республиканских историко-медицинских конференций, они отдают огромное внимание созданию популярных проблем историко-медицинской науки.

Заключение. История медицины и здравоохранения на западе УССР как основная часть истории медицины Советской Украины и СССР требует продолжительного капитального исследования значимых историко-медицинских вопросов региона.

Список литературы.

1. Барсуков М.И. Итоги и перспективы научных исследований по истории медицины. – Кишинев: Штиинца. – 1973. – С. 155–157.

МЕДИЦИНА В ДАГЕСТАНЕ И ЧЕРКЕСИИ

Гаджиев Г.М., Жемухов А.А.

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

Введение. История медицины в Дагестане и Черкесии отражает культурные и социальные изменения региона. Исследование этой темы позволяет понять, как традиции и религиозные убеждения формировали подходы к лечению.

В средние века медицина развивалась под влиянием ислама, что способствовало интеграции арабских и персидских знаний. Традиционные методы лечения, основанные на травах, также играли важную роль. Врачевание осуществлялось как профессиональными лекарями, так и народными целителями.

Цель исследования. Цель нашей работы состоит в том, чтобы проследить основные этапы развития медицины в Дагестане и Черкесии от средневековья до советского времени, а также определить влияние различных культур на медицинские практики.

Материалы и методы исследования. В процессе исследования были проанализированы научно-исторические материалы, позволяющие всесторонне исследовать историю медицины в Дагестане и Черкесии, а также выявить взаимосвязи между культурным наследием и современными медицинскими практиками [1].

Результаты исследования. Исследование показало, что медицина на данных территориях имеет глубокие корни и основана на эмпирически сложившихся способах традиционного лечения, но с усилением влияния восточной медицины на данных территориях к началу высокого средневековья происходит глубокое внедрение новых медицинских практик. Некоторые коренные способы лечения, которые использовались в Дагестане и Черкесии:

- лечение запахами. Вдыхание эфирных масел различных растений таких как роза, мята, Melissa, полынь и другие;
- использование домашних животных. Тепло тела домашних кошек и собак, а также изделий из их шерсти применяли для снятия болей в костях и мышцах;
- заговоры и молитвы. Произнося слова, наделённые, по представлению народа, магической силой, и сопровождая их ритуальными действиями, знахари пытались излечить человека от болезни;
- применение пчелиного мёда. Его принимали внутрь при поносах и простуде, а наружно в мазях, при гнойных ранах и язвах;
- использование целебных свойств воды. Особыми целебными свойствами наделялась ключевая и родниковая вода.

Культурные и исторические факторы повлияли на формирование местных традиций лечения в Дагестане и Черкесии. Долгое время из-за недостатка врачебной помощи народы прибегали к услугам знахарей и знахарок.

С развитием и укреплением мусульманства главную роль в деле врачевания стало играть духовенство, а точнее муллы. Они использовали молитвы, заклинания, заговоры при лечении разнообразных заболеваний.

В 19 веке медицина дошла до современного уровня вплоть до того, что в 19 веке на территории Дагестана происходит первое использование наркоза Н.И. Пироговым. Происходит открытие медицинских училищ и школ, где обучали врачей и медицинских сестер. Это способствовало повышению квалификации медицинских работников в регионах. Развивалась научная деятельность, увеличивалось числа медицинских публикаций, происходил обмен опытом между врачами, что помогло внедрению новых методов лечения и улучшению медицинских практик. Это способствовало улучшению эпидемиологической обстановки в регионах [2; 3].

В период СССР врачи Дагестанской и Черкесской АССР внесли большой вклад в развитие медицины. Черкесская АССР активно работала над подготовкой медицинский кадров, открывая медицинские училища и обучая студентов в высших учебных заведениях. Научные проекты и исследования в области медицины способствовали улучшению качества медицинских услуг и разработке новых методов лечения. В Дагестане были созданы санатории, использующие природные факторы для лечения различных заболеваний. Организация и расширение сети медицинских учреждений обеспечили доступность медицинских услуг для населения [3].

Заключение. В заключении исследования можно сказать, что мы смогли проследить основные этапы развития медицины в Дагестане и Черкесии от средневековья до советского времени, а также увидели, как исламская культура и восточные медицинские традиции оказали влияние на медицинские практики на территориях Дагестана и Черкесии. Изучение этапов становления медицинских учреждений и практик в регионе позволили нам лучше понять, как исторические события и социальные изменения формировали систему здравоохранения в этих регионах [4].

Список литературы

1. Бурькина Л.В., Федосеева Л.Д. Акты Кавказской археографической комиссии в исторической культуре народов Кавказа // Социально-гуманитарный вестник: Всероссийский сборник научных трудов. – 2023. – Т. 32. – С. 120–125.
2. Берже А.П. Кавказская старина: исторические очерки, статьи, заметки. – Пятигорск: Снег. – 2011. – 511 с.

3. Щербакова В.В., Хаирова Д.А., Рогачева О.В. Д.К. Заболотный – основоположник отечественной эпидемиологии // Week of Russian science (WeRuS-2024) : Сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 16–19 апреля 2024 года. – Саратов: Сарат. гос. мед. ун-т, 2024. – С. 655–656.

4. Берже А.П. Выселение горцев с Кавказа. – Пятигорск: Снег. – 2011. – 140 с.

СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ XVIII ВЕКА

Гейер Е.В., Назарова В.А.

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

Введение. Медицинское образование в России в XVIII веке стало активно развиваться. Это связано с рядом ключевых реформ и событий, которые изменили подход к подготовке медицинских кадров. Рассмотрев историю становления, можно увидеть какой путь прошла система образования до нашего времени.

Цель исследования. Изучить путь становления медицинского образования в России XVIII века.

Задачи исследования: 1. Изучить приказы, связанные с реформой медицинского образования. 2. Рассмотреть систему обучения студентов медицинского в России XVIII века.

Материалы и методы исследования. Электронные и печатные источники о медицинском образовании в России XVIII века. В исследовании применялись анализ и синтез источников.

Результаты исследования. Петр I сыграл важную роль в модернизации медицины в России. Его первым шагом было основание первой медицинской школы в Москве при Аптекарском приказе 1701-го года. Она стала первым примером систематического обучения. Учебный процесс в ней был ограничен по нескольким причинам. Учебная программа для студентов была узкой. Внимание уделялось аптекарскому делу, фармакологии. Но мало внимания получали такие предметы как анатомия, хирургия и физиология. Трудности были и с учебными материалами. Многие студенты изучали книги на немецком и латинском, что создавало дополнительные трудности [1]. Петр I осознавал необходимость создания профессиональной медицинской службы для улучшения здоровья населения и армии. В 1714 году был издан «Указ о врачах». Он обязывал помещиков иметь врача для своих крестьян. Государство обязывало регистрироваться врачей в медицинских учреждениях, что позволило контролировать качество работников. Указ устанавливал доступность медицинских услуг не только богатому слою населения, но и бедному. К тому же предусматривалась мера наказания за неисполнение обязанностей. Это подчеркивало серьезность подхода государства к вопросам здравоохранения. Следующим серьезным изменением в подготовке студентов стало то, что обучение делилось на теоретические и практические занятия. Первые проходили в виде лекций и семинаров. Преподавались основы медицины, анатомии, фармакологии и хирургии. Практические занятия включали работу с анатомическими препаратами, что давало студентам возможность более глубоко понять строение человеческого тела [2]. Также часто использовалось препарирование тел. Вскрытие проводилось на основании указов и нормативных актов, которые регулировали использование трупов для образовательных целей. На занятиях, в анатомических театрах, специально оборудованных для этих целей, студенты под контролем преподавателей исследовали органы и системы организма [3]. Анатомы

проводили внешний осмотр, где исследовали признаки травм, заболеваний и аномалий. Студенты делали записи и зарисовки внешнего состояния тела, что помогало в дальнейшем изучении. После получения доступа к внутренним органам их исследовали по порядку, обращая особое внимание на размеры, цвет, консистенцию. По окончании делали записи, для будущих исследований. Так же в практическую часть обучения входило посещение медицинских учреждений. Студенты ходили в больницы и применяли теорию на практике. Они наблюдали за работой врачей, учились ставить диагнозы, проводить осмотры и процедуры. Студенты учитывали благополучие пациентов и следовали принципам медицинской этики, чему их наставляли преподаватели на теоретических занятиях [4].

Заключение. Таким образом, медицинское образование в России в XVIII веке стало основой для создания более сложной и структурированной системы обучения, которую мы видим сейчас. Этот период был насыщен реформами, которые улучшили качество медицинского образования. Деление обучения на теоретическую и практическую часть, помогло студентам получать новые знания и навыки, которые активно использовались в медицине того времени. Прогресс в образовании способствовал не только усовершенствованию подготовки квалифицированных врачей, но и заложил основы для дальнейшего развития науки в стране.

Список литературы

1. Ерегина Н.Т. Высшая медицинская школа России, 1917–1953. – Ярославль: Индиго. – 2010. – С. 541.
2. Залилов Р.Ю. Становление отечественного высшего медицинского образования // Высшее образование в России. – 2009. – №. 1. – С. 162–166.
3. Печникова О.Г. Становление медицинского образования в России XVII–XIX вв. // Право и образование. – 2011. – №. 3. – С. 146–154.
4. Околов В.Л. К истории высшего медицинского образования в России // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2009. – Т. 2, №. 1. – С. 74–77.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ГОРОДЕ АСТРАХАНИ: СО СРЕДНИХ ВЕКОВ ПО СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД

Генералова Ю.Н., Григорова С.А.

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

Введение. История медицины в городе Астрахани – это интересный и сложный процесс, который сосредоточен на пересечении различных культур и традиций, а также на развитии медицинских знаний и практик на протяжении многих веков. Благодаря своему стратегическому положению на Волге, этот город всегда был местом обмена культурными и торговыми связями, что способствовало обмену важными знаниями и практиками. Первые упоминания о медицинских практиках в Астрахани относятся к древним временам и связаны с традиционным лечением, которое использовалось местным народом. С появлением различных культур, включая арабскую и тюркскую, в городе появились новые знания о болезнях и подходы к их лечению. Это доказывает, что медицина в Астрахани развивалась благодаря взаимодействию и обмену опытом между разными народами. В период с XVI по XVIII век на фоне увеличения влияния Русского государства, город Астрахань претерпел значительные изменения: были открыты больницы, аптеки и учебные заведения. Эти преобразования привели к подготовке первых местных врачей и специалистов, которые способствовали улучшению качества медицинского обслуживания. В XIX веке развитие научной

медицины и появление новых технологий кардинально изменили подходы к лечению и организации здравоохранения. В период советской власти были внесены свои коррективы в медицинскую практику, обеспечив доступность необходимой помощи для широких слоев населения и создавая новую инфраструктуру для лечения и профилактики заболеваний того времени. Изучение истории медицины в Астрахани позволяет не только углубиться в знания о традициях и новшествах в области здравоохранения, но и понять, как исторические и культурные факторы влияли на развитие медицины в этом регионе.

Цель исследования. Целью данной работы является систематизация и анализ информации о развитии медицины в Астрахани, выявление ключевых событий и факторов, оказавших влияние на ее эволюцию и определение современных тенденций в медицинском обслуживании выбранного региона.

Материалы и методы исследования. Теоретическую основу исследования составила научная и историческая литература, посвященная рассматриваемому вопросу. Практическая часть работы основывается на анализе, обработке и обобщении подготовленной информации.

Результаты исследования. В XVI–XVII века основными методами лечения были траволечение и народные обряды. Врачи в современном понимании этого слова отсутствовали, и медицинские знания передавались устно. С начала XVII века в Астрахани начали появляться первые врачи, часто приглашенные из других регионов России или Европы.

В XVIII веке началось открытие первых больниц, что стало важным шагом к формированию системы медицинского обслуживания [1]. Екатерины II поддерживала развитие медицины, что способствовало привлечению квалифицированных специалистов и внедрению новых методов лечения.

В 1802 году была основана Астраханская губернская больница, которая стала ключевым медицинским учреждением региона [2]. В XIX веке активно проводились реформы по улучшению санитарных условий, направленные на борьбу с эпидемиями, такими как холера и тиф [3]. Прогрессивно развивались различные медицинские специальности, появились первые акушерские школы и хирургические практики.

С приходом советской власти была создана система бесплатного и доступного здравоохранения. Открывались новые лечебные учреждения и медицинские учебные заведения. Во время Великой Отечественной войны Астрахань стала важным центром для эвакуации раненых, что потребовало значительных усилий от местных медиков.

В последние десятилетия в Астрахани наблюдается внедрение современных медицинских технологий и методов лечения. Увеличивается внимание к профилактике заболеваний и здоровому образу жизни, что отражает изменения в общественном сознании. Наблюдается рост частных медицинских учреждений, что создает конкуренцию и повышает качество медицинских услуг.

Заключение. История медицины в Астрахани – это отражение широкой истории развития медицины в России. Город прошел долгий путь от народных методов лечения до современных технологий и систем здравоохранения. Каждое историческое событие и социальные изменения оказывали влияние на развитие медицины в регионе. В настоящее время Астрахань продолжает адаптироваться к новым вызовам, сохраняя при этом богатое наследие своей медицинской истории.

Список литературы

1. Джагаева О.А., Ещенко Ю.Г., Голубева Е.В. Общество астраханских врачей: структура, направления деятельности, результаты // Вестник Калмыцкого университета. – 2022. – Т. 56, №. 4. – С. 12–18.
2. Астраханский листок. Как это было: работа Астраханской губернской больницы в начале 20-го века. – 2023. – URL: <https://astralist.info/archives/39532> (дата обращения: 10.12.2024).

3. Щербакова В.В., Хаирова Д.А., Рогачева О.В. Д.К. Заболотный – основоположник отечественной эпидемиологии // Week of Russian science (WeRuS-2024): Сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 16–19 апреля 2024 года. – Саратов: Сарат. гос. мед. ун-т, 2024. – С. 655–656.

С. Р. МИРОТВОРЦЕВ: ВКЛАД В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ

Герашенко А.С., Завьялова С.Р., Петров В.В.

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

Введение. История Саратовского государственного медицинского университета заполнена важными событиями, значимыми датами, достижениями выдающихся ученых. Среди них талантливый хирург и организатор здравоохранения Сергей Романович Миротворцев. Сергей Миротворцев – известный российский ученый, врач и педагог, который оставил значительный след в развитии медицины [1].

Цель исследования. Рассмотреть основные аспекты его научной деятельности и вклада в развитие медицины.

Материалы и методы исследования. Была проанализирована доступная литература по данной теме, а также изучены научные работы Сергея Миротворцева. Творческая деятельность Сергея Миротворцева протянулась на многие годы и охватила различные аспекты медицинской науки. Его работы посвящены изучению хирургии. А также разработка собственного способа пересадки мочеточников в прямую кишку при тяжелых заболеваниях уретры, который в дальнейшем получил большую популярность в хирургии не только в Саратовской области, но и всей страны [2].

Способ уретеросигмостомии С.Р. Миротворцева заключается в том, что мочеточники укладывают на стенку сигмовидной кишки, при помощи серозных швов погружали в канал. Между мочеточником, пересаженным в косом направлении, и кишкой накладывают шов по типу конец в бок.

За рубежом способ пересадки мочеточников в прямую кишку С.Р. Миротворцеву получил распространение и носил название «русского метода», а в нашей стране способ носит название «операция Миротворцева».

Влияние Сергея Миротворцева отразилось и на медицинском образовании. В течение многих лет он руководил кафедрой анатомии и физиологии человека Саратовского государственного медицинского института, что отразилось на хорошей высококвалифицированной подготовке специалистов для медицинских учреждений Саратовской области [1].

Результаты исследования. По результатам исследования, можно сделать вывод о значимом вкладе Сергея Миротворцева в развитие медицины Саратовской области. Благодаря его знаниям, были внедрены новые методы лечения, оборудование, исследования. Это способствовало улучшению качества медицинских услуг, обучению местных специалистов, и поднятию общего уровня здоровья населения.

Заключение. По результатам исследования выявлено, что данное открытие, как метод Сергея Миротворцева, продолжает быть актуальным и в настоящее время в хирургических вмешательствах.

Список литературы

1. Личный фонд С.Р. Миротворцева, переданный на хранение в ОГУ «Государственный архив Саратовской области». – 2021. – URL: <http://sar-archive.ru/exhgaso/Mirotvorzev/index.html> (дата обращения: 08.12.2024).

2. Иванов Н.Р. Непроторенными дорогами: Сборник очерков о крупнейших ученых-врачах, работавших в Саратове. – Саратов: Прив. книжное изд-во. – 1981. – 143 с.

ДОНОРСТВО КРОВИ В ПОВОЛЖЬЕ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Гусейнова С.М., Петров В.В.

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

Введение. Во время Великой Отечественной войны донорство крови было одним из самых важных и значимых аспектов медицинской помощи солдатам на фронтах. В Поволжье также были организованы специальные пункты сбора крови, где неравнодушные граждане могли стать донорами и помочь солдатам в борьбе за Отечество.

Актуальность научной работы. Изучение и сохранение исторического опыта донорства крови во время войны, а также в анализе эффективности и значимости этой практики для медицинской помощи в условиях военных конфликтов [1].

Цели исследования. 1. Исторический контекст: Изучение роли донорства крови в медицинском обеспечении фронта и тыла, а также его значимости для спасения жизней раненых солдат [2].

2. Организация донорства: Анализ методов и практик, использовавшихся для привлечения доноров, включая кампании по информированию населения и организацию донорских пунктов.

3. Социальные аспекты: Исследование мотивации людей к донорству в условиях войны, включая патриотизм, чувство долга и солидарности [1; 2].

Методы и материалы исследования. Для исследования научной работы по донорству крови во время Великой Отечественной войны в Поволжье можно использовать несколько методов. Архивные исследования позволят собрать информацию из исторических документов, таких как отчеты медицинских учреждений, письма и воспоминания участников событий. Исторический анализ поможет проанализировать контекст и значение донорства крови в условиях войны, а также его влияние на медицинскую помощь раненым. Медицинские исследования позволят проанализировать данные о количестве доноров, их здоровье и результатах переливания крови. Кросс-дисциплинарный подход, объединяющий историю, медицину и социологию, может дать более полное представление о донорстве крови.

Результаты исследования. Исследование донорства крови во время Великой Отечественной войны в Поволжье выявило множество значимых аспектов, отражающих как медицинские, так и социальные последствия этого явления. В условиях войны количество доноров крови значительно возросло, причем активное участие приняли как женщины, так и молодежь, что свидетельствовало о высокой степени мобилизации населения. Создание специальных медицинских учреждений и пунктов сбора крови способствовало эффективной организации донорства и внедрению новых технологий хранения крови, что сделало ее более доступной для раненых солдат. Донорство крови стало символом патриотизма и гражданской ответственности, укрепляя моральный дух населения. Многие доноры гордились своим вкладом в победу, несмотря на страх за здоровье и жизнь своих близких, находившихся на фронте. Переливания крови значительно повысили шансы на выживание раненых, что способствовало снижению смертности среди солдат [3].

Заключение. В результате исследования мы изучили роль донорства крови в Поволжье во время Великой Отечественной войны, выявив его значительное влияние на медицинское обеспечение фронта и поддержку раненых солдат. Донорство стало важным элементом патриотической активности населения, объединяя людей разных возрастов и социальных слоев в общей цели – спасении жизней [4]. Анализ организационных аспектов донорства, включая создание донорских пунктов и мобилизацию граждан, показал высокую степень вовлеченности населения и его готовность к самопожертвованию в условиях войны. Важным аспектом исследования стало также изучение изменений в медицинской практике, связанных с заготовкой и обработкой крови, что способствовало улучшению качества медицинского обслуживания. Несмотря на существующие проблемы, такие как нехватка доноров и ухудшение здоровья населения, донорство крови в Поволжье стало символом солидарности и единства в тяжелые времена. Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают, что донорство крови не только сыграло критическую роль в медицинском обеспечении во время войны, но и сформировало культуру взаимопомощи и патриотизма, которая продолжала существовать и в послевоенные годы. Это подчеркивает важность изучения исторического контекста донорства как социального явления, которое оставило глубокий след в истории России.

Список литературы.

1. Донорство крови в период Великой Отечественной Войны: сборник материалов к 75-летию победы в Великой Отечественной войне / подгот. Национальным фондом развития здравоохранения. – 2020. – URL: https://psv4.userapi.com/s/v1/d/wLoSVVRFQ_QJtULoJrivKby4TPDAmnF7nVt6NRVl7TyJLXuXzF4RTj58sVAoxCUKvk6wx3ch12ywdLHothqZUdpfqGfOKzEnCqm4iNsrKS7-KMC4TAQ-w/Donorskoe_dvizhnie_v_gody_Velikoy_otechestvennoy_voyny.pdf (дата обращения: 13.12.2024).
2. Доноры ВОВ г. Саратова и История Службы крови Саратовской области. – 2020. – URL: <https://bloodsar.ru/donors-great-patriotic-war-saratov/> (дата обращения: 13.12.2024).
3. Вклад татарстанских медиков в Победу в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – 2021. – URL: <https://minzdrav.tatarstan.ru/index.htm/news/918629> (дата обращения: 13.12.24).
4. Из истории Самарской (Куйбышевской) станции переливания крови во время Великой Отечественной войны. – 2020. – URL: <https://donorsamara.ru/news/from-the-history-of-samara-kuibyshev-transfusion-of-blood-during-the-great-patriotic-war/> (дата обращения: 14.12.2024).

ПОДВИГ УЧЕНЫХ-ВРАЧЕЙ. О ВРАЧАХ, СТАВИВШИХ СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОПЫТЫ НА СЕБЕ

Дыкина Е. Р., Ищенко Ю.В.

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

Введение. В истории медицины известно много ученых-врачей, которые специально наносили себе вред для того, чтобы подтвердить гипотезу экспериментом, продвинуть медицинскую науку и помочь человечеству. Практика самоэкспериментов может казаться радикальной и безрассудной в настоящее время, но она часто приводила к прорывным открытиям и существенно обогащала медицинские знания.

Эти акты самопожертвования не только способствовали улучшению медицинских методов, но и зачастую служили катализатором новых направлений исследований, побуждая человечество пересмотреть пределы возможного.

Цель исследования. Показать вклад отечественных и зарубежных учёных-врачей в разработку способов профилактики и борьбы с эпидемиологическими заболеваниями через проведение опытов самозаражения. Задачи:

1. Изучить исторический материал, который содержит информацию об опытах врачей на себе.
2. Проанализировать собранный материал.
3. Продемонстрировать вклад медиков-самоэкспериментаторов в науку.
4. Рассмотреть этические аспекты данных исследований и оценить степень применения таких методов в современном научном сообществе.

Материалы и методы исследования. Изучены печатные и электронные источники об ученых-врачах, ставивших эксперименты на себе; проанализированы научные и публицистические статьи. При выполнении данной работы были применены методы анализа, синтеза и логического обобщения.

Результаты исследования. Самоэкспериментирование в медицине имеет глубокие исторические корни, восходящие к временам, когда медицинская наука только начинала свое развитие. Поскольку не существовало этических норм и правил клинических испытаний, предприимчивые исследователи часто брали на себя личную ответственность за проверку своих теорий и гипотез. Одним из первых примеров самоэкспериментов в древности можно назвать попытки известных врачей-исследователей изучать свойства растений и ядов через их собственное потребление. В Средние века, наряду с развитием алхимии, интерес к самоэкспериментам усилился, однако только в эпоху Возрождения, когда медицинская наука начала стремительно развиваться, они обрели более конкретное направление. В XX веке произошла значительная эволюция в сознании научного сообщества относительно самоэкспериментов. С развитием биоэтики и международных соглашений личное жертвование ради науки стало рассматриваться с более строгих моральных и этических позиций. Однако, несмотря на ограничения и риски, исключительность этого метода в редких случаях продолжает подтверждаться. Наибольшее количество экспериментов на себе врачи провели, для того чтобы подтвердить заразность различных заболеваний, ведь инфекционные болезни сопровождали человечество с древних времён. Так Николай Гамелеи внёс огромный вклад в развитие бактериологии и микробиологии, в частности в борьбу против бешенства, холеры, чумы и туберкулеза, а Г. Минх в изучение сыпного и возвратного тифа. Многие врачи и химики, изучая свойства различных веществ, не боялись ставить на себе опыты. Первый серьёзный опыт о действии кокаина на организм человека был поставлен в 1859 году врачом и писателем Паоло Мантегацца. Американец Роджер Смит в 1944 году вызвался исследовать на себе свойства яда кураре. Страшные минуты пережил Жак Понто, женеvский естествоиспытатель, когда 5 мая 1933 года он дал укусить себя трем черным гадюкам, чтобы на себе самом произвести научный опыт. Опыты врачей на себе сыграли важную роль в развитии судебной медицины. Например, румын Николае Миновичи в начале XX века проводил эксперименты по самоудушению, чтобы описать состояние, возникающее при асфиксии. Самоэксперименты учёных-врачей являются спорной, но важной частью истории науки. Они требуют высокой степени ответственности и соблюдения этических норм. При проведении таких исследований важно, чтобы потенциальные выгоды от полученных результатов значительно превышали возможный вред участникам [1; 2].

Заключение. Самоэксперименты порой завершались неудачно, однако они существенно обогатили науку множеством значимых данных. Но также важно отметить, что такие эксперименты являются уникальными и подвержены случайным

факторам, поскольку экспериментатор осознает, какому воздействию он себя подвергает. Кроме того, результаты могут быть искажены эффектом плацебо: уверенность в результате сама по себе оказывает влияние на исход.

Список литературы

1. Филонов М. Во имя жизни // Природа и человек. – 2016. – №. 12. – С. 36–39.
2. Глязер Г. Драматическая медицина: опыты врачей на себе / пер. с нем. – М.: Молодая гвардия – 1962. – 208 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ

Евсеева Э.В., Помыканова А.В., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Трансплантология – это научное направление медицины, сосредоточенное на вопросах трансплантации органов и тканей между живыми существами различного биологического происхождения, а также на инновационных подходах к созданию биоискусственных органов.

Цель исследования. Изучить историю возникновения трансплантологии. Рассмотреть ход ведения операций по пересадке органов.

Материалы и методы исследования. Для исследования были изучены различные источники, где рассказывается о ходе операций по пересадке органов, такие как книги, учебники по медицине.

Результаты исследования. Трансплантация органов и тканей – это сложный и многоэтапный процесс, который имеет свои корни в более ранних медицинских практиках. Началом этой области считается освоение техники переливания крови, что стало важным шагом в развитии хирургии и медицины в целом. Переливание крови позволило врачам понять, как можно восстанавливать жизненные функции организма, что в свою очередь открыло новые горизонты для дальнейших медицинских вмешательств [1].

Собственно, сама трансплантация как метод замены органа или ткани, утративших свою функциональность, на здоровый аналог, начала развиваться с экспериментов на животных. Одним из первых известных случаев пересадки считается операция, проведенная венским врачом Эмилем Ульманом в 1902 году. Он пересадил почку от собаки к козе, что стало важным шагом в понимании возможностей трансплантации.

В 20-х годах XX века врачи начали проводить эксперименты с пересадкой органов между людьми, что привело к значительным успехам в этой области. Одним из первых успешных случаев пересадки почки от живого донора стал случай в 1954 году, когда хирург Джозеф Мюррей осуществил операцию между двумя братьями, что открыло новую эру в трансплантологии [2].

Первый смелый шаг к пересадке органов был сделан украинским ученым Юрием Юрьевичем Вороным в Харькове в 1933 году. Его попытка пересадить почку от умершего донора женщине, страдающей почечной недостаточностью, хотя и закончилась трагически – пациентка умерла через два дня – стала героическим актом, заложившим фундамент для будущих исследований. Эта операция, проведенная в условиях крайне ограниченных технологических возможностей, продемонстрировала невероятную смелость Вороного, понимавшего потенциальные возможности трансплантации, несмотря на очевидные риски. Причины неудачи операции Вороного, вероятно, кроются в недостаточном понимании механизмов иммунного ответа, отсутствии эффективных иммуносупрессоров и недостаточной стерильности операционного поля.

В 1954 году, в Бостоне, Дж. Мюррей и Дж. Мерил совершили прорыв, успешно пересадив почку от одного однояйцевого близнеца другому. Идентичный генетический материал донора и реципиента значительно снизил риск отторжения трансплантата, что позволило пациенту прожить более 20 лет с пересаженной почкой [3].

В Украине первую пересадку почки от живого донора (брата) провели в 1972 году в Киевском научно-исследовательском институте урологии и нефрологии под руководством выдающегося хирурга В.С. Карпенко.

В 1963 году американский хирург Томас Старзл (Денвер, США) выполнил первую успешную пересадку печени в клинических условиях.

Владимир Петрович Демихов, российский ученый, еще в 1947 году осуществил пионерские эксперименты по пересадке легких, хотя и на животных моделях. Эти эксперименты заложили фундаментальную основу для развития техники и понимания проблем, связанных с пересадкой дыхательной системы [4].

Открытие роли стволовых клеток в кроветворении в 50-х годах XX века имело революционное значение для трансплантации костного мозга.

Заключение. История трансплантации органов – это история постоянного прогресса, от первых неудач к современным достижениям. Несмотря на значительные успехи, перед трансплантологами по-прежнему стоят многие вызовы, включая нехватку донорских органов, поиск новых способов предотвращения отторжения трансплантата, разработка методов регенеративной медицины для восстановления поврежденных органов и тканей.

Список литературы

1. Розенталь Р.Л. Этические проблемы при трансплантации органов от живых доноров // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2001. – № 1. – С. 42–47.
2. Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю., Истомина Л.Б. Правовые аспекты проведения некоторых видов биомедицинских и клинических экспериментов // Вестник новых медицинских технологий. – 2001. – Т. 8, № 3. – С. 79–82.
3. Мур Ф. История пересадок органов. – М.: Мир. – 1973. – 310 с.
4. Кирпатовский И.Д. Зарубежный опыт трансплантации органов. – М.: Медицина. – 2016. – 176 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДЕРГАЧЁВСКОГО РАЙОНА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Едалова В.В., Абдуллина Ю.Д., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Великая Отечественная война оставила глубокий след в истории всей России. Все граждане Советского союза трудились на благо Победы своей родины, в том числе врачи и медицинские работники Дергачёвского района, которые показали невероятную смелость, мужество и самоотверженность.

Цель исследования. Раскрыть вклад медицинских работников Дергачёвского эвакогоспиталя № 3299 в Победу советской армии во время Великой Отечественной войны.

Материалы и методы исследования. На основе методологических подходов, применяемых к изучению исторических объектов и процессов, проведен анализ литературных, неопубликованных источников и их сопоставление, уточнение выводов, обобщение полученных материалов.

Результаты исследования. Первых раненых госпиталь № 3299 Дергачевского района, организованный на базе школы, принял уже в сентябре 1941 года. Госпиталь

был рассчитан на прием до четырехсот раненых, для него выделили самые вместительные здания Дергачей: корпуса районной больницы, здания средней школы и детского дома. В нем напряженно трудились 180 медицинских работников, в том числе было несколько эвакуированных из других территорий страны. Среди них были врачи: Т. Александровский, Ф.И. Аксельрод, медицинские сестры: Н.П. Кричигина, М.И. Расшивкина, М.С. Мосолюгина и другие [1]. По прибытии в госпиталь раненые проходили санитарную обработку: душ, ванны, стрижка, бритье. Личные вещи упаковывались в специальные мешки и отправлялись в дезинфекционную камеру. При загрузке вещей в камеру от персонала требовались внимание и осторожность, так как иногда в вещевых мешках находились патроны, пистолеты, гранаты и т.д. Ведь раненые поступали с передовых позиций. Уже к 1942 году была организована специализированная хирургическая помощь воинам, раненым в голову, грудь, живот, конечности, что позволило значительно снизить смертность и процент осложнений среди тяжелых больных. В госпитале проводились операции по наложению вторичных швов, извлечению инородных тел. Использовали при обработке белый стрептоцид, которым густо засыпали раны, спирт, эфир, для анестезии – новокаин. После операции обычно накладывали гипсовые лангетки [2]. На 4–5-й день применяли лечебную физкультуру, физиотерапию. Не хватало перевязочного материала. Медицинским сестрам приходилось размачивать старые гипсовые повязки, стирать и сушить бинты, чтобы потом снова использовать их для гипсования. Помимо этого, медсестрам поручали ходить по домам – дополнительно собирать подушки для раненых. Девушки работали на износ: по 12–15 часов в сутки, практически не бывали дома. Медицинские сестры и санитарки отдавали свою кровь для спасения жизни защитников Родины [1]. С фронта прибывали раненые, кричавшие от боли. Легкораненых подлечивали и выписывали в часть, кого-то отправляли на специализированное лечение в городские госпитали, где были нужные специалисты–врачи. Добровольно ночами просиживали медсестры у постелей пациентов. Были случаи, когда молодых медицинских сестер приводили в чувство после обморока, и они снова шли в палату для помощи больным.

Из воспоминаний медсестры эвакогоспиталя № 3299 М.С. Мосолюгиной: «Все медицинские сестры, врачи и нянечки эвакогоспиталя ощущали себя кровно причастными к общему делу, к общей беде, которая настигла нашу страну» [3].

Заключение. Смертность в госпиталях Саратова, например, в первый год войны не превышала 1%. Благодаря правильной организации лечения и ухода, дергачевский эвакогоспиталь № 3299 добивался возвращения в строй 80–90% солдат [2]. Таким образом, как показал исторический анализ, свой вклад в медицинское обслуживание раненых и больных в годы Великой Отечественной войны внесли врачи и медицинские сестры р.п. Дергачи Саратовской области.

Список литературы

1. Лепёхин Ю.В. Дергачи – кордон России: судьба села в судьбе Отчизны. – Волгоград: Издательство благотворительного фонда «Царицынская муза». – 2019. – 336 с.
2. Лепёхин Ю.В. Край тюльпанов степных. – Волгоград: Панорама. – 2017. – 312 с.
3. Лепёхин Ю.В. Земля за Волгой. – Волгоград: Панорама. – 2015. – 208 с.

НАЧАЛА ФЛЕБОЛОГИИ: ОТ ДРЕВНИХ НАБЛЮДЕНИЙ К СОВРЕМЕННОЙ НАУКЕ

Жоголева А.П., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Варикозное расширение вен, тромбозы, флебиты – эти заболевания венозной системы известны человечеству с незапамятных времен. Первые попытки их лечения основывались на эмпирическом опыте и часто были далеки от научного подхода. Однако постепенно, с развитием медицины и появлением новых технологий, понимание строения и функционирования венозной системы, а также причин возникновения ее заболеваний стало значительно глубже. Этот путь от примитивных методов лечения до современных, высокотехнологичных подходов, и составляет увлекательную историю развития флебологии.

Цель исследования. Проследить основные этапы развития флебологии, выделив ключевые открытия и достижения в области диагностики и лечения венозных заболеваний с древности до начала XX века.

Материалы и методы исследования. В работе использовались данные из исторических медицинских трудов, в том числе сочинения Гиппократ, Галена, а также работы ученых эпохи Возрождения и последующих периодов. Анализ проведен на основе изучения доступных переводов оригинальных текстов и вторичных источников – историко–медицинских обзоров и монографий. Методология исследования включает историко–медицинский анализ и систематизацию информации.

Результаты исследования. Античный период (до начала нашей эры): Трактаты Гиппократ и Галена содержат описания варикозного расширения вен и других венозных патологий. Хотя эти описания преимущественно клинические и не отражают глубокого понимания патофизиологических механизмов, они свидетельствуют о существовании интереса к проблеме венозных заболеваний уже в античности. Лечение, судя по всему, основывалось на использовании растительных средств и компрессов, а также на соблюдении определённого образа жизни [1; 2].

Средневековье: В этот период значительных прорывов в понимании венозных заболеваний не произошло. Медицинские знания опирались на наследие античных авторов, а лечебные практики оставались преимущественно эмпирическими. Отсутствие систематических исследований и ограниченные возможности диагностики препятствовали развитию флебологии [3].

Эпоха Возрождения (XIV–XVI века): Значительный прогресс в анатомии, стимулированный работами Леонардо да Винчи и Андреаса Везалия, привёл к более точному представлению о строении венозной системы. Детальные анатомические рисунки и описания позволили лучше понять анатомические особенности вен и их взаимосвязь с другими органами. Это заложило фундамент для дальнейшего развития флебологии [3].

Революционный перелом в понимании кровообращения и, соответственно, в развитии флебологии, произошел с открытием Уильямом Гарвеем в XVII веке круговорота крови. Это открытие положило начало новому этапу в изучении венозной системы и ее патологий. Впервые стало возможным объяснить механизмы венозного возврата крови к сердцу и понять роль клапанов вен в предотвращении обратного тока крови. В XIX веке появляются первые попытки хирургического лечения варикозной болезни, однако эффективность этих методов была ограничена. В это же время делаются первые шаги в направлении склеротерапии, хотя используемые методы были далеки от современных [4].

Только в XX веке с появлением рентгенологических методов исследования (флебография) и, позднее, ультразвуковой диагностики, включая доплерографию, диагностика венозных заболеваний достигла качественно нового уровня. Это позволило более точно оценивать состояние венозных клапанов, обнаруживать тромбы и другие патологические изменения. Развитие современных хирургических техник, а также появление малоинвазивных методов лечения (склеротерапия с использованием новых препаратов, лазерная коагуляция, радиочастотная абляция) значительно улучшили результаты лечения и снизили травматичность вмешательств [5].

Заключение. История флебологии демонстрирует непрерывный процесс накопления знаний и совершенствования методов диагностики и лечения венозных заболеваний. От эмпирических наблюдений древних врачей до современных высокотехнологичных подходов прошел долгий путь, определенный ключевыми открытиями в области анатомии, физиологии и хирургии. Понимание этого исторического контекста необходимо для дальнейшего развития флебологии и совершенствования методов борьбы с венозными патологиями.

Список литературы

1. Гиппократ. Сочинения. Т. 3. – М.: Медгиз. – 1941. – 381 с.
2. Гален К. О назначении частей человеческого тела. – М.: Медицина. – 1971. – 554 с.
3. Везалий А. О строении человеческого тела: т. 2 // М.–Л.: Изд-во академии наук СССР. – 1954. – 960 с.
4. Гарвей У. Анатомические исследования о движении сердца и крови у животных. – М.–Л.: Гос. изд-во. – 1927. – 124 с.
5. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М. Клиническая флебология. – М.: ДПК Пресс. – 2016. – 246 с.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ЗА РАМКАМИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ищенко Ю.В., Трегуб Н.А., Попова А.С.

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

Введение. Народная медицина – общее наименование, обозначающее совокупность знаний и методов по оказанию врачебной помощи, выработанных в процессе опыта их применения многими поколениями на протяжении длительного периода времени, но при этом, как правило, не имеющих научного обоснования. Проанализировав источники, мы сможем получить представление о подобных методах с целью их дальнейшего изучения, которое уже предпринималось различными исследователями [1–4].

Цель исследования. Выявить и отразить некоторые интересные аспекты народной медицины, ранее остававшихся за рамками исследовательских акцентов, отношение к ней населения в различные исторические периоды, методы народного врачевания.

Материалы и методы исследования. Исторический анализ источников и литературы, отражающие различные ракурсы народной медицины.

Результаты исследования. В Древней Руси существовал целый контингент лиц, которые, как считалось, пользуясь силами природы, могли разрешать человека от приключившегося недуга. Их называли знахарями, кудесниками, волхвами, ведунами и ведуньями. Появившееся позже на Руси христианство приняло дело врачевания под свое непосредственное покровительство, и языческие врачеватели карались смертной казнью, как правило, в случае гибели пациента. Были сведения и о платной медицине: в XI веке человек, которому была нанесена рана, имел право требовать 3 гривны с обидчика и сверх того вознаграждение лекарю, который рану будет лечить.

В России сперва умели лечить только «внешние» болезни: раны, нарывы и повреждения, потому что они составляли основную массу заболеваний. Известно, что тампонаду (в текстах – «затыкание») использовали еще в древности, при князе Дмитрии Красном.

При неизбежности «телесных» или «внутренних» болезней использовались методы из специальных сборников – «лечебников». Лечебники отличались очень

широким и пестрым содержанием. Помимо лечения болезней, в них представлены самые различные советы: борьба с вредителями урожая, указания, где располагать жилище, советы по охоте и даже по возвращению потерянной или украденной вещи.

Советы по врачебному делу были написаны именно для домашнего лечения, на что указывает отсутствие использования терминологии, меры и наличия таких болезней, которые не были описаны в медицинских справочниках. Также некоторые рукописи утверждают, что к этим рецептам нужно было прибегать, если врач будет не в состоянии помочь.

Было очень велико число мазей («мальханов»), которые употреблялись от нарывов, самой популярной, являлась мазь из оливкового масла с яйцом и мукой.

Широк был список препаратов от лихорадки, или «огневой болезни». Применяли «травные ванны» – настой из проскурняка и полыни. Часто применялись рябина, мелко нарезанный алоэ («сабур»), как слабительные средства. Изготавливались даже так называемые «зернетки» – пилюли из бобового порошка, сока полыни и яичной муки.

При слабости желудка и кишечника применяли смесь горьких трав с «горилкою». Использовались донник, бадьян и полынь – последняя, как видно, имеет немало полезных свойств и была широко любима простым народом, как лекарственное средство.

Одно из наиболее постоянных составных частей лечебников более раннего периода составляет главы «О камнях драгих». Согласно представлению о лечебных свойствах драгоценных камней, алмаз хранит от ран, обнаруживает отраву, «покрываясь потом», яхонт укрепляет сердце и уничтожает перхоть на голове, а аметист служит лекарством от бесплодия.

Заключение. Медицина прошла долгий путь от язычества до христианства, и на каждом этапе ее становления как науки, которую мы знаем сегодня, имела свои толкования этиологии и способы лечения. Люди, занимавшиеся оказанием медицинской помощи, были почитаемы, но простому народу далеко не всегда получить доступ к представителям профессиональной медицины, что и стало одной из важных причин востребованности и живучести народной медицины – являвшей собою сплетение различных верований и действительных знаний целебных сил природы.

Список литературы

1. Герман Ф.Л. Врачебный быт допетровской Руси. – Харьков: Изд-во Адольфа Дарре. – 1891. – 119 с.
2. Загоскин Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной России. – Казань: Тип. император. ун-та. – 1891. – 72 с.
3. Лахтин М.Ю. Старинные памятники медицинской письменности. – М.: Печать А. Снегиревой. – 1911. – 229 с.
4. Ищенко Ю.В., Ищенко А.В. О влиянии некоторых общественно-политических процессов второй половины XIX в. на науку и практику российской медицины // Проблемы российской цивилизации и методики преподавания истории. – 2019. – №. 11. – С. 5–11.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И СССР

Киселева М.А., Лисицина А.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Вступление России на путь капитализма привело к отмене крепостного права, введению земского самоуправления и становлению земской

медицины. Получение высшего образования для прогрессивных женщин того времени становилось целью, медицина являлась наиболее привлекательной профессией для активного и полезного участия в жизни общества [1]. Отличительной чертой первых женщин–врачей было стремление к образованию, которое позволяло им обрести независимость, принести пользу народу в качестве врача.

Цель исследования. Описание роли и места женщин в медицине в истории государства.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили отечественные научные статьи, посвященные истории развития женского медицинского образования. При изучении темы исследования использовался исторический метод и теоретический анализ.

Результаты исследования. В царской России медицинское образование было недоступно для женщин. Неофициально с согласия отдельных передовых профессоров в Медико-хирургической академии и некоторых университетах женщины допускались к слушанию лекций и практическим занятиям. Однако это происходило в частном порядке, вольнослушательницы не имели никаких прав, и их пребывание в университетах было недолговечным. Первыми женщинами врачами в царской России были Сулова Н.П. – первая женщина доктор медицины [2] и Бокова-Сеченова М.А. – первая женщина врач-офтальмолог [3]. Будущие врачи обучались в Петербургской Медико-хирургической академии, диплом врача получили в Цюрихе.

Кашеварова-Руднева В.А. – женщина, добившаяся разрешения на право обучения в Медико-хирургической академии и закончившая ее в 1868 г. с отличием. В 1876 г. она защитила диссертацию на степень доктора медицины [4].

В истории женского образования важный этап представляет учреждение курсов для образования ученых акушерок в Медико-хирургической академии. Эти курсы были организованы в 1872 г. после одобрения Александра II. В октябре 1872 г. в течение 3 дней были проведены вступительные экзамены. Из 109 абитуриенток были зачислены 90. 01.11.1872 состоялось открытие курсов.

На наш взгляд, становление женского медицинского образования было вызвано, потребностью во врачебных кадрах и увеличением числа выездов русских женщин за границу для получения медицинского образования.

До 1883 г. женщины-врачи не были внесены в официальные списки русских врачей, имеющих право практики. Земства охотно приглашали женщин-врачей на службу. Женщины проявили себя как хорошие городские думские врачи, оказывающие бесплатную помощь бедному населению.

После закрытия курсов в 1881 г. началась борьба за открытие первого в России Женского медицинского института. 01.06.1895 Николай II утвердил положение о его создании. Институт открыли 14.09.1897.

Революция 1917 г., гражданская война значительно ухудшили ситуацию с врачебными кадрами. Численность врачей уменьшилась с 18 320 (1914) до 10 227 (1920). В 1918 г. женщин стали принимать во все высшие медицинские учебные заведения. С 1937 г. начинается период доминирования женщин в медицине у [5]. В выпуске врачей 1941 г. женщины составили 82%. В послевоенный период доля женщин–хирургов значительно снизилась по сравнению с такими врачебными специальностями, как терапевты, педиатры, акушеры–гинекологи, стоматологи.

Заключение. Женские врачебные курсы, созданные в 1872 г. при Медико-хирургической академии послужили началом высшего женского медицинского образования в России. Возникнув как практические курсы для подготовки акушерок, за непродолжительный период времени по уровню подготовки они достигли уровня университетской подготовки и добились наименования «врачебные». Выпускницы курсов смогли доказать способность к обучению и востребованность для здравоохранения страны.

Список литературы

1. Асклепий. Болгаро-советский ежегодник истории и теории медицины. Т. 3. – София: Медицина и физкультура. – 1974. – 336 с.
2. Гуртовой Е.С. Сулова Надежда Прокофьевна – первая женщина-врач в царской России // Молодой ученый. – 2020. – №. 51 (341). – С. 417–420.
3. Лисицына Н.В., Иванова Л.Ю. Мария Александровна Бобкова-Сеченова – первая русская женщина – врач-офтальмолог // Children’s medicine of the North–West. – 2021. – Т. 9, №. 4. – С. 82–85.
4. Кальченко А.П., Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. К истории высшего медицинского образования женщин в России // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Т. LIII, №. 3. – С. 55–59.
5. Невоструев Н.А., Лядова В.В. Исторический опыт деятельности женщин в российской медицине // Международный научно–исследовательский журнал. – 2017. – Т. 62, №. 8–1. – С. 127–134.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В АЮРВЕДИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Клюева Е.С., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Аюрведическая медицина, одна из старейших систем медицинских знаний, которая возникшая в Индии более 5000 лет назад и основывается на концепции баланса трех жизненных энергий, известных как доши: Вата, Питта и Капха [1]. Эти энергии управляют всеми психологическими и физиологическими процессами, происходящими в организме. Аюрведа рассматривает здоровье, как состояние гармонии между телом, умом и духом, акцентируя внимание на индивидуальных особенностях каждого человека. В последние десятилетия аюрведические методы лечения и профилактики привлекают внимание исследователей и практиков во всем мире, что подчеркивает их актуальность и эффективность.

Цель исследования. Изучить концептуальные подходы и рассмотреть основные принципы в аюрведической медицине.

Материалы и методы исследования. Использовался метод изучения и анализа научной литературы по теме статьи, систематизация полученных данных.

Результаты исследования. Центральным понятием аюрведы является концепция трех дош – жизненных энергий, которые управляют физическими и психическими функциями организма: Вата (пространство и воздух), Питта (огонь и вода) и Капха (вода и земля).

Каждый человек имеет уникальное соотношение этих дош, что определяет его физиологические функции и предрасположенность к определенным заболеваниям. Дисбаланс между дошами может привести к различным заболеваниям, поэтому аюрведа акцентирует внимание на восстановлении гармонии.

Аюрведа основывается на нескольких ключевых принципах: индивидуальном подходе (каждая терапия разрабатывается с учетом уникальных характеристик пациента, включая его тип доши, образ жизни и окружающую среду), профилактике заболеваний (акцент делается на предотвращение болезней через здоровый образ жизни

и правильное питание), целостности (здоровье рассматривается как состояние гармонии между телом, разумом и духом, что требует комплексного подхода к лечению).

Также аюрведическая медицина использует разнообразные методы для достижения здоровья и профилактики заболеваний, что включает в себя: диету, очищающие процедуры, массаж, мануальную терапию, йогу и медитацию, дыхательные практики, ароматерапию, использование натуральных средств лечения различных заболеваний, а также многое другое.

Аюрведа активно использует растительные препараты для лечения различных заболеваний. Травы применяются в виде настоев, порошков или экстрактов. Примеры популярных аюрведических средств: Трипхала – для улучшения пищеварения, Тулси – для укрепления иммунитета, Кайлас Дживан – для заживления ран [2].

Заключение. Аюрведическая медицина представляет собой уникальную систему здравоохранения, которая акцентирует внимание на индивидуальном подходе к каждому пациенту. Основные концептуальные принципы аюрведы – это баланс дош, профилактика заболеваний и целостный подход к лечению. Лечебно-профилактические методы включают диету, очищающие процедуры, массаж, йогу и использование натуральных средств. Эта система медицины продолжает оставаться актуальной в современном мире благодаря своей способности адаптироваться к нуждам людей и предлагать эффективные решения для поддержания здоровья и благополучия.

Список литературы

1. История медицины в музейных коллекциях / К.А. Пашков, Е.Е. Бергер, Г.Г. Слышкин [и др.]. – М.: Изд-во Рос. общества историков медицины. – 2019. – 199 с.
2. Ветров И.И., Кузьменко А.В. Основы Аюрведической медицины. История и метафизика. – СПб.: Изд-во Аюрведического центра «Дханвантари». – 2013. – 360 с.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XX СТОЛЕТИЯ

Краснощёков А.В., Шогенова А.Х.

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

Введение. Трансплантология – это раздел медицины, который занимается пересадкой органов и тканей от одного организма другому. Она является одним из самых сложных и высокотехнологичных направлений в медицине. Трансплантация позволяет спасти жизни людей, которые страдают от различных заболеваний и травм, приводящих к необратимому повреждению жизненно важных органов.

Цель исследования. Была поставлена цель – проанализировать развитие отечественной трансплантологии от момента ее зарождения, уделив прицельное внимание темпам роста во второй половине XX века.

Материалы и методы исследования. В ходе своей работы я проанализировал статьи и исследования, опубликованные в «Антологии истории русской хирургии», New York Medical Journal и ряде других источников. Во второй половине XX века основной вектор развития трансплантологии был направлен на операции по пересадке сердца, печени, почек и других органов. В этот период разработаны новые методы консервации и транспортировки органов.

Результаты исследования. Одним из первых учёных, активно занимавшихся вопросами трансплантологии, был Владимир Петрович Демихов. В 1950-е годы он провёл ряд экспериментов по пересадке жизненно важных органов, доказав принципиальную возможность таких операций [1].

В середине XX века успешно проводились операции по пересадке кожи, сосудов, костей и других тканей внутри одного организма. Однако гетеротрансплантация (пересадка органов и тканей от другого человека) оставалась недоступной из-за недостатка научных знаний об иммунологических механизмах отторжения чужеродных органов и отсутствия фармакологических средств управления этими механизмами.

Развитие трансплантологии также столкнулось с этическими и юридическими проблемами. Нехватка донорских органов приводила к тому, что многие пациенты умирали, не дождавшись пересадки. Отторжение пересаженных органов иммунной системой реципиента могло привести к их гибели. Для решения этих проблем были разработаны новые методы иммуносупрессии, позволяющие подавлять реакцию отторжения и продлевать срок службы пересаженных органов [2; 3].

1965 год стал поворотным для отечественной трансплантологии: хирург Борис Васильевич Петровский провел первую успешную пересадку почки в нашей стране. Эта операция стала рутинной и вошла в арсенал хирургов как одна из самых распространённых в России и мире.

В 1980 году идея о пересадке кожи от умершего человека была довольно смелой, но вызвала интерес. Исследования показали, что ткани эпителия остаются жизнеспособными в течение некоторого времени после смерти человека и могут быть использованы для трансплантации.

Первая операция по пересадке органа от трупа в России была проведена в 1966 году академиком Борисом Васильевичем Петровским – он пересадил человеку почку. Первую в мире пересадку сердца осуществил Кристиан Барнард в 1967 году в больнице Грооте-Схур в Кейптауне [4].

Первая успешная пересадка сердца от умершего человека в России была проведена Валерием Ивановичем Шумаковым в 1987 году. Он вместе со своими соратниками и учениками добивался признания «смерти мозга» моментом смерти человека. Как только это было узаконено, появилась возможность развивать трансплантологию и внедрять ее в медицинскую практику [5].

В тот же период в НИИ трансплантологии и искусственных органов Министерства здравоохранения СССР было создано отделение коронарной хирургии и пересадки сердца, ныне носящее имя Валерия Шумакова.

Заключение. Таким образом, вторая половина XX столетия стала периодом бурного развития трансплантологии. За это время были проведены тысячи успешных операций по пересадке органов и тканей, спасшие жизнь и улучшившие качество жизни многих людей.

Список литературы

1. Демихов В.П. Избранные труды. Антология истории русской хирургии. – М.: Весть. – 2011. – Т. 5. – 257 с.
2. Carrel A. The transplantation of organs // New York Medical Journal. – 1914. – Vol. 99. – P. 839.
3. Medavar P.B. The immunology of transplantation // Harvey Lectures. – 1956. – №. 52. – P. 144–176.
4. Вороной Ю.Ю. Пересадка консервированной трупной почки как метод биостимуляции при тяжелых нефритах // Врачебное дело. – 1950. – №. 9. – С. 813–816.
5. Wijdicks E.F. Diagnosis of brain death // The New England Journal of Medicine homepage. – 2001. – Vol. 344, №. 16. – P. 1215–1221.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Лоскутов Е.С., Зимин А.П., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Опыт Крымской войны показал, что во время проведения боевых действий, необходимо осуществлять противоэпидемические мероприятия, чтобы не допустить распространения на фронте инфекционных заболеваний, которые наносят серьезный урон действующей армии.

Цель исследования. Показать важность организации противоэпидемических мероприятий в условиях боевого столкновения.

Материалы и методы исследования. Проведен исторический анализ литературы, отражающей эффективность борьбы с эпидемическими заболеваниями в условиях военных действий.

Результаты исследования. В период Крымской войны 1853–1856 гг., инфекционные заболевания на фронте получили довольно широкое распространение, что способствовало довольно серьезному урону боеспособных частей русской армии. Из 350 тыс. людей, погибших за все три года боевых столкновений, 282 тыс. умерло от различных по этиологии инфекционных болезней [1].

В 1856 году начала проводиться работа по снижению численности солдат, столкнувшимися с инфекционными агентами. Для этого была создана комиссия, во главе которой был Н.И. Пирогов, он принял следующие меры: создание карантинных пунктов и дезинфекция могил умерших бойцов, устройство отдельных бараков для инфекционных больных [2].

В английской армии врач Сазерленд сумел снизить заболеваемость солдат во время Крымской войны благодаря первым на тот период времени противоэпидемическим мероприятиям: запретил переполнять казармы ранеными солдатами, улучшил их санитарное состояние, начал решать вопрос по оздоровлению лагерных стоянок [3].

Всем стало ясно и понятно, что в последующих войнах необходимо обращать внимание на организацию и проведение общесанитарных мероприятий: разделение раненых от больных солдат, очистку мест дислокации войск, оздоровление лагерных стоянок. Для этого были собраны ведущие гигиенисты со всей страны, была организована помощь от благотворительных организаций: общество попечения о раненых и больных воинах [3].

Одной из главных задач было тщательное освидетельствование мест захоронения погибших солдат во время боев, оздоровление помещений, уничтожение свалок навоза и нечистот в местах расположения войск, дезинфекция лазаретов и всех принадлежностей госпиталя.[3].

Заключение. В последующем, противоэпидемические мероприятия в условиях боевых действий стали той основой, без которой невозможно одержать победу в войне. Правильно обработанные раны солдат, разделение их по разным лазаретам в соответствии с полученной травмой помогали не допустить распространения инфекций, если они были, и как следствие более быстрого возвращения в строй раненого солдата.

Список литературы

1. Дьяконов П. Краткая характеристика эпидемии, господствовавшей в Крыму в течение Крымской компании // Военно-медицинский журнал. – 1856. – Т. 68, №. 1. – С. 1–16.
2. Заблудовский П.Е. Развитие русской медицины в первой половине XIX века. – М.: Медгиз. – 1953. – 87 с.
3. Багдасарян В.Э. Русская война: столетний историографический опыт осмысления Крымской кампании. – М.: Издательство МГОУ. – 2002. – 258 с.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА В ДРЕВНЕРУССКОМ ГОСУДАРСТВЕ: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ

Магомедова З.М., Ахмедова З.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Народная медицина на территории бывшего Российского государства – это уникальное явление, которое формировалось под влиянием множества факторов: географического положения, культурных традиций, религиозных верований и доступности природных ресурсов. В условиях недостатка научных знаний и медицинских учреждений, древнерусское общество активно использовало народные методы лечения, которые передавались из поколения в поколение. Тема остается актуальной, поскольку традиционные подходы зачастую дополняют современную медицину и способствуют лучшему пониманию культуры и истории медицины [1–3].

Цель исследования. Цель данного исследования – проанализировать методы лечения и профилактики болезней в народной медицине Древнерусского государства, выявить основные травы и средства, использовавшиеся в народной практике, а также рассмотреть социальные и культурные аспекты, связанные с медицинскими традициями того времени.

Материалы и методы исследования. Исследование основывается на анализе исторических источников, включая летописи, древнерусские рукописи, фольклорные тексты и этнографические данные. Также использованы современные исследования по истории медицины и культурной антропологии. Методология также включает в себя сравнительный анализ, позволяющий выявить особенности и общие черты народной медицины в контексте общеславянской и европейской медицинской практики.

Результаты исследования.

1. Основные методы лечения. В Древнерусском государстве широко использовались различные методы лечения, включая: Траволечение (фитотерапия): Использование целебных растений. Например, мята и Melissa применялись для успокоения нервной системы, а ромашка – для лечения желудочно-кишечных заболеваний. Травы часто заваривали, делали настойки или использовали в виде отваров. Большой популярностью в народе пользовались отвары, приготовленные из таких растений, как: полынь, подорожник, крапива, листья березы и можжевельниковые ягоды.

Парадоксальные методы. Также практиковались методы, использующие контрасты, такие как холод и тепло. Например, паровая терапия и обертывания использовались для лечения простуды.

Гирудотерапия: Пиявки использовались для лечения различных заболеваний, что показывало понимание важности кровообращения.

Заговоры и ритуалы: В терапевтическом процессе часто использовались заклинания. Считалось, что духовный аспект болезни так же важен, как и физический.

Производство солей и настоек: Использование соли в качестве средства для лечения. Соль применялась в создании соляных растворов для полоскания и компрессов.

2. Профилактика болезней.

Профилактика заболеваний в народной медицине Древней Руси также имела свои методы.

Соблюдение гигиенических норм: для профилактики болезни уже в то время важную роль играло поддержание чистоты в быту, об этом говорится источниках.

Сезонные обряды и ритуалы: Праздники и ритуалы были направлены не только на умиротворение духов, но и связаны со сменой времени года, что оберегало население от сезонных болезней.

Рациональное питание: Люди осознавали важность сбалансированного питания, в которое входили зерновые, овощи и ягоды, что способствовало общеукрепляющему эффекту.

3. Социальные и культурные аспекты.

Народная медицина Древней Руси активно интегрировала элементы языческих и христианских верований. С одной стороны, это отражало традиционные представления о мире и человека в нём; с другой – адаптацию религиозных обрядов и символов. Использование целебных средств зачастую сопутствовало молитвам, что подчеркивало единство духовного и телесного здоровья.

Заключение. Народная медицина на территории бывшего Российского государства представляет собой не только целый пласт знаний о лечении и профилактике заболеваний, но и важный аспект культурной идентичности народа. Изучение традиционной медицины может помочь нам лучше понять исторические корни современной медицинской практики и привлечь внимание к важности внедрения традиционных знаний в современную медицину. Такие исследования могут внести важный вклад не только в историю медицины, но и в изучение культурных традиций, которые продолжают влиять на современные представления о здоровье и болезни.

Список литературы:

1. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. завед. 8-е изд. – М.: Академия. – 2008. – 560 с.
2. Бергер Е.Е., Тугорская М.С. Хрестоматия по истории медицины: учебное пособие. – М.: Литтерра. – 2012. – 624 с.
3. Крохин В.А. Язычество, христианство и старообрядчество в древнерусском заочестве. – Кижский вестник. – 2009. – №. 12. – 330 с.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВАКЦИНАЦИИ В НОВОЙ И НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ XXI ВЕКА

Малютина В.М., Воронкова В.О., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Вакцинация – один из важнейших методов профилактики инфекционных заболеваний, который способствует защите населения от тяжелых и опасных болезней. История вакцинации насчитывает несколько столетий, начиная с первых попыток вакцинирования против оспы. В XXI веке вакцинация продолжает развиваться, с учетом новых угроз и достижений науки и медицины. Это делает ее важной частью общественного здравоохранения, поскольку позволяет эффективно бороться с инфекциями, предотвращать эпидемии и сохранять жизни миллионов людей.

Цель исследования. Целью данного исследования является анализ становления и развития вакцинации в новой и новейшей истории XXI века, с акцентом на последние достижения, проблемы и перспективы в области вакцинопрофилактики.

Материалы и методы исследования. В работе использованы материалы из научных публикаций, исторических и современных исследований по теме вакцинации, а также статистические данные о результатах массовой вакцинации и эпидемиях инфекционных заболеваний. В качестве основных источников использованы статьи из медицинских библиотек и специализированных сайтов.

Метод исследования включал анализ существующих научных работ, исторических данных, а также современных тенденций и достижений в области вакцинации, с целью выявления основных этапов и факторов, определяющих ее развитие.

Результаты исследования. 1. История вакцинации до XXI века История вакцинации начинается в конце 18 века с работ Эдварда Дженнера, который в 1796 году создал первую вакцину против оспы. Этот успех положил начало эволюции вакцинации, в дальнейшем появились вакцины против других инфекционных заболеваний, таких как дифтерия, коклюш, столбняк, туберкулез и полиомиелит. В XX веке вакцинация стала основным методом борьбы с инфекциями, что позволило значительно снизить заболеваемость и смертность от многих болезней [1].

2. Развитие вакцинации в XXI веке. С начала XXI века развитие вакцинации претерпело значительные изменения. Вакцины стали более эффективными, безопасными и доступными. В частности, были разработаны новые технологии создания вакцин, такие как ДНК- и РНК-вакцины, которые стали основой для разработки препаратов против COVID-19. Развитие вакцин против гриппа, ВПЧ (вирус папилломы человека), а также вакцинация против герпеса и других заболеваний стали важными этапами эволюции вакцинации в современности. Кроме того, в XXI веке возросла роль глобальных инициатив, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации (GAVI), которые занимаются распространением вакцин в развивающихся странах, обеспечивая массовую вакцинацию и снижение распространения инфекционных заболеваний [2].

3. COVID-19 и революция в области вакцинации Пандемия COVID-19 стала важной вехой в истории вакцинации, так как для борьбы с новым вирусом потребовалось быстрое создание и массовое производство вакцин. Разработка вакцин, таких как Pfizer-BioNTech и Moderna, которые используют технологии мРНК, стала настоящим прорывом. Эти вакцины показали высокую эффективность и стали символом новых возможностей для борьбы с инфекционными заболеваниями [3].

4. Трудности и вызовы. Несмотря на успехи в разработке вакцин, проблема вакцинации остается актуальной. В некоторых странах сохраняются проблемы с доступностью вакцин, а также возникают сложности с убеждением населения пройти вакцинацию. Антипрививочные настроения, дезинформация и политические споры могут тормозить темпы вакцинации и мешать коллективному иммунитету.

Заключение. Вакцинация в XXI веке продолжает развиваться, и ее роль в глобальной охране здоровья становится все более важной. Современные технологии и глобальные усилия по распространению вакцин позволили добиться значительных успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями. Однако проблемы, такие как неравномерный доступ к вакцинам, антипрививочные настроения и глобальные эпидемии, требуют продолжения научных исследований и усиления международного сотрудничества в области здравоохранения. Вакцинация остается основным инструментом профилактики заболеваний, который, с учетом новых вызовов, должен развиваться и совершенствоваться для обеспечения здоровья мирового населения.

Список литературы

1. История вакцинации – интересно о медицине – 2021. – URL: <https://www.medswiss.ru/library/interesnoe-o-meditsine/istoriya-vaktsinatsii/> (дата обращения: 07.12.2024).

2. Как работают прививки и когда появились самые первые? – 2021. – URL: <https://www.championat.com/lifestyle/article-4492073-istoriya-privivok-kak-i-kogda-poyavilis-vakciny-ot-boleznej-sozdanie-razvitie-kakie-est-sejchas.html> (дата обращения: 07.12.2024).

3. Прогностическая характеристика вакцин XXI века. – 2017. – URL: https://spravochnick.ru/medicina/infekcionnye_bolezni_i_epidemiologiya/prognostiches_kaya_harakteristika_vakcin_xxi_veka/?ysclid=m4h5ху6wwb740682169 (дата обращения: 07.12.2024).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ

Мигачев Д.А., Петров В.В.

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

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) в медицине – это сфера, в которой применяются технологии и алгоритмы, способные имитировать мыслительные способности человека для решения медицинских задач. Искусственный интеллект используется в анализе данных, диагностике заболеваний, создании планов лечения пациентов и оптимизации процессов в сфере здравоохранения.

Изучение истории искусственного интеллекта в медицине дает возможность получить целостное представление о развитии этой области, оценить ее достижения и ограничения, выявить ключевые тенденции и разработать стратегии для эффективного и этичного внедрения искусственного интеллекта в медицинскую практику сейчас и в будущем. Это способствует более взвешенному подходу к использованию этой мощной технологии и максимальному использованию ее потенциала для улучшения здравоохранения.

Цель исследования. Определить и проанализировать этапы эволюции искусственного интеллекта в медицине, начиная с зарождения концепций и заканчивая современными сложными системами, выделив при этом наиболее значимые достижения на каждом этапе развития.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ исторической и научной литературы. Использован метод исторического анализа. Объектом исследования стали хронологии событий и достижения в сфере искусственного интеллекта в медицине, начиная с первых систем и экспериментов и заканчивая современными технологиями.

Результаты исследования. В 60-х годах XX века мир увидел первые шаги искусственного интеллекта в медицине. Первая системой ИИ стала MYCIN, созданная в Стэнфорде [1]. Система предназначалась для диагностики бактериальных инфекций и подбора соответствующих антибиотиков. Несмотря на некоторые ограничения, MYCIN показала, каким может быть потенциал искусственного интеллекта в медицине, анализируя симптомы с помощью правил и логических выводов.

Искусственный интеллект серьезно продвигает медицину вперед, особенно в диагностике и лечении различных заболеваний. Пример – это система Watson от IBM [2]. С 2012 года эта система помогает врачам ставить точные онкологические диагнозы, используя свою способность обрабатывать огромные массивы медицинских данных. В хирургии также заметна роль ИИ: системы вроде Da Vinci помогают роботам-ассистентам выполнять операции с гораздо большей точностью – это сокращает риски и ускоряет выздоровление

[3]. Кроме того, ИИ поддерживает планирование операций, помогая хирургам разрабатывать лучшие стратегии и делать вмешательства безопаснее и эффективнее.

И хотя обе первоначальные системы имели свои недостатки, они создали базу для последующего использования искусственного интеллекта в здравоохранении. Они продемонстрировали, как задействовать технологические достижения для совершенствования процессов выявления заболеваний и лечебных практик, и тем самым проложили путь к современным медицинским технологиям. Эти проекты доказали, насколько важна и перспективна интеграция искусственного интеллекта в медицинскую практику.

В медицинской диагностике и лечении, искусственный интеллект может справляться с огромными объемами данных намного быстрее и эффективнее, чем люди.

Заключение. Искусственный интеллект в медицине – это технология, которая помогает решать медицинские задачи, имитируя работу человеческого разума. Искусственный интеллект использует компьютерные алгоритмы для диагностики, анализа данных и создания индивидуальных планов лечения. Изучение истории ИИ позволяет увидеть, как эта область развивалась, какие успехи и недостатки были на ее пути. Первые системы, такие как MYCIN, продемонстрировали, что ИИ может эффективно применяться в медицине. Сегодняшние решения, такие как Watson и Da Vinci, значительно улучшают диагностику и лечение благодаря своей точности и эффективности. Все эти достижения подчеркивают, насколько важно и перспективно применение ИИ в медицинской практике для улучшения качества медицинской помощи.

Список литературы

1. Манкибаев Б.С. Основные направления внедрения искусственного интеллекта в медицине // Наука, образование и культура. – 2019. – Т. 37, №. 3. – С. 69–71.
2. Аверьянова О.А., Коршак В.И. Искусственный интеллект в условиях современной медицины // Естественные и математические науки в современном мире. – 2016. – Т. 40, №. 5. – С. 34–38.
3. Грамкова И.И. Robot «daVinci» // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, №. 6. – С. 1337.

«ЛЕДЯНАЯ АНАТОМИЯ» Н.И. ПИРОГОВА, СТАВШАЯ НАЧАЛОМ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Миронова А.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Знание «ледяной анатомии» нужно для получения точного и чёткого представления о строении тела. Анатомия сама по себе очень интересная и сложная наука. Знание о ледяной анатомии, созданные в свое время великим ученым Н.И. Пироговым по сей день являются очень важной частью как для практикующих врачей, так и для студентов медицинских университетов.

Цель исследования. Рассказать подробнее о «Ледяной анатомии человека» и отметить ее важность.

Материалы и методы исследования. Проанализированы различные печатные источники и проведен исторический анализ источников и литературы.

Результаты исследования. В истории медицины, Николай Иванович Пирогов является одним из тех, кто стал инициатором и основателем новой анатомической науки, которая в настоящее время называется топографической анатомией. В

результате использования оригинального способа диссекции замороженных трупов, а также получения изображений тысяч распилов различных частей человеческого тела, Н.И. Пирогов опубликовал свой самый известный труд «Топографическая анатомия, иллюстрированная разрезами, проведенными через замороженное тело человека в трех направлениях». Идея новейшего метода исследований в анатомии, в основу которого легли распилы замороженных трупов, пришла к Пирогову в одну из молодых зим, когда он находился в столице Российской империи. Внимание анатома привлек мясник, рубивший топором замороженную свиную тушу. От тела отделялись тонкие и ровные пластинки, в которых сохранялось то же положение мышц, органов и прочего, которое они занимали до замораживания. Именно в тот момент он представил себе новые возможности в изучении человеческого тела и именно так появилась на свет идея «ледяной» анатомии, которой благодаря Николаю Ивановичу предстояла великая жизнь. Осуществляя свой замысел, Пирогов провел многочисленные исследования. Распилы выполнялись механической пилой, которая похожа на ту, которой обычно рассекают деревья на тонкие пластины. При проведении распилов у Пирогова было несколько целей:

1. Показать вид и форму полостей.
2. Исследовать расположение.
3. Продемонстрировать в настоящем виде местоположение органов, границы и направления различных каналов, борозд и ямок.
4. Исследовать слои и ряды мышц, нервов и сосудов.

Первое анатомическое исследование, проведенное Н.И. Пироговым касалось направления мочевого канала у мужчин, которое французские хирурги считали прямолинейным [1]. Молодой профессор, после изучения замороженного мужского таза, пришел к выводу о его не прямолинейности, что имело практическое значение. В начале 1838 года, во время визита в парижские госпитали, он вступил в дискуссию с хирургом Амюсса, сторонником прямолинейности мочевого канала. В доказательство своей правоты Пирогов продемонстрировал анатомический препарат, состоящий из продольного распила замороженного мужского таза. Это стало первой международной демонстрацией нового метода топографо-анатомических исследований, основанного на распилах замороженного человеческого тела, сохраняющего анатомические особенности тканей и органов.

Н.И. Пирогов долго сомневался в полезности своего труда над «Иллюстрированной топографической анатомией распилов...», опубликованной с 1851 по 1859 год. Хотя он не ожидал открытия нового, его поддерживало убеждение, что создание атласа с высокой точностью положения частей тела является важным делом, так как оно служит исцелению людских страданий. Во время Севастопольской обороны (1854–1855) Пирогов активно помогал раненым, несмотря на редкие минуты отдыха. Он продолжал работать над атласом, сообщая о задачах своим близким. Например, в письме от 30 января 1855 года он поручил жене подготовить разрезы различных анатомических структур. К середине 1856 года ему удалось опубликовать все 4 части атласа, содержащего 240 таблиц с около 1000 рисунков, который стал значительным вкладом в анатомическую науку [2].

Заключение. Учение Пирогова оказалось значимым в истории человечества. Именно, благодаря, ему в настоящее время можно составить полное представление о расположении различных частей и органов человеческого тела.

Список литературы

1. К.З. Забелин Избранные труды по истории медицины академика Ю.Л. Шевченко. – Смоленск: Изд-во Историко-лит. журнала «Странник». – 2020. – 460 с.
2. Шевченко Ю.Л., Козовенко М.Н. От «Ледяной анатомии» до компьютерной томографии // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, №. 5. – С. 73–80.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЙОДОДЕФИЦИТА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Мурашова Е.А., Пампухина Д.Д., Коваленко Е.В.

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

Введение. Йод – важный участник обмена веществ. Функции, выполняемые этим химическим элементом самые разнообразные. Недостаточный уровень йода в организме приводит к массе последствий, среди которых умственная и физическая отсталость, бесплодие. Недостаток йода в организме ведет к серьезным медико-социальным проблемам.

Цель исследования. Исследовать эволюцию проблемы йододефицита от первых упоминаний и методов лечения в древности до современных подходов к профилактике.

Материалы и методы исследования. В работе использованы исторические материалы, включая научные публикации, архивные данные и документы, отражающие историю развития профилактики йододефицита.

Результаты исследования. Наиболее распространенным в большинстве стран мира йододефицитным заболеванием является зоб, сведения о котором встречаются в медицинских трактатах Древнего Китая, Индии и Египта [1].

В нашей стране первые сообщения о зобе датируются 1731 г., когда зобная болезнь была обнаружена у представителей местного населения, проживавших в долине р. Киренге, ученым Гmeliным [1].

В 1811 г. Куртуа заметил фиолетовый пар, возникающий при сжигании золы морских водорослей, а Гей-Люссак впоследствии идентифицировал этот пар как йод. Швейцарский врач Коиндет в 1813 г. выдвинул гипотезу, что лечение зоба морскими водорослями эффективно из-за содержания в них йода, и успешно лечил пациентов. Два десятилетия спустя Буссингот был первым, кто выступил за профилактику с помощью соли, богатой йодом, для предотвращения зоба. Шатен был первым, кто опубликовал в 1851 г. гипотезу о том, что дефицит йода является причиной зоба. В 1883 г. Семон предположил, что микседема вызвана недостаточностью щитовидной железы. Бауманн и Роос в 1896 г. обнаружили йод в щитовидной железе, тем самым была установлена связь между зобом, микседемой и йодом [2].

Таким образом, создались предпосылки для перехода к массовой профилактике зоба. Первые широкомасштабные профилактические мероприятия с использованием йодированной соли были выполнены в 1916–1920 гг. Марином и Кимбаллом в Акроне. В начале 1920-х гг. этот опыт был успешно повторен в Швейцарии, именно она стала первой страной, принявшей закон (1922) о промышленном производстве йодированной соли для массовой профилактики зоба. Несколькими годами позже йодированную соль стали производить и в других странах Европы [1].

В некоторых регионах Швейцарии, до начала профилактики, 0,5% жителей были кретинами, почти у 100% школьников был большой зоб, и до 30% молодых людей были непригодны к военной службе из-за большого зоба. Новых эндемичных кретинов, родившихся после 1930 г., выявлено не было. Зоб быстро исчез у новорожденных и школьников, медленнее – у новобранцев и пожилых людей. В некоторых кантонах, где йодированная соль была разрешена только в 1952 г., исчезновение зоба отставало, что свидетельствует о том, что йодированная соль была причиной прогресса [3].

В современном мире профилактика может осуществляться посредством массовых и индивидуальных мер.

Массовая профилактика осуществляется с помощью обогащения продуктов массового потребления йодсодержащими добавками (поваренная соль, хлеб) и

включения в меню организованных коллективов продукты богатых йодом (лосось, морская капуста).

Индивидуальная профилактика реализуется благодаря включению в состав блюд йодированной соли и использованию витаминно–минеральных комплексов (необходима консультация специалиста) [4].

Заключение. Изучение истории йододефицита и его профилактики подчеркивает, что эта проблема имеет долгую и многослойную историю, значимо влияя на здоровье населения. Адаптация профилактических мер к новым вызовам и научным открытиям подтверждает необходимость комплексного подхода к минимизации последствий дефицита йода. Образовательные программы, улучшение доступности йодированных продуктов и мониторинг состояния йода в регионах – все это критически важно для обеспечения здоровья нации.

Список литературы

1. Антонова М.С. Борьба с йод-дефицитом: история и современность // Электронный журнал «Исследовано в России». – 2004. – №. 7. – С. 2190–2198.
2. Zimmermann M.B. Research on iodine deficiency and goiter in the 19th and early 20th centuries // The journal of nutrition. – 2008. – Vol. 138, №. 11. – P. 2060–2063.
3. Burgi H., Supersaxo Z., Selz B. Iodine deficiency diseases in Switzerland one hundred years after Theodor Kocher's survey: a historical review with some new goitre prevalence data // The acta endocrinologica price. – 1990. – Vol. 123, №. 2. – P. 577–590.
4. Всемирный день борьбы с йододефицитом // Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае: [сайт]. – 2024. – URL: <http://cge.megalink.ru/?p=8693> (дата обращения: 17.06.2025).

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОНАСТЫРСКОЙ, КИТАЙСКОЙ И АРАБСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Наурзалиева В.И., Черноиванова А.А.

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

Введение. Медицина играет ключевую роль в жизни каждого человека. Она является не только инструментом, способным сохранить здоровье человека, но и отражает традиции и обычаи общества. В зависимости от исторического контекста формировались и концептуальные особенности методов лечения.

Цель исследования. Сравнительный анализ концептуальных основ данных медицинских, а также изучение влияния культурных и религиозных традиций на развитие медицины.

Материалы и методы исследования. Печатные и электронные источники о монастырской, китайской и арабской традициях в медицине. Методы исследования: теоретический, аналитический.

Результаты исследования. Монастырская медицина – уникальное явление, которое возникло в Средневековой Европе. Монастыри на тот момент становились не только центрами духовной жизни, но и развивали образование и медицину. Систематизированных знаний в медицине на тот момент не было, что подтолкнуло монахов сохранить древние медицинские тексты, изучая и переводя при этом работы Гиппократ, Галена, интегрируя их знания в свою практику.

Монахи не просто лечили, но и обучали местное население различным методам врачевания, например, фитотерапии. Она заключалась в использовании трав и растений при лечении заболеваний. Еще одним методом была гидротерапия, суть которой была в

использовании источников с чистой водой, которые как раз всегда были недалеко от монастырей. Важная составляющая лечения – духовность. Считалось, что духовное очищение, приведет и к физическому выздоровлению, поэтому духовные практики, молитвы также применялись при лечении [1].

Одной из самых известных медицинских традиций мира является китайская. Истоки китайской медицины кроются в философии, особенное влияние оказали при этом конфуцианство и даосизм. Основные концепции лечения формировались через наблюдение за природой и человеческим телом.

Концепция «Ци» заключалась в существовании некоей энергии Ци, которая пронизывает все живые организмы, а здоровье человека зависело от того, насколько свободно поток энергии может пройти внутри тела.

Еще одна концепция «Инь и Ян» заключалась в балансе между темной и светлой стороной мира и человеческой души. Здоровье при этом достигалось только приобретением баланса между светом и тьмой внутри [2].

Важной концепцией было также сочетание внутри пяти элементов, каждый из которых отвечал за ту или иную систему организма – дерево, огонь, земля, металл и вода. Чтобы здоровье человека было крепким, необходимо было найти гармонию между данными «элементами» внутри человека [3].

Одним из методов лечения была акупунктура, суть которой заключалась во введении тонких игл в специальные точки на теле, что способствовало восстановлению потока Ци, а следовательно, вело к выздоровлению [2].

Особое внимание уделялось дыхательным практикам, которые не только укрепляли тело, но и улучшали циркуляцию энергии Ци [4].

Арабская медицина, как система знаний и практик, оказала колоссальное влияние на развитие медицины Востока и Запада. Она сочетала в себе элементы греческой, римской и индийской медицины.

Арабская медицина рассматривает человека как единое целое, где каждый элемент взаимосвязан. Учение подчеркивало важность профилактики заболеваний, которая заключалась в первую очередь в ведении здорового образа жизни. Важным принципом являлся баланс 4 гуморов: кровь, слизь, желтая и черная желчь. По мнению ученых, заболевания возникали при их дисбалансе.

Одним из методов лечения была также фитотерапия – арабские врачи разработали множество рецептов, которые основывались на использовании местных растений. Арабские врачи одними из первых начали применять хирургические методы лечения. Широко также применялась диетология, так как от сбалансированности питания зависит, по мнению арабских врачей, здоровье человека [5].

Заключение. Все три системы говорят о важности целостного подхода к лечению человека и здоровью в целом, хоть и действуют при этом через разные методы. Так, монастырская медицина говорит о важности духовности, китайская фокусируется на балансе энергий, арабская же медицина говорит нам о важности функционального подхода к здоровью.

Список литературы

1. Аптеки в Средние века. – 2016. – URL: <http://biofile.ru/his/30170.html> (дата обращения: 06.12.2024).
2. Да Цзян: Китайская традиционная медицина, европейская медицина и цзин, ци, шэнь в даосской философии – специальный раздел Блог-Китай. – 2016. – URL: <http://djdqjdq.blogchina.com/3031876.html> (дата обращения: 06.12.2024).
3. Цзю У. Культурные корни даосской философии и китайской традиционной медицины // Религия Китая. – 2015. – №. 7. – С. 68–69.
4. Чэн Х. Основные теории китайской медицины. – Шаньдун: Китайская медицина и травление. – 2016. – 216 с.
5. Браун Э.Г. Мусульманская медицина. – СПб.: ДИЛЯ. – 2009. – 160 с

РУССКИЙ ВРАЧ К.А. УГРЮМОВ – УЧАСТНИК ОСВОБОДИТЕЛЬНОЙ ВОЙНЫ 1877–1878 ГОДОВ

Османов А.О., Мусаева А.Т., Ищенко Ю.В.

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

Введение. К.А. Угрюмов, русский врач, сыграл заметную роль в освободительной войне 1877–1878 гг. Участвуя в боевых действиях, он не только лечил раненых солдат, но и способствовал развитию военно-полевой медицины. В данной работе рассматриваются его биография и вклад в медицинскую практику в условиях вооруженного конфликта, что подчеркивает важность гуманитарной деятельности в истории войны.

Цель исследования. Изучить вклад К. А. Угрюмова в развитии военно-полевой медицины во время освободительной войны 1877–1878 гг, а также в оценке его роли как врача в условиях боевых действий и гуманитарных усилий, направленных на спасение жизней раненых солдат.

Материалы и методы исследования. Изучение научной и методической литературы по данной теме, анализ и систематизация полученных знаний.

Результаты исследования. В апреле 1877 г., с началом Русско-турецкой войны, доктор К.А. Угрюмов, охваченный общенародным энтузиазмом, поступил врачом-добровольцем в армию. По его просьбе он был переведен в состав IV батальона болгарского ополчения. Здесь, плечом к плечу с вдохновленными болгарскими бойцами и врачами он разделял все трудности и испытания войны. Ополчению выпала честь участвовать в исторических боях на Шипкинском перевале, своим героизмом и самоотрицанием лишней раз засвидетельствовав перед всей Европой право болгар на самостоятельное национальное существование. В эти моменты жизни и смерти в К.А. Угрюмове ярко раскрылся образ смелого бойца, преданного товарища и доблестного фронтового врача. Он компетентно помогал местным органам здравоохранения и принимал непосредственное участие в проведении первых санитарных мероприятий. Под его руководством была организована и начала работать больница для больных сыпным тифом в Пловдиве [1].

В Восточной Румелии К. А. Угрюмов занимал должность старшего врача милиции (Болгарской народной армии), в связи с чем с полным основанием его следует считать одним из организаторов военно-медицинского дела в Восточной Румелии. В целях удовлетворения потребностей населения и обеспечения резерва средних медицинских кадров для армии К. А. Угрюмов организовал первые курсы для фельдшеров. На этих курсах училось более 50 молодых людей, тщательно подобранных из всех болгарских дружин [2].

Окончив свою миссию и организовав эвакуацию раненых и больных русских солдат, К.А. Угрюмов подает рапорт об освобождении от должности. Его желание было удовлетворено лишь после вторичного рапорта: получив весьма высокую оценку за свою деятельность в Восточной Румелии, он был освобожден из армии 30 августа 1879 г. и вернулся в Москву.

В Москве К.А. Угрюмов поступил на работу в хирургическое отделение Басманской больницы, вместе с тем работая на трупах в Военном госпитале в Москве. 1880 он сдал экзамен и получил диплом врача-хирурга.

В начале 1886 г. он поступил на работу в Рязанскую уездную больницу в качестве заведующего хирургическим отделением. В конце того же года он перевелся в крупный рабочий центр г. Орехово-Зуево, где заведовал больницей при фабрике Викулы Морозова. Здесь К.А. Угрюмов работал до 1920 г., когда перешел на работу в Костинскую участковую больницу в Орехово-Зуевском уезде.

Во время империалистической войны К.А. Угрюмов организовал в Орехово-Зуеве больницу для раненых, которой и заведовал. В 1920 г. по его инициативе и под его руководством в Орехово-Зуеве был создан музей по охране народного здоровья. К.А. Угрюмов является пионером хирургического дела в Орехово-Зуеве, где позже была создана образцовая хирургическая база [3].

Заключение. Вклад К.А. Угрюмова в военно-полевую медицину во время русско-турецкой войны 1877–1878 гг. представляет собой значимое событие в истории медицины. подходы к оказанию медицинской помощи раненым и преданность делу улучшили условия для солдат на поле боя. Наследие Угрюмова продолжает вдохновлять врачей и сегодня, подчеркивая важность гуманизма в медицине.

Список литературы

1. Доктор Угрюмов. – 2022. – URL: <https://ozzebra.ru/2022/07/19/doktor-ugryumov/?ysclid=m5297f07a6458153776> (дата обращения 07.12.2024).
2. Zahariev T., Zapryanov N. K.A. Ugryumov – Russian physician, participant in the Liberation Russian-Turkish war in Bulgaria (1877–1878) // Asklepii: bolgaro-sovetskii ezhegodnik istorii i teorii meditsiny. – 1970. – Vol. 170, №. 1. – С. 107–111.
3. Морозовский клуб: о главном враче Викуловской больницы Константине Угрюмове. – 2022. – URL: <https://orehovozevo.bezformata.com/listnews/vikulovskoy-bolnitci-konstantine-ugryumove/107596668/> (дата обращения: 07.12.2024).

НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ СЕМАШКО, ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ НАУКИ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

Отузян А.А., Петров В.В.

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

Введение. Николай Александрович Семашко (1874–1949) – выдающаяся фигура в истории советского здравоохранения. Будучи наркомздравом РСФСР с 1918 по 1930 год, он сыграл определяющую роль в создании уникальной системы здравоохранения, основанной на принципах социальной гигиены. Его деятельность существенно повлияла на формирование концепции здравоохранения как социального института, нацеленного на профилактику заболеваний и улучшение здоровья населения.

Цель исследования. Статья посвящена анализу вклада Николая Александровича Семашко в развитие социальной гигиены в Советской России. Рассматриваются ключевые элементы реформ, инициированных Семашко, их влияние на формирование советской системы здравоохранения и достижения, а также критические замечания относительно реализации этих реформ.

Материалы и методы исследования. В ходе работы использовались следующие методы: анализ, сравнение, изучение. В основе исследования были использованы работы Николая Александровича Семашко [1; 2].

Результаты исследования. В отличие от преобладавшего в начале XX века биомедицинского подхода, сосредоточенного на лечении отдельных заболеваний, Семашко отстаивал комплексный взгляд, рассматривающий здоровье как результат взаимодействия биологических и социальных факторов. Он аргументированно доказывал, что улучшение санитарно-гигиенических условий, борьба с бедностью, обеспечение достойного жилья и питания, а также повышение грамотности – не менее важные, а зачастую и более эффективные меры по сохранению и укреплению здоровья, чем лечение уже возникших болезней.

Семашко видел в социальной гигиене не просто дисциплину, а фундаментальную основу здравоохранения. Его концепция отличалась целостным подходом, включающим в себя:

1. Изучение социальных детерминант здоровья: Семашко подчеркивал необходимость глубокого анализа социальных факторов, влияющих на здоровье населения. Это включало изучение условий труда, уровня доходов, питания, жилищных условий, образования и других аспектов жизни. Он активно пропагандировал использование статистических методов для выявления корреляций между социальными показателями и показателями здоровья.

2. Разработка и внедрение программ профилактики: Семашко был убежденным сторонником профилактической медицины. Он считал, что предупреждение заболеваний намного эффективнее и экономически выгоднее, чем их лечение. Под его руководством были разработаны и внедрены многие программы профилактики, направленные на улучшение санитарно-гигиенических условий, борьбу с инфекционными заболеваниями, пропаганду здорового образа жизни. Особое внимание уделялось проблемам материнства и детства.

3. Реформирование системы здравоохранения: Семашко приложил значительные усилия для реформирования системы здравоохранения в Советской России. Он стремился сделать медицинскую помощь доступной для всех слоёв населения, независимо от их социального и экономического положения. Это включало расширение сети медицинских учреждений, подготовку медицинских кадров и повышение квалификации врачей.

4. Развитие медицинской статистики и эпидемиологии: Семашко признавал важность научно обоснованного подхода в здравоохранении. Он поддерживал развитие медицинской статистики и эпидемиологии как инструментов для мониторинга состояния здоровья населения и оценки эффективности принимаемых мер.

Заключение. Вклад Семашко в социальную гигиену не ограничивался теоретическими разработками. Его идеи были воплощены в жизнь благодаря практическим действиям по реорганизации системы здравоохранения. Он сформировал новый тип взаимодействия между медициной и обществом, подчёркивая огромное значение социальных факторов для сохранения здоровья населения. Хотя исторический контекст его деятельности был особенным, его принципы остаются актуальными и сегодня, напоминая о необходимости комплексного подхода к проблемам здравоохранения и важности социальной справедливости для обеспечения благополучия людей.

Список литературы

1. Мирский М.Б. Н.А. Семашко (К 120-летию со дня рождения) // Гигиена и санитария. – 1995. – №. 4. – С. 48–54.

2. Решетников В.А., Несвижский Ю.В., Касимовская Н.А. Вклад Н.А. Семашко в развитие медицинской профилактики в России (К 140-летию со дня рождения) // Сеченовский вестник. – 2014. – Т. 17, №. 3. – С. 29–33.

УСТАВЫ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ XIX ВЕКА

Петров Д.А., Петров В. В.

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

Введение. Становление государственной системы подготовки медицинских кадров в России в XIX веке ведет свой отсчет с момента принятия университетских

уставов в 1804 г. И продолжалось оно вплоть до последнего за тот век устава 1863 г. И на протяжении всего этого периода система образования врачей каждый раз подвергалась изменениям. Данная тема является актуальной, ведь изучая преобразования в сфере медицинского образования, на тот период, можно было бы использовать опыт прошлых поколений для усовершенствования современной системы подготовки врачей.

Цель исследования. Первоначальной целью проекта будет изучение уставов XIX века, связанных с изменениями системы обучения врачей, а также выявление их различия между собой, в ходе течения времени.

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования были взяты уставы, а именно 1804, 1835, 1863 г. В ходе исследования были применены следующие методы: чтение, анализ, сравнение взятых для исследования материалов и источников.

Результаты исследования. В ходе исследования избранных материалов были замечены различия и изменения в содержании уставов.

Анализируя устав 1804 г., было выведено, что число должностей в университете было достаточно емким для выполнения основных задач университетов. Важно заметить, что требования для назначения в должности университетов были не сильно завышены. Для людей, желавших поступать в университеты на врачебные кафедры, требования были минимальны, без осложнений. Период обучения длился по курсам, с распределением предметов в рамках года, на протяжении четырех лет. Стоит заметить, что на тот период медицинские науки не отличались большим многообразием [1].

Далее в ходе исследования устава 1835 г., было замечено, что расширилось число должностей управления университетом, однако были введены требования для занимающих определенных должностей. Также были введены дополнительные требования для поступающих в университеты. Возможности таких органов как Совет и Правление университета были упразднены. Главные избираемые Советом должности ректора и деканов были продлены с одного года до четырех лет. Что касалось процесса обучения, то было расширено количество кафедр и изменился срок обучения курсов по полугодиям. Было введено, что профессора не могли занимать более одной кафедры для преподавания. Были введены преимущества и выплаты для рабочего персонала университета связанные с местом жительства. Было закреплено наличие пристроек для университета, например аптек [2].

Исследование устава 1863 г. выявило множество изменений. Для начала стоит сказать об увеличении должностей университета. Стали собираться факультетские собрания. Управление университета было разделено по представительным органам. Факультеты, при дозволении могли делиться на отделения. Возможности для Совета были расширены. Были изменены условия для вступления в должности профессора и адъюнкта, для профессора степень доктора наук, для адъюнкта звание магистра или доцента. Расширились возможности для поступления студентов, но ввелись непосредственные испытания. Было введено больше финансовых поддержек для персонала и студентов. Увеличилось количество факультетов предметов и времени обучения до пяти лет. Начался процесс образования штатных врачей и тех, кто мог бы преподавать знания медицины другим [3].

Заключение. В ходе исследования были выявлены изменения в содержаниях уставов с течением времени. Конкретно: изменения в составе управления университетом, изменения сроков обучения, увеличение количества кафедр медицинских наук, введения преимуществ и выплат персоналу университета и его студентам, введения требований к занимающим должности университета и причислению к списку его студентов. Нельзя не заметить улучшение квалификации персонала образовательных учреждений.

Список литературы

1. Университетский Устав (5 ноября 1804). – 2016. – URL: <https://letopis.msu.ru/documents/327> (дата обращения: 07.12.2024).
2. Университетский Устав (26 июля 1835). – 2016. – URL: <https://letopis.msu.ru/documents/2123> (дата обращения: 07.12.2024).
3. Университетский Устав (18 июня 1863). – 2016. – URL: <https://letopis.msu.ru/documents/2760> (дата обращения: 07.12.2024).

ЭВОЛЮЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ: ОТ ДРЕВНОСТИ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

Пижинова И.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Хирургия имеет долгую и богатую историю, что нашло свое отражение в различных изданиях [1–3]. С момента первых операций, проводимых с использованием примитивных инструментов, до использования высокотехнологичных методов и роботизированных систем, доступных в современном мире. Хирургия за время своего существования претерпела множество изменений. И с каждым годом люди делают всё больше открытий в этой области, чтобы улучшать качество жизни граждан.

Цель исследования. В данной статье мы рассмотрим историческое развитие хирургических методов и технологий. А также проведём анализ ключевых открытий и инноваций в области хирургии.

Материалы и методы исследования. Метод исторического анализа.

Результаты исследования. История хирургии началась еще за несколько тысяч лет до н. э. В Египте проводили такие сложные операции, как ампутация, трепанация черепа, кастрация, удаление камней из мочевого пузыря. В Древней Индии использовали более 120 хирургических инструментов и умели делать ринопластику. Для того периода в Индии был очень высокий уровень пластической хирургии. Также там проводили кесарево сечение и множество других операций [1].

В Средних веках развитие хирургии затормозилось, т.к. церковь запрещала проливать кровь и вскрывать трупы. Люди больше верили в магию и суеверия. А хирургия не признавалась отдельной областью в медицине.

Андреас Везалий стал основоположником анатомии. Именно его работы положили начало научному подходу в хирургии и в медицине в целом.

Лишь в XVIII веке хирургия была признана наукой, а хирурги стали считаться врачами, а не ремесленниками. Первой страной, открывшей академию, где хирурги могли получать высшее образование, стала Франция [2].

В XIX веке, после открытия таких анестетиков, как хлор и эфир, хирургия вступила в новую эпоху. Риск осложнений снизился, и операции стали менее травматичными. Джозеф Листер ввёл антисептические методы, которые значительно снизили уровень инфекций после операции.

Сейчас в современной хирургии используются высокие технологии, такие как лапароскопия и роботизированные системы. Благодаря компьютерным технологиям и 3D-печати современные хирурги могут проводить операции с высокой точностью. Разработка имплантов и материалов для швов не только улучшило, но упростила некоторые виды хирургических вмешательств. Также использование искусственного интеллекта значительно упрощает диагностику пациентов и их ведение.

Развитие молекулярной биологии и генной инженерии помогают изучать науку глубже и делать новые открытия, благодаря которым в дальнейшем будут спасены сотни жизней [1].

Заключение. Эволюция хирургических методов демонстрирует, как наука и технологии могут менять и улучшать медицинскую практику. Хирургия продолжает развиваться и каждый день ищет новые решения и возможности для лечения пациентов. Понимание истории развития медицины позволяет правильно оценить достижения современной хирургии и предвидеть будущую динамику развития.

Список литературы

1. Краткая история развития хирургии: учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинского вуза / К.И. Попандопуло, В.А. Авакимян, С.В. Авакимян [и др.]. – Краснодар: Изд-во Кубан. гос. мед. ун-та. – 2021. – 103 с.

2. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. – М.: Академия. – 2008. – 560 с.

3. Ищенко Ю.В. Социальное обслуживание трудовых ресурсов российской деревни во второй половине 1940-х – начале 1950-х гг. (на материалах Саратовской области) // *Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики*. – 2016. – №. 2. – С. 33–39.

ПРОФЕССОР НИКОЛАЙ ВАСИЛЬЕВИЧ СКЛИФОСОФСКИЙ В БОЛГАРИИ ВО ВРЕМЯ РУССКО-ТУРЕЦКОЙ ВОЙНЫ 1877–1878 ГОДОВ

Писарева А.А., Доманина А.Д., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Профессор Николай Васильевич Склифософский, известный русский хирург, военный врач, доктор медицины, который посвятил часть самых творческих лет своей жизни борьбе за освобождение южных славян, в том числе и болгарского народа, от турецкого ига. Ряд аспектов обозначенной темы уже затрагивался в публикациях, однако далеко не все из них получили должное освещение [1].

Цель исследования. Проанализировать деятельность Н. В. Склифософского в организации военно-медицинской помощи, выявить ключевые принципы его работы и оценить их влияние на современную медицинскую практику в условиях войны.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ литературных и реферативных баз данных, статей, книг, интернет-ресурсов.

Результаты исследования. В качестве военно-полевого хирурга профессор Склифософский проявляет гибкость, большую самостоятельность и высокие качества организатора: в связи с сортировкой, эвакуацией и правильным лечением раненых в полевых условиях. В течение первых 14 дней, получив приказ обеспечить лечение и эвакуацию подобранных 550 своих и многих турецких раненых в Турно-Мугурели и Никополе, исходя из потребностей и собственного полевого опыта, он организует временный полевой госпиталь, как это и было предусмотрено согласно планам военного командования [2].

В его расположении были лишь два врача и четыре сестры, в том числе и его собственная жена Софья Александровна, которая в качестве сестры милосердия сопровождала его и помогала ему на всех театрах военных действий, куда бы он ни попадал.

Для раненых в боях за Шипку профессор Склифософский организовал в Габрово сортировочный пункт. Через пункты в Габрово прошли 2 500 раненых, которых

вывозили с Шипки. Эвакуацию производили на телегах, воловьих и буйволиных упряжках, по горным в рытвинах и колдобинах дорогам. Так как соломы, чтобы стелить в телеги, не хватало, будучи сторонником принципов Н. И. Пирогова, он широко внедрил иммобилизацию раненых конечностей при помощи гипсовых повязок.

До 18 июля, когда только что начинался бой под Плевеном, Склифософский лично организовал главный перевязочный пункт объединенных дивизионных лазаретов. Для большей оперативности он разделил персонал на три рабочие группы: оперирующую, гипсирующую и перевязывающую. Сортировку раненых принял на себя сам профессор.

Особенно тяжелым стало положение, когда начались рукопашные бои и пришлось отступать. Вокруг палаток скопились около 2 тысяч раненых. Только за трое суток число раненых возросло на более 3000. Операции проводились в крайне неблагоприятных условиях, как определяет сам Склифософский, результаты были «печальны». Все раненые, которым ампутировали конечности после боев под Плевеном, умерли. Профессор Склифософский резко критикует организаторов войны за печальные последствия, вызванные недостаточной и несвоевременной транспортировкой раненых в Болгарии. Он также указывает на нехватку ресурсов в пунктах питания. В дополнение к этому, он предлагает ряд рекомендаций, подчеркивая значимость деятельности Красного Креста в решении этих проблем.

Заключение. Деятельность Николая Васильевича Склифософского во время Русско-Турецкой войны оставила значительный след в истории военно-медицинской помощи. Все свои наблюдения и достижения Склифософский изложил в своих работах, которые стали основой для дальнейшего развития военно-полевой хирургии. Его опыт и методы легли в основу системы оказания медицинской помощи раненым, что подтверждает его неоценимый вклад в мировую медицину.

Таким образом, деятельность Н. В. Склифософского стала важным этапом в истории военно-медицинской помощи, его подходы и идеи остаются актуальными и сегодня, вдохновляя новые поколения врачей.

Список литературы

1. Ищенко Ю.В., Ищенко А.В. О влиянии некоторых общественно-политических процессов второй половины XIX в. на науку и практику российской медицины // Проблемы российской цивилизации и методики преподавания истории. – 2019. – №. 11. – С. 5–11.
2. Склифосовский Н.В. Избранные труды. – М.: .Медгиз. – 1953. – 432 с.

РАЗВИТИЕ ЗУБОВРАЧЕВАНИЯ В ЭСТОНИИ

Попова А.А., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Развитие зубоврачебного образования в Эстонии имеет свою уникальную историю, которая тесно связана с развитием медицины и стоматологии в стране. Первые сведения о зубоврачебном образовании в Эстонии относятся к XVI веку, когда зубоврачебная практика относилась к ремеслу золотых дел мастеров и серебряников, которые в основном были иностранцами и часто даже не знали эстонского языка, желая получить при этом максимальную прибыль.

Цель исследования. Исследовать развитие зубоврачебного образования в Эстонии.

Методы и методы исследования. Анализ научной литературы по данной теме.

Результаты исследования. Первые сведения о зубоврачевании в Эстонии относятся к 16 век, когда зубоврачебная помощь осуществлялась цирюльниками и странствующими врачам, которые в основном были иностранцами. В XVIII веке лица, желающие получить право зубоврачебной практики, держали специальный экзамен при медицинской канцелярии. Первым в России такой экзамен выдержал в 1730 году уроженец Лифляндии зубной врач и окулист Фридрих Гофман. Вначале он работал в Петербурге и Москве, с 1738 года – в Таллине.

В начале XIX века будущие дантисты обычно обучались в течении трех лет у практикующего дантиста, а затем сдавали экзамен на каком-нибудь медицинском факультете. Первой обладательницей диплома зубного лекаря была магистр дентиатрии из Берлина Жозефина Серре, которая выдержала соответствующий экзамен на медицинском факультете Тартуского университета в 1814 году. Она была также первой женщиной, занимавшейся зубоврачебной практикой в Риге и Таллине.

Уже в начальный период существования Тартуского университета (1806–1808) в нем читался курс зубных болезней, однако нерегулярно.

Важную роль в подготовке зубных врачей в Эстонии в начале 20 века играли частные зубоврачебные школы. Первая такая школа была открыта в сентябре 1909 года в Тарту зубным врачом Д.Ш. Левиновичем. С 1917 года она перешла к уроженке Лифляндии Юлии Сарапера, выпускнице этой школы. За время своего существования (закрылась в 1924 г.) школа подготовила 378 человек, из них лиц мужского пола было всего 29. Срок обучения был 2,5 года. В школу принимались лица со средним образованием (6 классов гимназии). В программу входили как общемедицинские предметы, так и специальные. Преподавателями были профессора и доценты Тартуского университета (например, хирургию полости рта оперативную технику преподавал Н.Н. Бурденко).

Кроме этой зубоврачебной школы, кратковременно (1911–1912) существовало зубоврачебное отделение, созданное зубным врачом А.И. Ростовцева при медицинском факультете частного университета М. И. Ростовцева в Тарту, на котором обучались всего 27 человек.

Попытка прогрессивных представителей медицинской общественности преобразовать зубоврачебную школу в зубоврачебный институт в буржуазной Эстонии не увенчалась успехом. После закрытия Тартуской зубоврачебной школы лишь немногие выпускники медицинского факультета Тартуского университета специализировались по зубоврачеванию. Желающие стать зубным врачом должен был после окончания медицинского факультета пройти специализацию в университетской зубной поликлинике (основанной в 1934 г.), проработав в ней в течение двух лет без зарплаты [1].

В 1936 г. при Тартуском университете впервые был создан доцентский курс по одонтологии, который читал В. Хийе, впоследствии профессор, заведующий кафедрой стоматологии (1944–1963). После восстановления Советской власти в Эстонии в 1940 г. при медицинском факультете Тартуского университета было открыто стоматологическое отделение, на котором стали готовить специалистов с высшим образованием, а на базе университетской зубной поликлиники была создана кафедра болезней полости рта и зубов (позже – кафедра стоматологии).

В этот период были заложены основы современной системы стоматологического образования. Специализация в области стоматологии становилась все более важной, и в учебных заведениях начали готовить профессиональных зубных врачей.

Заключение. Развитие зубоврачебной практике в Эстонии в период советской власти стало важным этапом в формировании системы стоматологического обслуживания населения. Несмотря на существующие проблемы, такие как нехватка материалов и оборудования, а также ограничения в выборе методов лечения, эстонская стоматология сумела адаптироваться к вызовам времени. Этот период стал основой для

дальнейшего развития зубоврачебной практике в независимой Эстонии, где современные тенденции и международные стандарты продолжают способствовать улучшению стоматологической помощи.

Список литературы

1. Барсуков М.И. Итоги и перспективы научных исследований по истории медицины. – Кишинев: Шниица. – 1973. – 503 с.

ВЛАДИМИР ПЕТРОВИЧ ФИЛАТОВ И ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ШКОЛА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

Прокофьева А. Н., Петров В.В.

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

Введение. Жизнь и деятельность Владимира Петровича Филатова, выдающегося отечественного офтальмолога, представляют собой важный объект исследования в области медицины. Филатов не только внес значительный вклад в развитие офтальмологии, но и стал основоположником ряда методов лечения, которые актуальны и в современной практике. Его работы и достижения в области глазных болезней продолжают оказывать влияние на последующие поколения врачей и исследователей, что подчеркивает важность изучения его наследия.

Цель исследования. Заключается в описании вклада В.П. Филатова в развитие отечественной офтальмологии и его влияния на современную практику. Для достижения этой цели необходимо решить ряд задач: изучить биографию и научные работы В.П. Филатова, проанализировать методы лечения и обучения, разработанные им, оценить его влияние на развитие отечественной офтальмологии и представить результаты исследования в виде реферата для целевой аудитории [1; 2].

Материалы и методы исследования. Методы исследования включают анализ научных статей, биографических материалов, исторических документов. Сравнительный анализ различных методов лечения, разработанных Филатовым, позволит выявить их сильные и слабые стороны, а также оценить их влияние на современную практику [3].

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования была достигнута основная цель – всестороннее изучение вклада Владимира Петровича Филатова в развитие отечественной офтальмологии и его влияние на современную практику. Для этого были выполнены ключевые задачи, которые позволили глубже понять как биографию, так и научное наследие этого выдающегося ученого.

Заключение. В процессе анализа биографических материалов удалось выявить основные этапы его жизни, включая образование, научную деятельность и вклад в медицинскую практику. Важным аспектом стало исследование его подходов к лечению глазных заболеваний, которые были революционными для своего времени и продолжают оставаться актуальными в современной офтальмологии [4]. Были рассмотрены его инновационные техники, такие как методы тканевой терапии и хирургического вмешательства, которые значительно улучшили результаты лечения пациентов. Также было уделено внимание образовательной деятельности Филатова, его роли в подготовке новых специалистов и формировании офтальмологической школы в России. Это позволило оценить, как его подходы и методики были интегрированы в учебные программы медицинских вузов и как они влияют на подготовку современных офтальмологов. В ходе исследования было установлено, что его работы не только способствовали улучшению диагностики и лечения глазных заболеваний, но и оказали

значительное влияние на развитие офтальмологической науки в целом. Филатов стал основоположником ряда направлений в офтальмологии, и его наследие продолжает вдохновлять новых исследователей и практикующих врачей [5].

Список литературы.

1. О В.П. Филатове. – 2021. – URL: <https://www.fondfilatova.ru/o-v-p-filatove/> (дата обращения: 14.12.2024).
2. К 145-летию академика В.П. Филатова. – 2024. – URL: <https://mrkm.ru/novosti/k-145-letiyu-akademika-v-p-filatova/> (дата обращения: 14.12.2024).
3. А вы знали о В. П. Филатове? – 2024. – URL: http://sciencemedialab.ru/sc_library/20086/ (дата обращения: 13.12.2024).
4. Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова накануне 75-летия. – 2016. – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/17090> (дата обращения: 14.12.2024).
5. Даже безнадежным больным В.П. Филатов никогда не отказывал. К 130-летию академика В.П. Филатова. – 2018. – URL: <https://health-ua.com/article/18247-dazhe-beznadezhnym-bolnym-vp-filatov-nikogda-ne-otkazyval-130letiyu-akadem> (дата обращения: 13.12.2024).

САНИТАРНОЕ ДЕЛО И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ В ДРЕВНЕМ РОССИЙСКОМ ГОСУДАРСТВЕ.

Пронина М.К., Чупин К.В., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Санитарное дело, а вместе с ним и профилактика болезней в древнем российском государстве базировались на народной медицине и религиозных практиках. Народная медицина придерживалась основ гигиены, таких как, например, мытье в бане; другой аспект народной медицины основывался на применении различных снадобий и трав. Если говорить о заболеваниях с точки зрения религиозных практик, то тут важную роль играли обряды и молитвы.

Цель исследования. Изучить влияние санитарного дела в древнем российском государстве. Проанализировать профилактические элементы в древнем российском государстве, направленные на предотвращение развития заболеваний.

Материалы и методы исследования. Для исследования были изучены летописи, церковные документы, проведена оценка исторической литературы, а также сравнительный анализ современных и древних обычаев, связанных с гигиеной и медициной.

Результаты исследования. Так от Новгорода до Киева простиралась древнейшее государство под названием Русь. Одновременно с развитием торговли и ремёсел возникло и совершенствовалось искусство врачевания. Первые письменные упоминания о народных врачевателях, которых называли лечцами содержатся в Русской Правде Ярослава Мудрого. На Руси широко использовались лекарства приготовленные на основе растений: крапивы, подорожника, багульника, листьев берёзы и многих других. В народной медицине применялись минеральные лечебные средства. Древнерусское государство в санитарном деле опережало западноевропейские страны. Это подтверждают раскопки древнего Новгорода, на территории, где были обнаружены 50 усадеб, оборудованные банями, водопроводами. Неотъемлемой частью медико-санитарного быта Древней Руси была русская паровая баня, которая являлась, кроме того эффективным средством врачевания. В ней принимали роды, вправляли вывихи, делали массаж, лечили простуду. Киево-

печорский Патерик повествует о наличии монастырской больницы. В киево-печерской лавре – первом русском монастыре со всей Руси сюда стекались раненые больные и многие находили исцеление. Уход за больными осуществляли монахи подвижники, которые прославлялись своим врачебным искусством, среди них пришедший в момент расцвета там монашества причудный лечец Антоний, который лично ухаживал за больными, давая им свое исцеляющее зелье [1].

«Моровые поветрия» были серьезной проблемой, о которых упоминалось в летописях, ведь только за период с XI по XVII в. можно найти сведения о 47 эпидемиях. Заболевали чумой, холерой, лепрой и другими болезнями. Понимание «прилипчивости» заболевания заставляло население задумываться об организации мер по ограничению зараженных мест – «запиранию заморных мест». Но, несмотря на это, вплоть до XIV–XV вв. хоронить умерших от повальных болезней продолжали по религиозным ритуалам на кладбищах при церквях, что только еще больше способствовало распространению заболеваний. Только в XVI в. умерших во время мора начали хоронить на пораженной территории или за пределами населенных мест [2].

Санитарное дело на Руси имеет значение для исторического развития здравоохранения. Первые попытки организовать борьбу с эпидемиями и поддерживать гигиену показывают заботу о здоровье населения. Введение санитарных норм и правил помогло улучшить условия жизни и предотвратить распространение болезней. Однако, несмотря на достижения, санитарные меры часто были недостаточно эффективными из-за нехватки знаний и ресурсов. Важность санитарного дела остаётся актуальной и сегодня, напоминая о необходимости заботы о здоровье общества [3].

Регламентация медицинского дела в российском государстве началась с учреждения в Москве первой государевой или царёвой аптеки. Первым в стране органом управления аптекарским или медицинским делом стал Аптекарский приказ в круг его задач входила обеспечение лечебной помощью царя, его семьи и приближенных [4].

Заключение. Медицинские знания и были ограничены, поэтому профилактические меры сводились к элементарным гигиеническим практикам, которые были не системы и не охватывали все население. С XVI–XVII стали появляться новые меры профилактики, это включало строительство водопроводов, определенные правила захоронения мертвых, изоляция больных во время эпидемии. Эпидемии оставались серьезной проблемой на протяжении долгого времени, однако, постепенно формировалась основа для более эффективной борьбы с заболеваниями.

Список литературы

1. Рихтер В.М. История медицины в России. – М.: Книжная капелла. – 1814. – 1706 с.
2. Сорокина Т. С. История медицины. – М.: Академия. – 2008. – 560 с.
3. История медицины / П.Е. Заблудовский, Г.Р. Крючок, М.К. Кузьмин [и др.]. – М.: Медицина. – 1981. – 352 с.
4. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия. – М.: Советская энциклопедия. – 1983. – 250 с.

РАННИЕ ФОРМЫ РЕЛИГИИ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ

Проскурнина К.В., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Возникновение классового неравенства в период разложения первобытного общества способствовало появлению знахарей. Они сохраняли обряды, традиции, знания, часто основным их занятием было врачевание. Со временем их

деятельность становилась более таинственной и многим непонятной, на фоне чего сформировалась врачебная магия. К целесообразным приемам лечения примешались магические колдовские представления.

Цель исследования. Изучить как ранние формы религии, нашли отражение в народной медицине. Задачи исследования:

- 1) изучить информацию из научных источников по проблеме исследования;
- 2) проанализировать информацию о том, как религия отражалась в методах народного врачевания;
- 3) сделать выводы о влиянии ранних форм религии на народную медицину.

Актуальность: люди стремятся изучить принципы действия народной медицины, ведь традиционная медицина развивалась из недр народного врачевания.

Материалы и методы исследования. Печатные и электронные источники о проявлениях ранних форм религии в народной медицине, об особенностях методов лечения, книги с подробным описанием специфики народного врачевания. Методы исследования: теоретический метод, анализ.

Результаты исследования. В народной медицине нашли себе место такие ранние формы религии как магия, фетишизм, тотемизм, анимизм.

1. Магия. Магия использовалась знахарями для излечения и предупреждения болезней и прочих недугов. Большой популярностью пользовались различного рода практики с использованием специфических атрибутов, например книг с заклинаниями и заговорами, частей тела мертвецов, трав, амулетов и т.д. Например, излечение от запоя представляло собой ритуал, при котором под голову пьющего кладут череп или его частицу (зуб мертвеца), или кладут серебряную монету под язык мертвеца, затем достают, бросают в водку и дают выпить это пьянице. Болезнь представлялась в виде страшного существа женского рода. Часто в борьбе с ней использовался обман. Например, чтобы запутать болезнь, можно было выйти из дома и сразу же вернуться по своим следам. А для излечения желтухи знахари поили больного водой с шерстью красного быка, чтобы вернуть розовый цвет здоровья, этот ритуал сопровождался заклинаниями.

2. Фетишизм и тотемизм. Фетишизм проявлялся в использовании амулетов и магических средств предметов культа иноверцев. Своеобразным оберегом и магическим средством являлись ритуальные предметы евреев. Например, больной должен был намазать нос сальной свечкой, которую евреи зажигали в субботу. Другие народы одухотворили природу, наделяли сверхъестественной силой животных и растений. Например, больному новорожденному на шею повязывали волосы из хвоста лошади и оставляли на 7 дней. Также сверхъестественной силой люди наделяли деревья (например, дуб), они считались носителями мощной энергии.

3. Анимизм. Анимизм представлял собой веру в духов, управляющих предметами и явлениями природы. Согласно анимистической теории, болезнь была результатом гнева тотема и духа предков. Для предотвращения болезней духов нужно было задабривать, приносить ему жертвы или изгонять. Злой дух, вселяясь в тело человека, приносил болезнь, и чтобы его изгнать использовались заговоры и заклинания.

4. Заговоры. По мнению людей причиной болезней выступали сглаз, порча и т.д. Лечили больных заговорами. Он произносится невнятно, быстро, шепотом или «про себя». Это делалось для того, чтобы никто не смог его украсть. Лечение заговорами часто совмещали с использованием трав и продуктов животного происхождения. Для подкрепления заговора больной должен был совершить ритуал. Например, нельзя было благодарить целителя.

Заключение. Взаимное существование и взаимодействие религии и народной медицины привели к появлению религиозных обрядов, методов и практик. Люди верили в то, что болезнь или иной недуг – наказание Бога за свершенные ими грехи. Народу было проще придумать сверхъестественные силы, которые могли бы им помочь. Поставленная мной цель достигнута. Хочется отметить, что именно народная

медицина и отражение в ней ранних форм религии стали общим началом для процветания традиционной медицины.

Список литературы

1. Агапкина Т.А. Восточнославянские лечебные заговоры в сравнительном освещении: сюжетики и образ мира. – СПб.: Наука. – 2010. – 288 с.
2. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. завед., 9-е изд. – М.: Академия. – 2009. – С. 26–38.

ЧУМА В ДАГЕСТАНЕ

Рамазанова А.Р.

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

Введение. Чума – одно из самых страшных заболеваний в истории, оказавшее значительное влияние на судьбы народов и развитие событий. Первые упоминания относятся к пандемии в Византии в VI веке при императоре Юстиниане. Заболевание вызывает массовые потери и на протяжении веков фиксировались его вспышки по всему миру, включая Кавказ.

Цель исследования. Статья посвящена истории чумы, ее эпидемиям и природным очагам на Кавказе, с особым акцентом на известные вспышки заболевания в Дагестане.

Материалы и методы исследования. Для всестороннего анализа изучаемой проблемы, использовалась научно-исследовательская литература, изучались статьи авторов (Д.Бамматов, Е.С. Котенев, В. М. Дубянский, А. С. Волюнкина, А. П. Бейер, О.В. Малецкая, Н.Г. Варфоломеева и другие), анализирующих вопросы истории возникновения, эпидемий чумы, а также были изучены результаты эпидемиологического надзора, проводимого в природных очагах инфекционных болезней работниками ФКУЗ «Дагестанской противочумной станции».

Известно, что в этом географическом регионе имеется пять природных очагов чумы (Центрально-Кавказский высокогорный, Терско-Сунженский, Дагестанский равнинно-предгорный, Прикаспийский песчаный, Восточно-Кавказский высокогорный природные очаги чумы). На территории зарегистрированы штампы чумы, однако благодаря оперативным мерам по борьбе с болезнью новые вспышки и распространение эпидемии удалось предотвратить.

Используя данные из имеющихся в свободном доступе материалов, мы можем отметить главные моменты в истории появления и распространения чумы в Дагестане. В республике зарегистрированы два природных очага чумы: Прикаспийский песчаный и Дагестанский равнинно-предгорный [1; 2]. Эпизоотологическое исследование 1977 года в высокогорьях Кубинского и Агульского районов выявило, что основными разносчиками инфекции являются полёвки и суслики, численность которых на этих территориях достигает рекордных значений.

На протяжении истории наиболее трагическими вспышками чумы на Кавказе были зарегистрированы эпидемии в 1706, 1760, 1770 и 1790 годах [3]. Под удар попали многие аулы в районе Кубани, Черенка, Теберды. Многие селения были полностью уничтожены. Также в 1877–1878 годах чума была зарегистрирована в Кизляре и Дербенте, в 1813 году – в Курахском районе, в 1820 году – в районе современного села Кули, в 1827 году – в Табасаранском районе. В 1951 году была зафиксирована вспышка чумы, ставшая одной из последних значительных эпидемий этого заболевания в регионе. В результате вспышек чумы население Дагестана сократилось. Многие

ученые, в том числе и Д.К. Заболотный, предпринимали попытки определить источники возникновения чумы [4].

В XX веках в регионе начинают функционировать противочумные станции, созданные для борьбы с эпидемиями. Одной из них является «Дагестанская противочумная станция», основанная 1 января 1952 года Министерством здравоохранения СССР. В республике фиксируются единичные случаи чумы, которые успешно контролируются благодаря слаженной работе медицинских служб.

Заключение. В ходе исследования чумы в Дагестане установлено, что, несмотря на редкие случаи заболевания, ситуация находится под контролем благодаря эффективным профилактическим мерам и санитарному контролю. Исторический анализ указывает на цикличность заболевания, что требует постоянного мониторинга со стороны медицинских и ветеринарных служб. Регулярные эпидемиологические исследования необходимы для предотвращения вспышек. Комплексный подход к исследованию и профилактике чумы снизит риск ее распространения и повысит безопасность населения региона.

Список литературы

1. Бамматов Д. Сочетанные природные очаги опасных инфекционных болезней бактериальной и вирусной этиологии на территории Республики Дагестан // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №. 3. – С. 331.

2. Эпидемиологическая обстановка по природно-очаговым инфекционным болезням в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах в 2018 году: аналитический обзор / Л.И. Шапошникова, М.П. Григорьев, Н.В. Цапко [и др.]. – Ставрополь: Литера. – 2019. – 105 с.

3. История эпидемий чумы на Северном Кавказе и современный эпидемический потенциал природных очагов чумы / Е.С. Котенев, В.М. Дубянский, А.С. Волынкина [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11, №. 4. – С. 612–616.

4. Щербакова В.В., Хаирова Д.А., Рогачева О.В. Д.К. Заболотный – основоположник отечественной эпидемиологии // Week of Russian science (WeRuS-2024) : Сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 16–19 апреля 2024 года. – Саратов: Саратов. гос. мед. ун-т, 2024. – С. 655–656.

АРОМАТЕРАПИЯ: ОТ ИСТОРИИ К СОВРЕМЕННОСТИ

Родимова В.С., Шувалов С.С.

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

Введение. Ароматерапией называют способ лечения болезней эфирными маслами. Оно представляет собой концентрат, экстрагированный из растений. Масла содержат в своем составе не менее 200 компонентов: спирты, эфиры, терпены и т.п. [1].

Примитивная ароматерапия зародилась еще до нашей эры. Ее существование насчитывает не менее 6 тыс. лет. Об этом свидетельствует куб, найденный в Азии, который датируется примерно V тыс. до н. э., а в Древнем Египте в IV тыс. до н.э. эфирные масла использовали для бальзамирования тел [2].

На изучение целительных свойств эфирных масел и овладение сложной техникой лечения ушли тысячелетия. Так, в 1884 г. Роберт Кох доказал, что эфирные масла обладают антимикробными свойствами, а в 1910 г. Мартиндейл установил их антисептическое действие, поэтому они широко использовались в военное время. Например, военный хирург Жан Вальне (1920 – 1995 гг.) лечил раненых солдат

маслами: делал перевязки и обрабатывал раны. Когда заканчивались антибиотики, он стал заменять их маслами. После этого Жан Вальне заинтересовался лечебными свойствами эфирных масел. Его глубокие исследования получили официальную поддержку во Франции, и сегодня французские врачи часто прописывают их для внутреннего и наружного применения. В современном мире ароматерапия используется разными способами: массаж, ванны, компрессы, ингаляции, аромалампы, аромакулоны, спреи и многое другое [1].

Цель исследования. Анализ использования ароматерапии в настоящее время, а также ее воздействия на человека.

Материалы и методы исследования. Статья состоит из сведений, собранных на основе медицинских и культурологических источников. Проведен анализ опроса 26 человек на тему распространенности ароматерапии как метода лечения в современном обществе (опрошено 26 человек). Использовались статистический и аналитический метод исследования.

Результаты исследования. Эфирные масла имеют антисептические, противовоспалительные и антимикробные свойства. Кроме этого, повышают иммунитет, способствуют сокращению сосудов, очищению слизистой носа, а также помогают справиться со стрессом. Работами Ю.Г. Борисюка (1981) и А.Н. Остапчука с соавторами (1988) установлено, что данные масла повышают число иммунных клеток в 5–6 раз и обладают антигистаминным, радиопротекторным действием, а также уменьшают уровень холестерина в крови [2].

Было опрошено 26 человек, получены ответы на следующие вопросы: 1. Слышали ли вы об ароматерапии как о методе лечения? 2. В каких случаях вы используете эфирные масла? 3. Как вы считаете, помогает ли данная терапия? 4. Какие эфирные масла применяете для избавления от недугов? 5. Откуда вы узнали об ароматерапии?

Результаты опроса показали следующее. 18 человек (69,2%) слышали об ароматерапии как о методе лечения, из них 2 (11,1%) знали о данном методе, но не пользовались им; 15 опрошенных (57,7%) считают, что данный метод помогает справиться с недугом. Из 26 человек 11 (42,3%) узнали об ароматерапии из интернета, 6 (23%) от родителей, остальные 9 (34,6%) услышали из разных источников, таких как научная статья, массажист и т.п. 21 респондент (80,8%) отметил, что масла снимают стресс и усталость. Остальные (19,2%) назвали: бессонницу, растерянность, медитацию, избавление от насморка, прижигание папиллом, головную боль. Были выделены такие запахи, как: жожоба, сандал, эвкалипт, чайное дерево, пихта, ладан, лаванда, мята, лимон, Melissa и т.д. Пять человек (15,4%) не обращали внимание на аромат.

Механизм действия ароматерапии: вдыхаемые молекулы воспринимаются слизистой оболочкой носа или бронхов и с током крови попадают к определенным органам, оказывая на них физиологическое воздействие. Эфирные масла также всасываются кожей и уже через несколько минут могут быть обнаружены в крови. Таким образом они поддерживают эффект восприятия, возникающего путем простого раздражения обонятельных рецепторов и, воспринимаемые кожей, доказывают свое фармакологическое действие [3].

Несмотря на пользу эфирных масел, у них есть противопоказания для применения [1]. К ним относятся: первый триместр беременности; грудное вскармливание; возраст до 6 лет; эпилепсия; применение других лекарств.

Заключение. Таким образом, ароматерапия нашла широкое распространение в досовременном и современном периодах. Она помогает справиться с проблемами и подойдет как дополнительная профилактика заболеваний. Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на всю пользу, следует внимательно относиться к выбору масел, так как они имеют ряд ограничений и противопоказаний к применению.

Список литературы

1. Фести Д. Энциклопедия ароматерапии: для здоровья всей семьи. – М.: Эксмо. – 2017. – 546 с.
2. Лавренова Г.В. Вдыхая дивный аромат. – М.: АСТ. – 2005. – 80 с.
3. Что такое ароматерапия и когда следует ее применять. – 2016. – URL: <https://bobrmama.by/krasota-i-zdorove/zdorovyj-obraz-zhizni/1601-chto-takoe-aromaterapiya-i-kogda-sleduet-ejo-primenyat> (дата обращения: 25.10.2024).

ВАДИМ АЛЕКСЕЕВИЧ ПРЕЛАТОВ: ЖИЗНЬ В ПРОФЕССИИ

Савин А.И., Ковтунов А.В., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Вадим Алексеевич Прелатов – талантливый кардиохирург, Заслуженный врач Российской Федерации, профессор, имеющий широкое признание и в России, и в международном сообществе. Его история и профессиональный путь показывает, как врач, интеллигентный, упорный, сопереживающий побеждает в борьбе за самое святое – за жизнь человека [1].

Цель исследования. Определить профессиональный вклад В.А. Прелатова в развитие российской кардиохирургии.

Материалы и методы исследования. При раскрытии заявленной темы основным источником являлась автобиографическая книга В.А. Прелатова «Положа руку на сердце: заметки врача-кардиохирурга о жизни и профессии» [2].

Результаты исследования. Профессиональный путь В.А. Прелатов начал в 1964 году, когда после окончания педиатрического факультета Саратовского медицинского института работал хирургом в районных больницах Астраханской, потом Московской области. Его Учителями в профессии были выдающиеся кардиохирурги профессор Францев Вячеслав Иванович и академик Петровский Борис Васильевич. В 1969 году он поступил в аспирантуру в отдел сердечно-сосудистой хирургии МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского, а в 1972 году защитил кандидатскую диссертацию по проблеме врожденных пороков сердца. В период с 1972 по 1990 гг. Вадим Алексеевич работал в ВНИЦХ АМН СССР под руководством академика Б.В. Петровского, прошел профессиональный путь от младшего до ведущего научного сотрудника и заведующего отделением общей кардиохирургии. В 1985 году защитил докторскую диссертацию на тему «Аннулопластика митрального клапана с помощью опорного кольца». Научные разработки профессора Прелатова В.А. трижды представлялись на ВДНХ СССР и были удостоены медалей. В этот период В.А. Прелатов состоялся как кардиохирург, впереди были новые перспективы работы в качестве руководителя.

Гениальный хирург и талантливый руководитель, профессор Прелатов В.А. организовал работу и руководил тремя крупнейшими кардиохирургическими центрами: в 1986–1987 гг. в городе Санта-Клара (Куба), в 1990–1995 гг. – в Краснодаре и с 1996 года – в Саратове. Саратовский межобластной кардиохирургический центр, созданный в 1973 году, после перевода его первого руководителя профессора Василия Романовича Ермолаева в Военно-медицинскую академию переживал период стагнации. Профессор Прелатов В.А. в период 1996–2008 гг. на клинической базе 2-й городской больницы собрал, воспитал и научил молодой коллектив специалистов: кардиохирургов, педиатров, анестезиологов, реаниматологов, рентгеноангиохирургов. Начался новый этап развития кардиохирургии в Саратове: активно внедрялись новые медицинские технологии, на «поток» были поставлены сложнейшие операции на сердце, в том числе в условиях

искусственного кровообращения. Первая успешная комбинированная операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) и замена аортального клапана была выполнена в Саратове в конце 1996 года профессором В.А. Прелатовым и его учениками И.А. Глушачем и В.П. Евстифеевым. В Центре выполнялись операции при всех видах врожденных пороков сердца, замена клапанов сердца, удаление внутрисердечных опухолей, имплантация электрокардиостимуляторов, операции при ишемической болезни сердца. Под руководством профессора Прелатова В.А. были защищены 7 диссертаций.

Настоятельные обращения В.А. Прелатова к руководству области, общественности воплотились в 2006 году в решение о строительстве нового высокотехнологичного кардиоцентра, в кратчайшие сроки в декабре 2008 года Центр кардиохирургии был открыт. В.А. Прелатовым в новом центре выполнено более 1000 операций на «открытом сердце», внедрены экстренные операции новорожденным. Сотрудники кардиоцентра предано хранят память о своем научном руководителе – его именем названа аудитория и улица, на которой расположен кардиохирургический стационар.

Заключение. В.А. Прелатов, выдающийся российский кардиохирург, эрудированный ученый, прекрасный организатор и активный общественный деятель внес огромный вклад в развитие отечественной кардиохирургии. Он является основателем нового направления в кардиохирургии по проведению клапаносохраняющих операций и создал уникальный протез клапанов сердца. Профессор В.А. Прелатов создал школу кардиохирургов, а значит, все задуманное им воплощается в практическую медицину.

Список литературы

1. Прелатов Вадим Алексеевич. Профессора и заведующие кафедрами Саратовского государственного медицинского университета / П.В. Глыбочко, А.А. Свистунов, В.Н. Николенко [и др.]. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та. – 2008. – С. 278–279.

2. Прелатов В.А. Положа руку на сердце: заметки врача-кардиохирурга о жизни и профессии. – Саратов: Новый ветер. – 2019. – 224 с.

РЕАКЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА НА ПРИМЕНЕНИЕ НАРКОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Солопова А.П., Шелубкова С.С.

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

Введение. В истории медицины много выдающихся открытий и революционных изменений, которые не только улучшали качество жизни, но и кардинально меняли подход к лечению пациентов. Одним из ярких примеров такого развития стало внедрение общего наркоза, которое произошло благодаря усилиям врача-стоматолога Уильяма Мортон в середине XIX века (16 октября 1846 года) [1]. Эта инновация существенно изменила облик хирургии, позволив проводить операции без боли и стресса для пациентов. Однако, наряду с восторженным принятием нового метода, медицинское сообщество столкнулось с рядом противоречий и опасений, связанных с безопасностью и эффективностью использования наркоза.

Цель исследования. Рассмотреть реакции медицинского сообщества на введение в хирургическую практику наркоза.

Материалы и методы исследования. Проанализированы научные и публицистические статьи. В исследовании применены: анализ и синтез на основе современных научных знаний, применяемых к изучению исторических процессов.

Результаты исследования. Триумф эфирного наркоза моментально приобрел мировую известность. Основное преимущество метода – пациенты во время хирургического вмешательства не чувствовали боли. Это позволило увеличить время, снизить риск осложнений, что повлияло на успешность операций. Эти факторы позволили расширить возможности хирургических вмешательств и снизить смертность от болевого шока [1]. Теперь хирурги могли проводить более сложные и длительные операции, которые были невозможны из-за боли пациента. Выдающийся хирург XIX века А. Вельпо утверждал: «Нож хирурга и боль неотделимы друг от друга! Сделать операции безболезненными – это мечта, которая не осуществится никогда!». А Джон Уоррен (американский хирург), присутствовавший на операции при первой официальной демонстрации эфирного наркоза, произнес свою историческую фразу: «Джентльмены, это не обман!» [2]. Тогда стало понятно, что мнение А. Вельпо является ошибочным, и открытие получило признание в медицинском сообществе.

Анестезиология, особенно во времена ее развития, столкнулась не только с положительным восприятием, но и со скептическим, более того, еще совсем свежа была в памяти неудачная попытка применения наркоза Горация Уэллса [3]. Аргументами противников являлись ряды факторов: недостаточная изученность метода, возможный риск для пациентов, отсутствие точности расчёта дозировки и быстрого выведения препарата из организма. Оставались и те, кто считал, что боль – это неизбежная часть хирургии, и вмешательство в процесс может быть неэтичным, а также не соответствовать религиозным убеждениям (т.к. страдания во время операции – часть Божьего замысла или испытания, и попытки избежать их противоестественны) [4]. Конкуренция также имело свое место и способствовала негативному настрою общества в ответ на введенное новшество. Врачи, использовавшие другие методы анестезии, такие как хлороформ, который был открыт почти одновременно с эфирным наркозом, и другие вещества, воспринимали новацию как угрозу своим методам и пытались доказать их эффективность и безопасность в сравнении с эфирным наркозом.

Заключение. В заключении необходимо отметить, что мнения были различны из-за множества факторов. Стоит подчеркнуть, что в большинстве своем, медицинское сообщество положительно отреагировало на применение эфирного наркоза с целью обезболивания вопреки тому, что ранее считали это невозможным. Во многом скептицизм был причиной того, что специалисты, которые заняты повседневной работой, не могли себе позволить расстаться со своими устоявшимися предубеждениями, что являлось основным препятствиям на пути прогресса в медицинской практике. Открытие наркоза Томасом Муртоном стало поворотным и провокационным моментом в истории медицины, которое навсегда изменило подход к хирургическим операциям и спасло множество жизней. Его труд стал прочной основой для дальнейших исследований и инноваций, которые продолжают формировать облик современной медицины, а также входят в рутину для многих дел.

Список литературы

1. Из истории развития анестезиологии. – 2001. – URL:https://www.rmj.ru/articles/istoriya_meditiny/Iz_istorii_razvitiya_anesteziologii/?utm_source=yandex.ru&utm_medium=organic&utm_campaign=yandex.ru&utm_referrer=yandex.ru (дата обращения: 30.11.2024).
2. Никитина Е.В., Самсонова И.М., Кизименко А.Н. Об истории первого наркоза // Новости хирургии. – 2017. – Т. 25, №. 1. – С. 5–13.
3. История анестезиологии. – 2023. – URL:<https://eduherald.ru/ru/article/view?id=21264> (дата обращения: 30.11.2024).
4. Анестезиология и реаниматология. – 2016. – URL:https://www.historymed.ru/encyclopedia/categories/?ELEMENT_ID=12 (дата обращения: 01.12.2024).

ОГОНЬ КАК «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ» И «ЦЕЛЕБНОЕ» СРЕДСТВО В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ

Сыщикова А.Ю., Поимцева В.С., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Некоторые аспекты указанной темы ранее затрагивались в историко–медицинских исследованиях [1], однако глубина этого явления попрежнему оставляет широкое поле для вдумчивого анализа. Безусловно, это природное явление в качестве блага в большей мере использовался людьми в глубокой древности и не только. Культ огня в то время зарождался еще при первом знакомстве человека с ним. Этот культ существует и в течение всей тысячелетней истории человеческого общества, охватывает все народы и приобретает неисчислимы разновидности. Постепенно огонь получает все большую значимость во многих сферах жизни. Особенно в сфере медицины, а именно народной, становясь «Профилактическим» и «Целебным» средством.

Цель исследования. Систематизация и обобщение научных данных, свидетельствующих о применении огня как «Профилактического» и «Целебного» средства в народной медицине.

Материалы и методы исследования. В свете современных исторических знаний проведен индуктивный и дедуктивный анализ литературы. Изучаемые явления и процессы рассматривались с позиции диалектического подхода, а синтез полученных знаний позволил сделать обобщающие выводы.

Результаты исследования. Изучив множество научных данных, мы пришли к выводу о том, что в глубокой древности огню придавалось как профилактические, так и лечебные свойства, что они были взаимосвязаны. По сути, эти свойства были одной единой и очень важной функцией такого явления, как огонь. В этом можно убедиться, исходя из различных обрядов, которые в древности имели огромное значение для людей. Обрядов в то время было большое количество, и все они имели свои особенности. Например, костры на сырной неделе – последний большой зимний праздник. Вечером за селом разводятся большие костры, через них прыгают и старые, и молодые. Это необходимо для здоровья и от укусов блох. Или разводимые на Благовещение (25 марта) костры. «Пока горит огонь, через него прыгают молодцы босыми и обжигают себе ноги против змеиных укусов».

Это доказывает, что костер, очаг и все связанные с ними предметы играли важную роль во многих обрядах народной медицины, совершаемых с профилактической и лечебной целью одновременно [2; 3].

Также при свирепствовании тяжелых болезней: чумы, холеры, оспы, коклюша и др. – поверие рекомендовало не гасить ночью очаг, и тогда болезнь не проникнет в трубу. Пока горит огонь, в дом не смогут войти через дымоход вампиры и любая нечистая сила. Во время эпидемии в доме жгли на кочерге лекарственные и лесные травы, и только кочергой можно мешать огонь. «Только кочерга может побороть любое колдовство, ибо она сильнее всех магий». При боли в ногах, и в особенности в суставах, ворожея ставила кочергу в огонь, вынимала ее и начинала ворожить.

Помимо этих обрядов и действий люди так же применяли непосредственное обжигание при лечении некоторых кожных заболеваний, таких как сибирская язва (уголек, селезенка). «Чтобы вылечить селезенку, жгут раскаленным железом, пока больной не начнет пищать».

На самом деле, всеми теми методами и обрядами, которые были описаны ранее, в глубокой древности при лечении и профилактики заболеваний не ограничивались. Люди проводили и множество других действий, которые доказывали, что огонь – это

одновременно и профилактическое, и целебное средство. Лечили от испуга окуириванием, пытались выгнать из тела больного лихорадку при помощи дыма, с профилактической целью детей часто качали у печки, чтобы огонь устранил любую немощ и берег от нее. В целях лечения больных и слабеньких детей сажали на лопату и, подобно хлебу, ставили в печь. Огонь также считали символом плодородия и семейного счастья. Из-за этого у южных славян существовал обычай: если женщина страдает бесплодием, на стол ставили чашку с водой, а муж трением палки о палку добывал огонь, вспыхнувшие искорки падали в воду, которую жена должна была выпить. Ну и кроме этих обрядов существовали и многие другие [4; 5].

Заключение. Результаты исследования доказывают, что огонь, как профилактическое и целебное средство в глубокой древности являлся важной составляющей народной медицины. Без него не было возможности вылечить человека от многих заболеваний.

Список литературы

1. Ищенко Ю.В., Ищенко А.В. Музей истории вуза как его воспитательный и научно-образовательный фактор // Развитие науки и образования на современном этапе: материалы Международных научно-практических конференций, часть 1, Мытищи, 23 декабря 2016 – 10 апреля 2017 года. – Мытищи: Изд-во Рос. ун-та кооперации. – 2017. – С. 45–48.
2. Бернал Дж. Наука в истории общества. – М.: Изд-во иностр. лит. – 1956. – 735 с.
3. Заблудовский П.Е. Возникновение медицины в человеческом обществе. – М.: Медгиз. – 1955. – 25 с.
4. Минько Л.И. Знахарство. – Минск: Наука и Техника. – 1971. – 120 с.
5. Харузина В.И. К вопросу о почитании огня // Этнографическое обозрение. – 1906. – Т. XVII, №. 3, 4. – С. 156–171.

ЭКСПЕРИМЕНТЫ В СИСТЕМЕ КОНЦЕНТРАЦИОННЫХ ЛАГЕРЕЙ ОТРЯДА 731 ЯПОНИИ ВРЕМЕН 1945–1950-Х ГОДОВ

Таршикова Е.Д., Рогачева О.В.

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

Введение. Япония известна своими передовыми медицинскими технологиями, а также высокими стандартами здравоохранения. Однако за достигнутым успехом стоит сложная и мрачная история.

После Второй мировой войны Япония оказалась в кризисном положении. Под руководством Соединенных Штатов Америки началось восстановление, которое было направлено на создание мирного демократического общества. Конституция 1947 года закрепила отказ от ведения боевых действий и содержания армии, а к 1960-м годам Япония уже была на пути экономического подъема, основываясь на развитии технологий и промышленности.

Тем не менее успехи в медицине, которыми славится данное государство, базировались на засекреченных экспериментах, проводившихся в концентрационных лагерях Отряда 731, руководство и соучастники которого были осуждены на открытом суде в Хабаровске.

Цель исследования. Целью исследования данной темы является изучение становления медицины в концентрационных лагерях Японии в послевоенный период, влияние экспериментов данного формирования на современную медицину, проведение расследования преступлений, совершенных отрядом 731, сбор и анализ данных и

свидетельств для установления истины и доказательства вины отряда, а также обеспечение исторической памяти, что включает в себя документирование всех аспектов деятельности данного формирования, с целью обеспечения справедливости и безопасности будущих поколений.

Материалы и методы исследования. Для достоверного анализа проблемы, изучаемой темы использовались архивные документы: отчеты, дневники и письма отряда 731, медицинские отчеты, свидетельства очевидцев преступлений, совершенных участниками отряда, а также фотографии и видеоматериалы, сделанные в период деятельности отряда его сотрудниками. Чтобы всесторонне исследовать все аспекты данной проблемы, были изучены труды Л.А. Сухорослова [1], Д.В. Стрельцова [2], Т.В. Кирпиченко [3], В.В. Романовой [4], Х. Акиямы [5], М.А. Антипова, Я.Т. Ардзенадзе и других авторов с целью реконструировать события, сравнить деятельность отряда 731 с другими известными случаями военных преступлений и экспериментов в области медицины, диагностики физических доказательств, таких как останки жертв и следы биологических агентов, анализ отчетов и сравнение с современными методами изучения для понимания последствий проведенных экспериментов.

Результаты исследования. Засвидетельствованы доказательства вины всех участников преступлений отряда 731, негативного влияния экспериментов, проведенных ими, на людей, жестокости по отношению к человеческой жизни, доказательство использования биологического оружия и подготовки к биологическим вооруженным конфликтам и свершение справедливости, что доказывает проведение суда в Хабаровске над подозреваемыми в данных преступлениях.

Но также присутствуют и положительные факторы, которые повлияли на современную медицину. Среди них целесообразно выделить усовершенствование вакцин против инфекционных заболеваний (тифа, дизентерии, холеры, чумы и т.д.), исследование штаммов болезнетворных бактерий и усовершенствование сывороток против них, а также улучшение профилактики туберкулеза.

Заключение. Хотя отряд 731 и был известен своими медицинскими экспериментами, что способствовали развитию бактериологии и созданию вакцин, их исследования проводились ужасающими методами, включающими в себя эксперименты над людьми, подвергая их заражению опасными заболеваниями и проводя хирургические вмешательства без обезболивания. Возможно, полученные результаты и могли бы быть полезны для науки, но их ценность абсолютно не оправдывает чрезмерную жестокость по отношению к подопытным и количество жертв результатов данных исследований.

Судебный процесс в Хабаровске привел к привлечению к ответственности всех виновных, однако наказания оказались недостаточно суровыми, и многие из осужденных в скором времени вышли на свободу.

Эта трагическая страница истории служит напоминанием о важности соблюдения строгих медицинских и этических стандартов в науке и необходимости строгого контроля ввиду исключения повтора подобных преступлений.

Список литературы

1. Сухорослов Л.А. Из истории бактериологического оружия на примере японского отряда № 731 // Скиф. Вопросы студенческой науки. – 2024. – Т. 90, №. 2. – С. 42–49.
2. Стрельцов Д.В. Проблемы исторического прошлого в послевоенных отношениях Японии со странами Восточной Азии. – Ежегодник Япония. – 2014. – Т. 43. – С. 7–27.
3. Кирпиченко Т.В. Отряд № 731: обзор документальной и научной литературы // Преподавание истории в школе. – 2022. – №. 3. – С. 28–34.
4. Романова В.В. От Токийского суда к Хабаровскому: из истории подготовки судебного процесса над японскими военными преступниками-бактериологами // История медицины. – 2015. – Т. 2, №. 1. – С. 72–82.
5. Акияма Х. Особый отряд 731. – М.: Изд-во иностр. лит. – 1958. – 152 с.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ ВАКЦИНАЦИИ

Темешева Р.А. Пиякина К.А.

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

Введение. Вакцинация – процедура, направленная на формирование иммунитета к определенной болезни, путём введения препарата, содержащего антигены возбудителей инфекции. Развитие вакцинопрофилактики способствовало повышению качества жизни людей и искоренению опасных инфекций. История становления этого метода отражает прогресс медицинских знаний и практик.

Цель исследования. Исследовать развитие вакцинации на протяжении истории, а также оценить ее влияние на прогресс медицинской науки и практики.

Материалы и методы исследования. Проанализирована научная литература, по запросам «История вакцинации» и «Вакцина против оспы»; книги, интернет-ресурсы.

Результаты исследования. Вакцинация – процедура, направленная на формирование иммунитета к определенной болезни, путём введения препарата, содержащего антигены возбудителей инфекции. До появления вакцин люди пытались защититься от инфекционных заболеваний разными ненадежными способами, такими как заклинания, заговоры и карантинные меры. В древности стали замечать, что, перенеся один раз некоторые заболевания, повторного инфицирования не происходит. Одним из таких смертельных вирусов была оспа.

Первые попытки профилактики развития оспы зародились на Востоке [1]. Люди использовали технологию, которая получила название вариоляция – введение содержимого оспенных пузырьков в организм здорового человека. В Стамбуле в 1715 году леди Монтэк активно агитировала за вариоляцию в Европе, что и привело к ее использованию в медицинской практике. Данным методом добровольно воспользовалась Екатерина Великая, ее семья и двор, а также Джордж Вашингтон для иммунизации армии во время войны за независимость. Однако не было уверенности в безопасности процедуры, по статистике около 2% умирало.

В 1796 году английский врач, Эдвард Дженнер открыл более безопасный метод вакцинации [2]. Он ввел содержимое пустул доярок, переносящих коровью оспу, восьмилетнему мальчику Джеймсу Фиппсу через порезы на руке. Через какое-то время провели повторную процедуру. Мальчик не заболел, что подтвердило эффективность такого метода.

Но не все люди считали нововведение безопасным. Появилось движение антивакцинаторов, которое считало, что из-за вакцины от оспы могут вырасти рога, человек начнет мычать и передвигаться на четырех ногах, так как вакцина сделана из коровьей оспы, опираясь на религиозные убеждения.

Метод вакцинации был внедрен в Россию в 1801 году. Прививки стали обязательными для сирот в воспитательных домах Санкт-Петербурга и Москвы. Родители, которые добровольно прививали своих детей, получали от государства серебряный рубль. Закон об обязательной вакцинации детей был принят в 1853 году в Англии, а за отказ от прививки родители наказывались штрафами или лишением свободы.

Данный метод борьбы с инфекцией быстро распространился по всему миру, вследствие чего с эпидемиями было покончено. Последний задокументированный случай оспы зафиксирован ВОЗ в 1978 году. Постепенно стали проводиться исследования по разработке вакцин против других актуальных вирусных инфекций. В СССР в начале 20 века стали вводить календарь профилактических прививок, который

стал расширяться по мере появления новых вакцин [3]. Так, в 1950–60-е годы были введены прививки против коклюша, кори, эпидемического паротита, в 1980–1990-е – против гепатита В, краснухи, гемофильной инфекции.

В настоящее время вакцинация остается одним из главных методов профилактики и борьбы с заболеваниями во всем мире. Ежегодно ВОЗ и национальные программы иммунизации обеспечивают вакцинацию миллионам людей. В последние годы особое значение в мире приобрела вакцинация против COVID-19, так как она предотвратила миллионы смертей во время пандемии.

Заключение. Вакцинация, как одна из важнейших достижений медицины, актуальна и в настоящее время. До внедрения в медицинскую практику вакцин инфекционные заболевания приводили к высокой смертности, а сейчас они позволяют предотвратить заражение, тем самым сокращая количество летальных случаев.

Список литературы

1. Vaccines Through Centuries: Major Cornerstones of Global Health / I.H. Hussein, N. Chams, S. Chams [et al.] // *Frontiers Public Health*. – 2015. – Vol. 3. – P. 269.
2. История вакцинации. – 2021. – URL: <https://www.medswiss.ru/library/interesnoe-o-meditsine/istoriya-vaktsinatsii/> (дата обращения: 01.12.2024).
3. Из истории календаря профилактических прививок в СССР / России. – 2023. – URL: <https://cgon.rosпотреbnadzor.ru/naseleniyu/vaktsinatsiya/natsionalnyy-kalendar-profilakticheskikh-privivok/iz-istorii-kalendar-ya-profilakticheskikh-privivok-v-sssr-rossii/> (дата обращения: 02.12.2024).

ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИИ НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ В XVI–XVII ВЕКАХ

Туфанов Р.Х., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Религия играла ключевую роль в культурной и социальной жизни России XVI–XVII веков, существенно влияя на развитие медицины. Православная церковь выступала не только духовным, но и социальным институтом, формировавшим подход к лечению болезней. В этот период медицинская помощь была тесно связана с монастырями, где создавались приюты для больных, а также использовались рукописные лечебники. Например, в «Домострое» особо подчеркивалась важность заботы о слабых: «Кто стариков или больных оставляет, тому на том свете воздастся» [1].

Цель исследования. Проанализировать вклад религии в становление медицины в России XVI–XVII веков, выявить основные источники и влияние монастырей на развитие медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Были использованы исторические хроники, такие как «Домострой» [1], материалы писцовых книг, рукописные лечебники [2; 3] и церковные уставы, включая «Устав митрополита Макария». Применялись методы исторического анализа и синтеза, изучались церковные архивы и публикации о традиционной медицине России.

Результаты исследования. Монастыри в XVI–XVII веках стали ключевыми центрами медицинской помощи, выполняя функции первых больниц. В писцовой книге Кирилло-Белозерского монастыря 1641 года упоминаются «лекарские кельи», где хранились лечебные травы и оказывалась помощь больным. В Спасо-Евфимиевом монастыре также были организованы специальные помещения для ухода за

неможными, а монастырские архивы содержат множество записей об использовании лечебных растений, таких как «зелье зверобойное, от ран помогающее» [2; 4].

Рукописные лечебники того времени стали важным инструментом передачи медицинских знаний. Например, «Рецептурник Ивана Грозного» включал рекомендации по применению таких натуральных средств, как мёд и чистотел, для лечения кожных заболеваний. Помимо этого, монастырские сборники часто содержали указания по соединению лечебной практики с духовными обрядами: «Для излечения хворей читай молитву святителю Пантелеймону, а также прикладывай травы...» [2; 4].

Церковные взгляды на болезни основывались на убеждении, что многие недуги являются наказанием за грехи, поэтому лечение включало как физическую помощь, так и духовные практики. В «Уставе митрополита Макария» подчеркивалось, что лечение должно начинаться с покаяния и благословения, а вера являлась неотъемлемой частью выздоровления:

«Всякое лечение начинать с покаяния и благословения» [1]. Эта мысль находит отражение и в «Домострое», где говорится: «Тот, кто уповает на врачество без веры, да не излечится» [1].

Роль церкви была особенно заметна в борьбе с эпидемиями. Во время чумы 1654 года крестные ходы сопровождалась освящением воды, массовым очищением источников и организованными молитвами. В грамоте царя Алексея Михайловича того времени указывалось: «Повелеваем... молебны сотворити и источники благословити, чтобы избавиться от недуга смертоносного» [3]. Подобные меры сочетали как физическую дезинфекцию, так и духовное очищение.

Однако религиозные ограничения также сдерживали развитие медицины. В частности, изучение анатомии через вскрытие тел оставалось под запретом до XVIII века. В церковном указе 1667 года говорилось, что подобные действия «оскверняют образ Божий и нарушают законы святой веры» [5]. Эти ограничения существенно замедляли развитие светской медицины, несмотря на усилия церкви в организации помощи больным.

Заключение. Религиозные убеждения существенно повлияли на развитие медицины в России XVI–XVII веков. Православная церковь стала инициатором создания первых больниц и распространения лечебных знаний. Однако одновременное сосуществование религиозных догм и народной медицины ограничивало прогресс научного подхода. Тем не менее, именно в этот период закладывались основы систематизированного ухода за больными, которые впоследствии будут развиты в эпоху Петра I.

Список литературы

1. Аверьянов А.А. Домострой. – СПб.: Наука. – 1994. – 290 с.
2. Лечебные рукописи из архивов Кирилло-Белозерского монастыря. – 2013. – URL: <https://rgada.ru> (дата обращения: 11.12.2024).
3. Грамоты в царствование царя Алексея Михайловича. – 2013. – URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/8535-ch-4-gramoty-v-gosudarstvovanie-tsarya-alekseya-mihaylovicha-1656-1675-1828> (дата обращения: 10.12.2024).
4. Греков И.Б. История медицины в России. – М.: Наука. – 2001. – 320 с.
5. Устав митрополита Макария. Церковные постановления XVI века. – 2016. – URL: <https://runivers.ru/lib/book8390> (дата обращения: 10.12.2024).

МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА

Тюнина М.Д., Петров В.В.

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

Введение. Медицина Древнего Египта представляла собой уникальное сочетание практических знаний и религиозных обрядов, которое успешно легло в основу подходов лечения болезней в последующие эпохи. В современном мире важно поднимать вопрос о медицине крупных Древних цивилизаций, таких как Древний Египет, чтобы извлекать необходимую информацию о, возможно, забытых методах лечения, которые помогут человечеству [1; 2].

Цель исследования. Ознакомление с историей становления медицины Древнего Египта, определить ее значение в истории человечества, установить ее особенности, плюсы и минусы.

Материалы и методы исследования. Основным методом для данной работы являлся анализ Древнеегипетских медицинских текстов, таких как папирус Эберса или хирургический папирус Эдвина Смита, и археологических находок. Кроме того, применялся метод сравнения Египетских и современных медицинских практик [3; 4].

Результаты исследования. Исследование показало, что медицина Древнего Египта обладала широкой системой знаний и практик, в которую входили траволечение, анатомия и физиология человека, мумификации. Так, заболевания лечились с помощью травяных настоев и хирургического вмешательства, например, тогда практиковалась трепанация черепа. Однако медицина была тесно связана с религией, где некоторые Египетские Боги, такие как Бог мудрости Тот и Богиня Материнства и плодородия Исида, считались покровителями исцеления, к ним обращались за помощью как обычные жители, так и сами врачи. Что касается значения медицины Древнего Египта в истории человечества, то можно выделить использование натуральных ингредиентов и трав для создания лекарств, лечение заболеваний различных степеней тяжести и знания о человеческой анатомии [1–4].

Заключение. Изучение медицины Древнего Египта показывает, что данная цивилизация обладала объёмными знаниями в сфере медицины, от которых появились новые отрасли науки в современном мире. Таким образом, исследование данной области истории не только обогащает наше понимание об историческом развитии медицины, но и открывает новые возможности для дальнейших исследований.

Список литературы

1. Медицина в Древнем Египте. – 2020. – URL: http://school246.ru/tpages/sukonkina/Medicina_v_drevnem_Egipte.pdf (дата обращения: 02.12.2024).
2. Белова Ю.М., Сорокина Т.С. Древнеегипетская медицина в отечественной дореволюционной периодике // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2006. – Т. 35, №. 3. – С. 81–87.
3. Перевод папируса Эдвина Смита. – 2018. – URL: https://ezoport.ru/predmety-sily/perevod_papirusa_edvina_smita.html (дата обращения: 02.12.2024).
4. An Interlinear Transliteration and English Translation of Portions of THE EBERS PAPYRUS Possibly Having to Do With Diabetes Mellitus / S. Carpenter, M. Rigaud, M. Barile [et al.] // New York: Publishing house Bard College Annandale-on-Hudson. – 1998. – 22 p.

МЕДИЦИНА В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ: МИФЫ, РИТУАЛЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ

Уйменова Т.С., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Изучение истории Древнего мира – увлекательная область знаний, полная тайн. Первым открытием для меня стал Древний Египет, где сложно отделить истину от мифа, что заставляет задуматься о том, как знания и наука сосуществуют с религиозными верованиями.

Мой интерес к теме «Медицина в Древнем Египте» не возник сразу, сначала меня увлекали мифы и легенды. В них я заметила концепцию бессмертия. Душа вечна, и, следовательно, существует необходимость сохранить тело. В Древнем Египте практиковалась мумификация, и у меня возникли вопросы о мумиях и процессе мумификации. Для их понимания я обратилась к древней медицине и постепенно углубилась в тему «Медицина Древнего Египта» [1].

В своих исследованиях я ставлю перед собой несколько задач: ознакомиться с источниками информации, проанализировать связь мифологии с лечением, изучить основные разделы медицины, а также составить медицинские рекомендации на основе древнеегипетских рецептов [2]. Для этого мне необходимо изучить специализированную историческую литературу, научиться анализировать и сопоставлять факты, выделяя главное и формируя выводы.

Цель исследования. Анализ источников литературы по изучаемой теме.

Материалы и методы исследования. Научные статьи, зарубежные источники литературы, учебные пособия для студентов, учебники по истории медицины.

Результаты исследования. Религиозная система Древнего Египта, просуществовавшая около четырех тысяч лет, была сосредоточена на почитании животных. Каждое египетское ном (город-государство) имело свое священное животное. Особенно ценились змеи. Кобра Уаджит, защитница Нижнего Египта, украшала головной убор фараона и олицетворяла царскую власть. Умершие священные животные подвергались бальзамированию и захоронению в священных гробницах: кошек в Бубастисе, ибисов в Иуне, собак в местах их гибели. За убийство священного животного полагалась смертная казнь. Египтяне верили, что душа усопшего в течение трех тысяч лет находится в проявившихся животных, что помогает избежать опасностей загробного мира. Эта убежденность объясняет строгость смертной казни за убийство священного существа.

Тот, бог мудрости, и Исида, богиня материнства, считались ключевыми божествами врачевания. Тот изображался с головой ибиса, символизируя мудрость. Ему приписывают создание письменности, математики, системы лечения с использованием природных средств, а также древнейшие медицинские трактаты.

Передача медицинских знаний была связана с изучением иероглифов в специальных учебных заведениях при храмах, известные как Дома жизни. В дополнение к медицине здесь преподавались математика, архитектура. Множество исследователей видят в Домах жизни прообраз университетов, возникших позже.

Студенты этих учебных заведений овладевали каллиграфией, стилем речи и ораторским искусством. Здесь хранились и копировались папирусы. Образованного человека, а также врача, египтяне называли «знающим вещи». Существовал определенный объем знаний, позволяющий распознать «знающего по его знаниям» [3].

Практика врача в Древнем Египте подчинялась строгим моральным стандартам. Соблюдение этих норм защищало врача даже в случае неудачного лечения; за нарушения правил следовали суровые наказания, вплоть до смертной казни. Каждый врач принадлежал к определенной жреческой коллегии, и пациенты обращались в храм для получения рекомендаций на лечение. Оплата за услуги врача поступала храму, который обеспечивал его содержание.

Заключение. Интерес египтян к лечению, их научный и целенаправленный подход к болезням, а также сложные рецептуры лекарств впечатляют современных специалистов. Египетская цивилизация достигла значительных успехов в разных сферах человеческого знания. Совместно с учеными Ближнего Востока египтяне основали многие современные науки, такие как геометрия, медицина и астрономия. Кроме того, они создали один из древнейших календарей и добились заметных результатов в архитектуре, навигации и математике. Эти достижения были обусловлены прагматическими нуждами общества. Например, геометрия возникла из необходимости восстановить границы полей после разливов Нила, а астрономия позволяла предсказывать время этих разливов. Медицина развивалась, в частности, благодаря практике мумификации [4].

Список литературы.

1. История медицины: учебное пособие / П.Е. Заблудовский, Г.Р. Крючок, М.К. Кузьмин [и др.]. – М.: Медицина. – 2006. – 320 с.
2. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории: учебное пособие. – М.: Здоровье. – 2000. – 200 с.
3. Менар Р. Мифы в искусстве старом и новом: историко-художественная монография. – М.: Молодая гвардия. – 1992. – 320 с.
4. Сорокина Т. Эхо истории: тайны медицинских текстов // Журнал Здоровье. – 1989. – Т. 3, №. 1. – С. 315.

РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В XIX ВЕКЕ

Фомичева Е.В.

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

Введение. Анестезиология – важная область медицины, которая делает возможными операции с минимальным дискомфортом. Ее развитие в XIX – начале XX века стало революцией в медицине, изменив подход к болевому контролю и хирургии. Ученые и врачи создавали безопасные и эффективные методы анестезии, что улучшило результаты операций и качество жизни пациентов.

Цель исследования. Исследование направлено на изучение эволюции анестезиологии в XIX – начале XX века, включая ключевые открытия, достижения и вклад исторических событий. Рассматриваются этапы ее развития и вклад значимых личностей.

Материалы и методы исследования. XIX век стал ключевым этапом в развитии анестезиологии, благодаря значительным открытиям и внедрению обезболивания в медицинскую практику. До этого операции сопровождалась невыносимой болью, что ограничивало возможности хирургии. В 1846 году американский хирург Уильям Мортон впервые успешно применил эфир для обезболивания при операции на шее, что стало поворотным моментом в истории медицины [1].

Через год шотландский фармацевт Джеймс Симпсон открыл, что хлороформ также обладает сильными обезболивающими свойствами. Его применение во время родов и операций стало важным шагом к более безопасной хирургической практике [2]. Эти открытия дали начало широкому использованию анестезии, существенно повышая комфорт и безопасность пациентов.

Научные изыскания русских и западноевропейских физиологов также внесли вклад в развитие анестезиологии. Иван Сеченов и Поль Бернар изучили аноксию – состояние недостатка кислорода в крови, что позволило анестезиологам точнее регулировать подачу кислорода во время наркоза [3].

В этот период появились новые анестетики, такие как хлорэтил и бромэтан. Они расширили выбор средств для обезболивания, что позволило врачам подобрать подходящее средство для конкретных условий. Эфир, оставаясь основным анестетиком, постепенно дополнялся хлороформом и закисью азота, особенно популярной в стоматологии.

К 1850-м годам начали использовать устройства для анестезии, включая маски и ингаляторы. В 1867 году Николай Пирогов и Л. Роох разработали аппарат для подачи смеси эфира и воздуха, что повысило безопасность наркоза. Анестезия открыла новые возможности для сложных хирургических операций, которые ранее были невозможны. В 1884 году Карл Коллер выделил кокаин как местный анестетик, что существенно снизило боль при мелких процедурах.

К концу XIX века появились учебные программы и курсы по анестезии, а также научные журналы и сообщества, способствующие распространению знаний и улучшению методов обезболивания. Врачи начали исследовать побочные эффекты и повышать безопасность анестезии.

Уильям Эдвард Кларк стал пионером применения эфира для удаления зубов в 1842 году. Кроуфорд Лонг успешно использовал эфир для операций, а Роберт Листон в 1846 году провел первую ампутацию с наркозом.

В России Николай Пирогов в 1847 году провел первую операцию под общим наркозом. Джеймс Симпсон внедрил хлороформ для обезболивания родов, а Фридрих Тренделенбург в 1871 году успешно провел трахеотомию для подачи анестетика. Уильям Макивен предложил оротрахеальную интубацию как альтернативу трахеотомии [2; 4].

К концу XIX века анестезиология сформировалась как отдельная медицинская дисциплина. Новые методы обезболивания и технологии сделали операции более безопасными и менее болезненными, заложив основы для дальнейших достижений в медицине.

Результат исследования. Исследование показало, что XIX–XX века были временем значительного прогресса в анестезиологии. В начале 19 века начались эксперименты с эфировой и хлоральгидратной анестезией, ставшие основой для дальнейших открытий. К XX веку технологии и препараты анестезии значительно улучшились, благодаря чему хирургические вмешательства стали более безопасными и комфортными для пациентов.

Заключение. История анестезиологии в XIX–XX веках иллюстрирует значительные достижения в медицине. Эта область, пройдя через множество испытаний и открытий, существенно улучшила хирургическую практику и качество медицинской помощи. Современные методы анестезии, основанные на тех научных открытиях, продолжают развиваться, обеспечивая безопасность и комфорт пациентов на протяжении лечения.

Список литературы

1. Носарев А.И., Кузнецов В.Н. История анестезиологии: от древности до наших дней // Журнал анестезиологии и реаниматологии. – 2005. – Т. 3, №. 2. – С. 45–50.

2. Виноградов В.П., Федоров Р.А. Развитие методов анестезии в XIX веке // Современная анестезиология. – 2010. – Т. 12, №. 3. – С. 25–30.
3. Громов Е.В., Лебедев И.С. Анестезиология и ее роль в хирургии XX века // Научные аспекты медицины. – 2018. – Т. 5, №. 1. – С. 15–20.
4. Петрушенко А.А., Шевченко Е.Н. Вклад ученых в развитие анестезии в XX веке // Российский журнал анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – Т. 10, №. 4. – С. 70–75.

РАЗВИТИЕ ВЫСШЕГО ЖЕНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ: ВКЛАД ПЕРВЫХ ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ

Чернова Е.Д., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Во второй половине XIX века российское общество столкнулось с необходимостью изменений в социальной и образовательной системах. Одним из ключевых вопросов стало предоставление женщинам доступа к высшему образованию. Медицина стала той областью, в которой женщины впервые смогли не только обучаться, но и активно применять свои знания. Появление первых женщин–врачей в России стало результатом долгой борьбы за равноправие и положило начало новым стандартам в сфере здравоохранения.

Цель исследования. Изучение истории становления высшего женского образования в России, с акцентом на медицинское направление, а также анализ биографий первых русских женщин–врачей, их вклада в развитие медицины и преодоление социальных стереотипов.

Материалы и методы исследования. Были изучены исторические источники, освещающие процесс создания образовательных учреждений для женщин, включая Женские врачебные курсы в Петербурге и Московские высшие женские курсы; биографические материалы о жизни и деятельности Надежды Суловой, Варвары Кашеваровой-Рудневой и Веры Гедройц; архивные документы и мемуары их современников. Методы включают аналитическое и сравнительное изучение источников, а также исторический подход, позволяющий понять изменения в обществе и образовательной системе.

Результаты исследования. Первые шаги к предоставлению женщинам доступа к высшему образованию были сделаны в 1860-х годах. Одним из первых образовательных учреждений стали Высшие женские курсы, открытые в 1869 году в Санкт-Петербурге по инициативе профессора К.Н. Бестужева-Рюмина. Однако в медицинской сфере женщины долгое время не могли получить полноценное образование. В 1872 году в Санкт-Петербурге началась работа Женских врачебных курсов, которые стали отправной точкой для женщин, желающих заниматься медициной [1]. Обучение включало курсы анатомии, физиологии, терапии и хирургии. Выпускницы, пройдя практику в больницах, нередко уезжали работать в сельские районы, где острая нехватка врачей требовала срочного решения.

Первые русские женщины–врачи и их вклад:

1. Надежда Сулова (1843–1918) стала первой русской женщиной, получившей медицинскую степень. Она окончила Цюрихский университет, так как в России еще не было возможности для женщин получить высшее образование. Вернувшись на родину, Сулова внесла большой вклад в развитие медицинской практики [1].

2. Вера Гедройц (1870–1932), одна из первых женщин-хирургов, работала военным врачом, развивая военно–полевую медицину [2]. Ее работы по хирургии получили признание не только в России, но и за ее пределами.

3. Варвара Кашеварова–Руднева (1844–1899) – первая дипломированная женщина-врач. Она получила образование в России и внесла значительный вклад в развитие гинекологии и русской медицины в целом [3].

Образование и профессиональная деятельность женщин в XIX веке сопровождались многочисленными трудностями [3]. Женщины-врачи сталкивались с предвзятостью общества, недостатком финансирования для обучения, отсутствием поддержки со стороны коллег-мужчин [1]. Тем не менее, их вклад в медицину и успехи в профессии помогли сломать стереотипы.

Достижения женщин в медицине оказали большое влияние на развитие системы здравоохранения [1]. Выпускницы Женских врачебных курсов, работая в отдаленных регионах, существенно улучшали качество медицинской помощи. Их примеры вдохновили многих женщин следовать по их пути, что привело к увеличению числа женщин в профессиональной медицине к началу XX века.

Заключение. Развитие женского высшего образования стало важным этапом в истории российской науки и культуры. Женщины–врачи, такие как Надежда Сулова, Варвара Кашеварова-Руднева и Вера Гедройц, не только внесли значительный вклад в медицину, но и способствовали изменению общественного мнения о роли женщин в профессиональной сфере. Их успехи показали, что стремление к знаниям и упорство могут преодолеть любые препятствия. История первых женщин-врачей России служит вдохновляющим примером для будущих поколений, напоминая о важности образования и равноправия для развития общества.

Список литературы

1. Центральный государственный архив города Москвы. Женские врачебные курсы: Главархив – о том, как в России появились первые женщины-врачи. – 2024. – URL: <https://clck.ru/3FKtED> (дата обращения: 23.10.2024).

2. Хохлов В.Г. Цвет жизни белый. – Брянск: Изд-во Брянского социально-реабилитационного предприятия Всероссийского общества глухих. – 2011. – 216 с.

3. Могилевский областной исполнительный комитет. Кашеварова-Руднева Варвара Александровна. – 2022. – URL: <https://clck.ru/3FKtjC> (дата обращения: 23.10.2024).

ЛАПАРОСКОПИЯ – РЕВОЛЮЦИОННЫЙ ШАГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Чечельницкая П. С., Ищенко Ю.В.

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

Введение. Метод лапароскопии – революционный шаг в диагностировании и лечении множества заболеваний матки и ее придатков, который позволяет выполнять наиболее сложные хирургические вмешательства с минимальным повреждением тканей.

Цель исследования. Изучить, как введение данной технологии в медицинскую практику преобразовало хирургические подходы к терапии патологий органов малого таза.

Материалы и методы исследования. На основе актуальных научных знаний и медицинских книг был осуществлён анализ источников и литературы по указанной теме.

Результаты исследования. В контексте гинекологической практики эндохирургия занимает особое место благодаря своей минимально инвазивной

природе. Вместо традиционного широкого разреза, применяются точечные проколы диаметром не более пяти миллиметров. Через эти небольшие отверстия вводится высокотехнологичное эндоскопическое оборудование и инструментарий, минимизирующий повреждение тканей.

Преимущество данной малоинвазивной методики заключается в том, что она выполняется без необходимости в обширном вскрытии тканей, что предотвращает появление послеоперационных шрамов и рубцов, а также значительно снижает вероятность развития осложнений. Эндоскопические операции характеризуются низкой травматичностью и почти отсутствием кровотечений, что ведет к сокращению сроков восстановления и времени, проведенного пациенткой в больнице.

В гинекологической эндохирургии существует одно из главных направлений – лапароскопия. Название «лапароскопия» происходит от греческих корней – омонима «лапарос» (брюшная полость) и слова «скопός» («исследовать») [1]. Это инновационный метод, представляющий собой пик развития диагностики и хирургического вмешательства в лечении заболеваний органов малого таза у женщин.

Лапароскопия стала широко применяться в гинекологии благодаря вкладу Палмера в 1940–1950-х годах во Франции и Франгенгейма в 1950–1960-х годах в США. Основываясь на большом количестве клинических данных, авторы продемонстрировали как диагностическую значимость, так и безопасность этого метода.

Научно-технический прогресс позволил трансформировать лапароскопию из чисто диагностического метода в оперативный доступ для проведения множества хирургических вмешательств. Значительный вклад в развитие эндохирургии внес Р. Пальмер, первым выполнивший биопсию яичника и заложивший основы современной эндохирургии в гинекологии. Р. Пальмер настаивал на контроле внутрибрюшного давления во время лапароскопии. В его честь названо Европейское общество эндоскопии.

Значительный прогресс оперативной лапароскопии в гинекологии связан с именем проф. К. Semm (Германия), которого можно считать основоположником современного метода. В 1975 году в своем основополагающем труде он описал ряд эндоскопических гинекологических операций: адгезиолизис, коагуляцию очагов эндометриоза, удаление кист яичников, лечение ампулярного стеноза маточных труб и др. В 1982 году К. Земм первым среди хирургов выполнил лапароскопическую аппендэктомию.

Тем не менее использование лапароскопии было ограничено из-за сложности визуального контроля через окуляр. Новые достижения в области оптики и электроники обеспечили появление видеомониторов, что позволило не только хирургам, но и всей операционной команде следить за ходом операции. Таким образом, научно-технический прогресс дал мощный импульс развитию эндоскопической хирургии, особенно в гинекологии, и с конца 80-х годов такие операции стали выполняться под видеоконтролем.

Заключение. Лапароскопия, как малоинвазивный хирургический метод, получила широкое распространение в гинекологической практике при лечении бесплодия, опухолей и кист яичников, эндометриоза и миомы матки. Лапароскопический метод обеспечивает более чем у 70-80% пациенток возможность проведения сложнейших операций с существенным снижением степени инвазивности по сравнению с традиционными хирургическими подходами. Хирургическая лапароскопия подразумевает вмешательство с минимальным повреждением тканей и органов.

Список литературы.

1. Кира Е.Ф., Ищенко А.И., Кудрина А.Е. Функциональная (органосберегающая) в гинекологии // Щадящая хирургия (избранные главы). – 2005. – С. 299–303.

ЯДЫ И ЛЕКАРСТВА: ДВОЙСТВЕННАЯ ПРИРОДА ВЕЩЕСТВ В ИСТОРИИ ЕДИЦИНЫ НА ПРИМЕРЕ ИНСУЛИНА И ДРУГИХ СУБСТАНЦИЙ

Шатурная Д.А.

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

Введение. Медицина на протяжении своей истории сталкивалась с множеством веществ, которые могут быть как ядами, так и лекарствами. Этот парадокс, когда одно и то же химическое соединение, известное нам в роли медикамента, в увеличенных дозах становится орудием убийства, и наоборот – вещества токсического действия становятся мощными терапевтическими средствами.

Цель исследования. Работа направлена на анализ случаев использования лекарств в роли ядов с целью совершения умышленных преступлений, и противопоставление их лекарственному значению данных соединений, а также вклад криминальных прецедентов в развитие медицины.

Материалы и методы исследования. Одним из самых ярких примеров вещества с двойственной природой является инсулин. Этот гормон, который был открыт в 1921 году канадскими учеными Фредериком Бантингом и Чарльзом Бестом, стал настоящей революцией в лечении диабета. Инсулин необходим для нормализации уровня глюкозы в крови, и его отсутствие ведет к летальному исходу. Однако инсулин, как и любой другой лекарственный препарат, имеет свои риски. Данными рисками и воспользовался Кеннет Барлоу – британский медицинский работник, прославившийся на весь мир изощренным методом убийства своей жены. Введение повышенной дозы инсулина вызывает резкое падение уровня глюкозы в крови и тем самым лишает головной мозг вещества, необходимого для нормальной работы. Человек начинает обильно потеть, нарастает беспокойство, затем появляются сильные судороги, и как следствие кома, зрачки в этот момент, застывшие и очень сильно расширенные. Данное состояние получило название инсулинового шока [1]. (Все перечисленные признаки, особенно расширенные зрачки, характерные для глубокой инсулиновой комы, сопровождали последние часы жизни Элизабет Барлоу, на что указывали все косвенные улики.) Но основной версией следствия, все-таки, было утопление в ванне, в которой тело нашел судмедэксперт Дэвид Прайс в 2 часа ночи 4 мая 1957 года. Инсулин как орудие убийства был достаточно сложно обнаружим в то время; судебная медицина в 1950-е годы прошлого столетия делала свои первые шаги, но внимательность эксперта к деталям разоблачила коварный умысел супруга пострадавшей. Данное дело послужило отправной точкой для создания надежного теста на уровень инсулина в трупных образцах тканей, который бы точно позволял установить является ли причиной смерти повышенное содержание инсулина или нечто другое [2].

Атропин – еще одно яркое подтверждение двойственной природы веществ. Это алкалоид, извлекаемый из растения *Atropa belladonna* (белладонна), широко известного своими ядовитыми свойствами. Впервые данное вещество было использовано при приготовлении известной смеси ядов «Аква тофана» в конце XVII века, названного в честь ее изобретательницы и известной сицилийской отравительницы Тофаны. Она продавала смесь под видом «Манна святого Николая» (святой воды). Для убийства данным снадобьем достаточно 6 капель на стакан вина, что связано с сильнейшим воздействием атропина на парасимпатическую нервную систему [2; 3]. Он блокирует действие ацетилхолина – нейромедиатора, который регулирует работу сердечно-сосудистой системы и прочих жизненно важных органов. Но эти свойства нашли свое применение и в медицине. Его способность увеличивать частоту сердечных сокращений

делает его важным средством для лечения брадикардии. Атропин также применяется для расширения зрачков при офтальмологических обследованиях и в качестве антидота при отравлениях органофосфатами и нервнопаралитическими газами.

К веществам с токсической природой относятся цифера и ботулотоксин, ныне оба препарата широко применяются в медицине.

Результаты исследования. Таким образом, на примере истории мы увидели, как жизненно необходимый препарат стал ядом в руках нечестного человека и еще 70 его подражателей [2], но в то же время этот случай помог совершить рывок в области судебной медицины. История атропина демонстрирует, как вещество, изначально воспринимаемое как смертельный яд, при правильном применении становится важным лекарством. Это также подчеркивает, насколько важна точная дозировка для превращения яда в лекарство.

Заключение. Двойственная природа веществ была актуальным аспектом на протяжении всей истории медицины. Яды и лекарства лишь две стороны одной медали: в зависимости от концентрации вещества и намерения человека, использовавшего ту или иную субстанцию можно как исцелить, так и покалечить, что подтверждается многочисленными примерами из области криминалистики и научной деятельности.

Список литературы

1. Ackner B., Harris A., Oldham A.J. Insulin Treatment of Schizophrenia: A Controlled Study // The Lancet. – 1957. – Vol. 272, №. 6969. – P. 607–611.
2. Брэдбери Н. Яды: великолепная история человечества. – М.: МИФ. – 2024. – 256 с.
3. Harley J. The Old Vegetable Neurotics: Hemlock, Opium, Belladonna and Henbane. – Charleston, NC: Publishing house Nabu Press. – 2012. – 422 p.

Н.М. МАКСИМОВИЧ-АМБОДИК – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОГО АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ

Эльдязева А.С., Петров В.В.

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

Введение. Среди выдающихся русских врачей конца XVIII века выделяется имя Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика. Его справедливо называют родоначальником русского акушерства и педиатрии.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью осознания исторических основ отечественной медицины и их влияния на современную практику, а также возможности использования опыта прошлых поколений в современном медицинском образовании.

Цель исследования. Познакомится с открытиями и методами Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика.

Материалы и методы исследования. В качестве материала исследования взяты жизненный путь Н.М. Максимовича-Амбодика, его вклад в отечественное акушерство и педиатрию с применением теоретических методов исследования: сравнительный анализ, синтез, анализ литературы, абстрагирования.

Результаты исследования. Нестор Максимович родился в селе Веприк в семье священника и получил образование в Киево-Могилянской академии. Позже отправился учиться на медицинском факультете Московского университета и перенесся в Санкт-Петербургскую хирургическую школу. По стипендии княгини Голицыной-Кантемир учился в Страсбургском университете. В 1793 году стал почетным членом Медицинской Коллегии, а ранее – членом Императорского Вольного экономического

общества. После восшествия на трон Павла I его карьера ухудшилась, он был отстранен от преподавания, но способствовал открытию Повивального института. Позже возглавлял родильное отделение в Калининской больнице. При Александре I был удостоен чина статского советника, но не вернулся к профессии [1].

Н.М. Амбодик впервые применил системный подход к образованию повивальных бабок, включая медицинскую и хирургическую подготовку, теорию и практику акушерства, а также основы педиатрии. Это повысило социальный статус выпускниц и стало основой для женского медицинского образования, которое появилось в России лишь через век [1; 2].

В практической подготовке Амбодик внедрил инновационные наглядные методы, включая занятия на акушерском фантоме для демонстрации биомеханики родов и обучения акушерским приемам. Он создал капитальный труд «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле», который стал первым российским акушерским руководством и имел значительное влияние на обучение акушеров [2].

Амбодик первым описал асинклитическое вставление головки плода и ввёл наложение акушерских щипцов в практику. Он был сторонником естественного протекания родов и основал метод бережного ведения родового процесса, который актуален и сегодня. Особое внимание он уделял патологии беременности и образу жизни будущей матери, используя метод массажа матки для предотвращения послеродового кровотечения. Н.М. Амбодик вошёл в историю как «отец русского акушерства» [2; 3].

В пятой части труда Н.М. Амбодика «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле» содержится важная информация об воспитании, уходе и лечении детей раннего возраста, включая описание болезней и методы их лечения. Эта часть книги была основана на переводах двух европейских руководств [2; 3].

Одно из руководств принадлежит профессору Л.С. Сосероту и касается проблем беременных женщин и новорождённых, а другое – профессору И.Ф. Шрейберу, который издал популярное учебное пособие по клинической медицине. Перевод Шрейбера на латинский язык был сделан его учеником П. И. Погорецким, который добавил раздел о женских и детских болезнях [2; 3].

Н.М. Амбодик также перевёл руководство Шрейбера с добавлением Погорецкого, которое стало основой для его собственного труда о болезнях. По мнению профессора Н.П. Шабалова, в руководстве Амбодика отражены ключевые аспекты отечественной педиатрии:

1. Профилактика заболеваний через прогулки на свежем воздухе.
2. Медицинское образование для народа.
3. Безопасное акушерство.
4. Важность естественного вскармливания.
5. Рациональная фармакотерапия с акцентом на простоту и натуральность.
6. Любовь к больным.
7. Гражданственность.

Эти принципы стали основой для развития российской педиатрической школы [1; 3].

Заключение. После изучения создания трудов ученого Н.М. Амбодика был сделан вывод о том, что он является отцом русского акушерства и педиатрии. Его фундаментальные работы в области акушерства, являющиеся первыми русскими пособиями, стали основой для создания и подготовки отечественных кадров. Его достижения в области педиатрии также внушительны. На основе работ Л.С. Сосерота, И.Ф. Шрейбера и П.И. Погорецкого была написана пятая часть трудов «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле», где были сформулированы ключевые аспекты отечественной педиатрии.

Список литературы

1. Данилишина Е.И., Обысова Е.С. Н.М. Максимович-Амбодик. – М.: Медицина. – 1976. – 51 с.

2. Дмитриев В.Г. По стране литературы. – М.: Московский рабочий. – 1987. – 51 с.
3. Максимович-Амбодик Н.М. Искусство Повивания, или наука о Бабищем деле. – М.: Медицина. – 1784. – 256 с.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ, В ЧАСТНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ. МЕХАНИЗМ ЕГО ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

Айдемирова С.С., Батаева П.М., Фролкина К.М., Савина Е.А., Арушанян А.Р.

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

Введение. В настоящее время медицинское вмешательство может не только гарантировать, но и выполнять данные гарантии. И вопрос правового регулирования взаимоотношений между пациентом и врачом не теряет своей актуальности. Институт юридической ответственности также охватывает стоматологическую сферу, защищая права и законные интересы как врачей, так и пациентов [1].

Цель исследования. Исследование того, не приводит ли гражданско-правовая система регулирования отношений в области медицины, в частности стоматологии, к возникновению потребительского экстремизма.

Материалы и методы исследования. Рассмотрим несколько решений по исковым производствам в открытых судебных заседаниях.

Истице были изготовлены съёмные протезы из нейлона, использование которых не являлось возможным из-за боли и дискомфорта. Проводились коррекции (более 10 раз), которые не привели к улучшению. В ходе экспертизы было установлено, что пациентка была недостаточно проинформирована об оказываемой услуге и некачественно была оказана услуга – протезирование. В данном случае, действительно имело место быть оказание некачественных услуг и недостаточное информирование пациента о возможных последствиях лечения. В данном случае гражданско-правовая система регулирования стала действительным механизмом защиты прав человека.

Истице были установлены 5 штифтовых культевых вкладок с протезированием металлокерамическими мостовидными протезами и коронками. Пациентка была через несколько дней после фиксации она почувствовала боль, дискомфорт и была не удовлетворена эстетическими качествами. По ее просьбе коронки и протезы были сняты путем распила. В ходе экспертизы было установлено, что показаний для протезирования и последовательность врачом нарушена не была. Суд решил оставить иск без удовлетворения. В данном деле оказание некачественных услуг, нарушение прав потребителя, недостаточное информирование не имело место. Пациент прибегал к исковому способу защиты в связи с несовпадением эстетических ожиданий, возникновением каких-либо неудобств, неприятных ощущений или боли, неотъемлемых от процесса лечения. В этом случае имеет место быть потребительский экстремизм [2].

Результаты исследования. Проанализировав выше приведенные дела мы можем сделать вывод, что гражданско-правовая система регулирования отношений в сфере медицины и в частности стоматологии является необходимым и

действительным механизмом защиты прав человека. Но потребительский экстремизм также является его следствием.

Заключение. Чтобы защитить себя, врач должен обладать не только квалификацией и грамотностью, но и отражать все происходящие процессы в медицинской документации. Разъяснять пациенту возможные последствия лечения, а также неприятные ощущения, которые являются неотъемлемой частью лечения.

Список литературы

1. Панов А.В. Потребительское законодательство в системе обязательного медицинского страхования: комментарий к Закону РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей». Для медицинских организаций. Часть первая. – М.: Издательские решения. – 2018. – 290 с.

2. Усольцев Е.Ю. Понятия «потребительский экстремизм» и «злоупотребление потребителем правом»: сравнительный анализ // Имущественные отношения в РФ. Электронный научный журнал. – 2021. – Т. 243, №. 12. – С. 108-112.

СТИМУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Колотушкина Я. Д., Атабекян А. В., Басова А.В.

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

Введение. Стимулирование рождаемости является жизненно важным государственным вопросом в условиях демографического кризиса, актуального для многих стран, включая Россию [1]. В России демографическая политика в форме материнского капитала реализуется более 17 лет, но не привела к существенному увеличению рождаемости, поэтому анализ успешных демографических стратегий других стран приобретает особую актуальность для поиска эффективных решений, способствующих устойчивому демографическому развитию России.

Цель исследования. Рассмотреть государственные меры стимулирования рождаемости зарубежных стран, установить запросы российской молодежи на меры государственной поддержки при рождении детей.

Материалы и методы исследования. Отчеты ООН и ВОЗ, научные статьи по исследуемой проблеме.

Результаты исследования. В странах отмечаются существенные различия в уровне рождаемости, что обусловлено различными социально-экономическими и культурными факторами. В России в 2023 г. отмечалась низкая рождаемость (1,5 детей на женщину). Израиль, Франция и США лидируют по суммарному показателю рождаемости на одну женщину, он составляет 2,9, 1,8 и 1,7 соответственно. Более высокий уровень рождаемости в этих странах, чем в России позволяет предположить, что они осуществляют более эффективные государственные меры стимулирования рождаемости. Рассмотрим политику в этой сфере и экономически развитых стран: Швеции, Германии, Финляндии.

Во Франции система детских пособий прогрессивная, они увеличиваются в зависимости от количества детей в семье и их возраста (€148,52 на двоих детей, €338,80 на троих детей и €190,29 на каждого дополнительного ребенка). Предоставляется гибкий график работы каждому из родителей, в том числе неполный рабочий день, но оплата пропорциональна отработанному времени, которое не может быть менее 24 часа в неделю, а также льготы на ипотеку и кредиты для целей семьи [2].

В Швеции действует система «замещающего дохода», гарантирующая одному из родителей выплату 80% от зарплаты в период отпуска по уходу за ребенком (до 480 дней). Родителям можно поочередно использовать отпуск по уходу за ребенком, в соответствии с их желаниями и возможностями. В Норвегии размер пособия также составляет 80% от зарплаты, но период отпуска по уходу за ребенком меньше – до 46 недель.

В Германии пособие на рождение ребенка составляет не более 67% от дохода за предыдущий год суммарно двух родителей, которые они получают в течение 14 месяцев после рождения ребенка (минимальное €300). Предоставляется финансовая помощь от государства при покупке жилья для молодых семей [3].

В Швеции и Финляндии каждой семье доступны программы бесплатного дошкольного образования для детей от 1 года до школьного возраста.

Во многих странах осуществляется пропаганда ценностей семьи, многодетности, образовательных программ воспитания детей через средства массовой информации. В США и Франции политики призывают к многодетности даже в однополых браках, что не безопасно для несовершеннолетних. Пропагандируется улучшение образа материнства, идея совмещения материнства и карьеры.

В результате опроса 150 студентов СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте от 19 до 26 лет, из которых 69% девушки, не состоявшие в браке – 91%, нами было установлено: 48% респондентов желают трех детей в семье, 37% – двух, одного – 10%. Однако для рождаемости детей молодым людям важна финансовая стабильность – 69%, наличие собственного жилья – 12%, образования – 9%, помощь старшего поколения в воспитании детей – 6%, гибкий график работы или возможность работать удаленно – 3%, социальные гарантии (пособия) – 1%. Следовательно, желания по планированию детей не реализуются в виду отсутствия преимущественно финансовой стабильности, что требует увеличения благосостояния российских граждан.

Заключение. Важным направлением демографической политики зарубежных стран является возможность сокращенной работы для родителей, поочередное использование отпуска по уходу за ребенком, льготное кредитование для различных целей. Экономические меры стимулирования рождаемости сочетаются с идеологией семейных ценностей. Зарубежный опыт может быть использован для решения демографических проблем в России, где главным сдерживающим фактором рождаемости является отсутствие финансовой стабильности.

Список литературы

1. Басова А.В. Репродуктивное здоровье – конституционный приоритет обеспечения национальной безопасности России // Российское право: образование, практика, наука. – 2023. – №. 2. – С. 47–57.
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. – 2019. – URL: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/elterngeld> (дата обращения: 14.11.2024).
3. Prêt Social Location-Accession (PSLA). – URL: <https://www.labanquepostale.fr/bailleurs-sociaux/financements/financer-investissements/pret-social-location-accession-psla.html> (дата обращения: 15.11.2024).

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РОССИИ: ЮРИДИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕГРАЦИИ

Куранов М.М., Серебряков Д.С., Шелехова Т.Ю.

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

Введение. Телемедицина является катализатором трансформации здравоохранения, делая медицину доступной независимо от географического положения, и вводя кардинально новый подход в лечении. Однако в России ее интеграция осложнена юридическими недостатками, что снижает доверие граждан и усложняет внедрение технологий в практику [1; 2].

Цель исследования. Выяснить существующие опасения граждан, связанные с телемедициной, их связь с недостатками нормативно-правовой базы.

Материалы и методы исследования. Проведение онлайн-опроса с применением шкалы Лайкерта среди 200 граждан и 100 врачей, отобранных при помощи метода стратифицированной выборки. Проведение анализа литературы и глубинных интервью с некоторыми участницами.

Результаты исследования. Опрос продемонстрировал, что 57% респондентов знают о телемедицине, однако лишь 10,5% действительно воспользовались этими услугами. Это выявляет заметный разрыв между уровнем осведомленности и реальным использованием телемедицинских технологий. Более того, 81,5% участников опроса выражают беспокойство по поводу защиты своей персональной информации. Недостаточные меры кибербезопасности существенно снижают готовность людей обращаться за телемедицинскими услугами. Лишь 45,5% респондентов заявили о намерении воспользоваться телемедициной. Среди основных преград – недоверие к дистанционной диагностике, так как только 31,5% считает ее достоверной. Невзирая на то, что 70% опрошенных уверены, что телемедицина может помочь решить проблемы доступности медицинских услуг, сохраняется высокий уровень скептицизма относительно точности дистанционных диагнозов.

Что касается врачей, то 50% из них пользовались возможностями телемедицины, в то время как 42% никогда их не использовали, даже когда такая возможность была. Это свидетельствует о слабой интеграции телемедицинских технологий в существующую систему здравоохранения. 75% врачей считают, что телемедицина могла бы облегчить их работу, однако только 33% уверены в надежности дистанционных диагнозов, а 34% затруднились с ответом, что подчеркивает недостаточную подготовку медицинского персонала в этой области. В образовательных учреждениях о телемедицине упоминали лишь 17% студентам вузов и ординаторам, а на курсах повышения квалификации – 42%. Этот результат подчеркивает необходимость изменения существующих образовательных программ. Лишь 15% врачей высказали удовлетворенность существующими правовыми нормами, в то время как 42% оказались недовольны. Остальные респонденты либо затруднились с ответом, либо не обладают достаточными знаниями, что подчеркивает необходимость доработки и улучшения нормативной базы в сфере телемедицины.

Выводы. Результаты подтверждают ключевые проблемы телемедицины в России: пробелы законодательства в области защиты персональных данных и требований к медицинским организациям, а также низкий уровень информированности врачей и граждан. Недоверие к безопасности и точности телемедицинских услуг серьезно затрудняет их интеграцию в российскую систему здравоохранения. Для решения проблемы требуются: проведение правовых реформ, внедрение новых образовательных программ и усиление мер кибербезопасности – все это лежит в основе более глобального использования телемедицинских технологий как среди пациентов, так и среди медицинского персонала.

Список литературы

1. Лебедев Г.С., Шепетовская Н.Л., Решетников В.А. Телемедицина и механизмы ее интеграции // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2, №. 2. – С. 21–27.
2. Шадеркин И.А. Барьеры телемедицины и пути их преодоления // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2022. – Т. 8, №. 2. – С. 59.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РОССИИ

Неверова Е.В., Басова А.В.

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

Введение. Посмертные вспомогательные репродуктивные технологии не урегулированы правом в России. В приказе Минздрава РФ от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» установлены основания криоконсервации половых клеток:

а) сохранение фертильности онкобольных перед химио- и лучевой терапией;
б) хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов по желанию пациента, в том числе в случае «отложенного материнства».

С 2022 г. возрос спрос на криоконсервацию сперматозоидов со стороны мужчин как подлежащих воинскому призыву, так и призванных на военную службу в рамках СВО. Ранее за данными услугами в клиники Москвы обращалось 20–25 пациентов в месяц, то сейчас более 10 в день [1].

Уполномоченный по правам человека в Ханты-Мансийском округе Наталья Стребкова предложила создать в России банк репродуктивных биоматериалов для бездетных участников СВО.

Цель исследования. Исследовать правовое регулирование посмертных ВРТ в зарубежных странах, смоделировать развитие законодательства в РФ.

Материалы и методы исследования. Общетеоретические (анализ, синтез), специально-юридические (сравнительно-правовой).

Результаты исследования. Посмертные вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – понятие, включающее в себя забор репродуктивных клеток / тканей, возможность искусственной инсеминации, проведение программ ЭКО, суррогатного материнства после смерти.

В России посмертные ВРТ не урегулированы правом. Если граждане криоконсервировали половые клетки, это не означает, что после их смерти родственники могут воспользоваться ими. Эти технологии широко распространены в США, Великобритании, Австралии, Израиле. Из стран постсоветского пространства – Кыргызстане [2].

Часть 6 ст. 57 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» устанавливает, что использовать половые клетки умерших имеют право: супруг (а), родители, дети, родные братья, сестры. Четкое определение субъектов права на посмертные ВРТ позволяет осуществлять такие технологии беспрепятственно.

В Израиле право на посмертное ЭКО до 2023 г. имели только вдовы военных. Известны случаи удовлетворения судебных исков от матерей погибших. В 2023 г. парламент Израиля одобрил законопроект, представляющий данное право партнерам, не состоящим в браке с умершим, и его родителям. При этом первые могут использовать посмертными ВРТ, даже если умерший не оставил прямых указаний. Родителям можно использовать замороженный биоматериал сыновей, если у них не было девушек или если они не заинтересованы в этом [3]. Законопроект окончательно не принят, но стоит оценить его положительно, так как он значительно расширяет

гарантии для реализации посмертных технологий, с учетом интересов скорбящих родителей и жён.

Посмертные ВРТ в России известны как единичные случаи, когда матери умерших от онкологии сыновей могли воспользоваться суррогатным материнством [4].

Однако ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» к лицам, имеющим право на суррогатное материнство с 2022 г. относят только мужчину и женщину, состоявших в браке, являющихся донорами половых клеток; одинокую женщину – донора собственной яйцеклетки, но не имеющих возможности самостоятельно выносить и родить ребенка, что более не позволяет осуществлять рождение детей родителями умерших граждан [5].

Отсутствие закона, регулирующего посмертное рождение создает правовую неопределенность и потенциальные конфликты в обществе.

Заключение. В России требуется развитие правового регулирования посмертных ВРТ с учетом возможностей репродуктивной медицины, запросов общества на посмертное рождение с помощью ВРТ, правовой защиты интересов будущих детей, решения этических вопросов развития посмертных ВРТ. При отсутствии волеизъявления на посмертное рождение ребенка и желании родственников его осуществить – такая возможность должна быть представлена в исключительных случаях на основе решений этических комитетов. Кроме того, необходимо четко определить перечень субъектов права в законе, которые могут воспользоваться генетическим материалом умерших для ВРТ.

Список литературы

1. Московские клиники фиксируют рекордный спрос на услуги криоконсервации. – 2022. – URL: <https://goo.su/16TZos> (дата обращения: 20.11.2024).
2. Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике: Закон Кыргызской Республики от 12.01.2024 № 14. – 2024. – URL: <https://goo.su/TeKef3> (дата обращения: 20.11.2024).
3. Knesset advances bill to expand use of sperm from fallen soldiers. – 2022. – URL: <https://goo.su/BA3300t> (дата обращения: 20.11.2024).
4. Басова А.В., Комкова Г.Н., Романовский Г.Б. Суррогатное материнство: законодательство и практика применения // Акушерство и гинекология. – 2018. – №. 7. – С. 92–96.
5. Басова А.В. Медицинское право: учебник для вузов. – М.: Юрайт. – 2022. – 310 с.

ПРОБЛЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРАВ И СВОБОД ЧЕЛОВЕКА И ГРАЖДАНИНА ПРИ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Румянцева Е.А., Трушкина К.О., Барашков Г.М.

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

Введение. В Российской Федерации права граждан с психическими заболеваниями и расстройствами поведения регулируются разными отраслями законодательства. Для данной категории граждан существует социальная поддержка и определенные правовые ограничения. Несмотря на действующее законодательство, права граждан с психическими расстройствами продолжают нарушаться. Эти нарушения могут включать дискриминацию, недостаток доступа к медицинской помощи, нарушение прав на труд и образование, а также другие формы несправедливого обращения. Защита своих прав и законных интересов для данной

категории граждан, как правило, весьма затруднительно. Это делает их одной из наиболее уязвимых групп населения.

Цель исследования. Выявить и проанализировать проблемы законодательного регулирования прав и свобод гражданина при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования являлись источники нормативно-правовых актов, регулирующих сферу оказания психиатрической помощи, а также практика судебных решений при возникновении разногласий сторон во время принудительной госпитализации граждан. Были использованы общие методы – обобщение, наблюдение; общенаучные методы – анализ, синтез. А также использовался специальный метод – сравнительно-правовой метод.

Результаты исследования. При рассмотрении случая из судебной практики, мы нашли нарушения Федерального закона от 4 августа 2023 года № 465 «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [1]. В рассмотренном судебном разбирательстве гражданин А. госпитализирован в психиатрический стационар на основании психического заболевания, представляющего опасность как для него самого, так и для окружающих, но гражданин отказывался от лечения в медицинской организации [2]. Комиссия врачей-психиатров подала в суд ходатайство о принудительной госпитализации гражданина А. в психиатрический стационар, так как его лечение вне стационарных условий не представляется возможным. Судебное разбирательство по данному вопросу прошло в отсутствие гражданина А. и его официального попечителя, на нем присутствовали лишь его адвокат и лечащий врач, а также прокурор. Но согласно части второй статьи 7 Федерального закона № 465 представлять права и интересы пациента на судебном слушании должен официальный опекун или сам гражданин. Следовательно, суд был обязан принять меры, чтобы гражданин А. смог присутствовать на собственном судебном разбирательстве. Если психическое состояние гражданина не позволяет присутствовать лично в зале суда, тогда судебное разбирательство проводится в стенах психиатрического стационара, это описано в части 2 статьи 34 Федерального закона № 465. По итогу суда гражданин А. находился в психиатрическом стационаре 29 дней. Через несколько лет решение суда о принудительной госпитализации было отменено, так как доказательств, которые подтверждают обоснованность заключения от врачебной комиссии, не было предоставлено.

Заключение. Таким образом, в результате исследования мы выяснили, что несмотря на усовершенствование политики психиатрической помощи и внесение поправок в законодательстве, все еще имеются случаи, когда граждане были незаконно принудительно госпитализированы в психиатрический диспансер. Анализ судебной практики в области принудительной госпитализации показывает наличие проблем, которые подчеркивают необходимость улучшения законодательства, регулирующего психиатрическую помощь, а также обеспечения прав граждан при ее предоставлении. Защита прав пациентов с психическими заболеваниями требует комплексного подхода, включающего социальные, юридические и медицинские меры. Эти меры могут способствовать созданию более справедливой и поддерживающей среды для пациентов с психическими заболеваниями, помогая им защищать свои права и улучшать качество жизни.

Список литературы

1. О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: Федеральный закон от 4 августа 2023 года № 465 – 2023. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202308040072> (дата обращения: 20.11.2024).
2. Незаконное помещение в психиатрическую больницу на месяц московский суд оценил в 20 тыс. руб. – 2020. – URL: <https://www.advgazeta.ru/novosti> (дата обращения: 19.11.2024)

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В РОССИИ

Селиванова Е.А., Самаркина К.В., Басова А.В.

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

Введение. Основой любого государства являются люди, поскольку именно они его образуют. Семья как социальный институт призван осуществлять воспроизводящую функцию и социализацию новых поколений, поэтому государства проводят семейно-демографическую политику, обеспечивающую устойчивое развитие общества и государства. Для решения демографических проблем государство принимает ряд правовых мер и программ, направленных на поддержку семей, увеличение рождаемости и снижение смертности. Однако в России наблюдается демографический кризис, что требует изучения полноты и эффективности проведения семейно-демографической политики государством.

Цель исследования. Рассмотреть нормативно-правовые акты, обеспечивающие семейно-демографическую политику в России.

Материалы и методы исследования. Нормативно-правовые акты, общетеоретические методы (анализ, синтез, обобщение).

Результаты исследования. Под семейно-демографической политикой государства мы понимаем правовые отношения государства и семьи по поводу решения демографических проблем, связанных с реализацией ее репродуктивной, воспитательной функций и улучшения качества жизни семьи.

Изучив правовое регулирование материальной поддержки семей, имеющих несовершеннолетних детей, можно констатировать, что государство обеспечило широкие гарантии, направленные на обеспечение среднедушевого дохода семьи до среднего в месте ее проживания, установив систему пособий: по беременности и родам; единовременное пособие женщинам, ставшим на учет в женскую консультацию в ранние сроки беременности (до 20 недель); единовременное пособие при рождении ребенка; ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет и другие. При этом материальные меры поддержки разработаны как для генетических детей, так и переданных в семью на воспитание. За усыновление ребенка-инвалида и детей, являющихся братьями и сестрами установлены более высокие размеры единовременных пособий, что стоит оценить положительно, так как государство пытается адресно решить проблемы семьи, на основе принципа справедливости [1; 2].

Отдельно стоит отметить внедрение в 2007 году такой государственной материальной помощи, как материнский капитал, который выплачивался на второго ребенка в семье. В целях увеличения рождаемости в 2020 г. выплату стали выдавать на первого ребенка. Важным фактом является то, что сумма постоянно растет, а материнский капитал, который уже есть, индексируется каждый год. В 2025 г. он будет составлять на первого ребенка – 676 398 рублей, на второго и последующих – 893 835. Использовать его можно только на улучшения социальных условий всей семьи.

Государственная семейно-демографическая политика в России включает в себя доступ граждан к образованию и здравоохранению, меры по улучшению жилищных условий, в том числе ипотечное кредитование молодых семей, развитие системы оказания медицинской помощи гражданам, в том числе родовспоможения.

Вместе с тем, несмотря на широкие социальные гарантии семье, семейно-демографическая политика в России не приводит к увеличению рождаемости. Молодые люди откладывают создание семьи и рождение детей на более поздний срок. В

обществе наблюдается изменение приоритетов (ценности образования, материальной стабильности, собственное жильё), поэтому рождение детей у граждан происходит в более позднем возрасте [3].

Изучив целевые и фактические показатели национального проекта «Демография», где в основных целях было увеличение коэффициента рождаемости на каждую женщину детородного возраста, например, в 2024 г. до 1,7, можно сделать вывод, что с данной задачей государство не справилось, так как фактический коэффициент рождаемости в 2024 г. составил 1,4.

Следовательно, требуется комплексное решение запросов российской молодежи и их ценностное переориентирование на важность создания, развития семьи и преемственности поколений.

Заключение. Семейно-демографическая политика в России находится под пристальным вниманием государства, ежегодно совершенствуется и имеет большую ценность в стабилизации семейных ценностей и решении демографических задач. В ноябре 2024 Правительство РФ поступило к утверждению Стратегии действий по реализации семейной и демографической политики до 2036 г., которая включает меры по стимулированию многодетности. Разделяем данную инициативу, считаем, что государство должно создать такие правовые и социальные преимущества для многодетных семей, которые убедят российское население вывести показатели рождаемости на новый уровень и решить демографический кризис.

Список литературы

1. О государственных пособиях гражданам, имеющим детей: Федеральный закон от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ. – 2024. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=481278> (дата обращения: 21.11.2024).
2. Басова А.В. Медицинское право: учебник для вузов. – М.: Юрайт. – 2022. – 310 с.
3. Басова А.В. Репродуктивное здоровье – конституционный приоритет обеспечения национальной безопасности России // Российское право: образование, практика, наука. – 2023. – №. 2. – С. 47–57.

ВЛИЯНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РОЖДАЕМОСТЬ

Экажева Х. М., Басова А.В.

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

Введение. Вопросы взаимодействия и взаимозависимости демографических, экономических и политических процессов являются актуальными для многих стран, в том числе и России [1]. Как показывает практика современных государств запрет прерывания беременности по желанию женщины не улучшает рождаемость, поэтому страны стали активно развивать экономические стратегии рождаемости [2]. Известно несколько основных «экономических» теорий рождаемости. Так, в 60-х годах 20 века Гэри Беккер предложил тезис, что рождаемость зависит от предпочтений между количеством детей и качеством жизни. Однако в странах наблюдается «демографический казус» – бедные страны имеют высокую рождаемость, а развитые с высокими доходами граждан – низкую. В 2019 г немецкий экономист Матиас Допке предположил, что в странах с высоким уровнем качества жизни можно замедлить падение рождаемости государственной поддержкой материнства [3].

Цель исследования. Установить зависимость уровня рождаемости от экономических факторов, произвести соотношение показателей рождаемости и уровня

жизни граждан, характеризующимся прожиточным минимумом и реальным доходом на душу населения

Материалы и методы исследования. Данные Федеральной службы государственной статистики России за период с 2020 по 2023 г. по рождаемости и качеству жизни граждан, общетеоретические (анализ, синтез), статистический метод.

Результаты исследования. Для сопоставления рождаемости в субъектах Российской Федерации с уровнем жизни граждан, проживающих в них, мы выбрали субъекты РФ, которые занимают 1-е и 6-е места в рейтинге доходов граждан по субъектам РФ – Ямало-Ненецкий автономный округ и Санкт-Петербург, а также в выборку включены субъекты с высокой рождаемостью – Чеченская Республика и Республика Ингушетия, занимающие в рейтинге рождаемости 1 и 6 место среди субъектов РФ.

В Санкт-Петербурге наблюдается рост доходов населения с 2020 по 2024 г., увеличился прожиточный минимум с 11 910 до 14 641 руб., реальные доходы выросли с 99 200 до 104 900 рублей, а рождаемость в этот период постоянно снижалась с 53 350 до 44 300 детей.

В Ямало-Ненецком автономном округе в период с 2020 г. по 2023 г. ежегодно отмечался уверенный рост реальных доходов населения со 100500 до 113000 руб., но прожиточный минимум резко упал в 2021 году по сравнению с 2020 годом (с 16640 рублей до 12702 руб.), а в 2023 он составил 15669 руб. Рождаемость в этот период постоянно увеличивалась в субъекте с 100 500 до 113000 детей.

В Чеченской Республике в исследуемый период отмечается уверенный рост всех показателей: качества жизни и рождаемости. Если в 2020 г. реальный доход на душу населения составлял 102 000 руб., то в 2023 г. – 11 100 руб., а прожиточный минимум увеличился с 23 239 до 30 418 руб. Рождаемость увеличилась с 11 240 до 13 800.

В Ингушетии за рассматриваемый период наблюдалась волнообразная динамика уровня доходов. Если с 2021 г. отмечался рост реальных доходов на душу населения с 99 700 руб. до 106 100 руб. в 2022 г., то в 2023-м они снизились до 99 700 руб. Прожиточный минимум в период 2020–2023 гг. увеличивался с 10 353 до 13 513 руб., но рождаемость в 2022 г. снизилась до 7 902, тогда как в 2021 г. была 8 504, а в 2023 г. она значительно не улучшилась – 7 914.

Заключение. Исследование показало, что прямой зависимости роста качества жизни и рождаемости в субъектах нет, за исключением Чеченской республики. Выявлена нестабильная экономическая ситуация, характеризующаяся тем, что в ЯНАО, Санкт-Петербурге реальные доходы населения падали в исследуемый период, а прожиточный минимум увеличивался, следовательно, у населения потребительская способность падала, граждане меньше могут удовлетворять свои элементарные, культурные, досуговые потребности и меньше могут заботиться о себе, что может сдерживать рождаемость. В Чеченской и Ингушской республиках высокую рождаемость связываем с традиционной ролью женщины в семье, где общепринята многодетность и преемственность поколений. Необходимо усилить социальную рекламу семьи, материнства, отцовства с целью формирования у российских граждан положительной установки многодетности и культуры ответственного отношения к семье.

Список литературы

1. Басова А.В. Репродуктивное здоровье – конституционный приоритет обеспечения национальной безопасности России // Российское право: образование, практика, наука. – 2023. – №. 2. – С. 47–57.
2. Басова А.В., Комкова Г.Н. Медико-правовые проблемы сохранения беременности и искусственного ее прерывания у несовершеннолетних // Ленинградский юридический журнал. – 2018. – №. 3 (53). – С. 9–19.
3. Исследование: уровень рождаемости в тех странах, где женщины активно зарабатывают деньги, вырос. – 2022. – URL: <https://dzen.ru> (дата обращения: 10.12.2024).

РЕЦЕПЦИЯ ИДЕИ ГИППОКРАТА О СЧАСТЬЕ

Кабанова Ю.С., Медведева Е.Н.

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

Введение. Идея счастья в философии и медицине имеет глубокие корни, восходящие к древнегреческим мыслителям. Гиппократ, основатель медицинской науки, рассматривал счастье не только как личное благополучие, но и как результат гармоничного состояния тела и духа.

В свете современных исследований здоровья и благополучия, рецепция идеи Гиппократа о счастье становится особенно актуальной [1].

Цель исследования. Анализ рецепции идеи Гиппократа о счастье и ее влияние на современные философские и медицинские концепции, а также оценка возможных применений этих идей в контексте поддержки психического и физического здоровья.

Материалы и методы исследования. Исследование текстов Гиппократа и комментариев к ним, а также современных научных публикаций по психологии и медицине.

Исследование публикаций и докладов о применении идей Гиппократа в современных лечебных практиках.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что Гиппократ рассматривал счастье как естественное состояние человека, достигаемое через баланс между телесным и душевным здоровьем.

Идея Гиппократа о счастье заключается в том, что важно говорить о здоровье и сосредотачиваться на нём, чтобы привлечь здоровье [2].

Цитата «Если ты не в силах изменить свой образ жизни, то тебе никто и ничто не поможет» принадлежит древнегреческому врачу и философу Гиппократу.

Цитата подчеркивает важность личной ответственности и влияния выбора образа жизни на здоровье человека [2].

Если индивид не желает изменений и не готов взять на себя ответственность за свою жизнь, он не сможет улучшить свой образ жизни, и даже внешняя помощь будет безрезультатной.

Обсуждение болезни может ухудшить состояние, тогда как фокус на здоровье и позитивные разговоры способствуют улучшению самочувствия. Гиппократ считал здоровье связующим звеном со счастьем: если человек не задумывается о здоровье, значит, оно у него есть [3].

Его идеи нашли отражение в современных концепциях психосоматики, подчеркивающих влияние психологического состояния на физическое здоровье.

Счастье также связано с личной ответственностью: если человек не готов к переменам и не несет ответственности за свою жизнь, никакая помощь не будет эффективной.

Результаты показывают, что внедрение принципов Гиппократа в медицинскую практику может повысить уровень удовлетворенности пациентов и улучшить их общее состояние.

Идеи Гиппократа легли в основу современных философских подходов, рассматривающих счастье и благополучие как многогранные феномены [4]. Философы, такие как позитивные психологи, исследуют, как эмоциональное состояние, личные отношения и самореализация влияют на общее чувство счастья.

Современная философия, этика и медицина всё больше признают целостность личности, подчеркивая взаимосвязь психического и физического здоровья, что соответствует принципам Гиппократов [4].

Гиппократ подчеркивал важность взаимосвязи между телом и разумом для достижения здоровья и счастья, и современные исследования в области психосоматики подтверждают, что эмоциональное и психологическое состояние человека влияет на его физическое благополучие.

Подход Гиппократов к лечению, учитывающий физическое, социальное и экологическое состояние пациента, и акцент на профилактике, актуальны и сегодня.

Программы профилактики заболеваний, основанные на изменении образа жизни, включают физическую активность, правильное питание, управление стрессом и обучение методам саморегуляции. Например, ведение дневника питания и активность, предназначенная для улучшения психоэмоционального состояния.

Внедрение идей Гиппократов о счастье в современные подходы к профилактике и лечению заболеваний имеет большой потенциал для повышения эффективности медицинской помощи.

Заключение. Исследование рецепции идеи Гиппократов о счастье показывает, что его подход к взаимосвязи здоровья и счастья актуален и в современном контексте. Его идеи могут служить основой для улучшения качества медицинских услуг и поддержки психического здоровья.

В заключение можно сказать, что рецепция идей Гиппократов о счастье имеет потенциал для внесения значительных изменений в современные практики медицины и психологии.

Список литературы

1. Александрова Д.П. Становление медицинской этики // Учёные записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2015. – №. 4 (48) – С. 68–72.

2. Гранин Р.С. Реф. Ст.: Чюрлёнис Й. Этика «Корпуса Гиппократов»: философские основы современной дискуссии // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 3: Философия: рефер. журнал. – 2022. – №. 4. – С. 79–81.

3. Чюрлёнис Й. Этика «Корпуса Гиппократов»: философские основы современной дискуссии // Acta Baltica Historiae et Philosophiae Scientiarum Baltic Countries. – 2022. – Vol. 10, №. 1. – P. 42–60.

4. Goold G.P. Hippocrates. The Sacred Disease. – Cambridge: Harvard University Press. – 1992. – 416 p.

ФИЛОСОФИЯ ВРАЧЕВАНИЯ

Слепокурова И.И., Лызикова Ю.А.

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

Введение. Философия врачевания представляет собой многогранное направление, исследующее медицинские, этические, культурные и социальные аспекты здоровья. Данная наука рассматривает глубинные вопросы о природе болезни, роли врача и пациента в диаде «врач – пациент».

Цель исследования. Анализ литературных источников, посвященных философии врачевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ статей, находящихся в открытом доступе (ELibrary, Google Scholar и др).

Результаты исследования. Философия и медицина две непохожие, но одновременно взаимосвязанные науки, так как их объединяет один предмет изучения – человек. Врачевание – это искусство слова, познание болезни в диалоге, совместная работа врача с больным в борьбе против недуга [1].

В медицинской профессии существует этический кодекс, под которым понимаются общие правила, регулирующие профессиональное поведение. Они состоят частично из одобренных целей и методов, которые можно найти в Клятве Гиппократа, а частично из более конкретных запретов, которые время от времени устанавливаются организациями. Однако в последнее время, в связи с развитием медицины и изменениями в общественной морали, кодекс претерпевает существенные изменения. Права пациента на участие в выборе лечения, активную позицию в ходе лечения ранее не были значимой частью профессиональной деятельности врача, сейчас же поменялся сам принцип, на котором основаны отношения между врачом и пациентом, который переходит от патерналистской модели к модели сотрудничества [2].

Общение в сфере медицины указывает на необходимость при лечении учитывать, как индивидуальные особенности пациента, так и национально–культурные черты его поведения, психологии, мировосприятия [3]. Врач должен обладать мастерством врачевания, проявляющимся в диалоге. В то же время, во время лечения врач должен соблюдать дистанцию с больным. Также лечащий должен проявлять сочувствие, а также открытым в рамках профессионализма. Врач воздействует на пациентов тремя способами: визуальным (как он выглядит), вокальным (как говорит) и вербальным (что говорит). Вербальный способ обеспечивает лишь 7% восприятия, визуальный – 55%, а вокальный – как ни странно, 38%. То есть врачу следует обратить внимание на свой голос [4].

Ключевую роль в изменении взглядов медицинского сообщества, переходя от редуционистского и позитивистского подходов к более целостному и философскому осмыслению сыграл Мартин Хайдеггер. В своих «Цолликоновских семинарах» он поднимает важные вопросы о психосоматике, различиях между физическим и феноменологическим восприятием тела, а также о единстве психического и соматического аспектов в медицине. Хайдеггер акцентирует внимание на концепции врачевания как процесса исцеления, который, хотя и направлен в первую очередь на психиатров и психотерапевтов, имеет более широкий контекст. Таким образом, для Хайдеггера медицина является не только областью естественных наук, но и важной сферой изучения человеческой природы – прикладной философией антропологии и практической философией. Он утверждает, что «медицина должна стремиться к глубокому пониманию человеческого бытия». Когда исследования сосредотачиваются исключительно на каузально–генетических аспектах, человек оказывается вне фокуса, и теряется вопрос о том, что такое человек.

По мнению Хайдеггера, роль врача в отношениях с пациентом неразрывно связана с заботой. Врач должен заботиться о пациенте, но эта забота должна быть особой. Основная задача врача заключается в том, чтобы лечить человеческую экзистенцию, восстанавливая способность пациента заботиться о себе [5].

Заключение. Таким образом, философия врачевания основывается на гармонии между искусством и наукой. Это процесс, где важно не только знание заболеваний, но и умение взаимодействовать с пациентами. Сочувствие и уважение к эмоциям пациента играют ключевую роль в лечении, так как искусство врачевания не сводится лишь к медицине, но включает в себя эмоциональную поддержку.

Список литературы

1. Восканян А.Г. Клиническая педагогика или философия врачевания // *Фундаментальные исследования*. – 2008. – № 8. – С. 35–44.
2. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter: Project of the ABIM Foundation, ACP – ASIM Foundation, and European Federation of Internal*

Medicine // Annals of Internal Medicine. – 2002. – URL: <https://clck.ru/3FMxX3> (дата обращения: 19.09.2024).

3. Баракат Н.В. Истоки становления понятия «общение» в сфере медицины: междисциплинарное исследование // Альманах современной науки и образования. – 2009. – №. 12–1. – С. 148–151.

4. Лидс Д. Убедительная речь: как привлечь, заинтересовать и воодушевить аудиторию. – М.: Астрель. – 2008. – 351 с.

5. Аверкина Е.И. Гуманитарная парадигма врачевания (открывая «цолликоновские семинары» М. Хайдеггера) // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Философия. – 2015. – №. 2. – С. 195–202.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К ВОПРОСУ: МОЖЕТ ЛИ УЧАСТИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРЕДУПРЕДИТЬ ДЕФИЦИТ КАДРОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Алябьева Е.С., Симонян Р.З.

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

Введение. Выступая на III Национальном конгрессе «Национальное здравоохранение 2024» заместитель министра здравоохранения России Татьяна Владимировна Семенова говорила о том, что снизить отток специалистов и предупредить кадровый дефицит поможет вовлеченность руководителей медицинских организаций в решение проблем медицинского персонала. Руководители государственных медицинских организаций должны интересоваться настроениями среди медицинских работников. Это реально поможет предотвратить уход специалистов, считают в Минздраве.

Цель исследования. Анализ мнения студентов старших курсов медицинских факультетов и ординаторов 1-го и 2-го года обучения может ли участие руководителя медицинской организации в решении проблем медицинских работников предотвратить отток персонала и предупредить дефицит кадров в сфере здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Методом исследования послужил социологический опрос, в котором приняли участие 155 трудоустроенных студентов 3-6 курсов лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов Курского государственного медицинского университета и ординаторов 1 и 2 года обучения по профилю акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология, неврология, офтальмология, судебно-медицинская экспертиза, хирургия. Возрастная категория респондентов – 20–30 лет. Гендерный показатель опрошенных составил: 77,7% женщин и 22,3% мужчин. В ходе создания опроса и обработки результатов анкетирования применялась площадка YandexForms.

Результаты исследования. Первый вопрос анкеты звучал так: «Может ли вовлеченность главврача в решении проблем сотрудников предотвратить отток персонала?». Практически все студенты и ординаторы, принимавшие участие в

анкетировании 140 (90,3%) ответили да, отношение руководителя клиники имеет ключевое значение для сохранения кадров в медицинской организации и только 15 (9,7%) респондентов считают, что отношение руководителя медицинской организации не влияет на решение работников продолжать работать в данном медицинском учреждении. На вопрос: «Как Вы считаете, руководители медучреждений должны интересоваться настроениями среди медперсонала, проводить опросы и решать проблемы сотрудников?», 142 (91,6%) анкетированных ответили, что интерес главного врача к своим работникам поможет снизить отток специалистов и предупредить кадровый дефицит [1; 2].

Далее мы решили выяснить, приходилось ли принявшим участие в опросе, увольняться с работы из-за плохих отношений с непосредственным руководителем. Более половины респондентов 88 (56,8%) ответили, что у них никогда не было серьезных конфликтов с руководителем, у 44 (28,4%) респондентов было желание уволиться, но из-за личных обстоятельств пришлось остаться и 23 (14,8%) ответили, что были вынуждены уволиться.

На вопрос: «Какую продолжительность работы в одной организации без повышения в должности, вы считаете оптимальной для профессионального и карьерного роста?» – 62 (40%) студентов и ординаторов ответили: «1–3 года»; 45 (29%) респондентов считают, что в хорошем и дружном коллективе можно работать всю жизнь, 8 (5,2%) выбрали вариант ответа: «10 лет»; и только 5 (3,2%) респондентов считают, что без карьерного роста можно работать 7–9 лет.

Последний вопрос звучал так: «Как Вы считаете, можно ли решить проблему дефицита кадров в здравоохранении введением обязательной трех- или пятилетней отработки по распределению всех выпускников медицинских вузов, обучавшихся на бюджетной основе, и санкции за невыполнение этого условия?». Более половины, принявших участие в анкетировании 82 (52,9%) считают, что введение обязательной отработки по распределению всех выпускников медицинских вузов, обучавшихся на бюджетной основе, не решит проблему дефицита медицинских кадров. Чуть менее половины респондентов 7 (47,1%) наоборот назвали обязательное распределение специалистов решением проблемы дефицита кадров.

Заключение. Результаты анонимного опроса, в котором приняли участие студенты 3–6-го курсов медицинских факультетов Курского медицинского университета и ординаторы 1-го и 2-го года обучения говорят о том, что вовлеченность руководителей медицинских учреждений в решение проблем медицинского персонала, внимательное отношение руководителя к своим работникам имеет большое значение для сохранения кадров в медицинской организации и позволяет предотвратить профессиональное выгорание и потенциальный отток кадров.

Список литературы

1. Примакова А.В., Симонян Р.З. Проблема кадрового дефицита специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути ее решения // Неделя науки – 2022: сборник материалов Международного молодежного форума, Ставрополь, 28 ноября – 02 декабря 2022 года. – Ставрополь: Ставропол. гос. мед. ун-т. – 2022. – С. 347–348.
2. Сидоров Г.А., Симонян Р.З. Права медицинских работников в сфере трудовых правоотношений: особенности заключения трудового договора с медицинскими работниками // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – №. 3–1. – С. 151–153.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Ананьева О.И., Спирин П.И.

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

Введение. В последние десятилетия психическое здоровье населения приобретает все большую значимость как для отдельных индивидов, так и для общества в целом. По данным Всемирной организации здравоохранения, психические расстройства занимают одно из ведущих мест среди причин утраты работоспособности и преждевременной смертности, что подчеркивает необходимость разработки эффективных систем психиатрической помощи. В условиях быстро меняющегося социально-экономического ландшафта Российской Федерации (РФ), вопросы организации психиатрической помощи населению не перестают оставаться актуальными, поскольку психические заболевания и расстройства поведения в нашей стране внесены в перечень важнейших социально значимых заболеваний. [1; 2].

Цель исследования заключалась в оценке показателей, характеризующих организацию психиатрической помощи населению Саратовской области (СО).

Материалы и методы исследования. Данные Федеральной службы государственной статистики и территориальной службы государственной статистики по СО; статистические данные, полученные из отчетных форм №14 и 30 Пугачевского межрайонного психоневрологического диспансера (ПНД). Применялись статистический и аналитический методы исследования [3; 4].

Результаты исследования. За последние десять лет наблюдается снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения на территории региона на 27%. Параллельно отмечаются положительные тенденции в общей заболеваемости, которая снизилась в СО на 15%. Анализ структуры зарегистрированных психических расстройств в области показал, что 49% из них составляют психические расстройства непсихотического характера. Психозы и состояния слабоумия занимают 29%, в то время как 22% случаев приходится на умственную отсталость. В области расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, наиболее распространены психотические расстройства, связанные с алкоголем (66% случаев), за ними следуют алкогольные психозы и расстройства с синдромом зависимости от наркотических веществ.

Данная работа сфокусирована на изучении организации работы специализированных медицинских организаций, таких как психоневрологические диспансеры, на примере Пугачевского межрайонного ПНД. На начало 2024 г. диспансер обслуживал 78 575 человек. В структуре медицинского персонала в 2023 г. 71% составляли специалисты среднего звена, 20% – врачи и 9% специалисты с немедицинским образованием (медицинские психологи). Распределение врачебных кадров по специальностям следующее: 72% – врачи-психиатры, и по 14% – детские психиатры и психиатры-наркологи. За три года, с 2021-го по 2023-й, зафиксированы положительные тенденции в динамике обеспеченности прикрепленного к Пугачевскому ПНД населения врачами на 4% и средним медперсоналом на 12%. В 2023 г. укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом как по физическим лицам, так и по занятым штатным единицам находилась в диспансере на уровне 100%. Динамика пролеченных в ПНД за год пациентов в последние три года возросла – количество получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях увеличилось на 34%, в стационарных – на 35%. Общее число посещений специалистов,

оказывающих помощь пациентам в амбулаторных условиях, за три года оставалось практически на одном и том же уровне, но необходимо отметить, что число посещений на дому в послепандемийный период значительно выросло.

Заключение. Анализ полученных в ходе исследования данных привел к следующим выводам:

1. В регионе за десятилетний период отмечается снижение показателей первичной и общей заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения.

2. В 2023 г. в регионе в структуре зарегистрированных случаев психических расстройств преобладают психические расстройства не психотического характера, а также расстройства, связанные с употреблением алкоголя.

3. В Пугачевском межрайонном ПНД, оказывающим специализированную медицинскую помощь, за три года увеличилось количество пролеченных пациентов и обеспеченность врачами и средними медработниками. Показатели укомплектованности персоналом по штатным единицам и физическим лицам в 2023 г. находились на высоком уровне. Фиксируется увеличение ряда показателей, характеризующих работу коечного фонда стационара, при этом оборот психиатрических коек снизился.

Список литературы

1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211140024> (дата обращения: 16.06.2025).

2. Кудрявцев, В.С. Психиатрическая помощь на региональном уровне: проблемы и решения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 2. – С. 22–30.

3. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области: [сайт]. – URL: <https://64.rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 10.12.2024).

4. Ежегодные отчеты Пугачевского ПНД за 2021, 2022 и 2023 г. / Пугачевский межрайонный психоневрологический диспансер: [сайт]. – URL: <https://sarprofzdrav.ru/index.php/ct-menu-item-4/napravlenie-deyatelnosti/item/944-guz-pugachevskij-mezhrajonnyj-psikhonevrologicheskij-dispanser> (дата обращения: 10.12.2024).

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В МЕДИЦИНЕ

Ахмедиллов М.М., Азамова С.Р., Долгова Е.М.

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

Введение. Искусственный интеллект большими шагами проникает в различные сферы нашей жизни. Медицина не является исключением. Искусственный интеллект открывает новые границы для медицинской науки, а также улучшает качество обслуживания пациентов. Огромное количество вопросов вызывает внедрение искусственного интеллекта в медицину, и эти вопросы требуют внимательного обсуждения и разработки определенного алгоритма внедрения искусственного интеллекта в медицину [1].

Цель исследования. Определить мнение будущих врачей о внедрении искусственного интеллекта в процесс обследования и лечения пациентов.

Материалы и методы исследования. Для ознакомления с мнением студентов Саратовского ГМУ имени В.И. Разумовского в области знаний об искусственном интеллекте, было проведено социологическое исследование методом анкетирования, с

использованием оригинальной анкеты, размещенной на платформе Google Форма, содержащей 7 вопросов [2].

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 30 студентов медицинского университета всех факультетов и разных курсов. Респондентами являлись учащиеся лечебного (70%), стоматологического (20%) и педиатрического (10%) факультетов. Респондентами были оценены собственные знания и личный опыт в области искусственного интеллекта в медицине.

В ходе анализа проведенного исследования были получены следующие результаты.

На вопрос, «как оценивают свои знания об искусственном интеллекте», студенты ответили, 80% «низкий уровень», 10% «средний уровень», 10% «высокий уровень». Основываясь на данных ответах, можно сказать, что большинство имеет представление об искусственном интеллекте. На вопрос, «как вы относитесь к применению искусственного интеллекта в медицине», 55% студентов ответили «положительно», 35% «нейтрально», 10% дали ответ «отрицательно» – практически половина респондентов готовы к внедрению искусственного интеллекта в медицину. На вопрос, «используете ли вы технологии искусственного интеллекта в медицинской практике», 55% респондентов ответили «да», а 45% ответили «нет». На вопрос, «как вы оцениваете эффективность искусственного интеллекта в диагностике и лечении», 40% ответили «средняя», 35% ответили «высокая», 25% ответили «низкая».

На вопрос, «считаете ли вы, что использование искусственного интеллекта в медицине может представлять угрозу для безопасности пациентов», 45% респондентов ответили «нет», а 55% что «да». На вопрос, «согласны ли вы с тем, что искусственный интеллект может принимать решения, влияющие на здоровье пациентов», 35% ответили «полностью согласен», 30% ответили «скорее согласен», «нейтрально» ответили 20%, 15% ответили «полностью не согласен». На вопрос, «как вы оцениваете актуальность темы искусственного интеллекта в медицине», 77% ответили «актуальная», 18% ответили «средне актуальная», 5% ответили «неактуальная».

Заключение. Исходя из данных ответов, можно сделать вывод, что студенты Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского высоко оценивают перспективы искусственного интеллекта в практике, а также положительно настроены на внедрение его в медицину.

Список литературы

1. Кошечкин К.А., Хохлов А.Л. Этические проблемы внедрения искусственного интеллекта в здравоохранении // Медицинская этика. – 2024. – №. 1. – С. 12–19.
2. Кузьменко Р.И., Ляпунова Н.А., Ляпунов А.А. Искусственный интеллект в здравоохранении и медицине. – М.: Наука. – 1996. – 89 с.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Батыргалиева Л.С., Шишкина Е.А., Кром И.Л., Бочкарева Г.Н.

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

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) является одним из самых распространенных видов рака среди женщин во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, он занимает второе место по смертности от онкологических заболеваний. Однако, помимо клинических аспектов, таких как стадия заболевания и эффективность лечения, важным является анализ качества жизни пациентов. Качество

жизни (КЖ) включает в себя физическое, психологическое и социальное благополучие, что делает его важным аспектом в управлении заболеванием и реабилитации.

Цель исследования. Оценить влияние рака молочной железы на различные аспекты качества жизни пациентов.

Выявить факторы, влияющие на качество жизни. Предложить рекомендации для улучшения качества жизни пациентов с РМЖ.

Материалы и методы исследования. Для исследования отношения пациентов к ситуации онкологического заболевания был проведен опрос среди 100 больных с диагнозом «рак». В исследование были включены пациенты различных возрастных групп и с различными формами заболевания. Опрос состоял из открытых и закрытых вопросов, направленных на выявление восприятия диагноза, уровня стресса, страхов и ожиданий от лечения. Для анализа полученных данных использовались методы качественного анализа, а также статистическая обработка.

Результаты исследования. Результаты опроса показали, что 70% пациентов испытывают значительный стресс сразу после получения диагноза. Однако 45% из них утверждают, что поддержка семьи и медицинских работников помогает справиться с негативными эмоциями. Больные, прошедшие курс химиотерапии, сообщают о сильном страхе перед рецидивом заболевания, что затрудняет их психологическую адаптацию. Примечательно, что пациенты, имеющие позитивное отношение к лечению, чаще достигают лучших результатов в процессе терапии.

Заключение. Анализ качества жизни пациентов с раком молочной железы показывает, что заболевание оказывает значительное влияние на физическое, психологическое и социальное благополучие. Основные выводы исследования:

1. Необходимость комплексного подхода: учитывая многообразие факторов, влияющих на качество жизни, важно применять комплексный подход в лечении и реабилитации пациентов.

2. Поддержка психонкологии: Психологическая поддержка должна быть неотъемлемой частью лечения, так как она может существенно улучшить эмоциональное состояние пациентов.

3. Социальная поддержка: создание групп поддержки и активное вовлечение близких в процесс лечения могут положительно сказаться на качестве жизни.

4. Индивидуальный подход: каждый пациент уникален, и подход к его лечению и реабилитации должен быть индивидуализированным.

В заключение, анализ качества жизни пациентов с раком молочной железы подчеркивает важность не только медицинского лечения, но и комплексного подхода к улучшению их общего состояния и удовлетворенности жизнью. Необходимо продолжать исследования в этой области для разработки эффективных стратегий поддержки и реабилитации пациентов.

Список литературы

1. Иванова Н.С., Петрова М.И. Психологическое сопровождение пациентов с онкологическими заболеваниями. – М.: Медицинская книга. – 2020. – 109 с.

2. Сидоров А.А., Козлова Л.Л. Психологические аспекты восприятия диагноза «рак». – СПб.: Здраво. – 2019. – 28 с.

3 Шарова Е.В., Иванова М.И. Социальные и психологические аспекты качества жизни у пациенток с раком молочной железы // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – С. 12.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ПРИ МОДЕРНИЗАЦИИ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Боечко Е.А.

*Департамент Правительства Российской Федерации, ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России, г. Москва*

Ведение. Мероприятия по обновлению материально-технической базы, включая строительство (реконструкцию) зданий медицинских организаций, способствуют созданию условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи населению в субъектах РФ [1]. Главные врачи должны оценивать потенциальные угрозы и внедрять антирисковые стратегии, способствующие обеспечению безопасной эксплуатации зданий и предотвращению неэффективного расходования бюджетных средств на модернизацию медицинских организаций [2–4].

Цель исследования. Изучить мнение главных врачей по вопросам управления рисками, препятствующими модернизации материально-технической базы.

Материалы и методы исследования. В 2024 г. проводилось анкетирование 115 главных врачей медицинских организаций Московской области (МО) (генеральная совокупность – 477, ошибка выборки не превышает 4,26% на уровне значимости $p < 0,05$), и 89 главных врачей Краснодарского края (КК) (генеральная совокупность – 157, ошибка выборки не превышает 6,84% на уровне значимости $p < 0,05$). Выборка респондентов случайная. Критерии отбора – добровольное согласие на участие в опросе и заполненная анкета с одобрением Этического комитета при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (Заключение от 08.05.2024 № 76/2024). Методы исследования: социологический, опросный, аналитический, описательной статистики. Статистическую обработку производили с использованием лицензированных программ SPSS 22.0.

Результаты исследования. Установлено, что главные врачи в своей практике сталкивались с нарушением сроков подготовки проектно-сметной документации (ПСД) на строительство (реконструкцию) зданий медицинских организаций (44,35% для МО и 39,33% для КК), несоблюдением сроков ввода объектов в эксплуатацию (53,04% для МО и 49,44% для КК), удорожанием строительства из-за выявления не предусмотренных проектом работ или недостатков ПСД (52,17% для МО и 50,56% для КК), в проблемы строительства не вникали 19,13% главных врачей МО и 12,36% КК.

Влияние низкого качества ПСД на задержку получения положительного экспертного заключения и сроков начала строительства отметили 40,87% главных врачей МО и 43,82% КК. Удовлетворены качеством строительных работ в организациях региона 50,43% главных врачей МО и 35,96% КК, не вникали в эту проблему 27,83% главных врачей МО и 28,09% КК.

По мнению 81,74% главных врачей МО и 69,66% КК, уровень доступности и качества медицинской помощи в медицинских организациях после проведения работ по обновлению и укреплению их материально-технической базы повысился, в этой связи снижение количества обращений граждан по поводу недоступности медицинских услуг и небезопасных, некомфортных условий их оказания отметили 65,22% главных врачей МО и 56,18% КК.

Необходимость участия главного врача и его команды в разработке технического задания (ТЗ) на строительство объектов здравоохранения отметило 88,7% главных врачей МО и 23,60% КК, причем 48,70% и 35,96% соответственно считают

необходимым возложение ответственности при разработке ТЗ на главного врача и его команду.

Большинство главных врачей МО (73,04%) и 53,93% КК указали, что в совещаниях по техническим вопросам, мониторинге сроков, качества строительных работ и т.п. должны совместно участвовать: главный врач и его команда, представители органов государственной власти субъектов РФ, специализированная организация.

По мнению 74,78% главных врачей МО и 69,66% КК, повышение уровня знаний и компетенций главного врача и его команды по вопросам планирования и контроля при подготовке и проведении строительства является необходимым условием для эффективного решения задач по модернизации материально-технической базы.

Заключение. Главные врачи осведомлены о рисках, препятствующих эффективному строительству (реконструкции) объектов здравоохранения. Эффективно управлять рисками возможно на основании повышения компетенций главного врача и его команды по вопросам риск-менеджмента при разработке медико-технической документации и строительстве (реконструкции) зданий, а также совершенствования правового регулирования указанных процессов, с целью создания материально-технической базы.

Список литературы

1. Репринцева Е.В. Состояние материально-технической базы амбулаторно-поликлинической сети РФ и экономические аспекты ее формирования // Вестник НГИЭИ. –2020. – Т. 107, №. 4. – С. 96–105.

2. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 29.02.2024. – 2024. – URL: <http://duma.gov.ru/legislative/documents/president/> (дата обращения: 02.12.2024).

3. Боечко Е.А., Шикина И.Б. Применение методологии риск-менеджмента главным врачом при управлении материально-технической базой медицинской организации // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. – Т. 70, №. 3 – С. 5.

4. Боечко Е.А., Шикина И.Б. Опыт использования SWOT-анализа как инструмента повышения эффективности управления медицинской организацией при проведении строительства, реконструкции и капитального ремонта // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. – Т. 70, №. 1. – С. 8.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Воронова А.Д., Морозова А.Я. Сазанова Г.Ю.

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

Введение. Доказательная медицина – это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного [1]. Практика показала, что многие лекарства и другие методы лечения, которые теоретически и в эксперименте были эффективными, на практике оказывались бесполезными. Расхождение между знаниями об эффективных методах терапии, полученными из клинических исследований, и фактическим лечением пациентов в повседневной клинической практике послужило возникновению доказательной медицины. Доказательная медицина предполагает интеграцию индивидуального клинического опыта врача с наилучшими из доступных внешних клинических доказательств, полученных в результате систематических исследований, и ценностями пациента [2].

Цель исследования. Анализ необходимости применения доказательной медицины в клинике внутренних болезней по результатам социологического опроса

обучающихся по программам специалитета и программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились результаты опроса 60 обучающихся студентов СГМУ им. В. И. Разумовского четвертого курса по программам специалитета и 60 человек 1-го и 2-го года обучения по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальной разработанной анкете, в которую были включены общие вопросы, касающиеся возраста, пола, года обучения (для ординаторов); вопросы, которые задавались отдельно студентам и отдельно ординаторам; общие вопросы для студентов четвертого курса и ординаторов 1-го и 2-го года обучения. Применялись методы – аналитический, социологический, статистический анализ (определение экстенсивных показателей).

Результаты исследования. Для того, чтобы проанализировать и оценить актуальность доказательной медицины было разработано два опросника: для студентов и ординаторов. В анкетировании приняли участие две группы по 60 человек: студенты 4 курса и ординаторы 1-го и 2-го годов обучения, из них 65% – обучающиеся 1-го года, 35% 2-го года. Средний возраст анкетировемых – 20–25 лет.

97% ординаторов больше знакомы с практическим применением доказательной медицины и клинических рекомендаций, чем студенты (72% опрошенных студентов), что было ожидаемо, так как ординаторы в большей степени применяли на своей практике результаты клинических исследований и мета-анализов, в отличие от студентов, которые знакомы с принципами доказательной медицины только в теоретическом аспекте. Однако есть вопрос, результаты которого оказались не такими, какими предполагались. В ходе анализа было выявлено, что такой результат можно трактовать таким образом, что 97% студентов, изучая теоретические основы доказательной медицины, несколько лучше понимают связь доказательной медицины и клинических рекомендаций. В то время, как 20% ординаторов, в значительной мере занятые именно практическим применением клинических рекомендаций, несколько упускают эту связь. Так же эту связь могут не осознавать и ординаторы неклинических специальностей (15% от опрошенных ординаторов), для работы которых клинические рекомендации и доказательная медицина не имеют большого значения в практике.

Результат анализа общих вопросов для студентов четвертого курса и ординаторов 1-го и 2-го года обучения показал, что 57% студентов 4-го курса имеют представление о практическом применении доказательной медицины, а следовательно и о применении клинических рекомендаций. Также анализ отдельных вопросов для ординаторов показал, что, хоть практическое применение клинических рекомендаций и не вызывает серьезных проблем, есть некоторые сложности в понимании важности и необходимости применения данных доказательной медицины.

Заключение. Таким образом, результаты анкетирования выявили недостаточный уровень знаний как студентов, так и ординаторов о сущности доказательной медицины, необходимости ее применения в практическом здравоохранении.

Список литературы

1. Шильман В.А. Доказательная медицина. Насколько она доказательна? // Сибирское медицинское обозрение. – 2007. – №. 2. – С. 92–96.
2. Бурлов Н.Н., Хрыков Г.Н., Алексеев С.М. Доказательная медицина сегодня – преимущества и недостатки // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, №. 5. – С. 571–575.

КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ШКОЛЫ

Дубовский А.В., Максимова Е.А.

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

Введение. Здоровье детей – один из главных вопросов в педагогике. Подростковый возраст является более уязвимым в плане общего здоровья из-за сложной учебной программы, большего количества дополнительных занятий и динамичного социума вокруг подростка, поэтому как в научных педагогических исследованиях, так и в практике значительное внимание уделяется здоровьесбережению обучающихся. Чаще всего речь идет о применении здоровьесберегающих технологий в учебном процессе и о создании здоровьесберегающего пространства школы.

Цель исследования. Систематизировать критерии здоровьесберегающей работы с детьми и выделить перспективы развития данной темы.

Материалы и методы исследования. Главным методом исследования стал анализ литературы по проблеме здоровьесберегающих технологий, а также прогностический анализ, направленный на определение перспектив развития здоровьесберегающего пространства школы.

Перечислим основные критерии здоровьесберегающей работы в подростковом возрасте по мнению В.Д. Сонькина. Первый критерий предполагает создание комфортной психологической обстановки, под которой автор понимает формирование в школе положительной среды, содействующей формированию саморегуляции у детей. Второй критерий – соотношение учебной программы с возрастными особенностями ребёнка. Третий критерий требует оптимизации учебной программы, под которой понимается уравнивание учебного и неучебного времени. Четвертый критерий рассчитан на увеличение двигательной активности детей, поскольку физическая культура и спорт способствуют укреплению здоровья и всестороннему развитию личности. Пятый критерий – объединение усилий педагогов, родителей и психологов. Последний критерий связан с профилактикой вредных привычек и популяризацией ЗОЖ [1].

Для оценки эффективности здоровьесберегающей работы с подростками, по мнению К.Б. Илькевич и Т.Г. Илькевич, нужно применять комплексный подход, в который входит мониторинг состояния здоровья, анализ учебной успеваемости, определение уровня тревожности и стресса, а также анализ удовлетворенности учащихся [2].

Результаты исследования. На наш взгляд, перспективы развития здоровья сберегающего пространства в настоящих условиях связаны с постройкой новых спортивных объектов, проведением большего количества мероприятий, связью между подростком, родителем, педагогом и психологом.

Рассмотрим эти условия подробнее. Расширение материально-технической базы и обеспечение доступности школьных спортивных площадок во внеурочное время, модернизация спортивных программ с учетом современных трендов поможет привлечь большее количество детей к занятиям спортом.

Проведение большего количества мероприятий (форумов, соревнований, олимпиады) позволит детям наладить контакт, поделиться опытом и познакомиться с людьми, объединённым общим делом, что поможет больше заинтересовать каждого ребенка.

На наш взгляд в школах плохо развита связь между психологом, подростком и родителем. Часто, посещение школьного психолога заканчивается для ребенка насмешками от одноклассников. Происходит стигматизация – «ходит к психологу – псих». После ребенок стесняется посещения психолога и начинает скрывать свои проблемы. Родители, в погоне за своими целями и успеваемостью ребенка не сильно заинтересованы

в работе с школьным психологом. Поэтому важно укрепить связь психолога, родителя и ребенка. Родитель должен быть более заинтересован в работе с психологом и быть связующим звеном между психологом и ребенком. Групповое посещение школьного психолога с родителем поможет ребенку чувствовать себя более комфортно на занятии с психологом, выявить проблему на ранней стадии и быстрее решить ее, что очень важно в рамках образовательного процесса и психологического здоровья ребенка.

Заключение. На основании изложенного выше мы можем сделать вывод, что здоровьесберегающее пространство школы характеризуется с созданием и поддержанием пространства для гармоничного развития ребенка. Перспективы его развития связаны с созданием более благоприятной среды вокруг ребенка и его здоровья для более гармоничного развития и решения новых задач в педагогике и медицине.

Список литературы

1. Сонькин В.Д., Макарова Л.В., Параничева Т.М. Научно-методическое обеспечение сохранения и укрепления здоровья обучающихся в условиях образовательной организации (обзор литературы). Сообщение 2. Здоровьесберегающие технологии, применяемые в системе образования // Новые исследования. – 2024. – №. 1 (77). – С. 8–30.

2. Илькевич Т.Г., Илькевич К.Б. Здоровьесберегающие технологии в педагогическом образовании: учебное пособие. – Гжель: Изд-во Гжел. гос. ун-та. – 2023. – 189 с.

ChatGPT. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Кайшева М.Н., Калмыкова Б.А., Сазанова Г.Ю.

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

Введение. ChatGPT – это мощная языковая модель искусственного интеллекта, способная генерировать и переводить тексты, писать различные виды креативного контента и информативно отвечать на вопросы. Его возможности расширяют горизонты автоматизации принятия решений в различных областях [1].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ мнений студентов, обучающихся в вузах г. Саратова, касательной влияния ChatGPT на эффективность работы и обучения, а также его потенциальное воздействие на социальные аспекты и когнитивные функции.

Материалы и методы исследования. Исследование основывается на анализе результатов социологического опроса методом анкетирования 234 респондентов (74% женщин, 26% мужчин), проживающих в городе (90%) и районах области (10%). Состав выборочной совокупности: 72% – студенты СГМУ им. В.И. Разумовского и других вузов (28%): 19% из них учатся и совмещают работу, 53% – неработающие студенты; 28% – граждане, работающие в различных организациях. Изучалась осведомленность респондентов о ChatGPT, частота его использования, цели применения, оценка качества информации, влияние на эффективность, когнитивные функции и социальные аспекты.

Результаты исследования. Неработающие студенты и обучающиеся, совмещающие учёбу и работу, демонстрируют значительно более высокую осведомленность о ChatGPT, чем лица работающие. Практически все студенты (94,19% и 92,31% соответственно) знают о существовании ChatGPT, тогда как среди работающих этот показатель существенно ниже (62,86%). Это объясняется более частым использованием ChatGPT в учебных целях. Языковая модель используется достаточно интенсивно. Опрошенные оценивают качество информации преимущественно как хорошее (41; 47 и 40%) или же удовлетворительное (39,68; 35, 29

и 20% соответственно). Хотя многие отмечают, что ChatGPT ускоряет обучение, 31% неработающих студентов, 24% студентов, совмещающих учебу с работой, и 20% работающих респондентов утверждают, что он делает этот процесс более поверхностным и упрощенным. Это важный момент, указывающий на потенциальный недостаток использования ChatGPT – серьезный риск снижения глубины понимания материала. Большинство студентов, как работающих, так и неработающих (48,42% и 35,29% соответственно), а также работающих людей (60%) не считают ChatGPT незаменимым инструментом, в то же время часть респондентов (11,90, 17,65 и 20% соответственно) верит в его способность заменить очное образование. 88,10% неработающих студентов, 82,35% студентов, совмещающих учебу и работу и 80% работающих граждан отрицают возможность рассматриваемой языковой модели заменить очное образование и считают, что он практически не влияет на общение с другими людьми. В том, что риск социальной изоляции, связанный с использованием ChatGPT, низкий, убеждено большинство неработающих и совмещающих студентов (71,43% и 82,35%), а также работающих людей (80%). Неработающие студенты (73,81%), студенты, совмещающие работу и учебу (70,59%), и работающие респонденты (80%) считают, что ChatGPT не повлиял на их возможности самостоятельного решения различных задач. Неработающие студенты, студенты, совмещающие учебу и работу, и работающие лица всегда уверены в своих ответах без помощи ChatGPT; в то же время считают, что ChatGPT может негативно влиять на креативное и критическое мышление (46, 53 и 40%). Достаточно высокий интерес к ChatGPT у неработающих студентов (47,83%); у работающих в различных организациях и студентов, которые совмещают работу и учебу, ниже (33% и 36% соответственно). 61% всех студентов и работающих (52%) поддерживают использование ИИ в разных сферах и считают, что способность ИИ имитировать общение может привести к росту социальной изоляции. Опрошенные считают наиболее актуальными этические проблемы применения ИИ, приватность данных, рост социальной изоляции и автоматизацию рабочих мест.

Заключение. Исследование выявило высокую осведомленность о ChatGPT как среди студентов, так и работающих граждан и интенсивное его использование в учебных и профессиональных целях. Однако респонденты высказали опасения по поводу поверхностного усвоения материала и потенциально негативного влияния на креативность и критическое мышление. ChatGPT рассматривается ими как полезный инструмент, но не как замена традиционных методов обучения и работы. Необходимо дальнейшее исследование влияния ChatGPT на эффективность работы и обучения для разработки стратегий, минимизирующих риски и максимизирующих потенциал ChatGPT в образовании и профессиональной деятельности [2].

Список используемой литературы

1. Султанова Д.А. ChatGPT в контексте образования: как бороться с его разрушительным воздействием // Молодой ученый. – 2023. – №. 36. (483). – С. 18–20.
2. Журавлёв А.Л., Нестик Т.А. Социально-психологические последствия внедрения новых технологий: перспективные направления исследований // Психологический журнал. – 2019. – Т. 40, №. 5. – С. 35–47.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Кислицина А.П., Китавина Н.В.

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

Введение. ВОЗ определяет качество медицинской помощи эффективностью его структурного и технологического компонентов, безопасностью, а также удовлетворённостью населения оказываемой медицинской помощью. Благодаря цифровизации системы здравоохранения, качество медицинской помощи стремительно развивается, принципы ее безопасности контролируются службами Роспотребнадзора [1], а показатели удовлетворённости населения постоянно мониторируются и включаются в годовой отчёт каждой медицинской организации. Вместе с тем последнее время в СМИ участились жалобы населения на неполный осмотр или сбор анамнеза врачом при первом контакте с пациентом, на проблемы по соблюдению сан – эпид режима в медицинской организации [2]. Несмотря на внедрение в медицинскую практику новейших высокотехнологичных методов исследования и лечения, значение полного сбора анамнеза и первичного осмотра врача для постановки правильного диагноза и своевременного назначения лечения больному трудно переоценить [3]. Актуальными остаются вопросы простого физикального осмотра пациента, которым иногда пренебрегают врачи в надежде на сложные аппаратные исследования.

Цель исследования. Оценить удовлетворённость пациентов качеством первого контакта с медицинской организацией.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов использовались результаты анкетирования 120 жителей города Саратова и области, проходивших лечение в 2–х крупных клиниках г. Саратова. Для опроса пациентов была разработана специальная анкета, состоящая из 16 вопросов. Использовались статистический, аналитический, метод соц. опроса, а также специальный сервис Google для обработки анкет и построения диаграмм.

Результаты исследования. Большинство респондентов (95%) составили жители областного центра, 5% пришлось на жителей районных центров и сельской местности. Женщины составили 73%. Основную группу составили пациенты в возрасте от 18 до 40 лет (65%), от 40 до 60 лет – 30%, старше 60 лет – 5 %.

При первом контакте с врачом вопросы о наличии аллергий задавались лишь 65% респондентов. Вакцинопрофилактика сопровождалась предупреждениями о возможных реакциях только у 62,5% опрошенных. О противопоказаниях к вакцинации не знают 24% пациентов. Наружный онкоосмотр, несмотря на важность этого метода диагностики, не проводился почти у 59% пациентов. Спрашивали на приеме у врача или при госпитализации о контакте с инфекционными больными только у половины (51%) респондентов, не спрашивали совсем у 36.

Чистоту помещений в поликлинике оценили положительно 63% респондентов, 30% имели замечания. Отсутствие возможности приобрести в ЛПУ бахилы и маски отметили 49% респондентов. Ежедневную уборку помещений в стационаре отметили только 57% опрошенных, затруднились с ответом 38%. Почти 42% респондентов затруднились ответить, насколько часто менялось постельное белье, 26% ответили, что смена белья проводилась 1 раз в неделю, 22% – чаще, чем один раз в неделю, 10% утверждали, что смена белья проводилась реже, чем 1 раз в неделю. Использование медперсоналом во время манипуляций одноразовых инструментов, а также масок и перчаток, «всегда» отметили более 58% респондентов, «не всегда» – 20%, затруднились с ответом 22% опрошенных. На вопрос «Всегда ли медицинские сестры использовали для каждого больного новые перчатки?» положительно ответили 44% респондентов, затруднились с ответом 29%, отрицательный ответ дали 27% опрошенных.

Считают, что все было чисто при последнем посещении ЛПУ только 42% опрошенных, у 48% были замечания, много замечаний по соблюдению чистоты в ЛПУ было у 10% опрошенных.

Заключение. Результаты исследования подтверждают необходимость комплексного подхода к оценке качества медицинской помощи. Основные причины

жалоб пациентов при первичном обращении в ЛПУ связаны с недостаточным вниманием врача к физикальному осмотру и сбору анамнеза больного, что может привести к необратимым последствиям при лечении. Рекомендуется усилить контроль за соблюдением сан-эпид режима в ЛПУ и вернуть акцент на физикальную диагностику, тщательный сбор анамнеза, усилить разъяснительную работу среди пациентов.

Список литературы

1. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (вместе с «СанПиН 3.3686–21. Санитарные правила и нормы...»): постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 (ред. от 25.05.2022). – 2022. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_377388/ (дата обращения: 12.11.2024).

2. Таут Д.Ф., Иванов И.В., Мендель С.А. Результаты оценки качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – №. 1. – С. 37–41.

3. Мурашко М.А., Иванов И.В., Князюк Н.Ф. Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. – М.: Стандарты и качество. – 2020. – 408 с.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ПАЦИЕНТАМИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Костина Ю.А., Щербаченко Д.Д., Еругина М.В.

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

Введение. В результате активного внедрения интернет-технологий в здравоохранение, каждый пациент может быстро познакомиться с медицинской организации (МО) в сети Интернет. Мы попытались выявить, как, в условиях высокой конкуренции, клиники работают с потребителями медицинских услуг, которые используют дистанционные способы знакомства с частной МО. [1; 2].

Цель исследования. Определить базовый набор информации на интернет-сайтах, являющийся основным при выборе потребителем частной медицинской организации.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование жителей Саратовской области (n=82). Анкета содержит 20 вопросов, включает общую и специальную части, чтобы определить критерии выбора частных МО. Возрастной состав респондентов: до 25 лет – 74,3%, 26-35 – 8,5%, 36-45 – 4,9%, 46-55 – 6,1%, 56-65 лет – 6,1%. Проведен анализ информации официальных сайтов частных МО (n=14) на соответствие их содержания ожиданиям потребителей. Применялись социологический, статистический и аналитический методы.

Результаты исследования. 15,9% респондентов (13 чел.) не обращаются в частные МО из-за отсутствия: проблем со здоровьем (61,5%), финансовой возможности (23%), возможности записаться на прием (7,69%), знаний о существовании частных МО (7,69%). Остальные 84,1% (69 чел.) обращаются в частные МО с частотой: 57,97% раз в год, 28,98% раз в полгода, 5,79% раз в месяц, 1,44% раз в пять лет, 5,79% по необходимости. Наиболее частая причина обращения – острые состояния (47,8%), далее по убыванию: отсутствие возможности посетить государственную МО (31,9%), для проведения профилактического осмотра (15,9%); для регулярного наблюдения по поводу хронического заболевания (4,3%).

При выборе МО 69,6% респондентов ориентируется на: рекомендации знакомых; 68,1% – профессионализм работников клиники; 46,4% – ценовую политику МО, 43,5% – информативность интернет-сайта, и только 11,6% на эстетичность сайта.

Изучают сайты МО при выборе организации 76,8%, не обращаются к ним 11,6%, редко их используют также 11,6%. Наиболее важный критерий выбора МО – отзывы о врачах и работе клиники на сайте – 85,2%. Не менее важно наличие прайс-листа услуг 54% и понятный интерфейс сайта 50,8%. Далее по убыванию: контакты для связи 42,6%, возможность онлайн-записи 39,4%, эстетичное оформление сайта 22,9%, наличие фотографий МО 14,7%.

При лечении хронического заболевания на выбор МО в основном влияет мнение близких людей 58,5%; выберут МО, где принимает известный врач 56,1%, МО с удобным расположением 31,7%; наиболее известную – 29,3%; более бюджетную – 22%, с понятным сайтом – 9,6%.

72% опрошенных читают отзывы о врачах перед записью на приём; 19,5% советуются со знакомыми, и только 8,5% не обращаются к постороннему мнению. Для 63,4% респондентов важен стаж работы врача и/или наличие ученой степени, что говорит о желании пациента знать о квалификации врача.

Был проведен анализ 14 сайтов наиболее востребованных частных МО Саратовской области. Каждый сайт оценивался по 12-ти критериям: наличие отзывов, прайс-листа, информации о врачах, контактной и правовой информации о МО, памяток и информации о подготовке к исследованиям для пациентов, фото клиники, удобный интерфейс, возможность онлайн-записи, эстетичность сайта, акции и скидки, есть ли приложения для скачивания.

На всех сайтах МО есть информация о врачах, прайс-лист, контактная, правовая информация. Кроме того, 93% частных МО имеют варианты записи на прием: контактный телефон, онлайн-запись, что соответствует требованиям пациентов. Также 43% МО имеют приложения, которые позволяют быстрее получать необходимую информацию.

Отзывы о врачах и клинике – одно из главных желаний пациентов, но только 36% МО удовлетворяют этому критерию.

Известно, что акции помогают в привлечении клиентов, 79% МО размещают на сайтах выгодные предложения для пациентов. На 50% сайтов есть памятки о подготовке к исследованиям и сдаче анализов.

Фото клиники есть на сайте только у 36% МО, но это не основной критерий выбора МО.

Интерфейс и эстетичность определяют удобство навигации на сайте, являются одним из важных элементов, по мнению респондентов. 57% изученных нами сайтов соответствуют этому критерию.

Заключение. Население активно использует Интернет-ресурсы для выбора медицинской организации. Важными критериями для пациентов являются: наличие отзывов, прайс-листа, понятный интерфейс.

Сравнительная оценка официальных сайтов клиник, показала, что сайты большинства МО содержат информацию, востребованную пациентами. Высокая конкуренция среди частных клиник и цифровизация сферы здравоохранения стимулирует МО тщательнее подходить к оформлению сайтов для привлечения клиентов.

Список литературы

1. Бакиева М.Ю., Мирякова Н.А. Телемедицина как новый этап цифровизации медицины // Молодой учёный. – 2023. – №. 20 (467). – С. 233–237.
2. Зудин А.Б. Практика применения дистанционного обслуживания пациентов в рамках сервиса телемедицины // Вестник Авиценны. – 2020. – Т. 22, №. 4. – С. 553–557.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

Лошкарева М.О., Китавина Н.В.

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

Введение. Здоровое общество играет важную роль в развитии и укреплении государства. Поэтому профилактика заболеваний, таких как инфекционные болезни, крайне важна. Одним из главных инструментов профилактики является вакцинация. Однако в последнее время растет число отказов от вакцинации даже среди молодежи, что вызывает беспокойство, особенно когда такая тенденция наблюдается среди студентов-медиков [1]. Чтобы справиться с этим, работникам здравоохранения нужно понимать причины отказов, уметь бороться с ними [2]. Значение этой задачи трудно переоценить, т.к. от ее решения зависит общественная безопасность и здоровье нации в целом.

Цель исследования. Оценить отношение студентов вузов к вакцинопрофилактике.

Материалы и методы исследования. Результаты анкетирования 229 студентов из 9 вузов разных регионов страны с помощью специально разработанной анкеты, содержащей 17 вопросов. Применялись статистический, аналитический и метод социального опроса, а также специальная программа для сбора информации и подсчета показателей GOOGLE FORMS.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие студенты вузов Саратова, Санкт – Петербурга, Москвы, Астрахани, среди которых мужчины составили 49%, женщины – 51%. Наиболее активными были студенты 1-го и 2-го курса обучения (25% и 34%) в возрасте от 17 до 20 лет (62,8%). Установлено, что 62,5% опрошенных считают вакцинацию необходимой, против прививок выступают 31,4%, затруднились с ответом 6,1%. Имеют сомнения по поводу вакцинации 58% опрошенных, 39% их не имеют, 3% затруднились с ответом. Большинство респондентов (77,7%) согласны с утверждением, что вакцинация помогает предотвратить распространение инфекций, 27,5% считают, что вакцины могут вызывать заболевания, 26,5% – что вакцины безопасны и эффективны. В то же время каждый четвертый участник опроса считает, что вакцины вызывают долгосрочные побочные эффекты (25,3%). На вопрос об уровне информированности о вакцинации 61,6% респондентов считают свой уровень средним, 29,3% – высоким, 8,2% – низким, 0,9% затруднились с ответом. Надежным источником информации о вакцинации большинство студентов считает мнение лечащего врача (93,4%) и научные статьи по этой теме (93,8%). Только 14,4% доверяют информации в социальных сетях, 8,8% – друзьям и знакомым, т.е. формируют «группу риска», т.к. могут руководствоваться недостоверными источниками информации. Незначительная часть опрошенных (18%) принимали участие в мероприятиях, посвященных вакцинации (лекции, семинары, тренинги), большинство (70%) не участвовали в них, 12% никогда о них не слышали. Чаще всего при выборе темы о вакцинопрофилактике респонденты отдадут предпочтение научным исследованиям о вакцинах (56%), информации о мифах и фактах вакцинации (56%), каждого четвертого интересует история вакцинации, каждого пятого – вопросы этики. Только иногда обсуждали вопросы вакцинации с семьей и друзьями 67% опрошенных, 27% никогда не говорили об этом с близкими, обсуждали часто 5,7%. Вопрос о прохождении вакцинации выявил, что только 26% респондентов проходят вакцинацию в соответствии с календарем профилактических прививок, 67%

прививаются не всегда, 7% не прививаются, т.к. против вакцинации. Полностью поддерживают вакцинацию детей 41,3% опрошенных, категорически против 7,6%, половина аудитории (51,1%) относится нейтрально. Большинство респондентов готовы рекомендовать вакцинацию своим друзьям и близким (72%), не готовы – 28%. Чаще всего причиной отказа людей от вакцинации студенты считают боязнь осложнений после прививок (81,2%) и недостаточную информированность (67,7%), а также сомнения в эффективности вакцинации (41,5%) и негативное влияние СМИ (35,4%). На медотвод, как одну из причин отказа от вакцинации, приходится 13% мнений. Основными факторами, влияющими на решение респондентов пройти вакцинацию, являются рекомендации врачей (66,4%) и личный опыт (44,9%), но часть опрошенных полагаются на мнение друзей и знакомых (27%), а также сообщения СМИ (17%).

Закключение. Несмотря на сомнения, большинство респондентов позитивно относятся к вакцинации, в т.ч. детей, т.к. считают, что вакцинация помогает предотвратить распространение инфекций. Тем не менее, каждый третий участник опроса выступает против вакцинации по причине недостаточной осведомлённости и боязни осложнений, что, в свою очередь, подчеркивает необходимость дальнейшего просвещения и обсуждения проблем предпочтительно с лечащими врачами. В целом участники опроса осознают важность вакцинации, но нуждаются в дополнительных источниках информации для повышения уверенности в своих знаниях.

Список литературы

1. Байбусинова А.Ж., Мусаханова А.К., Шалгумбаева Г.М. Отношение, барьеры и проблемы вакцинопрофилактики в современном мире: обзор литературы // Наука и здравоохранение. – 2016. – №. 3. – С. 123–135.

2. Нарушение календаря вакцинопрофилактики детей: взгляд врачей и родителей на проблему / Т.В. Куличенко, М.Н. Дымшиц, М.А. Лазарева [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2015. – Т. 12, №. 3. – С. 330–334.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ЭНГЕЛЬСА

Ляхова В.Е., Гаджимурадова Б.З., Коваленко Е.В.

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

Введение. По данным ВОЗ, бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний у детей [1]. В России 10% детей и подростков страдают БА [2], что требует организации эффективных профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и улучшение состояния детей, страдающих этим заболеванием.

Цель исследования. Анализ ситуации с заболеваемостью БА в России и Саратовской области (СО) и изучение организации профилактики БА у детей и подростков.

Материалы и методы исследования. Проанализированы статистические данные Минздрава РФ «Заболеваемость детского населения России (0–14 лет)» за 2002–2022 годы и «Заболеваемость детского населения России (15–17 лет)» за 2012–2022 годы [3; 4].

Составлена оригинальная анкета и опрошены родители детей с БА для оценки уровня их информированности о профилактике заболевания.

Результаты исследования. В 2022 году Саратовская область по общей заболеваемости БА у детей от 0–14 лет занимала 40 место, а у подростков от 15–17 лет, занимала 50-е место среди всех регионов.

Проведен сравнительный анализ динамики заболеваемости БА в СО и РФ.

Анализ первичной заболеваемости БА у детей от 0–14 лет показал, что за период с 2004 по 2022 год заболеваемость БА в РФ снизилась на 50,6% и составила в 2022 году 85 случаев на 100 тысяч детского населения. В СО заболеваемость БА снизилась на 53,6% и составила в 2022 году 28 случаев на 100 тысяч детского населения. Весь период региональные показатели были ниже среднероссийских.

При исследовании общей заболеваемости БА детей 0–14 лет за период с 2004 по 2022 выявлено, что в РФ заболеваемость снизилась на 25,6% и составила в 2022 году 851,7 на 100 тысяч детского населения. В Саратовской области показатель снизился на 11,3% и составил в 2022 году 508,9 на 100 тыс. детского населения. Весь период наблюдения региональный показатель был ниже среднероссийского.

Данные о заболеваемости подростков доступны только с 2012 года. Показатель первичной заболеваемости БА и в России, и в Саратовской области за 2012–2022 годы менялся разнонаправлено. Но в целом за данный период вырос в России на 7,2% и составил 161,7 на 100 тысяч детского населения. В регионе показатель вырос в 2,8 раз и составил в 2022 году 158 на 100 тысяч детского населения.

Показатель общей заболеваемости подростков в России за период 2012–2022 годов снизился на 6%. В Саратовской области отмечался рост заболеваемости на 14,2%. Весь период наблюдения региональный показатель был ниже среднероссийского.

В рамках исследования было проведено анкетирование 15 родителей, чьи дети страдают БА и наблюдаются в ГУЗ «Энгельсская городская детская поликлиника». Анализ показал, что большинство родителей осведомлены о таких факторах риска, как аллергены, загрязнение воздуха и стресс, однако регулярная пикфлоуметрия проводится лишь у детей 2 опрошенных. Большинство детей занимались дыхательной гимнастикой. Лишь 40% посещают школу здоровья «Бронхиальная астма», что связано с недостаточной осведомленностью родителей.

Основными темами в школе здоровья «Бронхиальная астма», охватываемыми в школе здоровья, являются методика использования пикфлоуметра и ингаляторов, дыхательная гимнастика, а также оказание неотложной помощи во время приступа удушья.

С учетом результатов исследования, в школе здоровья для родителей проводились беседы с родителями и детьми, направленные на повышение осведомленности о заболеваниях органов дыхания и методах профилактики БА. Был сделан акцент на гипоаллергенной диете, необходимости регулярного контроля состояния дыхательных путей с помощью пикфлоуметрии и важности дыхательной гимнастики. Мы участвовали в обучении методам проведения пикфлоуметрии, и дыхательной гимнастики, обучали пользоваться ингаляторами. Так же были разработаны памятки по проведению дыхательной гимнастики, правильности применения пикфлоуметра и памятка, для часто болеющих детей, по профилактике бронхиальной астмы.

Заключение. Показатели заболеваемости детей и подростков БА в Саратовской области ниже чем среднероссийские, однако выявлена неблагоприятная динамика показателей у подростков. Большинство родителей недостаточно осведомлены о важности профилактических мероприятий и регулярного контроля за состоянием дыхательных путей, о необходимости проведения пикфлоуметрии. Важно развивать работу медицинских учреждений по информированию родителей о заболевании, профилактических мероприятиях, а также активизировать участие детей в школе здоровья.

Список литературы

1. Астма // Информационный бюллетень ВОЗ. – 2024. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/asthma> (дата обращения: 15.12.2024).
2. Бронхиальная астма: Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. – 2021. – 8 с.
3. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) // Статистические данные Минздрава РФ. – 2004–2022. – 29 с.
4. Заболеваемость детского населения России (15–17 лет) // Статистические данные Минздрава РФ. – 2012–2022. – 10 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ВУЗОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ К РОЖДЕНИЮ ПЕРВЕНЦА

Максюшина П.А., Тарасова Д.Д., Доровская А.И.

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

Введение. В современном мире вопрос о мотивации молодежи к созданию семьи и рождению детей стал особенно актуальным. Студенты университетов, которые находятся на переломном этапе формирования своих жизненных ценностей и взглядов, представляют собой интересную демографическую группу для изучения этого аспекта. Мотивация к рождению первого ребёнка может существенно различаться в зависимости от различных факторов, в том числе от учебного заведения, в котором учится студент. В ходе исследования будут изучены как конструктивные, так и деструктивные мотивы к рождению первенца [1]. Результаты этого анализа могут способствовать лучшему пониманию демографических тенденций среди молодежи и разработке программ поддержки семьи в регионе.

Цель исследования. Провести статистическое исследование с помощью анкетирования среди студентов выпускных курсов разных вузов Саратовской области в выборе мотивации к рождению первенца.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ литературы и опрос среди студентов нескольких вузов Саратовской области. Опрос включал вопросы о личных взглядах на семью, финансовых аспектах, образовании, мнении о мерах материальной господдержки и мотивации к рождению первенца.

Результаты исследования. В опросе приняли участие студенты следующих ВУЗов: СГМУ (24,3%), СГТУ (25,7%), СГУ (25,7%), СГЮА (24,3%). Наиболее подходящий возраст для рождения первенца, по мнению студентов всех вузов Саратовской области, является 26–30 лет.

Факторы, наиболее влияющие на рождение первенца, по мнению студентов: СГМУ – финансовая стабильность (94%), здоровье и самочувствие (94%); СГТУ – финансовая стабильность (100%), личные отношения с партнером (94%); СГУ – финансовая стабильность (100%), личные отношения с партнером (83%), СГЮА – финансовая стабильность (100%), личные отношения с партнером (92%).

Наиболее эффективные меры материальной государственной поддержки семей по мнению студентов разных ВУЗов: СГМУ – материнский капитал на 1 ребенка (69%), материнский капитал на 2 ребенка (56%); СГТУ – материнский капитал на 1 ребенка (39%), субсидии на улучшение жилищных условий для молодых семей (39%), единовременная выплата по беременности и родам и ежемесячные – по уходу за ребёнком до 1,5 лет (размер зависит от зарплаты) (39%); СГУ – материнский капитал на

1 ребенка (41%), льготная (семейная) ипотека (41%); СГЮА – материнский капитал на 1 ребенка (62%), льготная (семейная) ипотека (62%).

Сравнивая мнение студентов о влиянии мер материальной государственной поддержки на решение о рождении первенца, лишь студенты СГУ отметили, что меры гос. поддержки окажут существенное влияние на решение о рождении ребенка.

Наиболее влияющие личные мотивы на рождение первенца у студентов ВУЗов Саратовской области: СГМУ – конструктивные мотивы: стремление быть матерью или отцом как результат психофизиологической готовности женщины к материнству и мужчины к отцовству (68%), беременность как выражение обоюдного желания супругов иметь ребенка (68%), но деструктивные мотивы в данном случае преобладают: «быть как все» (75%); СГТУ – конструктивные мотивы: стремление быть матерью или отцом как результат психофизиологической готовности женщины к материнству и мужчины к отцовству (66%), беременность как выражение обоюдного желания супругов иметь ребенка (55%), деструктивные мотивы: «быть как все» (88%); СГУ – конструктивные мотивы: продолжение рода (66%), беременность как выражение обоюдного желания супругов иметь ребенка (75%), деструктивные мотивы – «быть как все» (41%); СГЮА – конструктивные мотивы – стремление быть матерью или отцом как результат психофизиологической готовности женщины к материнству и мужчины к отцовству (50%), беременность как выражение обоюдного желания супругов иметь ребенка (66%), деструктивные мотивы – «быть как все» (50%).

Заключение. Проведенное исследование выявило различия в мотивации студентов разных ВУЗов Саратовской области к рождению первенца. Конструктивные мотивы, такие как стремление к родительству, намерение продолжить семейную линию и стремление создать семью, стали доминирующими темами среди респондентов. Однако также заметно присутствие деструктивных мотивов, таких как давление общества и внешние ожидания, которые могут негативно повлиять на личные решения студентов.

Результаты подчеркивают необходимость более глубокого изучения факторов, влияющих на мотивацию молодежи, в контексте региональной демографической политики. Полученные результаты могут послужить основой для разработки рекомендаций, направленных на поддержку студентов в их стремлении создать семью и завести детей, а также для создания программ, улучшающих условия для семейной жизни среди молодежи.

Список литературы

1. Биктина Н.Н., Соколова Д.У. Особенности мотивации рождения ребенка–первенца у мужчин и женщин // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2017. – Т. 6, №. 1(18). – С. 255–258.

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРХИВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Махметова С.М.¹, Хамидова Л.А.¹, Китавина Н.В.¹, Китавина С.И.¹,
Козлова А.А.².**

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

²*Государственное учреждение здравоохранения «Областной клинический
кардиологический диспансер», г. Саратов*

Введение. В условиях цифровизации системы здравоохранения активно используются различные методики по обеспечению качества оказания медицинской

помощи. Особое значение имеет создание Центрального архива медицинских изображений (далее ЦАМИ), который предназначен не только для хранения медицинских данных, но и своевременного их использования на уровне медицинской организации, обеспечивая доступ врачей к интересующим их данным [1].

Внедрение в каждом регионе ЦАМИ и объединение данных ЛПУ в единую базу становится особенно актуальным в условиях роста объемов медицинских исследований [2; 3]. На территории Саратовской области ЦАМИ активно используется, однако не все ЛПУ подключены к данной системе, что препятствует своевременному обмену информацией.

Цель исследования. Определить значение ЦАМИ в обеспечении качества медицинской помощи населению Саратовской области.

Материалы и методы исследования. Источники информации о работе ЦАМИ. Результаты анкетирования 51 врача рентгенолога г. Саратова и области с помощью специально разработанной анкеты, состоящей из 12 вопросов.

Использовались аналитический, статистический, метод социального опроса, специальная программа Google для оформления анкеты в электронном виде и обработки результатов анкетирования.

Результаты исследования. Обзор информации о работе ЦАМИ показал, что данный архив представляет собой «помещенную на вечное хранение» обширную базу диагностических данных, позволяющую врачам, не покидая своего рабочего места, немедленно, через станцию связи с ЦАМИ, обращаться к необходимым результатам исследований и наблюдать изменения данных по конкретному пациенту в динамике.

Для оценки взаимодействия врачей с ЦАМИ было проведено анкетирование врачей рентгенологов ГУЗ «Областной клинический кардиологический диспансер» г. Саратова, а также участников группы «Излучение Саратов» в социальной сети.

Среди участников опроса 60% респондентов имеют стаж работы по специальности более 5 лет, 35% работают более года, 5% – менее года. Половина опрошенных (51%) имеют опыт работы с системой ЦАМИ более года, 37,3% – несколько лет, 11,7% работают с ней менее года. Ежедневное использование ЦАМИ установлено у большинства респондентов (64,7%), несколько раз в неделю – 21,6%, несколько раз в месяц – 1,9%, редко (11,8%). Практически все врачи (90,2%) оценили интерфейс ЦАМИ как удобный. Больше половины респондентов (56,9%) считают, что работать с функциями ЦАМИ легко, у 39,2% иногда возникали проблемы, 3,9% оценили работу как сложную. Качество изображений ЦАМИ удовлетворительно для 87% респондентов, на основании чего можно заключить, что система отвечает требованиям врачей-рентгенологов. Только 13% опрошенных указали на необходимость оптимизации обработки изображений. К посторонней помощи в работе с ЦАМИ обращаются редко 45,1% опрошенных, никогда – 29,4%, периодически – 25,5%, т.к. нуждаются в дополнительных разъяснениях. О проведении экспертных проверок с использованием данных ЦАМИ знают только 8% респондентов, большинство не знают (62%), 30% опрошенных считают, что такие экспертизы не проводятся. Уверены, что взаимодействие с ЦАМИ повысило качество их работы, 68,6% респондентов, качество не изменилось у 29,4%, 1 человек заявил о его снижении. Более половины респондентов (70,6%) уверены в безопасности работы с системой в плане защиты персональных данных, 25,5% не имеют четкого представления об этом, небольшая группа (3,9%) считает работу небезопасной. Большинство врачей (60%) уверены в соблюдении полной конфиденциальности информации при работе с ЦАМИ, 26,7% сомневаются, 13,3% не уверены. В целом качество работы с ЦАМИ оценили на «отлично» 29,4% опрошенных, «хорошо» – 43,1%, «удовлетворительно» – 23,5%, «плохо» – 4%.

Заключение. Исследование показало, что ЦАМИ играет важную роль в обеспечении качества медицинской помощи населению Саратовской области. Оценка взаимодействия врачей рентгенологов с централизованной системой архивирования медицинских изображений подтвердила высокий уровень функциональности ЦАМИ и

необходимость дальнейшего его развития. Повышение качества обработки изображений ЦАМИ и эффективное сопровождение его работы, завершение подключения всех ЛПУ региона к ЦАМИ и расширение доступа к его данным для практикующих врачей разных специальностей станет важным шагом в повышении эффективности работы системы.

Список литературы.

1. Центральный архив медицинских изображений. – 2020. – URL: <https://elektron.ru/products/it-solutions/tsentralnyy-arkhiv-meditsinskikh-izobrazheniy.php> (дата обращения: 12.11.2024).

2. НАЦПРОЕКТ: более 40 млн рублей выделено на развитие высокотехнологичного сервиса хранения медицинских изображений. – 2021. – URL: <https://zdrav36.ru/novosti/2019-09-12-natsproekt-bolee-40-mln-rublej-vyideleno-na-razvitiye-vyisokotekhnologichnogo-servisa-hraneniya-meditsinskikh-izobrazheniy> (дата обращения: 12.11.2024).

3. Министерство здравоохранения Самарской области. Центральный архив медицинских изображений. – 2024. – URL: https://vk.com/wall-158724912_29293 (дата обращения: 12.11.2024).

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕРЕАЛИЗОВАННОГО ПРАВА НА ИНФОРМАЦИЮ

Миронова Е.С., Обыденнова А.А., Власова М.В., Раздевилова О.П.

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

Введение. В настоящее время среди актуальных вопросов здравоохранения является синдром профессионального выгорания, который встречается у значительного числа людей различных профессий [1]. Недостаток доступа к актуальной и полной информации о правах, обязанностях может существенно усугублять состояние эмоционального истощения и снижать эффективность труда медицинского персонала [2]. Работники, испытывающие синдром эмоционального выгорания, чаще склонны менять работу в поисках более комфортных условий. Это приводит к высокой текучести персонала, что является серьезной проблемой для организаций [3].

Цель исследования. Изучить причины развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских сотрудников, выявить взаимосвязь между профессиональным выгоранием и нарушением права на доступ к информации.

Материалы и методы исследования. В октябре 2024 года мы провели анкетирование среди сотрудников ГУЗ СО Калининская РБ и Энгельсская станция скорой медицинской помощи, направленное на выявление стресса и выгорания среди сотрудников и их причины возникновения. Объектом исследования являются медицинские работники различных специальностей, работающие в больнице (врачи, медсестры, фельдшеры) и сотрудники службы скорой медицинской помощи. Предметом исследования является уровень профессионального выгорания у медицинских работников, факторы, способствующие его развитию и связь между выгоранием и текучкой рабочих кадров. Анкета включала вопросы о демографических характеристиках респондентов (возраст, пол, стаж работы), их профессиональной деятельности (специальность, должность), а также вопросы, направленные на выявление выгорания. В качестве методов исследования были использованы такие теоретические методы как анализ, классификация, формализация, синтез, индукция, дедукция, обобщение.

Результаты исследования. Нами выявлено, что снижения интереса к профессиональной деятельности у респондентов в большинстве (56,5%) не наблюдается, однако 5,5% опрошенных хотят уйти из профессии, 46% уже задумывается над этим. Среди этих людей преимущество составляют молодые специалисты (стаж работы 2–5 лет). Они чаще размышляют о смене профессиональной деятельности по ряду причин: несоответствие ожиданий, мобильность, отсутствие опыта.

Согласно результатам проведенного анкетирования, свыше 50% респондентов указали на отсутствие премиальных выплат. Это свидетельствует о недостаточной стимулирующей активности в отношении трудовой деятельности сотрудников, что приводит к ощущению бессмысленности усилий и способствует развитию профессионального выгорания.

Основными факторами, вызывающими стресс по мнению сотрудников, являются:

1. Работа с тяжелыми пациентами (44,9%). Это основной источник стресса, сильно влияющий на психическое состояние медицинских работников.
2. Конфликтные ситуации (38,4%), возникающие с пациентами и коллегами, способствуют стрессу, подчеркивая значимость здоровой рабочей атмосферы.
3. Высокая рабочая нагрузка (36,4%), недостаток ресурсов (23,2%) и нехватка времени (22,2%) значительно повышают уровень стресса, указывая на недостатки в организации работы и обеспечении ресурсами.

Для снижения уровня стресса необходимо обратить внимание на улучшение условий труда, повышение эффективности управления ресурсами и создание благоприятного психологического климата в коллективе.

У сотрудников, которые являются участниками нашего опроса, существуют личные методы борьбы со стрессом, преимущество среди них составляет общение с семьей/друзьями (68,9%), а за профессиональной помощью к специалистам обращается 4,3%.

Заключение. Подводя итоги всему сказанному ранее, следует констатировать, что проведенное исследование выявило прямую взаимосвязь между нарушениями права на доступ к информации и развитием профессионального выгорания у работников. Информация, предоставляемая работодателем не в полном объеме, приводит к тому, что у сотрудников возникает несоответствие между ожиданием и реальностью, что создает условия для увеличения рабочих нагрузок, усиливает стрессовые факторы, что ведет к профессиональному выгоранию и текучке кадров. Важно отметить, что соблюдение права на информацию способствует созданию благоприятных условий труда, снижает риск выгорания и улучшает общую производительность организации.

Список литературы

1. Самохвалов А., Крылов Н., Вычужанин Д. Синдром эмоционального выгорания у врачей (сколько лет мне осталось?) // Врач. – 2017. – №. 9. – С. 2–5.
2. Старченкова Е.С., Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. – М.: Юрайт. – 2024. – 299 с.
3. Характеристика синдрома эмоционального выгорания, обусловленного профессиональной деятельностью медицинских работников / Е.А. Кудрина, Н.Н. Артемьева, Д.А. Толмачев [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – №. 3 – С. 34–36.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Мутакаева П.Х., Орцухаева Л.Т., Коваленко Е.В.

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

Введение. Забота о здоровье – это поход к врачу не только в случае болезни, но и для профилактики. Многие обращаются к специалисту, когда дело доходит до очевидных симптомов – болит сердце, «тянет» в боку, появилась одышка. Но ведь даже если человек чувствует себя абсолютно здоровым, это не значит, что проблемы нет [1]. Именно поэтому в нашей стране организована диспансеризация. Диспансеризация – это комплекс мероприятий, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы, в первую очередь это онкологический скрининг. Углубленная диспансеризация – представляет собой комплекс мероприятий, который проводится дополнительно к первичному медицинскому осмотру или диспансеризации лицам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, и включает два этапа [2; 3].

Цель исследования. Оценить отношение к диспансеризации врачей и пациентов, выявить положительные и негативные моменты диспансеризации по их мнению.

Материалы и методы исследования. 1) Изучение и анализ научных публикаций, посвященных вопросам диспансеризации в базе eLIBRARY, материалы сайта ФГБУ «НМИЦ ТПМ». 2) Составление анкеты и проведение анонимного опроса врачей и пациентов. 3) Обработка результатов анкетирования статистическими методами, анализ результатов.

Результаты исследования. Мы изучили, что такое диспансеризация, ее цели, этапы. На анкету ответили 119 человек, из которых 42 – врачи (35,3%), остальные 77 человек – пациенты (64,7%) разных возрастных категорий: 40–60 лет (37%), 60+ (24,4%), 26–40 лет (22,6%), 18–25 лет (17%). Среди респондентов было 52,9% женщин и 47,1% мужчин. По данным исследования лишь 81,1% людей проходили диспансеризацию, 12,3% не проходили, а остальная часть – 6,6% выбрали вариант ответа, что пройдут в скором времени.

Врачи и пациенты разделились на две группы: одни (47 человек – 39,5%) находят в диспансеризации только плюсы, не видя в ней минусов. Другие же (72 человека – 60,5%) недовольны качеством данной программы, и перечисляют ряд недостатков: 17,6% считают, что пациенты не желают проходить диспансеризацию, 16,5% – что при диспансеризации слишком много времени тратится на заполнение медицинской документации, 14,1% – отмечают отсутствие должного оборудования, 12,9% – недостаточное кадровое обеспечение, 11,8% – не пояснили причин негативного отношения.

Пациенты выделили следующие недостатки: 21,4% – результаты не выдают на руки; 21,4% – диспансеризация не предусматривает лечения; 19,6% – в поликлиниках большие очереди; 19,6% – на процедуру сложно записаться; 18,8% – входит мало обследований; 17% – система учета пациентов непрозрачна; 16,1% – не пояснили, почему не довольны диспансеризацией. Остались довольны прохождением диспансеризации 31,3% пациентов.

Заключение. Исследование показало, что опрос врачей и пациентов выявил неоднозначное отношение к диспансеризации. Врачи отмечали важность ранней диагностики заболеваний, но указывали на проблемы с организацией процесса, недостаточным финансированием и нехваткой ресурсов. Пациенты, в свою очередь, выражали свои негативные отзывы по поводу очередей в поликлиниках и сложности записи на обследования, отсутствие дополнительного обследования и лечения при выявлении проблем со здоровьем.

Список литературы

1. Гуревич К.Г., Косик Н.В., Никонов Е.Л. Основные проблемы при проведении дополнительной диспансеризации взрослого населения // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. – 2019. – №. 1. – С. 25–33.
2. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 № 64042). – 2021. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388771/ (дата обращения: 12.12.2024).
3. Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины / gnicpm.ru: [сайт]. – 2021. – URL: <https://gnicpm.ru/?s=диспансеризация> (дата обращения: 12.12.2024).
4. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы / Т.В. Яковлева, С.В. Вылегжанин, С.А. Бойцов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №. 1. – С. 13–21.

РАЗВИТИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ: АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Соловьев А.П., Долгова Е.М.

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

Введение. В Российской Федерации медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Главная цель обязательного медицинского страхования (ОМС) – удовлетворение минимально необходимой потребности населения в медицинской помощи за счет дополнительных сумм налогов. Программа добровольного медицинского страхования (ДМС) – это вид страхования, при котором страховщик за определенную плату организует страхователю оказание медицинских услуг в выбранных клиниках при наступлении страхового случая [1]. Отношение граждан к системе ДМС и их пожелания, будут ценной информацией для изучения возможных перспектив развития этой системы.

Цель исследования. Изучив информацию, составить вывод о перспективах развития ДМС в России. Проведение статистического исследования с помощью анкетирования людей, разных возрастных групп, изучения их отношения к добровольному медицинскому страхованию.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ научной литературы по теме страхования в России. Нами составлена оригинальная анкета, в которую входило 11 вопросов, проведен опрос (онлайн анкетирование в программе Google Forms), на тему осведомленности граждан о системе ДМС, а также возможных перспективах развития данного направления.

Методы: аналитический, статистический.

В опросе приняли участие 165 респондентов.

Результаты исследования. Большинство опрошенных, относятся к возрастной группе: 18–21 (71,4%), 22–27 (22,9%) и 46–55 лет (5,7%); женщины – 51,4%, мужчины – 48,6%.

На вопрос: «Достаточно ли услуг, входящих в ОМС?» – 20% опрошиваемых ответили: «Да». На этот же вопрос 54% респондентов ответили: «Достаточно, но хотелось больше» и 26% ответили: «Нет, совсем не хватает».

Хочется отметить, что о системе ДМС знали большинство опрошенных (60%), «Где-то слышали» – 20% и «ни разу не слышали» 20%.

Несмотря на то, что многие опрошенные знают о системе ДМС, лишь 20% пользуются этим видом страхования. Из данной группы людей, имеющих ДМС, большинство выбирают страхование на амбулаторно-поликлиническую помощь (66,7%), затем на скорую медицинскую помощь 33,3%, на экстренную госпитализацию и стоматологию выходит по 25% и наиболее редко встречаемые виды страхования на стационарное обслуживание и на помощь по дому 8,3%.

Затем было необходимо выяснить у респондентов, какую сумму они готовы потратить, на приобретение полиса ДМС, на что 54% респондентов указали сумму от 1 000 до 5 000 рублей; 21% от 5 000 до 15 000 рублей; 14% от 15 000 до 25 000 рублей, и лишь 11% готовы потратить более чем 25 000 рублей.

Оказывают ли влияние на развитие ДМС в России и регионах, несовершенство страхового законодательства и невысокая страховая культура. 51% респондентов ответили: «оказывают прямое влияние», 40% указали: «оказывают, но косвенное влияние», и только 9% считают, что несовершенство страхового законодательства и невысокая страховая культура не оказывает влияние на развитие ДМС в России.

Мнение участников исследования по поводу образованного вакуума в области информации о страховых продуктах и преимуществах страхования, выяснили, что 57% респондентов считают, что именно это сдерживает развитие ДМС, 40% ответили, что малое количество просветительской информации по ДМС оказывает определенное влияние, но незначительно, лишь 3% опрошенных, отметили, что созданный информационный вакуум никак не влияет на развитие ДМС в России.

Готовы софинансировать программу ОМС программой ДМС 33% респондентов, 50% сомневаются в этом, 17% не готовы. Этот показатель дает нам понять, что большинство людей заинтересованы и в теории могли бы рассмотреть данную возможность.

В различии отношении врачей, принимающих по ОМС и ДМС, видят 40% опрошенных, 11,4% уверены, что отношение одинаковое, а практически половина респондентов (48,6%) считают, что все индивидуально и зависит от конкретного врача.

На вопрос: «Какой перечень услуг, по вашему мнению, должен быть включен дополнительно в ДМС?», респонденты ответили за санаторно-курортное лечение (51,4%), за стоматологию – 77,1%, за ведение беременности и помощь в родах 62,9%, за медицинское обслуживание на случай поездок по России и странам СНГ – 60%.

Заключение. В ходе исследования было выяснено, что большинство людей, знают или когда-то слышали о ДМС и готовы пользоваться услугой, если она будет более доступной. Многие находят полезным наличие ДМС и видят в этом много плюсов (обширный список медицинских услуг, скорость и качество их предоставления). Так же, основываясь на изученной литературе, рынок ДМС способен к дальнейшему развитию, при повышении культуры страхования и усовершенствовании страхового законодательства.

Список литературы.

1. Система ДМС В РФ. – 2019. – URL: <https://fbuz-74.ru/about/news/1207/> (дата обращения: 20.12.2024).

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Степовая А.И., Васильев Ю.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Краснодар*

Введение. В 2023 году в России зарегистрировано 557 тыс. болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, по данным Росстата [1]. В 2019 году у 31 тыс. человек впервые диагностировали онкогематологические заболевания, из которых 6% пришлось на детей, при этом из них 54% случаев – первичные острые лейкозы детей [2; 3]. Гематологические заболевания на начальных этапах проявляются субъективной невыраженной симптоматикой: повышенной утомляемостью, слабостью, головокружениями, – что родитель может списать на высокую нагрузку в школе, в кружках или на секциях. Ранняя диагностика увеличивает шансы выздоровления. В частности, к социальным причинам поздней диагностики гемобластозов относят: не обращение к врачу; недоверие к мнению врача; обращение к врачу, но выбор нетрадиционных методов лечения; обращение к врачу, но отказ от лечения [4]. По нормативам за одним врачом-педиатром закрепляется 800 детей и дается 15 минут на прием [5], что говорит о высокой нагрузке, и следствие из этого – снижение эффективности, увеличение числа ошибок (человеческий фактор).

Цель исследования. Изучение статистики по гематологическим заболеваниям в России, проведение анкетирования студентов медицинского и немедицинских университетов, анализ полученных данных, предложение по повышению выявления на начальных стадиях гематологических заболеваний у детей в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В данной работе использованы данные статистики Росстата, статистики и исследований Фонда семьи Тиньковых и фонда «Центра стратегических разработок»; данные, полученные при анкетировании студентов медицинского и немедицинских университетов. В данной работе использованы следующие методы исследования: анкетирование и анализ статистических данных.

Результаты исследования. По результатам анкетирования, в котором участвовали 125 студентов 1–3 курсов разных вузов (медицинского и немедицинских университетов):

1) 16 человек (14%) считают, что не нужно обращаться к врачу при повышенной утомляемости ребенка (7 человек указали, что пройдет самостоятельно, 9 человек указали, что следует дать ребенку витамины);

2) 6 человек не обратятся к врачу при головокружении у ребенка;

3) у 85 человек (68%) не встречались в семье гематологические заболевания и 15 человек (12%) не знает, что такое гематологические заболевания.

Заключение. Для повышения раннего выявления гематологических заболеваний у детей в первичном звене здравоохранения необходимо участковым врачам-педиатрам вести просветительскую деятельность: доводить информацию родителям через беседы или через памятки о важности обращения внимания на раннюю симптоматику гематологических заболеваний. Возобновить деятельность тематических лекторских школ, вовлекая ведущих специалистов, ученых. Это необходимо, так как не все население обращается к врачу при первых симптомах гематологических заболеваний, из-за того, что не знают о ранней симптоматике и могут списать состояние ребенка на перегруженность в школе, а также 12% людей вообще не знают, что такое гематологические заболевания.

Список литературы

1. Заболевания населения по основным классам болезни / Федеральная служба государственной статистики. – 2024. – URL:<https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 06.12.2024).

2. Онкогематологическая помощь взрослому населению в России: социально-экономическое исследование. – 2022. – URL:<https://tinkovfund.org/upload/iblock/0da/1zkpxv1p3x3d65bsog583jahfdnmvxf0.pdf> (дата обращения: 06.12.2024).

3. Центр стратегических разработок. – URL: <https://www.csr.ru/ru/> (дата обращения: 06.12.2024).

4. Сасулева Н.А., Валиев Т.Т. Роль педиатра в успешном лечении гемобластозов у детей. – 2021. – URL: <https://medvedomosti.media/articles/rol-pediatra-v-uspeshnom-lechenii-gemoblastozov-u-detey/?ysclid=m3fqvjw73154956397> (дата обращения: 06.12.2024).

5. Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи: приказ Минздрава России от 16 апреля 2012 г. № 366н // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2012. – URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?searchres=&collection=1&sort=-1&edition=205000001> (дата обращения: 06.12.2024).

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Черняховская Д.В., Булгакова А.С., Бойков В.А.

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

Введение. Повышение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью является одной из значимых задач, стоящих перед любым учреждением системы здравоохранения. Сегодня в условиях поиска новых подходов к повышению качества оказания медицинских услуг, мнения пациентов могут служить одним из критериев в комплексной оценке деятельности медицинской организации. Выявление факторов, снижающих удовлетворенность пациентов, позволяет своевременно принимать корректирующие меры и служит объективным основанием при принятии решений руководством учреждения.

Цель исследования. Провести оценку эффективности мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3 им. Б.И. Альперовича» (далее – ГКБ №3).

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе ГКБ №3. Выявление факторов, снижающих удовлетворенность пациентов медицинской помощью, проводилось по методологии Стандарта Системы Управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью (далее – СТИМУЛ). Идентификация проблем была проведена методом опроса пациентов с использованием онлайн-сервиса YandexForms.

Результаты исследования. При первичной индикации уровня удовлетворенности пациентов в ГКБ №3 участие в опросе принял 551 респондент: 55% от общего числа составили женщины, 45% – мужчины. Более половины респондентов были в возрасте от 31 до 60 лет, меньше всего было опрошено респондентов моложе 30. Уровень удовлетворенности по результатам опроса составил 4,28 балла из 5. Чаще всего пациенты упоминали проблемы доступности медицинской помощи – невозможно записаться, нет талонов и т.д. Реже всего у пациентов возникали проблемы с жалобами и предложениями в адрес медицинской организации, однако проблемы этого блока имели наибольший эмоциональный вес в общей структуре. Эмоциональный вес других блоков проблем оказался примерно одинаковым. На основе проблем, выявленных в ходе опроса, и подтвержденных результатами анализа клиентских путей и объективных данных, был разработан план мероприятий по повышению уровня удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью. Через год после реализации плана была проведена повторная индикация уровня удовлетворенности пациентов. При повторной индикации уровня удовлетворенности, в опросе приняли участие 545 пациентов. Распределение по полу и возрасту осталось прежним. Уровень удовлетворенности

составил 4,5 балла из 5. Проблемы, которые пациенты чаще обозначали в своих ответах, были также связаны с доступностью медицинской помощи. При этом проблемы взаимодействия с организацией в сети Интернет не упоминались пациентами.

Заключение. Таким образом, мероприятия, направленные на повышение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью можно считать эффективными. Уровень удовлетворенности по результатам опроса после реализации мероприятий повысился. Полученные данные будут использованы для разработки, внедрения, а также мониторинга устойчивости изменений.

Список литературы

1. Работа с удовлетворенностью // Медицинская информационная система. – 2023. – URL: <https://mednet.ru/napravleniya/rabota-s-udovletvorennostyu/> (дата обращения: 05.12.2024).

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕНТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ФЛЮОРОЗА)

Биктимирова Р.Р., Щербакова И.В.

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

Введение. В процессе диагностики стоматологических заболеваний проводится анализ множества числовых показателей – как абсолютных, так и долевых, в том числе выраженных в процентах. Сравнение показателей пациента с нормами для данной гендерно-возрастной группы позволяет установить диагноз, дифференцировать его и правильно назначить лечение.

Цель исследования. Проанализировать значение процентных показателей в диагностике стоматологических заболеваний на примере флюороза.

Материалы и методы исследования. Материалы научных статей по теме исследования; методы анализа и синтеза, описания и сравнения, статистический метод, фотометрический метод измерения оптической плотности на длинах волн от 500 нм с построением градуировочного графика в курсе биофизики Института стоматологии Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

Результаты исследования. Диагностика стоматологических заболеваний в значительной степени строится на числовых показателях и статистических расчетах [1]. Рассмотрим проблему флюороза.

Содержание фтора в организме определяет скорость роста здоровых ногтей и волос, протекание различных биохимических процессов, образование костной ткани и формирование зубной эмали [2]. Фтор принимает участие в обменных процессах и способствует профилактике кариеса. Однако избыток фтора может обусловить возникновение такого грозного заболевания, как флюороз, и иных проблем со здоровьем населения.

Для диагностики флюороза важнейшее значение имеет определение числовых показателей, выраженных в процентах. Прежде всего отметим, что содержание фтора в

пищевых продуктах в среднем составляет около 0,01–0,04% [3]. В ряде регионов России содержание фтора в пробах воды превышает допустимые нормы: так, по результатам деятельности отдела санитарного надзора и ТО Управления Роспотребнадзора по Республике Мордовия, за 6 месяцев 2020 г. доля проб воды из водопроводной сети, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, составила 14,8%; в 17,3% обследованных источников воды содержание фтора превышало 0,5 мг/л [3]. В результате статистических расчетов обнаруживаются значимые корреляции между потреблением фтора и состоянием зубов, а также между уровнем фтора в костной ткани и остеопорозом [4].

Процентные показатели важны для установления степени тяжести флюороза: легкую степень, когда цвет эмали остается неизменным; умеренную, при которой распространенность патологии не превышает 25% от всей площади поверхности зуба; среднетяжелую (пятна и полосы покрывают 50% поверхности зуба); тяжелую, характеризующуюся значительной деформацией зуба, сколами и стиранием его эмали (более 50% поверхности зуба поражено) [3].

При увеличении концентрации фтора в воде до 0,00005% развивается флюороз, а при содержании фтора менее 0,00005% возникает кариес [5].

На практике применяются различные методы определения содержания фтора: потенциометрический и фотометрический методы, основанные на измерении оптической плотности в водно-ацетатной среде (длина волны от 500 нм), а также определение массовой концентрации фторидов с построением градуировочного графика. Подобные методы изучаются в курсе биофизики Института стоматологии Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

Заключение. Числовые показатели, выраженные в процентах, имеют ключевое значение для установления диагноза флюороз и играют важную роль в диагностике стоматологических заболеваний. Статистические расчеты позволяют установить корреляцию между потреблением фтора и состоянием зубов, а также между уровнем фтора в костной ткани и остеопорозом.

Список литературы

1. Курьшова В.В., Щербакова И.В. Статистический анализ данных: просто или сложно? (точка зрения студента) // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, №. 11. – С. 1264–1269.
2. Буртовой В.А., Губанов А.В. Фтор и его роль в организме человека // Вопросы стоматологии. – 2010. – №. 3. – С. 45–49.
3. Котляров А.И. Фтор в стоматологии: Применение и безопасность // Стоматологическая практика. – 2015. – №. 4. – С. 22–25.
4. Михайлов А.В. Влияние фтора на зубы и костную ткань // Научные записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета. – 2014. – №. 2. – С. 78–82.
5. Аббосов А.А., Дададжанов Х.Р., Каримов М.Б. Влияние фтора на зубочелюстную систему человека // Молодой ученый. – 2021. – №. 29 (371). – С. 145–147.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРУКСИЗМОМ

Васина Е.А., Шарапова Е.В., Керимова К.М., Вихлянцева К.А.

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

Введение. В наше время бруксизм настоятельно просит дифференцированного подхода медицинских работников разного профиля для диагностики и комплексного лечения.

Большинство отечественных и зарубежных авторов клинически и экспериментально подтверждают ведущую роль психоэмоциональной нагрузки в формировании бруксизма. Впрочем, на нынешний день нет четких исследовательских критериев для выявления осложнений бруксизма, со стороны челюстно-лицевой области. Успех реабилитации больных заключается в тщательной диагностике и комплексной терапии [1–3].

Цель исследования: разобрать эффективность клинических рекомендаций диагностики и лечения больных с бруксизмом, основываясь на приемы и методы психологической коррекции.

Материалы и методы исследования. Были изучены научные статьи и выдержки из литературы. Провели опрос 120 человек в возрасте от 10 до 60 лет в городе Саратове. Были заданы следующие вопросы: Вы скрипите зубами во время сна? Кто-либо слышал, что вы скрипите зубами во время сна? Чувствуете ли вы боль или ощущение усталости в челюсти при пробуждении? Имеется ли у вас головная боль в височных областях при пробуждении?

Результаты исследования. Психопатологические факторы: наследственность, психические заболевания, хронические заболевания, вредные привычки. (Бойкова Е.И., 2014). Результаты опроса показали распространенность бруксизма в Саратове (120 человек): 16% болеют бруксизмом, 84% не отмечают заболевание. Среди больных 25% страдают бруксизмом с детства, 49% отмечают появление бруксизма после стресса, 26% отмечают появление болезни по другим причинам.

Заключение. Фасетки стирания зубов, сколы реставрационного материала, рецессия десны являются признаками функциональной перегрузки и стоматологическими симптомами бруксизма. Выявлена взаимосвязь стресса и бруксизма. Патогенетическая терапия в комплексной реабилитации с бруксизмом эффективна, но болезнь может возобновиться. Распространенность бруксизма среди опрошенных составляет 16% из группы опрошенных 120 человек в возрасте от 10 до 60 лет в городе Саратове.

Список литературы

1. Эффективность занятий групповой психотерапией у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / П.Н. Гелетин, Е.И. Бойкова, Н.В. Гинали [и др.] // Форум практикующих стоматологов. – 2014. – №. 2. – С. 4-8.
2. Параметры функциональной активности мышц у пациентов с бруксизмом по данным электромиографии / Е.И. Бойкова, А.Н. Карелина, Н.В. Гинали [и др.] // Медицина в XXI веке: тенденции и перспективы: сборник статей III Международной научной Интернет-конференции, Казань, 16 апреля 2014 года. – Казань: ИП Синяев Д.Н. – 2014. – С. 18–22.
3. Бруксизм как неврологическая проблема (обзор литературы) / О.Р. Орлова, А.Ю. Алексеева, Л.Р. Мингазова [и др.] // Нервно-мышечные болезни. – 2014. – Т. 8, №. 1. – С. 20–27.

БИНОКУЛЯРЫ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ: ПРАВДА ИЛИ МИФ?

Галевич А.Н., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В., Асланян М.А.

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

Введение. Сегодня бинокляры в стоматологической практике уже не являются новинкой – их использует подавляющее большинство врачей, многие из которых связывают с ними возникновение воспалительных заболеваний глаз.

Цель исследования. Выяснить, что является истинной причиной возникновения заболеваний глаз у врачей, работающих в биноклярах.

Материалы и методы исследования. Был проведен опрос среди стоматологов, цель которого заключалась в определении причинно-следственной связи между биноклярами и заболеваниями конъюнктивы. Лабораторный этап исследования проводился на базе бактериологической лаборатории УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева и был направлен на выявление и идентификацию микроорганизмов.

Результаты исследования. Результаты анкетирования показали, что врачи, работающие в биноклярах, действительно, подчеркивают их влияние на заболевания глаз и часто сталкиваются с таковыми.

Мы провели поиск доказательств данному мнению в литературных источниках, однако не нашли информацию, подтверждающую непосредственную взаимосвязь между биноклярами и болезнями глаз.

В то же время были найдены сведения о том, что бинокляры не входят в перечень стандарта оснащения кабинета ортопедической стоматологии и, соответственно, не имеют определенных правил дезинфекции, согласно приказу Минздрава России от 31.07.2020 №786н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» [1].

Тогда было принято решение провести собственное исследование.

На подготовительном этапе была изучена этиология воспалительных заболеваний глаз: в ее структуре у взрослых ведущее место (до 76%) занимают стафилококки. Около 9% приходится на *S. Aureus* и бактерии рода *Streptococcus*, остальная доля – на другие возбудители, чаще грамотрицательные. Также возникновению конъюнктивитов способствуют *Streptococcus Pneumoniae*, *Moraxella Cataralis* и *Haemophilus Influenza* [2].

Лабораторный этап исследования включал в себя забор смывов с внутренней и наружной поверхностей бинокляров, рук врача до гигиенической обработки, перчаток во время работы, а также кожи вокруг глаз.

После был проведен посев смывов на питательные среды. На среде Чистовича отмечался массивный рост колоний *Staphylococcus Epidermidis*, условно- патогенного микроорганизма, обитающего на коже и не относящегося к возбудителям таких заболеваний как конъюнктивит и гордеолум; на среде Эндо отмечался массивный рост бактерий группы кишечной палочки- был идентифицирован *Enterococcus Faecalis*, условно-патогенный микроорганизм, также не являющийся возбудителем данных заболеваний.

Таким образом, факт использования бинокляров не имеет прямого отношения к возникновению заболеваний глаз, в то время как истинной причиной остается пренебрежение правилами асептики и антисептиками [2].

Во время препарирования ткани зуба, кровь и слюна образуют облако взвеси, которое перемещается по кабинету и оседает на поверхностях оборудования, в том числе, линзах бинокляров врача. Чтобы бинокляры не стали источником контаминации, все съемные и несъемные их части должны подлежать тщательной обработке [2; 3].

Врачу-стоматологу необходимо работать в сопровождении ассистента, в обязанности которого входит обработка вспомогательного оборудования.

Поскольку бинокляры стали неотъемлемой частью стоматологической практики, ассистент обязан обладать знанием правил и кратности их обработки. В связи с этим факт использования вспомогательного оборудования вовсе не исключает, а наоборот подчеркивает необходимость работы в «четыре руки» [3].

Заключение. В заключение можно сделать следующие выводы: бинокляры не являются причиной возникновения заболеваний глаз, однако могут стать источником

контаминации при отсутствии их обработки; в штатное расписание стоматологической клиники должна входить такая структурная единица как ассистент врача- стоматолога; использование оборудования, не входящего в перечень основного оснащения и не имеющего определенных правил дезинфекции, не исключает необходимости проведения его бактерицидной обработки.

Список литературы

1. Абаджян Л.В. Бинокюляры – незаменимые помощники стоматологов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, №. 10. – С. 1228.
2. Кобзева Ю.А., Асланян М.А., Жалолова С.А. Юридические аспекты ведения несовершеннолетних пациентов на стоматологическом приеме на примере клинического случая // Современные проблемы здравоохранения глазами молодых ученых: сборник материалов III Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию юбилею кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правооказания и истории медицины), Саратов, 19–20 декабря 2023 года. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та. – 2023. – С. 52–54.
3. Бабушкин А.Э. К вопросу о клинической диагностике конъюнктивитов // Точка зрения. Восток – Запад. – 2021. – №. 3. – С. 71–74.

КАК НЕ СГОРЕТЬ В ЭНЕРГИИ ЭМОЦИЙ МОЛОДОМУ ВРАЧУ: АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТОМАТОЛОГОВ

Геворкян Ц.Н., Дашдамирова Г.Ф., Артеменко Ю.Н., Аринина Л.В.

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

Введение. Проблема психологического стресса, возникающего в процессе трудовой деятельности врача, приобретает сегодня актуальность в связи с резко возросшим темпом и интенсивностью рабочей активности профессионала, повышенными требованиями к качеству его труда [1]. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) имеет диагностический статус в Международной классификации болезней (МКБ-10) (Z73 – Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью) [2]. Среди внешних условий, влияющих на возникновение психического выгорания у врачей, выделяют следующие: организационный фактор (нечеткая организация и планирование труда, рабочие перегрузки, конфликтность ролей и др.); хронический характер воздействия психоэмоциональных стрессов (эмоциональные и нервные перегрузки, интенсивное общение, психологическая трудность контингента); неблагоприятная психологическая атмосфера (недостаточная социальная поддержка, конфликтность). И хотя с нагрузкой сталкиваются все доктора, именно начинающие специалисты больше подвержены психологическим расстройствам из-за работы во внеурочные часы, больших объемов новой информации, нахождения в подчиненном положении [3; 4].

Цель исследования. Определить сформированность стадий СЭВ среди врачей стоматологов со стажем работы 10–12 лет и выделить его ведущие симптомы.

Материалы и методы исследования. Исследовались количественные показатели выраженности СЭВ у 50 молодых специалистов стоматологического профиля (терапевты, хирурги, ортодонты, ортопеды, челюстно-лицевые хирурги, детские стоматологи) методом В.В. Бойко [5] по результатам анкетирования.

Результаты исследования. У врачей-стоматологов со стажем работы до 10–12 лет преобладает сформированная фаза напряжения в 70,5%, фаза истощения наблюдается в 18,3%, а фаза резистенции, находящаяся в процессе формирования, в

11,8%. При анализе симптомов сформированной первой фазы отмечено, что симптом «переживания» психотравмирующих обстоятельств сложившийся у 34,3%, складывающийся у 32,8% и не сложившийся у 32,9% опрошенных. Симптом неудовлетворенности собой складывающийся у 8,3% и еще не сложившийся у 91,7% врачей. Симптом «загнанности в клетку» не сложившийся у 100% респондентов. Симптом «тревоги и депрессии» сложившийся у 8,3%, складывающийся у 25%, сложившийся у 66,7% опрошенных.

При анализе сформированной фазы истощения симптом «эмоционального дефицита» сложившийся у 24,6%, складывающийся у 34% и сложившийся у 42,1% врачей. «Эмоциональная отстраненность» сложившаяся в 25%, складывающаяся в 33,3%, не сложившаяся у 41,7% опрошенных. Симптом «личностной отстраненности» или деперсонализации сложившийся у 8,4%, складывающийся у 24,5%, не сложившийся у 67,1% докторов. Симптом психосоматических и психовегетативных нарушений сложившийся у 35%, складывающийся у 31,7%, не сложившийся у 33,3%.

Заключение. Ведущую роль в формировании выгорания имеют профессиональные стрессы, присутствующие в трудовой жизни каждого работника, однако наиболее подвержены развитию данного синдрома представители «субъект – субъектных» профессий, в частности, к таким областям деятельности относится медицина [3]. Врач, страдающий от депрессии, представляет для пациента серьезную опасность. Такой специалист воспринимает других людей не как нуждающихся в лечении пациентов, а как источник проблем, что ведет к увеличивает риска профессиональных ошибок [1; 4]. Профилактика СЭВ на уровне врача стоматолога как личности должна проводится ежедневно. Каждый доктор должен проводить регулярно мероприятия, позволяющие ему отвлечься от своей профессиональной деятельности как на эмоционально-нравственном уровне, так и на уровне физического здоровья. Предотвращение СЭВ врачей стоматологов является залогом качественной работы, оказываемой пациентам [1].

Список литературы

1. Бодров В.А. Современные представления о чувстве усталости в профессиональной деятельности // Психологический журнал. – 2012. – Т. 33, № 2. – С. 23–34.
2. Пряжников Н.С., Ожогова Е.Г. Эмоциональное выгорание и личностные деформации в психолого-педагогической деятельности // Вестник Московского университета. – 2014. – № 4. – С. 33–43.
3. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // Вестник ТГУ. – 2013. – Т. 18, № 4. – С. 1337–1341.
4. Савельева Л.А., Кашапов М.М. Особенности синдрома эмоционального выгорания у ординаторов на последипломном этапе образования // Известия Иркутского государственного университета. – 2019. – Т. 29. – С. 69–78.
5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Филинь. – 1996. – 472 с.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ КАК ВАЖНЕЙШИЙ АСПЕКТ СОХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Гонезук А.К., Буталий С.В.

*Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Краснодарский краевой базовый медицинский колледж»
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Введение. Кариез зубов – это распространенное заболевание полости рта, которое вызывается деминерализацией твердых тканей зуба под воздействием

кислотных продуктов обмена, выделяемых бактериями из пищевых остатков. Кариес может привести к образованию налета на зубах, чувствительности, боли и другим проблемам [1]. Поэтому очень важно принимать меры для предотвращения кариеса и поддержания здоровья полости рта.

Цель исследования. Формирование и закрепление знаний, умений и навыков, направленных на сохранение здоровья и профилактику заболеваний полости рта у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Теоретическое и практическое обучение детей правильному уходу за полостью рта.

Результаты исследования. Кариес у детей является распространенной проблемой здоровья полости рта. Он может развиваться в любом возрасте, начиная с появления первых зубов. Неправильное питание, недостаточная гигиена полости рта и отсутствие профилактического стоматологического ухода могут способствовать развитию кариеса у детей [2].

Основные способы предотвращения кариеса зубов включают следующие меры [3]:

1. Регулярно чистить зубы. Рекомендуется чистить зубы два раза в день с использованием мягкой зубной щетки и фторсодержащей пасты.

2. Правильное питание. Ограничение потребления сладких и кислых продуктов может снизить риск развития кариеса. Регулярное потребление пищи, богатой кальцием, способствует укреплению зубов.

3. Регулярные визиты к стоматологу. Рекомендуется посещение стоматолога для профилактического осмотра и профессиональной гигиены полости рта не реже двух раз в год.

4. Применение фторидных препаратов. Фторид помогает укрепить эмаль зуба, снижая чувствительность кариеса.

Проблема сохранения здоровья зубов не может быть решена без целенаправленного и своевременного формирования привычки поддержания в здоровом состоянии зубов и десен, в связи с чем, необходима ежедневная гигиена ротовой полости. Ребенок не может самостоятельно научиться правильно ухаживать за своими зубами, в этом ему должны помогать родители, работники детских садов, стоматологи-гигиенисты [2].

Была создана группа из 10 учеников младшего школьного возраста. Далее посетили врача-стоматолога для первичного осмотра полости рта. Стоматолог определил уровень гигиены полости рта по Федорову-Володкиной. Индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной предусматривает определение уровня загрязненности зубов налетом. Диагностика предполагает высушивание эмали и нанесение калиево-йодового раствора на внешнюю поверхность нижних фронтальных зубов [4]. Индекс определяется интенсивностью окрашивания:

- 1,1–1,5 – хороший;
- 1,6–2 – удовлетворительное;
- 2,1 – 2,5 – неудовлетворительное;
- 2,6–3,4 – плохое;
- менее 3,5 – очень плохое.

Осмотр полости рта показал следующие уровни гигиены полости рта:

- хороший (0 чел.) не было ни у одного ребенка;
- удовлетворительный (3 чел.);
- неудовлетворительный (5 чел.);
- плохой (2 чел.);
- очень плохой (0 чел.) не было ни у одного ребенка.

То есть, средний показатель качества гигиены полости рта у детей составил 2,3 балла (неудовлетворительный). А опрос свидетельствовал о низком уровне осведомленности о правилах ухода за полостью рта.

На следующем этапе мы провели обучающие лекции и практическое занятие, посвященное правилам гигиены полости рта. В ходе которого дети демонстрировали готовность следовать предложенному алгоритму чистки зубов, с удовольствием показывая нам то, чему научились.

У детей был временной отрезок в 1 месяц для того, чтобы чистить зубы, придерживаясь полученных навыков и рекомендаций.

Через месяц провели повторный осмотр у врача-стоматолога. Результаты были таковы:

- хороший уровень гигиены полости рта (6 чел.);
- удовлетворительный (3 чел.);
- неудовлетворительный (1 чел.);
- плохой и очень плохой (0 чел.).

Заключение. Сравнительный анализ уровня гигиены полости рта до и после реализации проведения мероприятия показал, что если до начала обучения средний уровень гигиены полости рта составлял 2,3 балла и оценивался как «неудовлетворительный», то после обучения, он составил – 1,2 балла, то есть «хороший». Таким образом, уровень гигиены полости рта повысился на 1,1 балла.

Это говорит о значительном улучшении уровня гигиены полости рта среди детей младшего школьного возраста, участвовавших в реализации проекта. Таким образом, можно утверждать об эффективности мероприятий нашего исследования.

Список литературы

1. Боровский Е.В. Кариес зубов. – М.: Изд-во Мос. мед. стомат. ин-та. – 1983. – 43 с.
2. Безруков В.М. Справочник по стоматологии. – М.: Медицина. – 1988. – 656 с.
3. Шаковец Н.В., Ковальчук Н.В. Кариес зубов у детей раннего возраста. – Минск: Изд-во Башкир. Гос. мед. ун-та. – 2011. – 44 с.
4. Элестом. Индекс Федорова – Володкиной. – 2020. – URL: <https://elestom.ru/handbook/science/indeks-fedorova-volodkinoy/> (дата обращения: 26.11.2024).

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ

Кудинова М.А., Мусатов В.Ю.

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

Введение. Значительное количество физических факторов играют большую роль в стоматологии. К их числу относится температура. Этот термин знаком нам с детства, и многие из нас сталкивались с неприятными ощущениями от мороженого или от горячего чая, при дыхании холодным воздухом на улице в связи с повышенной чувствительностью эмали зубов.

Цель исследования. Исследовать механизмы повышения чувствительности зубов при температурных изменениях; проанализировать современные методы диагностики и лечения, направленные на снижение болевой реакции зубных тканей при воздействии температурных раздражителей.

Материалы и методы исследования. Материалы собственных наблюдений,

литературные данные. Экспериментальный метод термоальгометрии в интервале 5–55 °С, статистический метод.

Результаты исследования. Согласно эпидемиологическим исследованиям, гиперестезией зубов страдает до 57% населения во всем мире; при этом в 89–92% случаев жалобы на гиперестезию зубов встречаются при некариозных поражениях зубов, в 72–98% случаев – при заболеваниях пародонта, сопутствующая патология выявлена в 69,1% случаев; в свою очередь, повышенная чувствительность является одним из первых симптомов стираемости зубов и отмечается в 90% случаев [1]. На клиническую выраженность чувствительности зубов влияет степень выраженности изменений минерального состава смешанной слюны, содержание неорганического фосфата и кальция в слюне пациентов, уровень деминерализации поверхностного слоя эмали [2]. Частота развития данного симптома определяется наличием общесоматических патологий, профессиональной вредности, сочетанием факторов общего характера (таких, как гипофункция щитовидной железы, патология желудочно-кишечного тракта и т.д.) и местных факторов (в частности, чрезмерное употребление цитрусовых и газированных напитков). Гиперестезия наблюдается при ряде некариозных поражений (например, при клиновидном дефекте, эрозиях, патологической стираемости), при кариесе и заболеваниях пародонта.

В результате проведения термических тестов на зубах с использованием температурных раздражителей в интервале 5–55 °С установлено, что интактный зуб со здоровой пульпой болезненно реагирует на температуру ниже 5 и выше 55 °С, в зубе с кариесом боль возникает от температурного раздражителя ниже 20 °С. Особую чувствительность зубы имеют к холодному: температура 10 °С инициирует зубную боль, а хронический пульпит обуславливает боль от горячего. Также возможна чувствительность к горячему и боль распирающего характера у зубов с гангреной пульпы и периодонтитом. При пульпите воздействие холодного и горячего вызывает длительную боль, в то время как при верхушечном периодонтите отсутствует реакция зуба на температурные раздражители [3]. Холодовой тест не дает результата при проведении на зубе с массивной композитной пломбой, металлокерамической, циркониевой коронкой или с коронкой CEREC [4]. Основными причинами гиперестезии являются износ эмали из-за агрессивной чистки зубов и после отбеливания, эрозии эмали при гастроэзофагеальном рефлюксе, воспалительные и дистрофические патологии пародонта [5].

Заключение. Физические факторы оказывают большое влияние на здоровье зубов. Гиперестезия обусловлена температурным воздействием; факторы абразивности при чистке зубов могут приводить к повреждению эмали, оголению дентина и рецессии десен, что способствует развитию гиперестезии. Современных цифровые технологии приходят на помощь в определении реакции зубных тканей на температурные изменения.

Список литературы

1. Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и методов лечения повышенной чувствительности твердых тканей зубов / И.А. Беленова, Е.И. Зяблова, О.А. Кудрявцев [и др.] // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2019. – Т. 42, №. 2. – С. 208–214.
2. Леонтьев В.К. Минерализующая функция слюны и ее особенности. – 2022. – URL: <https://dentalcommunity.ru/articles/3008> (дата обращения: 10.11.2024).
3. Эндодонтия: учебно-методическое пособие / А.А. Адамчик, И.О. Камышникова, В.В. Зорина [и др.] // Краснодар: Изд-во Кубан. гос. мед. уни-та. – 2017. – 62 с.
4. Зачем стоматолог охлаждает зуб. – 2022. – URL: <https://kano.by/blog/interesnoe/zachem-stomatolog-oxlazhdaet-zub> (дата обращения: 24.10.2024).

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ GBT-ПРОТОКОЛА

Мангутова А.Ф., Островская Л.Ю.

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

Введение. В последние десятилетия наблюдается значительное увеличение интереса к вопросам здоровья полости рта и его влияния на общее состояние организма. Воспалительные заболевания пародонта, такие как гингивит и пародонтит, становятся все более распространенными, что вызывает необходимость в разработке эффективных методов их лечения и профилактики. Эти заболевания не только приводят к потере зубов и ухудшению качества жизни, но и могут быть связаны с рядом системных заболеваний, таких как диабет, сердечно-сосудистые заболевания и респираторные инфекции. В связи с этим, актуальность темы лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта с использованием GBT (Guided Biofilm Therapy) протокола становится особенно очевидной. GBT представляет собой современный подход к лечению заболеваний пародонта, который акцентирует внимание на управлении биопленкой, являющейся основным фактором, способствующим развитию воспалительных процессов в пародонте.

Цель исследования. Выяснить, как влияет GBT-протокол на пародонт и биопленку.

Материалы и методы исследования. Были изучены литературные источники баз данных eLibrary, CyberLeninka с использованием ключевых слов: протокол GBT, заболевания пародонта.

Результаты исследования. Воспалительные заболевания пародонта, такие как гингивит и пародонтит, имеют сложную этиологию и патогенез, состоящий из взаимодействия различных микроорганизмов, иммунных реакций и местных факторов. Гингивит представляет собой воспаление десен, вызываемое, в первую очередь, микробной биопленкой, которая образуется на зубах. Острое состояние сопровождается отеком, болезненностью и кровоточивостью десен, в то время как хронический гингивит ассоциируется с длительным воздействием патогенной флоры, включая микробные токсины и ферменты, которые приводят к повреждению тканей [1]. Пародонтит, являющийся более серьезной стадией заболевания, характеризуется воспалением, охватывающим не только десну, но и подлежащие структуры пародонта, включая костные ткани. В здоровом состоянии в зубодесневой борозде преобладают кокки, такие как *Streptococcus sanguis*. Однако при гингивите наблюдается увеличение количества микробов с переходом к грамотрицательной флоре, где возрастает доля палочковидных бактерий и фузобактерий. Применение протокола GBT основывается на четких и научно обоснованных этапах, которые позволяют эффективно удалить биопленку, что крайне важно для профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта. Первым шагом является диагностика состояния полости рта. На этом этапе используется специальная индикаторная краска, позволяющая визуализировать биопленку на поверхности зубов. Данная процедура помогает стоматологу определить участки, требующие особого внимания и дальнейшего лечения [2].

После диагностики проводится удаление биопленки. Это осуществляется с помощью аппарата EMS AIRFLOW Prophylaxis Master, который применяет воздух, воду и специальные гранулы для бережного очищения зубов. Следующий этап включает чистку инструментами, обычно используя ультразвуковые скейлеры для более глубокого очищения зубов и десен. Обучение пациента – важный элемент GBT. Это значительно увеличивает шансы пациента самостоятельно поддерживать здоровье зубов и десен. Традиционные методы лечения, как правило, акцентируют внимание на механическом вмешательстве. Исследования показали, что применение GBT позволяет значительно повысить качество лечения воспалительных заболеваний пародонта. Эффективность GBT в снижении глубины пародонтальных карманов была подтверждена в рандомизированных контролируемых испытаниях [3].

Заключение. В заключение данной работы можно подвести итоги, касающиеся важности и актуальности применения протокола GBT в лечении и профилактике воспалительных заболеваний пародонта. В последние годы наблюдается рост интереса к методам, которые не только направлены на устранение симптомов заболеваний, но и учитывают комплексный подход к поддержанию здоровья полости рта. GBT, как современная методика, отвечает этим требованиям, предлагая инновационные решения для борьбы с биопленкой и воспалительными процессами в пародонте. Использование GBT позволяет не только более эффективно очищать зубы и десны от налета, но и минимизировать травматичность процедур, что особенно важно для пациентов с повышенной чувствительностью.

Список литературы

1. Профессиональная терапия полости рта по швейцарскому протоколу GBT (Guided Biofilm Therapy). – 2024. – URL: <https://www.prezidentprestizh.com/blog/professionalnaja-terapija-polosti-rta-po-shveicarskomu-protokolu-gbt-guided-biofilm-therapy.html> (дата обращения: 12.07.2024).
2. Guided Biofilm Therapy. – 2020. – URL: clck.ru/3Fe4Ye (дата обращения: 03.07.2024).
3. Гигиена полости рта по протоколу GBT – эффективное управление биопленкой. – 2022. – URL: <https://implantmaster.ru/gigiena-polosti-rta-gbt/> (дата обращения: 01.07.2024).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА, ВЛИЯЮЩИЙ НА БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО

Прошкина С.Е., Ермакова О.В.

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

Введение. Развитие цифровых технологий оказывает большое влияние на отрасли здравоохранения, включая стоматологию [1]. Концепция бережливого производства, становится особенно актуальной. Использование стоматологических программ позволяет оптимизировать рабочие процессы, сократить время ожидания, уменьшить потери, повысить уровень удовлетворенности пациентов [1; 2].

Цель исследования. Исследование роли ПО (программного обеспечения) в оптимизации стоматологического приема с точки зрения внедрения принципов бережливого производства.

Материалы и методы исследования. Было разработано и проведено анкетирование среди сотрудников стоматологических клиник для оценки эффективности внедрения ПО.

Результаты исследования. Анкетирование, состоящее из 10 вопросов, прошло 70 человек.

На вопрос: «Используется ли в Вами специализированное ПО?» – 99% ответили положительно.

«Какое ПО использует клиника?» Большой популярностью пользуются программы: Dental4windows – 24%, Ident – 23%.

Чаще всего пользователи выбирают функции: «записи пациентов» – 93%, «ведение электронной медицинской карты» – 76%.

39% респондентов отметили, что главная проблема – это высокая стоимость программного обеспечения; 34% – ограниченные функциональные возможности, низкая скорость работы программы; у 26% – сложности в обучении персонала.

«Какие основные преимущества внедрения ПО?»: 70% – это «экономия времени на заполнение электронной медицинской карты», 64% – улучшение качества обслуживания пациентов.

Функциональностью используемого программного обеспечения остались «довольны» 49%.

86% считают, что программное обеспечение упрощает взаимодействие и координацию между сотрудниками.

84% выбрали вариант «да» при ответе на вопрос: «Облегчает ли программное обеспечение прием врачу?»

На вопрос: «Какие функции необходимо добавить в используемом ПО?» были предложены варианты: «звуковое оповещение», «четкое формирование отчетности», «возможность видеть будущие приемы пациента», «доступ к информации о патологиях флюорографического исследования», «чат – бот для ответов на вопросы пациентов», «личный кабинет пациента», «дневник лечения», «возможность электронно направить/записать к другому врачу без дополнительного обращения в регистратуру», «быстрота работы», «возможность пациента ознакомиться с планом лечения», «упростить запись пациента возможностью корректировать время самостоятельно», «усовершенствовать шаблоны диагноза по клиническим рекомендациям, так как многое приходится добавлять вручную», «создание мобильного приложения», а также предложение о налаживании системы напоминаний пациенту о предстоящем визите автоматически.

«Считаете ли Вы, что автоматизация приема соответствует принципам бережливого производства?», 62% ответили «Да, полностью соответствует».

Заключение. Проанализировав ответы анкетирования, и учитывая все пожелания сотрудников, предложены следующие методы повышения эффективности стоматологического приема: необходимо расширить функциональные возможности – удобное управление графиком и оплатой, улучшение шаблонов, отчетности, включая финансовую аналитику, учет расходных материалов. Увеличить скорость работы программ для оперативного решения технических проблем; улучшить дизайн интерфейса, создать единые регулярные курсы по использованию ПО. Введение мобильных версий улучшит доступ врачу к информации об изменении графика, даст возможность самостоятельно регулировать часы приема. Пациент сможет выбрать специалиста, нужную манипуляцию, удобный день, время, отменить или перенести запись, просмотреть план и дневник лечения. Работу администраторам клиник облегчит чат-бот, который ответит на вопросы пациента, уведомит о предстоящем

приеме и вышлет необходимые рекомендации. Мониторинг использования ПО, создание платформы для обмена межклиническим опытом по использованию различных программ – позволит повысить их эффективность.

По результатам опроса автоматизация стоматологического приема соответствует принципам бережливого производства, что подчеркивает важность оптимизации процессов. Предложения по улучшению ПО говорят о потребности в дополнительных функциях для упрощения работы и взаимодействия с пациентами.

Список литературы

1. Герасимович О.В. Принципы технологии бережливого производства в сфере медицинских услуг // Гуманитарный научный журнал. – 2024. – №. 4–1. – С. 57–61.
2. Технологии бережливого производства как способ совершенствования процессов организации в стоматологической поликлинике / В.И. Орел, Н.А. Гурьева, А.Л. Рубежов [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2022. – Т. 7, №. 1. – С. 36–45.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Разакова Д.Д., Арушанян А.Р., Фролкина К.М., Коннов В.В.

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

Введение. Статья 20 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указывает, что «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме» [1]. Но однозначно можно сказать, что нет единых рекомендаций по форме и содержанию информированного добровольного согласия (ИДС) на стоматологическом приеме, однако нельзя утверждать, что это не сказывается на эффективности стоматологической помощи.

Цель исследования. Определить значение ИДС в формировании эффективного взаимодействия врача – стоматолога-ортопеда и пациента, и сформулировать необходимые пункты, которые должны быть включены в ИДС, для повышения правовой защищенности всех участников процесса.

Материалы и методы исследования. Мы рассмотрели судопроизводства, где у пациентов встречались последствия, неотъемлемо связанные с ортопедическим стоматологическим лечением, а не виновными действиями медицинского работника.

Также нами на платформе GoogleForms была разработана анкета для врачей – стоматологов-ортопедов для выявления значения проведения процедуры информированного добровольного согласия и анкета для пациентов, которым также предлагалось ответить на вопросы об их отношении к данной теме.

Результаты исследования. По результатам анализа правоприменительной практики мы установили, что в ИДС на ортопедическом стоматологическом приеме обязательно должны быть включены следующие пункты о том, что пациенту разъяснены и понятны:

- диагноз, план лечения, допустимость данного вида лечения и наличия альтернативных методик лечения;
- показания и противопоказания к данному виду лечения;

- негативные последствия отказа от предложенного плана лечения или от частичного его невыполнения;
- последствия несоблюдения рекомендаций врача;
- последствия, если пациент не полностью сообщил о наличии соматических заболеваний, аллергических реакций, которые могут повлиять на исход медицинского вмешательства;
- технологии, методики и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- возможные осложнения на различных этапах протезирования. Таких как: при получении оттисков – проявления рвотного рефлекса, расцементировки старых конструкций; при проведении анестезии – наличии отека мягких тканей, кровоизлияний в месте вкола; при проведении препарирования твердых тканей зубов – наличие болевых ощущений, сохраняющихся в течение нескольких дней; при фиксации несъемных конструкций или наложение съемных протезов – реакция тканей на инородное тело в течение нескольких дней, возможной расцементировки конструкций, необходимость коррекции съемных конструкций;
- информация о гарантиях.

Также исходя из вышесказанного, мы считаем необходимым подписывать два экземпляра ИДС, один из которых предоставляется пациенту для более детального ознакомления с необходимой информацией.

Результаты опроса среди врачей-стоматологов-ортопедов (всего 47 человек) показали, что все врачи подписывают с пациентом ИДС, но 83% (39 человек) до начала лечения, а остальные после. Однако опрос пациентов (115 человек) показал, что 17% (20 человек) сталкивались с тем, что ИДС с ними подписано не было.

Важно формировать грамотное и полное ИДС и предоставлять пациенту на стоматологическом ортопедическом приеме по мнению 72% врачей (34 человека) потому, что это положительно влияет на имидж врача и клиники в целом, и по мнению 68% (32 человека), потому что это помогает избежать экономических потерь и жалоб.

54% пациентов (62 человека) считает, что качественное ИДС необходимо, потому как является их законным правом и 66% (76 человек), потому что гарантирует их правовую защищенность.

Заключение. Можно сделать вывод, что на сегодняшний день необходимы разработка и законодательное закрепление административного регламента, регулирующего все действия медицинского работника при получении добровольного информированного согласия пациента. Необходимы мероприятия по повышению уровня не только профессиональной подготовки врачей, но и их правовых знаний, чтобы повышать их компетенцию в области вопросов медицинского права.

Список литературы

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ. – 2011. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 30.11.2024).

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ САРАТОВСКОГО ГМУ ОКАЗАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Шолохова П.Е., Прохоровская О.С., Долгова Е.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени

Введение. В настоящее время каждый городской житель обращается за медицинской стоматологической помощью в среднем ТРИ раза в год. При анализе научной литературы было отмечено малое количество статей, посвященных исследованиям оценке профессиональной деятельности стоматологов, которая осуществлялась молодой группе населения в возрасте от 18 до 24 лет. Учитывая данный факт, мы провели исследование данной группы молодых людей, обратившихся за стоматологической помощью за последние два года.

Цель исследования. Выявить уровень удовлетворенности студентов СГМУ оказанием стоматологической помощи в городе СаратовЕ.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных источников и электронных статей помогли расширить знания и понимание темы, на основании которых была составлена «Карта изучения оценки удовлетворенности студентов оказанием стоматологической помощи», также была разработана оригинальная анкета, состоящая из 22 вопросов. Нами было опрошено 180 студентов СГМУ, различных специальностей.

Результаты исследования. Исходя из результатов проведенного исследования, в котором приняло участие 180 студентов (18–24 лет), различных специальностей, было выявлено. Наиболее частой причиной обращения за стоматологической помощью студентов являются профилактические осмотры и гигиена полости рта (38,3%). Также одной из распространенных причин является терапевтическое лечение [1]. Среди опрошенных было выявлено, что некоторые студенты обращаются за стоматологической помощью в рамках программы обязательного медицинского страхования (25%), однако она не так популярна из-за ограничений в выборе услуг (37,5%). В результате проведенного опроса, в целом студенты остались довольны уровнем стоматологических услуг (85%), но имеется ряд недостатков, которые сопряжены с длительностью ожидания (16,7%) и недостаточной компетентностью врачей-стоматологов (10%), связанной с умалчиванием этапов лечения и отсутствием партнерского типа взаимодействия (46%). Также стоит выделить среди результатов опроса ряд признаков, способствующих повышению уровня удовлетворенности студентов: важна доступность стоматологических клиник, включающая в себя географически удобное расположение, не менее важным критерием является соблюдение этики и деонтологии врачами-стоматологами, внимание и эмпатия к пациенту, а также наличие надлежащих условий для оказания высокого уровня стоматологической помощи [2]. Помимо вышеперечисленных критериев, многие респонденты обратили внимание на дресс-код врачей (93,4%), считая важным выделить опрятный внешний вид врача (95,8%), ношение униформы (скрабы) (90,8%), единую цветовую гамму клиники и минимум аксессуаров (часы, бижутерия) (62,5%), нежелательное ношение обуви на высоком каблуке (71,7%), а также минимизация резких запахов (духов) в практике (52,5%) [3].

Заключение. Таким образом, изучение удовлетворенности студентов СГМУ о предоставлении стоматологической помощи имеет практическое значение не только для улучшения качества медицинских услуг, но и для оптимизации образовательного процесса, что в конечном итоге способствует улучшению здоровья населения и повышению уровня доверия к системе здравоохранения.

Список литературы

1. Аблямовский В.В., Шеварков В.Д., Буянкина Р.Г. Мониторинг удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи в государственной и негосударственной медицинских организациях // Институт стоматологии. – 2014. – №. 2 (63). – С. 16–17.

2. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира: экспертный обзор. – М.: Изд-во Науч.-исслед. ин-та организации здравоохранения и мед. менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы. – 2021. – 29 с.

3. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А., Фахрудинова Э.Р. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи: медико-социальный аспект // Вестник Башкир. Гос. мед. ун-та. – 2017. – №. 5. – С. 378–383.

ЛЮМИНИРЫ ИЛИ ВИНИРЫ: ЧТО ЖЕ ЛУЧШЕ?

Шурыгина Е.М., Щербакова И.В.

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

Введение. Люминиры и виниры – тонкие керамические накладки для улучшения эстетики зубов [1]. Они отличаются по толщине и методике установки, что влияет на их преимущества и недостатки.

Цель исследования. Сравнить люминиры и виниры, выделив их преимущества и недостатки, чтобы помочь читателю выбрать наиболее подходящий вариант для улучшения эстетики зубов [1].

Материалы и методы исследования. Статья основана на сравнительном анализе характеристик люминиров и виниров, собранных из общедоступных стоматологических данных и информации о свойствах материалов [2]. Методология – описательный анализ и сравнение свойств двух типов накладок.

Результаты исследования. Виниры обеспечивают высокую эстетику и долговечность, но требуют значительного препарирования эмали, что является необратимым процессом. Они дороже и могут вызывать повышенную чувствительность зубов [3]. Люминиры предлагают минимальное или отсутствие препарирования, более обратимы, но менее прочны и стоят дороже в некоторых случаях [3]. Выбор между ними зависит от степени дефектов зубов и предпочтений пациента в отношении инвазивности процедуры.

Заключение. Выбор между люминирами и винирами зависит от индивидуальных потребностей и состояния зубов пациента. Виниры подходят для значительных дефектов, обеспечивая высокую эстетику и долговечность, но требуют обширного препарирования. Люминиры – более консервативный вариант для незначительных дефектов, минимизирующий вмешательство, но менее прочный [2]. Консультация с дантистом необходима для определения оптимального решения.

Список литературы

1. Кошкин В.В., Власова Я.А., Конаныхин М.А. Выбор цельнокерамических или циркониевых виниров в зависимости от клинической ситуации // Медицина и инновации. – 2022. – Т. 1, №. 4. – С. 478–484.

2. Алтынбаева А.П., Самарина В.С. Виниры и люминиры: залог красивой улыбки // Бюллетень мед. интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, №. 6. – С. 1106–1106.

3. Юдина Н.А. Клинические этапы прямой композитной реставрации передних зубов (виниры, компониры) // Современная стоматология. – 2014. – №. 1 (58). – С. 15–19.

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА
В РАЗРАБОТКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ**

Алимгереева А.Р., Тупикин Д.В.

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

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) относится к числу значительных факторов, преобразующих фармацевтику сегодня. ИИ демонстрирует свою эффективность в разработках лекарств – от поиска соединений и заканчивая оптимизацией клинических испытаний [1; 2]. Элементы ИИ помогают повысить скорость, точность и эффективность разработки лекарственных препаратов.

Цель исследования. Анализ аспектов применения технологий искусственного интеллекта в разработке лекарственных препаратов.

Материалы и методы исследования. Литературные данные. Теоретические и эмпирические методы.

Результаты исследования. Рассмотрим основные направления применения ИИ в фармацевтике:

1. Моделирование.

Алгоритмы машинного обучения способны анализировать химические структуры и предсказывать конечные взаимодействия различных молекул, что позволяет находить новые соединения, которые могут стать основой для новых лекарств [3]. В частности, глубокие нейронные сети могут использоваться для прогнозирования активности соединений на основе их химической структуры, что значительно ускоряет процесс поиска кандидатов для дальнейших испытаний.

2. Поиск соединений.

Алгоритмы ИИ могут обучаться данными о том, какие соединения оказались успешными в клинических испытаниях, и использовать эти знания для получения новых молекул [4]. Это значительно ускоряет процесс и снижает затраты на проведение исследований.

3. Анализ результатов клинических испытаний.

Искусственный интеллект помогает обрабатывать большие данные, выявляя закономерности и предсказывая результаты, что позволяет оптимизировать дизайн испытаний и повышать их эффективность.

4. Персонализированная медицина.

С развитием технологий становится возможным создание персонализированных подходов к лечению. ИИ играет ключевую роль в этом процессе, анализируя генетические данные пациентов и предсказывая, какие препараты будут наиболее эффективными для человека [5]. Это позволяет врачам разрабатывать индивидуализированные схемы лечения, что повышает шансы на успех терапии и минимизирует риск побочных эффектов.

5. Оптимизация клинических испытаний.

Алгоритмы ИИ помогают в отборе пациентов для участия в испытаниях, с учетом их генетических данных, медицинской истории.

6. Системы поддержки принятия решений.

Современные системы поддержки принятия решений на основе ИИ могут предоставлять врачам рекомендации по лечению на основе больших объемов медицинских данных. Это позволяет улучшить качество медицинской помощи, так как врачи получают доступ к актуальной информации о практиках и достижениях в медицине.

7. Обнаружение побочных эффектов.

Алгоритмы машинного обучения могут анализировать данные о пациентах и выявлять побочные эффекты на ранних стадиях, что позволяет своевременно корректировать терапию или прекращать испытания, если риск оказывается слишком высоким.

Исходя из представленных возможностей, за последние несколько лет ИИ стал неотъемлемой частью фармацевтической отрасли, обещая революционизировать процессы разработки лекарств и улучшить их качество.

Заключение. Использование ИИ в разработке лекарственных препаратов открывает новые горизонты для фармацевтической индустрии. Он не только ускоряет процесс создания новых медикаментов, но и повышает их безопасность и эффективность. Предполагается, что в перспективе ИИ будет играть все более важную роль в этой области, способствуя разработке решений для борьбы с болезнями и повышения качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Аладышева Ж.И., Береговых В.В., Демина Н.Б. Промышленная фармация. Путь создания продукта. – М.: Российская академия наук. – 2019. – 394 с.
2. Султанова С.А., Тупикин Д.В., Щербакова И.В. Понятие биоинженерии в медицине. биоинженерия искусственных лимфоидных органов // Week of Russian science (WeRuS-2024): сборник материалов 8 Всероссийской недели, Саратов, 18–21 апреля 2024 года. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та. – 2024. – С. 1087–1088.
3. Адылова Ф.Т. Ситуация в мировой фармацевтике – почему и как искусственный интеллект используется в разработке лекарств // Raqamli iqtisodiyot: Цифровая экономика – 2023. – №. 5. – С. 178–186.
4. Чубов С.А., Тарасюк Н.А. Возможности применения искусственного интеллекта в процессе формирования профессиональной компетенции будущих фармацевтов // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2023. – Т. 59, №. 3. – С. 96–101.
5. Левчegov О.Н. Системы искусственного интеллекта в здравоохранении: текущее состояние, проблемы и перспективы // Экономика. Финансы. Общество. – 2023. – Т. 8, №. 4. – С. 52–71.

ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА QUIZZZ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Алхилова Д.З., Журавлева Ю.А.

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

Введение. В настоящее время в системе образования происходят значительные трансформации. Традиционная модель обучения, основанная на аудиторных занятиях и лекциях с преподавателем в качестве основного источника информации, уступает место новым подходам [1; 2]. Цифровое медицинское образование быстро развивается, но внедрение цифровых технологий сталкивается с ограничениями, обусловленными спецификой деятельности в медицине.

Цель исследования. Анализ образовательной цифровой платформы Quizizz.

Материалы и методы исследования. Описание образовательной цифровой платформы Quizizz; статистические данные, представленные в научной литературе. Общетеоретические и эмпирические методы исследования.

Результаты исследования. Современные студенты активно используют в процессе обучения цифровые технологии. К числу несложных в использовании онлайн-платформ для обучения относится Quizizz. Обучающиеся проходят регистрацию с использованием имеющихся у них ресурсов, получают задания и оценки от преподавателей, которые на платформе Quizizz создают, редактируют и размещают интерактивные обучающие материалы, в том числе в увлекательной форме – например, в форме викторин [3].

Например, в начале занятия преподаватель может провести предварительную оценку знаний обучающихся, затем представить материалы занятия, а после этого открыть викторину из 20 вопросов (по 3 минуты на каждый) [2]. Игровой формат и элементы соревновательной деятельности стимулируют участие и усиливают мотивацию студентов, причем, по данным исследователей, такая форма обучения привлекает даже иностранных студентов с языковым барьером [1]. В результате повышается эффективность обучения, улучшаются результаты учебной деятельности, по сравнению с классическими подходами [4].

Важно отметить, что платформа Quizizz предоставляет возможность работы в синхронном режиме (с мгновенной оценкой знаний обучающихся под руководством преподавателя) и в асинхронном – для организации самостоятельной работы студентов в удобное время [5]. В режиме реального времени удобно отслеживать результаты обучающихся, выполняющих задания в индивидуальном темпе. Система обеспечивает поэтапное прохождение и обратную связь, поддерживая вовлеченность студентов и позволяя преподавателю контролировать их прогресс и предоставлять комментарии.

Специалисты отмечают, что возможность обучения на цифровых платформах привлекает многих студентов, однако ряд некоторых обучающихся неспособны удерживать внимание, отвлекаются на сторонние приложения, а для некоторых из них викторины вызывают стресс, т.к. воспринимаются в качестве мини-экзамена [1]. Цифровые технологии – эффективный инструмент для закрепления знаний, но не замена полноценному обучению.

Заключение. Цифровые технологии внедряются в учебную деятельность, повышая интерес обучающихся по сравнению с традиционными методами обучения. Цифровые инструменты стимулируют творческий подход, предоставляют возможности для практического применения знаний (например, через компьютерное моделирование) и позволяют оперативно оценивать уровень подготовки. Однако применение цифровых сервисов не может полностью вытеснить обучение – особенно в медицине: только соприкасаясь с реальной ситуацией у постели больного, сопереживая пациенту, участвуя в сборе анамнеза, разработке стратегий диагностики и лечения, у будущего врача сложится реальная картина его профессиональной деятельности и тот набор компетенций, что формировался при изучении различных дисциплин для решения задач профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Внедрение сквозных цифровых технологий в структуру медицинского образования: опыт и перспективы / О.Ю. Введенская, А.Н. Оруджова, Л.Н. Соколовская [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2023. – №. 6. – С. 50–60.

2. Никулина Т.В., Стариченко Е.Б. Информатизация и цифровизация образования: понятия, технологии, управление // Педагогическое образование в России. – 2018. – №. 8. – С. 107–113.

3. Quizizz: цифровая платформа. – 2015. – URL: <https://quizizz.com/> (дата обращения: 01.12.2024).
4. Акимова О.Б., Щербин М.Д. Цифровая трансформация образования: своевременность учебно-познавательной самостоятельности обучающихся // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2018. – №. 1. – С. 27–34.
5. Ольшанская Н.А. Применение интерактивных платформ и ресурсов в образовательном процессе // Педагогическое мастерство: материалы XVIII Международной научной конференции. – Казань: Молодой учёный. – 2021. – С. 43–46.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГРАММЫ PROGPROG ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Бозорова М.А., Щербакова И.В.

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

Введение. Качественное и сбалансированное питание детей первого года жизни имеет большое значение для здоровья с точки зрения нервно-психического и физического развития, формирования иммунной системы [1]. В настоящее время на помощь педиатрам приходят цифровые технологии для решения задачи составления и совершенствования рациона питания детей.

Цель исследования. Анализ возможностей компьютерной программы ProgProg для составления рациона питания детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Компьютерная программа ProgProg (язык программирования JavaScript); статистические данные, представленные в научной литературе. Методы: расчет, описание, сравнение, логика, эксперимент.

Результаты исследования. Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний (анемии, рахита, пищевой аллергии, ожирения, сахарного диабета и др.) проводится посредством обеспечения грудного вскармливания и своевременным введением прикорма [2]. В настоящее время к числу основных ошибок в составлении рациона питания детей грудного возраста относятся:

- несвоевременное введение искусственного прикорма (в первую очередь, неадаптированных молочных смесей) в 26,6% случаев;
- преждевременное введение фруктовых соков в рацион детей, не достигших 6-месячного возраста в 25% случаев;
- перевод на искусственное вскармливание в 48,6% случаев [3].

Для решения вышеперечисленных проблем специалистами ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет разработан калькулятор питания детей грудного возраста. В основу заложены научно обоснованные рекомендации по подбору питания младенцев и статистические данные [4]. Для подбора рациона в начале работы с программой ProgProg пользователь должен ввести следующие данные: дату рождения, массу тела, рост ребенка; затем автоматически производится расчет. С учетом характера вскармливания и состояния здоровья младенца ProgProg составляет индивидуальное меню на день. При необходимости программа рекомендует проконсультироваться с педиатром.

Например, для доношенного 4-месячного ребенка с массой тела 7200 г, находящегося на 5-разовом смешанном вскармливании, при отсутствии у него пищевой аллергии,

программой ProgProg рекомендуется введение прикорма в виде овощного пюре, каши, фруктового пюре, сока, растительного масла, сливочного масла. Программа ProgProg автоматически формирует примерный рацион питания на день с указанием времени кормления, определенных продуктов и разового объема в граммах либо миллилитрах:

- 06:00 грудное молоко / молочная смесь 200 мл;
- 10:00 каша 150 г и грудное молоко / молочная смесь 50 мл;
- 14:00 овощное пюре 150 г и грудное молоко / молочная смесь 50 мл;
- 18:00 грудное молоко / молочная смесь 200 мл;
- 22:00 грудное молоко / молочная смесь 200 мл.

Таким образом, разовый объем питания ребенка составляет 200 граммов либо миллилитров, а суточный объем питания ребенка 1000 граммов либо миллилитров [5].

Важно отметить, что программа ProgProg выдает не только таблицу, но и текстовые рекомендации об особенностях введения каждого вида прикорма, о режиме питания, а также форму пищевого дневника.

Заключение. Компьютерная программа ProgProg обеспечивает родителей научными рекомендациями, основой которых являются национальные указания, по питанию детей первого года жизни. Данный Интернет-ресурс предлагает различные, сбалансированные варианты суточных меню. Это способствует значительному снижению риска возникновения и развития заболеваний, связанных непосредственно с питанием.

Список литературы

1. Пырьева Е.А. Вскармливание детей первого года жизни: новые возможности // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, №. 3. – С. 83–85.
2. Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: научно-практическая программа / Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо, Г.В. Яцык [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2008. – Т. 87, №. 4. – С. 75–79.
3. Бесчастная Е.О. Использование цифровых технологий для совершенствования рациона питания детей грудного возраста // Российский педиатрический журнал. – 2024. – Т. 27, №. 4S. – С. 14–17.
4. Титов М.И., Щербакова И.В. Значение статистических данных при формировании рационов питания детей разных возрастных групп // Young People and Science: Results and Perspectives: сборник материалов Всероссийской научно-практической интернет-конференции студентов и молодых ученых с международным участием YSRP-2024, Саратов, 25-27 ноября 2024 года – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та. – 2024. – С. 367–368.
5. Белозерова О.В., Бабаев Э.Б., Баракова А.Н. Компьютерные технологии в помощь врачу и родителю: программа для ЭВМ «Калькулятор рациона питания грудных детей PROGPROG» // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2020. – Т. 65, №. 4. – С. 194–198.

ЦИФРОВАЯ МЕДИЦИНА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: РОЛЬ И ВЛИЯНИЕ ПРОЕКТА ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бричковская А.М., Потоцкая В.С., Гутько А.Г.

*Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Цифровая медицина представляет собой одну из наиболее инновационных и стремительно развивающихся сфер здравоохранения, которая

оказывает значительное влияние на качество и доступность медицинских услуг. В Республике Беларусь цифровая трансформация здравоохранения активно внедряется и поддерживается различными государственными и частными инициативами. Одним из ключевых проектов в этой области является Централизованная информационная система здравоохранения (ЦИСЗ), направленная на модернизацию и оптимизацию медицинских процессов через цифровизацию.

Цель исследования. Рассмотреть аспекты цифрового здравоохранения настоящего времени и новый проект Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Была проанализирована информация за 2021–2024 годы по данным информатизации в здравоохранении Республики Беларусь.

Результаты исследования. Цифровые технологии прочно вписались в работу врачей всех специальностей, играют значимую роль в улучшении качества медицинской помощи и повышении удобства для пациентов и медицинских работников.

Ключевыми направлениями, которые активно развиваются и внедряются в настоящем времени, являются:

1. Электронные медицинские карты (ЭМК): содержат сводную информацию о пациенте, его персональные данные, медицинские данные (семейный анамнез, анамнез жизни, аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость, реакция на иммунобиологические лекарственные препараты, трансфузиологический анамнез, метрические данные), профилактические прививки, лабораторные, лучевые, радиологические и функциональные исследования, оперативные вмешательства, лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения [1].

2. Телемедицина: видеоконсультации позволяют врачам удаленно проводить осмотры, назначать лечение и следить за состоянием здоровья пациентов. Неоспоримое достоинство заключается в обмене опытом между коллегами и обучении студентов посредством онлайн-лекций.

3. Мобильные приложения для здоровья: помогают пользователям измерять свою физическую активность, контролировать соблюдение диеты и получать напоминания о приеме лекарств. Такой дневник здоровья может быть полезен как для самих пользователей, так и для их врачей.

4. Искусственный интеллект (ИИ): поможет ставить диагнозы на основании данных, анализировать результаты КТ и МРТ [2].

5. Умные устройства: умные часы, фитнес-трекеры и другие носимые устройства собирают данные о физической активности, сердечном ритме, уровне кислорода в крови и других показателях в реальном времени. Эти данные можно передать врачам для анализа и контроля, что способствует раннему выявлению проблем и своевременному вмешательству.

6. Облачные технологии: создают условия для безопасного хранения и обработки медицинских данных, обеспечивая доступ к информации из любого места оказания помощи.

Осенью 2024 года стартовал пилотный проект Централизованной информационной системы здравоохранения РБ, который нацелен на 2024–2025 год.

Основными этапами его создания являются:

1. Подсистемы первой очереди ЦИСЗ 2024. К ней относят интегрированную электронную медицинскую карту, нормативно-справочную информацию, личный кабинет пациента, управление инфраструктурными модулями и подсистему информационной безопасности.

2. Подсистемы второй очереди 2025 года включают в себя облачную медицинскую информационную систему, единую систему лабораторных исследований, единый архив медицинских изображений, управление очередями пациентов, информационно-аналитическую подсистему.

Также в рамках всего проекта идет разработка системы защиты информации и модели медицинских данных [3].

Заключение. Внедрение ЦИСЗ позволяет в настоящее время значительно улучшить координацию и эффективность медицинской помощи, ускорить обмен информацией между медицинскими учреждениями, создать интегрированные платформы для хранения и анализа медицинских данных. Проект является важным шагом к созданию устойчивой и высокоэффективной системы здравоохранения, способной адекватно реагировать на современные вызовы и потребности населения.

Список литературы

1. Минздрав утвердил инструкцию о порядке формирования электронных медкарты и личного кабинета пациента. – 2021. – URL: <https://belta.by/society/view/minzdrav-utverdil-instruktsiju-o-porjadke-formirovanija-elektronnyh-medkarty-i-lichnogo-kabinet-a-pacienta-452319-2021/?ysclid=m4cwvrk0ij90290703> (дата обращения: 05.12.2024).

2. Шимко Т. ЦИСЗ: к концу 2025 года планируется присоединить все государственные организации здравоохранения. Медицинский вестник. – 2024. – URL: <https://medvestnik.by/news/tsisz-k-kontsu-2025-goda-planiruetsya-prisoedinit-vse-gosudarstvennye-organizatsii-zdravookhraneniya> (дата обращения: 09.12.2024).

3. Виткасов, Д. А. Разработка централизованной информационной системы здравоохранения (ЦИСЗ). – 2021. – URL: https://www.itmportal.ru/upload/iblock/a20/1380dbi21vb6d0n4bsw0g91w7768kcz4/14_20-1.3.8.-AGSR.TSISZ.Minsk-i-oblast-Vitkasov.pdf (дата обращения: 09.12.2024).

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ ПОДБОРА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕДИАТРИИ

Валиева В.В., Гуйо Г.А.

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

Введение. Применение технологий искусственного интеллекта (ИИ) направлено на решение задачи повышения качества, эффективности, доступности медицинской помощи [1]. В реализации концепции персонализированной медицины на помощь приходят технологии машинного обучения [2]. Сфера решаемых ими задач расширяется, в том числе в педиатрии.

Цель исследования. Анализ возможностей применения технологий машинного обучения для решения задачи подбора фармакологических групп лекарственных препаратов (ЛП) в рамках реализации концепции персонализированной медицины в педиатрии.

Материалы и методы исследования. Модель XGBC (язык программирования Python), литературные данные. Метод сценарного подхода, метод сравнительного анализа.

Результаты исследования. Анализ научной литературы по применению ИИ в медицине позволяет выделить в качестве ключевого направления персонализированную медицину [3], для решения ее задач используются алгоритмы машинного обучения [4]. К их числу относится задача подбора ЛП конкретному пациенту с учетом его индивидуальных особенностей. Алгоритмы машинного обучения позволяют решить данную задачу путем обучения моделей «предсказанию» фармакологических групп ЛП [5].

Для этого используется сценарный подход: процесс назначения ЛП разбивается на несколько сценариев с ограничением количества категорий ЛП в каждом из них. В рамках каждой модели выделяются несколько наиболее часто назначаемых ЛП при данном заболевании и выстраивается иерархическая структура заболеваний по кодам Международной классификации болезней. Сужение круга возможных вариантов категорий ЛП для «предсказания» осуществляется исходя из спектра фармакологических групп ЛП, назначаемых врачами в качестве фармакотерапии при изучаемом диагнозе. Анализ больших данных информационной базы отражает особенности поведения врачей при определении структуры фармацевтической помощи в рамках конкретного диагноза. По результатам анализа смещается фокус модели с общей картины наиболее релевантных ЛП на более узкие подходы. Сравнительный анализ производительности оптимизированных моделей проводится по ключевым метрикам; в качестве целевых значений выступают действующие вещества и торговые наименования ЛП [5].

По оценкам специалистов, модель XGBC с вероятностью 58% предсказывает все фармакологические группы ЛП, необходимые для лечения конкретного пациента [5]. Оптимизация модели XGBC проводится путем дополнения тренировочного набора данных новыми признаками; машинное обучение проводится путем настройки гиперпараметров – таких, как количество деревьев, глубина деревьев (имеется в виду дерево решений). Оптимизация гиперпараметров позволяет довести прогностическую способность и точность модели XGBC до 85%: в частности, достигнуты отличные результаты моделирования для пациентки 7 лет с диагнозом острый ларинготрахеит, для п15 лет с диагнозом функциональное нарушение кишечника неуточненное [5].

Заключение. Машинное обучение модели XGBC имеет значительный потенциал для оптимизации педиатрической помощи. На основе объединения этапов медицинской помощи и ориентации на конечный результат, а не на процесс, технологии ИИ способны изменить парадигму медицинской помощи, качественно повысить ее уровень, реализовать концепции прецизионной и персонализированной медицины.

Список литературы

1. Опыт применения технологий искусственного интеллекта для развития профилактического здравоохранения на примере Кировской области / Д.А. Курдюмов, А.В. Кашин, Н.Ю. Рябов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – №. 6. – С. 62–69.
2. Игнатенко А.Ю., Смирнова И.С., Горюшкин Е.И. Персонализированная медицина на основе технологии машинного обучения // Вектор молодежной медицинской науки. – 2024. – №. 2. – С. 113–119.
3. Перспективы персонализированной восстановительной медицины / М.В. Антонюк, Т.А. Гвозденко, С.В. Лебедев [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2021. – №. 79. – С. 117–126.
4. Бритвина П.В. Машинное обучение в медицине: революция диагностики, лечения и персонализации // Вестник науки. – 2024. – Т. 4, №. 1 (70). – С. 442–444.
5. Кондрашов А.А., Курашов М.М., Лоскутова Е.Е. Сценарное моделирование процесса назначения лекарственных препаратов детям: применение методов машинного обучения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2024. – №. 17 (4). – С. 1–26.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПЕДИАТРИИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ОПАСНОСТИ

Воронкова О.М., Щербакова И.В.

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

Введение. В последние годы технологии искусственного интеллекта (ИИ) активно развиваются и проникают во все сферы жизни [1]. Возможности ИИ начинают преобразовывать различные отрасли, и педиатрия не является исключением.

Цель исследования. Анализ текущего состояния и перспектив применения искусственного интеллекта в педиатрии.

Материалы и методы исследования. Обзор литературы, анализ существующих систем ИИ. Качественные исследования.

Результаты исследования. Внедрение ИИ в диагностику заболеваний у детей позволяет педиатрам быстрее и точнее выявлять проблемы со здоровьем, что критично для ранней диагностики и успешного лечения. Тем не менее, важность человеческого фактора и профессионализма медицинских работников остается на первом месте [2].

Искусственный интеллект должен рассматриваться как вспомогательный инструмент, а не замена врачам. Также возникает необходимость в справедливом распределении ресурсов и приоритетов в лечении, что приводит к этическим дилеммам. Важно разработать четкие алгоритмы, предотвращающие дискриминацию и неравенство в доступе к медицинской помощи, что подчеркивает необходимость создания справедливых систем, учитывающих интересы всех пациентов в контексте применения ИИ [3].

Сложности применения ИИ в клинической практике требуют сотрудничества специалистов в области информационных технологий и медицинских экспертов. Разработка интуитивно понятных интерфейсов важна для эффективного использования ИИ врачами, что позволяет сосредоточиться на сложных аспектах ухода за пациентами и освобождает от рутинных задач [4].

Вопросы этики и конфиденциальности данных становятся актуальными при использовании ИИ в педиатрии, необходимы гарантии защиты данных пациентов и соблюдения этических норм. Преодолевая эти препятствия, ИИ может значительно улучшить качество медицинской помощи, обеспечивая более точную диагностику, персонализированное лечение и предсказание рисков для здоровья детей.

Искусственный интеллект обладает способностью быстро обрабатывать большие объемы информации, что сокращает время ожидания результатов и минимизирует ошибки в диагностике. Это помогает педиатрам принимать более обоснованные решения и способствует улучшению здоровья детей. Прогнозирование заболеваний с помощью ИИ открывает новые горизонты для профилактики и индивидуализированного подхода к лечению [5].

Однако следует учитывать недостатки использования ИИ: алгоритмические решения могут быть неверными, поэтому ИИ следует рассматривать как вспомогательный инструмент, а не замену человеческому опыту. В будущем ожидается более тесное сотрудничество между ИИ и педиатрией, что способствует созданию более эффективных инструментов для диагностики и лечения, улучшая качество жизни детей.

Заключение. Интеллектуальные технологии становятся ключевыми в педиатрии, улучшая процессы диагностики, лечения и мониторинга заболеваний. Они предоставляют пациентам, их законным представителям и самим докторам доступ к надежной информации, что способствует более эффективному принятию решений. Тем не менее, внедрение искусственного интеллекта в медицину требует внимательного подхода. Важно учитывать этические аспекты, чтобы гарантировать, что технологии используются безопасно и эффективно, не нанося вреда пациентам.

Список литературы

1. Исаков И.М., Щербакова И.В. Перспективы внедрения искусственного интеллекта в медицине // Week of Russian science (WeRuS-2024): сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной

Национальному дню донора, Саратов, 18–21 апреля 2024 года. – Саратов: Саратов. гос. мед. ун-т. – 2024. – С. 816–817.

2. Шадеркина В.А., Лелюк А.В., Алтунин Д.В. Виртуальная реальность (VR) в педиатрии: международный и российский опыт // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2023. – Т. 1, №. 9. – С. 60–71.

3. Технологии виртуальной реальности в комплексной медицинской реабилитации пациентов с детским церебральным параличом / Н.Н. Карякин, Г.Е. Шейко, М.Г. Воловик [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2020. – Т. 2, №. 19. – С. 142–152.

4. ИИ в диагностике заболеваний у детей // Pediatric's School. – 2023. – URL: <https://clck.ru/3FRbFu> (дата обращения: 05.12.2024).

5. Тяпкина А.В. Этические проблемы применения искусственного интеллекта в медицине // Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты. SMART: Samara Medical Articl. XVI Всероссийская (90-я Итоговая) студенческая научная конференция СНО с международным участием: сборник материалов. – Самара: Изд-во Самар. гос. мед. ун-та. – 2022. – С. 646–647.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Гасанова Ч.А., Ханадеев В.А.

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

Введение. В настоящее время вопрос обработки персональных данных является актуальным для специалистов по безопасности любой организации. Особое значение это имеет в медицине.

Цель исследования. Анализ основных аспектов проблемы обеспечения конфиденциальности информации в медицине.

Материалы и методы исследования. Данные исследований, представленные в научной литературе. Общетеоретические методы исследования.

Результаты исследования. Стремительное развитие цифровых технологий обуславливает остроту проблемы обеспечения конфиденциальности персональных данных пациентов. Оцифровка различных видов медицинской документации, повсеместное внедрение электронных медицинских карт и мобильных приложений медицинской направленности, развитие телемедицинских систем потенциально повышает возможности злоупотребления данными пациентов. Специалисты отмечают высокую уязвимость медицинских организаций к утечкам информации во всем мире [1], в то время как проблема конфиденциальности затрагивает важнейшие этические принципы уважения к частной жизни и достоинству пациента [2].

В нашей стране защита персональных и медицинских данных является приоритетной задачей в свете требований Федерального закона «О персональных данных»: медицинские организации должны уделять пристальное внимание защите конфиденциальности информации на всех этапах ее обработки – от хранения до передачи. Фундаментальным механизмом защиты конфиденциальности является шифрование. Ключи шифрования должны храниться в безопасном месте, а доступ к ним должен быть строго ограничен; регулярное обновление и ротация ключей являются обязательными мерами [3]. Доступ к различным уровням данных должен предоставляться только уполномоченному персоналу, которому эта информация необходима для выполнения своих обязанностей. Поэтому важным элементом обеспечения конфиденциальности является разработка и внедрение внутренней

политики безопасности, которая должна охватывать вопросы управления паролями, защиты учетных записей и контроля доступа. Комплекты средств защиты информации различаются в зависимости от уровня защищенности, который требуется обеспечить для конкретной информационной системы персональных данных, или от класса защищенности информационных систем [4].

При взаимодействии с внешними партнерами медицинской организации необходимо убедиться в том, что они соблюдают стандарты безопасности. Заключение договоров об обязанностях и ответственности сторонних организаций по защите данных пациентов является обязательным условием сотрудничества [5]. Также важно отметить, что медицинские организации обязаны проходить процедуру сертификации систем информационной защиты и электронных медицинских записей: сертификация подтверждает соответствие систем безопасности установленным требованиям и стандартам, что позволяет минимизировать риски нарушения конфиденциальности.

Заключение. С одной стороны, цифровизация способствует повышению качества и эффективности медицинского обслуживания; с другой стороны, неизбежно обостряет проблему обеспечения конфиденциальности «чувствительных» данных пациентов, обуславливает новые риски конфиденциальности. Соответственно должны разрабатываться и повсеместно внедряться современные технологии защиты на основе строгого соблюдения требований законодательства в данной сфере.

Список литературы

1. Введенская Е.В. Цифровые агенты в медицине: новые возможности и вызовы // Этическая мысль. – 2024. – Т. 24, №. 1. – С. 115–128.
2. Куфельд А.П. Конфиденциальность медицинских данных пациентов: этическая проблема // Глобальные вызовы в меняющемся мире: тенденции и перспективы развития социально-гуманитарного знания: 6-й молодежный конвент УРФУ: материалы международной конференции, 24–26 марта 2022 года. – Екатеринбург: Изд-во Уральского университета. – 2022. – С. 823–825.
3. Сазонова М. Врачебная тайна и цифровизация: как защитить информацию о пациенте. – 2021. – URL: <https://lul.su/2CLb> (дата обращения: 5.12.2024).
4. Надырова Г.О. Конфиденциальность медицинской информации // Инновационные исследования в современном мире: сборник статей XVII международной научной конференции, 2 декабря 2023 года. – СПб.: Изд-во Междунар. ин-та перспективных исследований им. Ломоносова. – 2023. – С. 12–13.
5. Пономарева О.Н. Особенности защиты персональных данных в медицине // Вестник Уральского гос. мед. ун-та. – 2020. – №. 4. – С. 53–54.

АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Даулетова Л.А., Волошенко К.В.

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

Введение. Медицина не может развиваться без высоких технологий, которые улучшают качество медицинской помощи и здоровье граждан. Высокотехнологичные методы диагностики и лечения играют ключевую роль в этой области. Доступность и качество высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) остаются важными направлениями реформы здравоохранения. Несмотря на высокий спрос, ВМП часто незнакома и недоступна для населения. В статье представлены результаты

социологического опроса о информированности пациентов, проблемах получения ВМП и ее положительных и отрицательных моментах, с учётом пола, возраста, места жительства и материального положения респондентов.

Цель исследования: изучение уровня информированности пациентов Астраханской области по вопросам ВМП и оценка возникающих сложностей в ее получении.

Материалы и методы исследования. Изучено 229 анкет, собранных в ходе проведения социологического опроса пациентов, которые получили ВМП, с учётом пола, возраста, места жительства и материальной обеспеченности, посредством добровольного анонимного анкетирования по специально разработанной анкете, включающей в себя 30 вопросов.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 47,4% мужчин и 52,6% женщин. Возрастной состав: 20–29 лет – 1,5%, 30–39 лет – 5%, 40–49 лет – 11,3%, 50–59 лет – 37%, 60 лет и старше – 45,2%. Большинство опрошенных находятся в предпенсионном и пенсионном возрасте, что объясняется наличием хронических заболеваний. Из жителей Астрахани ВМП получили 54,8%, из области – 44,8%, иногородние составили 0,4%. 2/3 трети респондентов (60,4%) считают себя материально необеспеченными. При этом только 6% готовы полностью оплатить лечение, а 70% необеспеченных не могут его оплатить. Это подчеркивает важность бесплатной ВМП и необходимость увеличения финансирования для улучшения здоровья населения.

Около 75% пациентов имеют хронические заболевания, в основном в возрасте 50–59 лет и 60 лет и старше. Из них 5,3% обращались за медицинской помощью чаще, чем раз в месяц, 32,2% – ежемесячно, 26,3% – 1–2 раза в год, 25,1% – 3–6 раз в год, а 11% – крайне редко. Из 25% опрошенных без хронических заболеваний 50% обращались крайне редко. Опрос показал, что 57% респондентов знают о ВМП, 21% не знают ничего, а 23% затруднились с ответом. Основным источником информации о ВМП является лечащий врач (65%), затем СМИ (15%) и Интернет (13%). Наиболее часто ВМП получают по кардиологическому профилю (55%), далее гематология (26%) и офтальмология (8,7%).

Респонденты столкнулись с проблемами при получении ВМП: 60% ожидали направление менее 2 недель, 20% – менее месяца, 20% – более 1–3 месяцев. Длительное ожидание наблюдалось по офтальмологическому и травматологическому профилям. На сбор документов 56% потратили 1 неделю, 20% – 2 недели. Это удовлетворительно, так как более 75% респондентов собрали документы менее чем за 2 недели. Основные проблемы при оформлении документов: 30% указали на большой объем документов, 27% – очереди на консультации, 34% не отметили проблем. Ожидание ВМП у 80% заняло до месяца; кардиология обеспечила быстрое получение помощи (97%). 90% пациентов, направленных врачами стационара, получили помощь быстрее.

Ввысокотехнологичная медицинская помощь предоставляется бесплатно, но лишь 8% респондентов знают приблизительные затраты на лечение, а 92% не имеют представления о них. Положительные стороны ВМП отметили 57% респондентов как единственную возможность для тяжелобольных, 24% – экономию времени, 20% – средств. К отрицательным моментам 6% указали на длительный сбор документов, 15% – ожидание ответа от медорганизаций, 40% не видят проблем. 67% пациентов довольны результатами лечения.

Заключение. В ходе анализа установлено, что большинство пациентов (75%) не знакомы с понятием ВМП и ранее не сталкивались с ним; 65% респондентов узнали о ВМП от лечащего врача. Многие столкнулись с проблемами получения: 19,5% ждали направление более месяца, 24,3% потратили более двух недель на сбор документов, а 4,3% – более полугода на оказание ВМП. 57% считают ВМП единственной возможностью для тяжелобольных. Основные негативные моменты – длительный сбор документов (24%) и ожидание (20%). Уровень информированности о ВМП остается низким, а получение помощи связано с трудностями.

Список литературы:

1. Ермошина Т.В. Информированность врачей и пациентов о порядке оказания высокотехнологичной медицинской помощи // Материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Иваново: Изд-во Государственной Медицинской Академии. – 2008. – С. 130.
2. Набережная И.Б., Захаров Д.А., Набережная Ж.Б. Информированность и удовлетворенность пациентов относительно высокотехнологичной медицинской помощи // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – Т. 19, № 7. – С. 91–94.
3. Социологический опрос пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь / И.Б. Набережная, Д.А. Захаров, Ж.Б. Набережная [и др.] // Журн. науч. статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2016. – Т. 18. – № 3. – С. 56–59.

РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИКИ И ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ПЕДИАТРИИ

Джейранова Л.О., Щербакова И.В.

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

Введение. Педиатрия – неотъемлемая часть медицины, и развитие информационных технологий идет параллельно. Однако в педиатрии наиболее высокая ответственность за внедрение «цифры», ведь речь идет о здоровье молодого поколения.

Цель исследования. Анализ процесса развития информатики и телемедицины в педиатрии.

Материалы и методы исследования. Изучение медицинских статических данных, теоретический анализ научной литературы, обобщение полученных результатов.

Результаты исследования. Процесс развития медицинской информатики как науки тесно связан с развитием вычислительной техники. В нашей стране в 1970 г. в Московском Научно-исследовательском институте педиатрии и детской хирургии (ныне это Институт Вельтищева) был организован отдел ЭВМ-диагностики, специалисты которого разрабатывали алгоритмы обработки медицинской информации и предложили первые специализированные программные продукты [1]. В 1972 г. в Ленинградском педиатрическом медицинском институте (ныне это Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) была создана аналогичная лаборатория. Уже в те годы были достигнуты значительные результаты, заложившие основу дальнейшего развития автоматизированных систем динамического комплексного анализа состояния здоровья детей.

В 1980 г. была внедрена автоматизированная система диспансеризации детского населения ДИДЕНАС. К числу ее основных задач относились мониторинг здоровья детей и выявление заболеваний на ранних стадиях [2]. Позднее была предложена система медико-экологического мониторинга ЭКОМЕД, оценивавшая состояние здоровья по ряду маркерных групп патологий с учетом показателей загрязнения окружающей среды, а в 1991 г. появился компьютеризированный медико-генетический регистр [3], ставший основой Федерального генетического регистра – информационной системы, объединяющей данные о врожденных и наследственных заболеваниях и пороках более чем 80 тысяч детей.

Начиная с 2005 г. в России работает модифицированная система мониторинга диспансеризации детей, программное обеспечение (ПО) для всех этапов сбора и обработки данных было подготовлено ранее: внедрение ПО позволило создать

региональные и федеральную базы данных [4], которые в настоящее время являются основой машинного обучения систем искусственного интеллекта (ИИ) в педиатрии.

Активно развивается система телемедицинских консультаций в педиатрии, начало которой было положено в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии в 1998 г. К числу основных задач в данной сфере являются:

- создание защищенного обмена медицинскими документами через интернет-портал для проведения телеконсультаций;
- разработка мобильных спутниковых телемедицинских систем;
- создание системы интеллектуальной поддержки телеконсультаций [5].

Таким образом, информатика и телемедицина в педиатрии прошли 70-летний путь развития и внедрение новых инициатив продолжается.

Заключение. От решения задач создания диагностических и прогностических систем в педиатрии, автоматизации профилактических и диспансерных осмотров, внедрения интеллектуальных диагностических систем и специализированных регистров информатика перешла на уровень медицинских информационных систем разного уровня. Современный этап – это электронные медицинские карты, возможность распознавания патологий на медицинских изображениях с помощью элементов ИИ, вертикальные интегрированные медицинские информационные системы, а в будущем предполагается реализация персонифицированной парадигмы на основе доступа ко всем данным пациента независимо от места и времени проведения исследований.

Список литературы

1. Истоки и перспективы медицинской информатики и телемедицины в педиатрии / Б.А. Кобринский, Н.С. Демикова, Н.В. Матвеев [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – Т. 52? №. 5. – С. 4–11.
2. Кобринский Б.А. Континуум переходных состояний организма и мониторинг динамики здоровья детей. – М.: Детстомиздат. – 2000. – 155 с.
3. Система мониторинга врожденных пороков развития в Российской Федерации / Н.С. Демикова, А.С. Лапина, А.Е. Фельдман [и др.] // Информационные технологии в здравоохранении. – 2002. – №. 8–10. – С. 8–9.
4. Клочкова Н.Д., Щербакова И.В. К вопросу об истории развития медицинских информационных систем // Вектор научной мысли. – 2023. – Т. 4, №. 4. – С. 62–64.
5. Кобринский Б.А. Информационные технологии в российской педиатрии: вчера, сегодня, завтра // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2023. – Т. 4, №. 68. – С. 127.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Дьяченко Е.А., Ханадеев В.А.

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

Введение. В XXI сердечно-сосудистых и диабетических патологий, аутоиммунных заболеваний, сочетанных патологий [1]. Укрепляет свои позиции превентивная медицина: в наши дни на помощь приходят цифровые технологии, искусственный интеллект (ИИ), технологии машинного обучения.

Цель исследования. Оценить потенциал технологий машинного обучения для решения задач превентивной медицины.

Материалы и методы исследования. Российская платформа прогнозной аналитики Webiomed, электронная библиотека pandas (язык программирования Python). Метод моделирования, статистический метод, метод сравнения.

Результаты исследования. Комплексная профилактика заболеваний, проведение диспансеризации и диспансерного наблюдения – важнейшие меры превентивной медицины. Известно, что серьезной причиной заболеваемости и смертности в России являются хронические неинфекционные заболевания, и причинами 80% летальных исходов становятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, респираторные заболевания, сахарный диабет [1]. В связи с этим повышается роль превентивных методов поддержания здоровья и профилактики хронических заболеваний, ведь по оценкам экспертов до 40% опасных осложнений неинфекционных заболеваний может быть предотвращено за счет профилактики, посредством вовлечения пациентов в модификацию факторов риска [2].

Значение технологий машинного обучения для решения задач превентивной медицины трудно переоценить. Накопленные объемы данных о пациентах, способах диагностики и лечения, о лекарственных препаратах и биологически активных веществах неподвластны анализу специалистами без привлечения технологий Big Data. В настоящее время в различных регионах России проводится работа с большими медицинскими данными на отечественной платформе прогнозной аналитики Webiomed [1]. В качестве базового языка разработки моделей чаще всего в нашей стране используется Python, оснащенный библиотеками для работы с данными (в качестве примера можно привести библиотеку pandas). В научной литературе представлены разработки, проведенные на удаленном сервере Google Colaboratory с графическим аппаратным ускорителем [1; 3]. Известно, что проект IBM Watson for Oncology имеет доступ к различным источникам данных, включая энциклопедии, базы научных статей и антологии знаний. Высокая точность ответов обеспечивается мощными вычислительными ресурсами суперкомпьютера, что значительно упрощает работу врачей и автоматизирует процессы не только диагностики и лечения, но и моделирования, а также прогнозирования процессов развития заболеваний и динамики состояния пациентов.

К числу проектов, объединяющих результаты коллективного труда и технологии машинного обучения, относится Human Diagnosis Project (Human Dx). Анализ больших данных уже не представляет собой неразрешимую задачу, она подвластна машинным технологиям. В качестве примера можно привести опыт специалистов профилактической медицины Кировской области, которые в 2019–2020 гг. провели пилотную апробацию платформы Webiomed, в 2021–2022-м – ее промышленную эксплуатацию в режиме «второго мнения» и в 2023 г. – ее внедрение в режиме «цифрового помощника» [1]. Главным преимуществом ИИ при анализе больших медицинских данных оказалась высокая точность интерпретации информации: система самостоятельно извлекает из электронных медицинских карт необходимые для анализа данные, сопоставляет их с данными прошлых периодов, оценивает динамику изменения показателей здоровья, выявляет опасные тенденции и оценивает факторы риска – результатом этой работы становится формирование так называемых «цифровых профилей» пациентов, совокупность которых составляет основу разработки управленческих и клинических решений.

Заключение. Развитие технологических процессов и продуктов на современном этапе обусловило остроту проблемы анализа больших данных. Методы машинного обучения применяются в отношении моделей на основе данных, накопленных к настоящему времени. В превентивной медицине эти возможности имеют важное значение с точки зрения определения предрасположенности к тем или иным заболеваниям, прогнозирования и разработки моделей различных сценариев.

Список литературы

1. Опыт применения технологий искусственного интеллекта для развития профилактического здравоохранения на примере Кировской области / Д.А. Курдюмов, А.В. Кашин, Н.Ю. Рябов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – №. 6. – С. 62–69.
2. Бондаренко В.А. Применение моделей машинного обучения для поддержки принятия врачебных решений // Исследования молодых ученых: материалы LXXVIII Международной научной конференции, Казань, март 2024 года. – Казань: Молодой ученый. – 2024. – С. 1–8.
3. Бодрин К.А., Красноперова А.А. Использование технологий машинного обучения в медицине // Теория и практика современной науки. – 2018. – №. 10 (40). – С. 52–56.

ПРИМЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ПРОДУКТОВ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Евтухова В.В., Романова Е.В.

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

Введение. Цифровые продукты приходят на помощь пациентам в решении задач контроля состояния здоровья, в том числе в эндокринологии.

Цель исследования. Анализ примеров применения цифровых продуктов в эндокринологии.

Материалы и методы исследования. Портативный глюкометр BrainBeat; статистические данные, опубликованные в научной литературе по теме исследования. Метод эксперимента, метод измерения, математические методы.

Результаты исследования. Цифровые технологии в наши дни активно применяются пациентами с сахарным диабетом – в первую очередь, посредством использования систем мониторинга гликемии. Глюкометры вошли в ежедневную практику пациентов с таким опасным заболеванием, как сахарный диабет [1]. Разработаны стационарные и портативные, инвазивные и неинвазивные глюкометры: функционирование последних основано на методе оптической спектроскопии в ближнем инфракрасном диапазоне [2] – например, глюкометр российской компании BrainBeat [3]. Диабетические ассоциации разных стран внедряют программы по овладению пациентами знаниями, необходимыми для эффективного контроля диабета, включая развитие навыков самопомощи, обучение правилам ухода за собой, активное сотрудничество с докторами для улучшения клинических результатов [4].

К настоящему времени уже накоплены убедительные доказательства преимущества виртуальных, телемедицинских, телефонных и интернет-программ профилактики и лечения сахарного диабета в разных группах населения. В нашей стране успешно реализуется проект «Персональные медицинские помощники» в рамках реализации Стратегии цифровой трансформации здравоохранения, предусматривающие создание цифровой платформы для обмена и обработки информации о функциональных параметрах пациентов, полученной от медицинских приборов. Перечислим некоторые цифровые продукты и приложения:

- электронный дневник самоконтроля (мобильное приложение OneTouchReveal устанавливается на смартфон и синхронизируется с глюкометром, и накапливая в упорядоченном виде информацию, необходимую врачу и пациенту для контроля состояния и принятия соответствующих мер по его корректровке);
- имплантируемый сенсор (сенсор устанавливают под кожу на 90 дней, он

направляет на сопряженное с ним мобильное устройство информацию об уровне глюкозы в крови пациента);

– инсулиновая помпа модели Medtronic MiniMed 780G (высокоавтоматизированная система с обратной связью, имеющая замкнутый контур для отслеживания актуального уровня глюкозы и прогнозирующая потребность организма в инсулине с учетом выявляемых трендов).

При выписке из стационара пациенты получают рекомендации по дальнейшей титрации дозы инсулина, по использованию глюкометра с возможностью ведения электронного дневника и проведению телемедицинских консультаций врача-эндокринолога. При необходимости проводятся телемедицинские консультации по методике самоконтроля уровня глюкозы и ведению дневника: так, для одной из пациенток в течение 2 недель телемедицинского консультирования отмечалось снижение средней гликемии; пациентка отмечала повышение мотивации к самоконтролю гликемии, отсутствие тревоги от наблюдаемых значений глюкозы [5].

Заключение. Цифровые технологии расширяют возможности проведения диагностики, мониторинга, лечения эндокринных заболеваний. Электронные медицинские карты и мобильные приложения улучшают коммуникацию между пациентами и медицинскими специалистами, обеспечивая более быстрый доступ к медицинской информации и своевременное оказание помощи, повышая доверие пациентов и уровень комплаентности. Устройства для самоконтроля и телемедицинские технологии позволяют пациентам активнее участвовать в управлении своим состоянием, повышая эффективность медицинской помощи.

Список литературы

1. Светлова О.В., Гурьева И.В., Савченко Л.С. Современные возможности самоконтроля: новая эра эффективного управления сахарным диабетом // Медицинский совет. – 2019. – № 4. – С. 30–33.

2. Щербакова И.В. Биофизические подходы к диагностике аутоиммунных эндокринных заболеваний // Материалы III конференции по онкоэндокринологии и аутоиммунным эндокринным заболеваниям, 29–30 ноября 2024 года. – М.: Изд-во ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. – 2024. – С. 65–67.

3. Моругова Т.В., Шестакова М.В. Индивидуальные и госпитальные глюкометры: баланс между несомненной пользой и безопасностью // Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 19–22.

4. Черникова Н.А. Роль самоконтроля в современном управлении сахарным диабетом // Диабет. Образ жизни. – 2017. – № 4. – С. 36–38.

5. Маркова Т.Н., Субботина Л.С., Стас М.С. Цифровые помощники в реальной клинической практике на примере лечения пациента с сахарным диабетом 1 типа // FOCUS Эндокринология. – 2024. – Т. 5, № 3. – С. 78–83.

АДДИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Егорова А.В., Мусатов В.Ю.

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

Введение. В последние десятилетия наблюдается стремительное развитие технологий, которые меняют сложившиеся представления о медицине и лечении [1]. К их числу относятся так называемые аддитивные технологии, или 3D-печать, они открывают новые горизонты в сфере здравоохранения.

Цель исследования. Анализ возможностей применения аддитивных технологий в медицине.

Материалы и методы исследования. Техническое описание 3D-принтера GENIUS-1, литературные данные. Кейс-методы, методы анализа и сравнения.

Результаты исследования. Название аддитивных технологий происходит от английского слова add («добавлять»). Термином «аддитивные технологии» обозначается метод создания трехмерных объектов, деталей или вещей путем послойного добавления материала (пластика, металла, бетона и т.д.), а в будущем, возможно, тканей организма [2]. Такие трехмерные (3D) объекты создаются с помощью 3D-принтеров.

Аддитивные технологии уже нашли достаточно широкое применение в различных сферах деятельности. В медицине имеются следующие примеры их использования:

1. Индивидуальные имплантаты и протезы.

3D-печать позволяет создавать имплантаты, идеально подходящие пациенту. Это снижает риск осложнений и улучшает восстановление. Индивидуальные импланты и протезы применяются в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, травматологии, ортопедии. Так, у пациента С. 16 лет, попавшего в ДТП, в стационаре были выявлены признаки повреждения позвоночника и невралгических структур, диагноз сочетанная автотравма. Проведено хирургическое вмешательство на позвоночнике по месту жительства и рекомендовано хирургическое лечение в ФГБУ НИДОИ им. Г.И. Турнера [3]. На этапе обследования и подготовки к операции проведена R-графия, КТ грудного и поясничного отделов позвоночника, выявлен посттравматический кифоз. На основании данных КТ смоделирован индивидуальный протез тела позвонка, создана трехмерная пластиковая модель поврежденного отдела позвоночника. После отработки конструктивных особенностей протез напечатан на 3D-принтере из титанового порошка. На следующем этапе хирургического вмешательства пациент вертикализирован.

2. Биопринтинг тканей и органов.

Биопринтинг считается наиболее перспективной областью применения аддитивных технологий, включающей создание живых тканей и органов. Уже достигнуты успехи в создании простых тканей. Биопечатанные ткани могут использоваться для замены поврежденных органов, а также в направлении тестирования новых медикаментов без необходимости использования животных [4], что открывает новые горизонты в медицинских и фармацевтических исследованиях.

3. Хирургическое планирование и обучение.

3D-печать находит применение в подготовке хирургов к сложным операциям. Создание точных моделей органов позволяет врачам лучше понять анатомию пациента и спланировать ход хирургического вмешательства [5].

Специалисты полагают, что 3D-печать имеет значительные преимущества в сравнении с традиционными методами, поскольку позволяют добиться снижения рисков осложнений в ходе операций, высокого сходства импланта или протеза с утраченной частью тела пациента, быстрого производства медицинских 3D-изделий при снижении затрат на их производство, создания сложных форм и структур, в том числе таких, которые невозможно или сложно изготовить традиционными методами.

Заключение. Аддитивные технологии представляют собой мощный инструмент в медицине. С их помощью возможно создание индивидуальных решений, которые значительно улучшают качество медицинской помощи. Несмотря на существующие вызовы, будущее аддитивных технологий выглядит многообещающе, и их дальнейшее развитие будет способствовать улучшению здоровья людей по всему миру.

Список литературы

1. Тупикин Д.В., Щербакова И.В. Значение современных медицинских технологий // Мир в эпоху глобализации экономики и правовой сферы: роль

биотехнологий и цифровых технологий: сборник научных статей по итогам работы круглого стола с международным участием, Москва, 15–16 января 2021 г. – М.: Конверт. – 2021. – С. 270–272.

2. Аддитивные технологии в медицине: учебное пособие / В.В. Попов, Г.В. Муллер-Камский, С.И. Степанов [и др.] // Екатеринбург: Изд-во Уральского университета. – 2023. – 92 с.

3. Применение аддитивных технологий при хирургическом лечении ребенка с тяжелым повреждением грудного отдела позвоночника / Д.Н. Кокушин, С.В. Виссарионов, С.М. Белянчиков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – №. 6. – С. 137.

4. Малаев И.А., Пивоваров М.Л. Аддитивные технологии: применение в медицине и в фармации // Вестник фармации. – 2019. – №. 2 (84). – С. 98–107.

5. Применение технологии 3D-печати в медицине / О.А. Нагибович, Д.В. Свистов, С.А. Пелешок [и др.] // Клиническая патофизиология. – 2017. – Т. 23, №. 3. – С. 14–22.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ефимова С.В., Щербакова И.В.

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

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) стал катализатором значительных перемен в различных сферах, в том числе в педиатрии. К числу наиболее ярких примеров практического применения ИИ в данной сфере относятся мобильные роботы, чат-боты, голосовые ассистенты.

Цель исследования. Анализ ряда возможностей применения ИИ в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Материалы и методы исследования. Социальный робот Кеерон, мобильный робот REBBLES, литературные данные; методы анализа, синтеза, логики, сравнения.

Результаты исследования. Искусственный интеллект (ИИ) – это область инженерии, которая реализует новые концепции и нестандартные идеи для решения сложных задач. С помощью ИИ создаются интерактивные миры, в которых с различной степенью сходства имитируется человеческая реальность, поэтому в педиатрии ИИ применяется в разных направлениях [1].

Важнейшее значение это имеет в реабилитации [2]. Начиная с 2022 г. в России реализуется федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», в рамках которого ИИ помогает анализировать сложные медицинские данные и улучшать результаты лечения. В первую очередь следует выделить возможности воздействия технологий виртуальной реальности на состояние детей с аутизмом. Исследователи использовали возможности социального робота Кеерон, который взаимодействует с пользователем и танцует под музыку [3]: выявлено, что дети с аутизмом могут проявлять мотивацию к социальному взаимодействию; использование роботов и технологий виртуальной реальности в реабилитации способствует улучшению их социального взаимодействия и речевого развития [1]. Виртуальная среда помогает устранить отвлекающие факторы и делает обучение более продуктивным, что особенно важно для детей с особыми

потребностями. Для подростков с расстройствами аутистического спектра могут быть полезны симуляторы вождения в виртуальной реальности: они помогают развивать навыки вождения, преодолевая трудности, связанные с дефицитом внимания и координацией [1]. Таким образом, виртуальная реальность открывает новые возможности для обучения и реабилитации детей с аутизмом, улучшая их навыки и социальные взаимодействия.

Современные телетехнологии открывают новые возможности для дистанционного обучения детей, позволяя им участвовать в учебном процессе, находясь в лечебно-реабилитационном учреждении или дома. С помощью мобильного робота PEBBLES дети могут взаимодействовать с классом, участвовать в занятиях и экскурсиях, что значительно улучшает их эмоциональное состояние. Родители отмечают, что такие технологии помогают детям чувствовать себя более вовлеченными в образовательный процесс [4]. Ряд мобильных роботов (например, «Тео») предназначен для детей с нарушениями нервного развития. Эти устройства могут быть дистанционно управляемыми и реагируют на прикосновения, что делает их полезными для реабилитации посредством игровой деятельности, улучшает взаимодействие с окружающими и способствует эмоциональному развитию [5].

Чат-боты и голосовые ассистенты становятся все более популярными в педиатрии, предлагая персонализированные решения для улучшения здоровья. Искусственный интеллект позволяет разрабатывать новые методы реабилитации, адаптированные под индивидуальные потребности маленьких пациентов. Внедрение таких технологий открывает новые горизонты для повышения качества жизни и эффективности реабилитационных программ, однако требует соблюдения строгих нормативных стандартов и наличия доказательной базы.

Заключение. Применение ИИ в реабилитации детей с ОВЗ открывает новые горизонты для улучшения качества жизни, повышения эффективности реабилитационных программ. Это может привести к значительным улучшениям в восстановлении здоровья и функциональных возможностей людей, что делает ИИ важным элементом современного медицинского подхода. Врачи могут адаптировать программы реабилитации под индивидуальные потребности каждого пациента, что делает лечение более персонализированным.

Список литературы

1. Куршина М.В., Мазур Л.И., Жирнов В.А. Искусственный интеллект в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья // Практическая медицина. – 2024. – Т. 22, №. 5. – С. 43–46.
2. Полиданов М.А., Блохин И.С., Тупикин Д.В. Реабилитационные технологии в медицине: понятие и современные тенденции // Modern Science. – 2020. – №. 8–1. – С. 231–237.
3. Robots Keep on. – 2024. – URL: <https://robotsguide.com/robots/keepon> (дата обращения: 07.12.2024).
4. Pebbles. Robotics Today. – 2024. – URL: <https://www.roboticstoday.com/robots/pebbles> (дата обращения: 04.12.2024).
5. Буримский Н.А. Перспективы использования виртуальной реальности и искусственного интеллекта в реабилитации // Молодой ученый. – 2023. – №. 47 (494). – С. 57–58.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ

Журавель С.Л., Мусатов В.Ю.

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

Введение. В настоящее время цифровые технологии прочно заняли нишу в большинстве разделов высокотехнологичной медицины [1]. Высокую актуальность имеет анализ основных направлений применения цифровых технологий в хирургии.

Цель исследования. Анализ основных направлений применения цифровых технологий в хирургии – в частности, в деятельности специалистов Научно-исследовательского института травматологии, ортопедии и нейрохирургии Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского (НИИТОН СГМУ).

Материалы и методы исследования. Материалы научных статей; методы описания, рассуждения, сравнения, анализа, синтеза.

Результаты исследования. Разработка и применение в хирургии специальных программно-аппаратных систем проводится на протяжении нескольких десятилетий [2]. К примеру, технологии компьютерной хирургии (Computer Aided Surgery – CAS) предназначены для совершенствования и автоматизации диагностики, предоперационного планирования, тренинга хирургов-операторов и, конечно, для непосредственно хирургического вмешательства и интраоперационного сопровождения [3]. Цифровые технологии активно применяются как на этапе планирования, так и непосредственно в процессе проведения хирургических вмешательств [2]. На этапе планирования цифровые технологии позволяют проводить точную диагностику благодаря 3D-визуализации медицинских изображений; алгоритмы машинного обучения помогают выявлять патологии с высочайшей точностью и заранее «репетировать» будущую операцию с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента: в частности, с помощью 3D-принтера можно быстро получать прототипы имплантатов, модели тканей и органов, оценивать эффективность стратегий лечения [4]. На этапе проведения операции хирург может воспользоваться изготовленными на 3D-принтере хирургическими шаблонами; при этом все изготовленные изделия будут полностью индивидуализированы с учетом геометрической формы поверхностей тканей и органов конкретного пациента [3].

Применение подобных приемов помогают снизить риски и повысить точность операции. Например, хирургическая навигационная система позволяет отслеживать положение инструментов и накладывать 3D-модель на видео операции, что особенно важно при эндопротезировании суставов: грубая деформация нижней конечности во фронтальной плоскости более 15°, невозможность использования интрамедуллярных направителей [4]. Большое значение это имеет в деятельности НИИТОН СГМУ, специалисты которого освоили современный метод эндопротезирования суставов при помощи высокотехнологичного компьютерного оборудования: благодаря специальному оборудованию увеличивается точность пространственной ориентации компонентов эндопротеза во всех плоскостях. Применение компьютерной навигации позволяет выполнять эндопротезирование коленного сустава из миниинвазивного доступа (разрез не более 10 см), что особенно важно для лечения пациентов с серьезными деформациями костной ткани и суставов в целом: в ходе операции практически не повреждаются связочный аппарат и мышцы, которые хирург не разрезает, а раздвигает; это позволяет снизить риск осложнений и длительность периода реабилитации: суставы начинают функционировать в нормальном режиме в максимально сжатые сроки.

Подобные оперативные вмешательства позволяют устранить последствия спортивных и бытовых травм, а также хронических заболеваний.

Заключение. Интеграция цифровых решений в хирургии позволяет достигать высокой степени точности и минимизировать риски. Цифровые технологии повышают безопасность, доступность и эффективность хирургической помощи, предоставляя новые возможности для врачей и пациентов. Применение аддитивных технологий совместно с CAS-системами позволяет добиться значительного повышения эффективности работы хирургов за счет научно обоснованного учета индивидуальных особенностей пациента, оптимизации операционного процесса и минимизации травмирования пациентов при проведении хирургических вмешательств.

Список литературы

1. Старченкова О.Д., Величенкова Д.С. Анализ внедрения цифровых технологий в рамках высокотехнологичного здравоохранения // *π-Economy*. – 2022. – Т. 15, №. 6. – С. 18–32.
2. История развития отечественной травматологии на примере лечебной и научной деятельности Саратовского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии / В.Ю. Ульянов, С.Е. Гришин, Д.М. Пучиньян [и др.] // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2018. – Т. 3, №. 14. – С. 596–602.
3. Цифровые технологии в клинической хирургии и реабилитации / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, В.Д. Даминов [и др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2017. – №. 1. – С. 4–14.
4. Тотальное эндопротезирование коленного сустава с использованием виртуального прототипирования и аддитивных технологий / Р.О. Горбатов, Е.Е. Малышев, А.Д. Романов [и др.] // *Современные технологии в медицине*. – 2018. – Т. 10, №. 3. – С. 146–154.

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Зарманбетова А.Т., Щербакова И.В.

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

Введение. Масштабное внедрение цифровых технологий в процессы обучения детей и подростков на современном этапе обостряют проблематику их влияния на здоровье. Специалисты отмечают, что резко возросшая в последние годы информатизация образовательного процесса с использованием электронных средств обучения приводит к ухудшению состояния здоровья детей [1].

Цель исследования. Анализ влияния цифровых устройств на здоровье детей.

Материалы и методы. Статистические данные и материалы научной литературы. Методы анализа, сравнения, синтеза.

Результаты исследования. Возможность использования детьми персональных компьютеров (ПК), мобильных телефонов (МТ) различных гаджетов приводит к длительному, многочасовому времяпровождению с компьютерными играми и учебными материалами. Зависимость от ПК вызывает изменения не только в поведении ребенка, но и изменения в тканях коры головного мозга [2]. Результаты исследований указывают на важную роль дисфункциональной префронтальной доли в невропатологическом механизме у интернет-зависимых детей и подростков [3]. Патологическое воздействие мобильного телефона на формирующуюся нервную систему отражается в следующем:

- однонаправленные изменения показателей простой слухомоторной реакции (ПСМР) и простой зрительномоторной реакции (РЗМР) при увеличении длительности пользования МТ;
- повышение утомляемости, отмечаемое у 39,7% детей после пользования ПК и МТ;
- дисбаланс в уровне сформированности произвольного внимания и смысловой памяти;
- наличие чрезмерного влечения к использованию цифровых устройств в ущерб другим видам деятельности, в том числе связанных с выполнением обязанностей.

Многие исследователи полагают, что электромагнитные волны МТ оказывают неблагоприятное влияние на органы чувств [3]. Объективным критерием для оценки неблагоприятного действия электромагнитного поля радиочастот на организм человека является факт развития опухолей мозга у пользователей МТ как проявление отдаленных последствий и, к сожалению, возрастает количество случаев данной патологии у детей.

Также имеются многочисленные исследования воздействия телевизора и значительной задержкой речевого общения: светодиодные экраны компьютеров и телефонов излучают синий свет в определенном диапазоне длин волн, нарушающем циркадные ритмы [4].

Заключение. Использование цифровых устройств детьми таит в себе ряд опасностей [5]. Разнообразные технические устройства являются источниками электромагнитного излучения, способного оказывать патологическое воздействие на организм детей – не только на физическое, но и на психическое их здоровье.

Список литературы

1. Цифровые устройства и когнитивные функции у детей / Г.А. Каркашадзе, Л.С. Намазова-Баранова, Е.А. Вишнева [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2021. – Т. 20, №. 6. – С. 506–520.
2. Чахнашвили М.Л., Иванов Д.В. Влияние цифровизации на здоровье детей и подростков // Вестник новых медицинских технологий. – 2022. – №. 3. – С. 56–66.
3. Григорьев Ю.Г. Возможность развития опухолей мозга у пользователей сотовыми телефонами: научная информация к решению Международного Агентства по исследованию (IARC) // Радиационная биология. Радиозэкология. – 2011. – Т. 51, №. 5. – С. 633–638.
4. Чигоренко А.П., Щербакова И.В. Светодиоды: основные характеристики и направления применения в медицине // Week of Russian science (WeRuS-2024): сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 18-21 апреля 2024 года. – Саратов: Саратов. гос. мед. ун-т. – 2024. – С. 811–812.
5. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Зависимость от персонального компьютера, компьютерных игр и Интернета в детской психиатрической практике // Практическая медицина. – 2009. – Т. 38, №. 6. – С. 31–35.

ЛУЧЕВАЯ НАГРУЗКА В МЕДИЦИНЕ: ПРИНЦИПЫ ИЗМЕРЕНИЙ И ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ибрагимов И.М., Федюнин И.В., Щербакова И.В.

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

Введение. Проблема оптимизации доз облучения пациентов в лучевой диагностике и лучевой терапии является достаточно актуальной в связи с расширением возможностей современных высокотехнологичных методов в медицине [1]. Цель данной работы – анализ понятия «лучевая нагрузка», основных принципов ее измерения и возможностей применения цифровых технологий в данной сфере.

Цель исследования. Анализ понятия «лучевая нагрузка», принципов ее измерения и возможностей применения цифровых технологий.

Материалы и методы исследования. Материалы научных статей по теме исследования; общетеоретические методы исследования.

Результаты исследования. Термином «лучевая нагрузка» (ЛН) обозначается то количество энергии, которое поглощается органами и тканями при облучении в ходе диагностики и терапии [2], в первую очередь – при рентгенографии, флюорографии, компьютерной томографии и др. Величина ЛН измеряется в миллизивертах, обозначаемых мЗв. Верхний показатель нормы составляет 3 мЗв в год на пациента, однако суммарную дозу ЛН, полученную конкретным пациентом, определить нелегко, учитывая его возможности обращения в различные медицинские организации для проведения рентгенографии, рентгеноскопии, маммографии, стоматологических КТ-исследований, ударно-волновой литотрипсии и т.д [3]. Если пациенту провели рентгеноскопию кишечника со следующими параметрами рентгенологического исследования: размер поля $30 \times 30 \text{ см}^2$, фокусное расстояние 60 см, $U = 90 \text{ кВ}$ и измеренное значение произведения дозы на площадь $\Phi = 1\,500 \text{ сГр} \cdot \text{см}^2$, то значение дозового коэффициента, соответствующее выбранному режиму исследования, K_d составляет $2,2 \text{ мкЗв}/(\text{сГр} \cdot \text{см}^2)$ [3]. Значения Φ и K_d позволяют вычислить значение эффективной дозы облучения, полученной пациентом при проведении данного вида рентгенодиагностики:

$$E = 2,2 \text{ мкЗв}/(\text{сГр} \cdot \text{см}^2) \cdot 1\,500 \text{ сГр} \cdot \text{см}^2 = 3\,300 \text{ мкЗв} = 3,3 \text{ мЗв}$$

Общемировой тенденцией, связанной с пандемией COVID-19, стало существенное увеличение вклада компьютерной томографии в объем проводимых в медучреждениях диагностических рентгенорадиологических процедур и соответственно повышение ЛН [4]. Известно, что показатели ЛН многократно возрастают при многофазном сканировании с контрастным усилением. Даже усредненные статистические данные мониторинга медицинского облучения на уровне 1,01 мЗв на человека в год по всем регионам Российской Федерации [5] отражают тот факт, что медицинское излучение занимает второе место после естественных источников. Согласно данным радиационно-гигиенической паспортизации, наиболее значительный вклад в коллективную дозу облучения населения в медицине вносит рентгеноскопия, хотя ее доля не превышает 4% коллективной дозы населения России, в то время как флюорография вносит около 30% коллективной дозы [5].

Основными методами обнаружения и измерения лучевых нагрузок являются ионизационный, химический, фотографический, сцинтилляционный методы: первый основан на эффектах ионизации облучаемой среды; химический метод – на измерении числа молекул ионов, образующихся или изменяющихся при лучевой нагрузке; биологический – на определении функциональных и морфологических изменений тканей, способных изменять эти показатели при воздействии ионизации. На смену классическим подходам приходят цифровые технологии: к примеру, цифровая система QCONLINE позволяет оптимизировать работу цифровых радиологических отделений, управляя данными о дозиметрии пациентов и процедурами в режиме реального времени и являясь универсальным методом фиксации, анализа, учета информации о лучевой нагрузке.

Заключение. Анализ понятия «лучевая нагрузка» и показателей ЛН при проведении медицинских процедур показывает важность управления радиационной

безопасностью в здравоохранении. В последние годы отмечается рост медицинского облучения населения, что подчеркивает необходимость тщательной оценки и оптимизации рентгенодиагностических и радиотерапевтических мероприятий. Важно продолжать исследования, направленные на снижение необоснованного облучения; развивать технологии, позволяющие проводить диагностику и терапию при более низких значениях ЛН.

Список литературы

1. Оптимизация доз облучения пациентов в лучевой диагностике / С.Е. Охрименко, Л.А., Ильин И.П. Коренков [и др.] // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98, №. 12. – С. 1331–1337.
2. Илясова Е.Б., Чехонацкая М.Л., Приезжева В.Н. Лучевая диагностика: учебное пособие. – М.: Гэотар-медиа. – 2013. – 280 с.
3. Контроль эффективных доз облучения пациентов при проведении медицинских рентгенологических исследований / В.Ю. Голиков, С.А. Кальницкий, С.С. Сарычева [и др.]. – М.: Изд-во ФГУН НИИРГ. – 2011. – 30 с.
4. Коберник О. Лучевая перегрузка // Медвестник. – 2023. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Luchevaya-peregruzka-ekspert-nazvala-prichiny-vozmojnogo-rosta-dozy-medicinskogo-oblucheniya.html?ysclid=m405e5c7n9779410119> (дата обращения: 17.11.2024).
5. Миронова И.К., Каневский М.В. Радиационная экология: учебно-методическое пособие. – Саратов: Изд-во СГУ. – 2015. – 40 с.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Иокерс Э.Э., Юдаев В.Р., Беков Н.Э., Еругина М.В.

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

Введение. В условиях цифровой трансформации общества телемедицина становится ключевым вектором развития медицины. Особенно ее значимость проявилась в последние годы, когда пандемия COVID-19 показала необходимость дистанционной диагностики, лечения и мониторинга. Телемедицина повышает доступность медицинской помощи, ускоряет реакцию на запросы пациентов, сокращает затраты и облегчает работу медучреждений благодаря электронным инструментам [1]. Это делает ее важным нововведением, способствующим повышению уровня и доступности медицины в условиях урбанизации и демографических изменений.

Телемедицина становится не только эффективным способом преодоления текущих задач медицины, но и важным элементом стратегии ее будущего развития [2]. Выявление положительных сторон внедрения телемедицинских технологий способствует глубокому пониманию их потенциала и дает основу для разработки новых образовательных программ, направленных на подготовку специалистов, готовых к работе в условиях цифровой медицины.

Данная работа посвящена анализу мнений студентов лечебного факультета о преимуществах телемедицины. Это важно для формирования профессиональных компетенций будущих работников здравоохранения и понимания перспектив применения цифровых технологий в здравоохранении.

Цель исследования. изучение мнений студентов лечебного факультета о положительных сторонах телемедицины и выявление преимуществ ее внедрения для оценки готовности будущих врачей к использованию цифровых технологий в работе по специальности.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено скрининговое исследование – анкетирование 50 студентов 2-го курса лечебного факультета, проходивших обучение по дисциплине «Цифровое здравоохранение». Анкета включала 25 вопросов по разным аспектам применения цифровых технологий в здравоохранении.

Методы исследования: социологический (анкетирование), статистический, аналитический. Данные были структурированы и проанализированы в контексте актуальных задач цифровизации здравоохранения.

Результаты исследования. Участники опроса высоко оценивают развитие телемедицины, особенно в части повышения доступности медицинской помощи (МП): все респонденты отметили улучшенный доступ к МП в удаленных и труднодоступных регионах. Кроме того, уменьшение времени на организацию консультаций и возможность быстрого реагирования на вызовы (84%) также занимают лидирующие позиции в ответах респондентов, подчеркивая важность скорейшего начала лечения для повышения его эффективности.

Цифровизация медицинской документации (72%) выделяется респондентами как один из ключевых аспектов, позволяя экономить время на заполнение документов и делая их более доступными для врачей и пациентов. Удобство мониторинга за состоянием пациентов (66%) является значительным преимуществом – способствует лучшему контролю лечения и профилактики.

Улучшение качества медицинской помощи (62%) и экономия времени, сил и средств (58%) демонстрируют практическую пользу внедрения телемедицины. Также важной оказалась образовательная составляющая: 42% респондентов отметили, что телемедицина помогает врачам и студентам обмениваться знаниями, проводить совместные консультации и взаимодействовать с пациентами.

Особое внимание уделяется конфиденциальности (36%), что отражает высокий приоритет безопасности данных. Проведение врачебных консилиумов (30%) становится все более актуальным, поскольку телемедицина упрощает процесс коллективного принятия решений. Снижение распространения инфекций (26%) подчеркивает ее значимость с эпидемиологической точки зрения.

Такие аспекты, как развитие медицинских исследований (24%), уменьшение нагрузки на медицинский персонал (22%) и интеграция новейшего оборудования (20%), показывают, что телемедицина способствует повышению эффективности системы здравоохранения. Респонденты считают важными факторами внедрения телемедицинских услуг комфорт и персонализированный подход к лечению пациентов (по 20%), а также облегченный доступ к консультациям узких специалистов (18%).

Менее популярные аспекты: выявление заболеваний на ранних стадиях (14%), сотрудничество с зарубежными коллегами и информирование пациентов (по 12%). Также отмечены гибкость графика врача, возможность оставлять отзывы, личная безопасность медработников и привлечение инвестиций (по 4%).

Заключение. Данное исследование позволяет оценить телемедицинские технологии с точки зрения студентов медицинских вузов, отмечающих их преимущества в улучшении доступности и качества медицинской помощи, а также в оптимизации работы учреждений здравоохранения и специалистов в условиях демографических и эпидемиологических вызовов. Полученные результаты могут быть полезны при разработке стратегий внедрения и развития цифровых технологий в системе здравоохранения регионального уровня.

Список литературы

1. Юсупова Ф.У. Развитие телемедицины // Экономика и социум. – 2022. – Т. 101, №. 10. – С. 653–656.
2. Васильев А.В. Будущее телемедицины // Наука, техника и образование. – 2015. – Т. 10, №. 4. – С. 190–192.

РИСКИ ВНЕДРЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ)

Исяняев Ю.И., Чечель А.С., Бикашев Р.А.

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

Введение. Цель телемедицины – предоставление качественной медицинской помощи любому человеку, независимо от его местонахождения и социального положения. Телемедицина позволяет поднять эффективность лечения и диагностики на качественно новый уровень.[1] Она развивается и уже доказала свою эффективность в условиях пандемии. Среди ее главных преимуществ – удобство, экономия времени и доступность медицинской помощи. Но вместе с положительными аспектами телемедицина порождает ряд серьезных проблем, имеющих негативные последствия для пациентов и медицинских работников.

Цель исследования. Выявить и проанализировать отрицательные стороны развития телемедицины, включая технические, качественные, этические, правовые и социально-экономические аспекты, с целью оценки их влияния на качество предоставления медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Проведено скрининговое социологическое исследование в форме анкетного опроса, в котором приняли участие 50 студентов 2-го курса лечебного факультета, обучающиеся по дисциплине «Цифровое здравоохранение». Анкета включала вопросы о возможных рисках при внедрении телемедицинских технологий. Использовались статистический, социологический и аналитический методы.

Результаты исследования. Респонденты указали на возможные риски цифровизации здравоохранения, которые по частоте ответов были разделены на 5 групп:

1. Наиболее высокий риск (от 80 до 100% ответов): вероятность утечки персональных и медицинских данных – 90%.

2. Высокий риск (от 60 до 80%): отсутствие психоэмоциональной связи и доверия – 37 (74%); высокая стоимость внедрения новых технологий – 35 (70%); неравенство в доступе к технологиям – 35 (70%); возможность технических сбоев и неполадок со связью – 33 (66%); большой риск ошибок и неправильной постановки диагноза – 31 (62%).

3. Средний риск (от 40 до 60%): недостаточная готовность медицинских специалистов и пациентов к работе с новыми технологиями – 26 (52%); низкое качество оборудования – 24 (48%); ограниченность правового регулирования – 21 (42%); недостаток специалистов в области цифровизации – 21 (42%).

4. Низкий риск (от 20 до 40%): ограничение физических методов диагностики и лечения дистанционно – 18 (36%); сложность в организации и внедрении в единую систему – 15 (30%); утомляемость медперсонала из-за большого количества пациентов и избытка информации – 10 (20%).

5. Минимальный риск (менее 20%): трудность интерпретации информации пациентом – 9 (18%); отсутствие стандартизации – 8 (16%); неточность диагностики – 7 (14%); нежелание пациентов внедрения новых технологий – 7 (14%); нельзя прописывать пациенту препараты – 7 (14%); угроза мошенничества – 5 (10%); трудности в оказании экстренной помощи – 5 (10%); сопротивление со стороны медицинских работников к изменениям – 4 (8%); развитие зависимости от технологий – 4 (8%); снижение критического и клинического мышлений, потеря практических навыков – 3 (6%);

необходимость внедрения новых методов работы – 2 (4%); проблемы с идентификацией личности – 1 (2%); замещение врача искусственным интеллектом – 1 (2%).

Преградой для развития телемедицины является недостаточная техническая инфраструктура: качественный интернет и оборудование недоступны в отдалённых районах, что затрудняет консультации. Удалённый формат ограничивает диагностику из-за отсутствия физического осмотра. Цифровая передача данных сопряжена с угрозой утечек и хакерских атак, что ставит под угрозу конфиденциальность пациентов. Сложно определить границы ответственности врача, что увеличивает судебные споры. Недоверие к удалённым консультациям снижает качество помощи. Внедрение телемедицины требует значительных финансовых вложений, что усиливает социальное неравенство. Для развития телемедицины необходимо улучшать инфраструктуру, защищать данные и совершенствовать законодательство. Реализация домашнего мониторинга обеспечивает сокращение числа посещений пациентов на дому врачами [1].

Заключение. Комплексный подход к управлению в сфере телемедицины имеет важное значение для определения стратегических перспектив в сфере здравоохранения [2]. Проведена верификация и ранжирование рисков внедрения телемедицинских технологий по результатам анкетирования студентов второго курса. Высоким считается риск сохранности персональных и медицинских данных пациентов. К высоким рискам были отнесены: отсутствие психоэмоциональной связи и доверия, высокая стоимость внедрения новых технологий, неравенство в доступе к технологиям, возможность технических сбоев и неполадок со связью, большой риск неправильной постановки диагноза.

Список литературы

1. Баранов А.А., Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Телемедицина – перспективы и трудности перед новым этапом развития // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Т. 10, № 3. – С. 6–11.

2. Назаров Д.М., Бадаев Ф.И. Оценка влияния внедрения телемедицины в сферу здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 10. – С. 49–57.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕПУТАЦИЯ В ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Кардаильский В.А., Шихметова Л.М., Барашков Г.М.

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

Введение. В современном обществе репутация врача складывается из множества различных факторов и влияет на общий престиж профессии. Одна из значительных трансформаций возникла с появлением медагрегаторов. Врачи и медучреждения столкнулись с необходимостью сохранения своей репутации в цифровом пространстве.

Цель исследования. Проанализировать взаимодействие врача с пациентом через медагрегаторы, и защиту репутации врача на сайтах-отзовиках.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования являлись источники нормативно-правовых актов. Методами для их исследования стали – теоретический анализ факторов, составляющих врачебную репутацию, контент-анализ результатов маркетинговой аналитики врачебной репутации.

Результаты исследования. На сегодняшний день медреputация складывается не только из личных качеств и навыков врача, но и из умения предоставлять свои услуги в цифровом пространстве. Цифровое пространство делает прозрачными ранее скрытые процессы взаимодействия врача и пациента. Изменения в балансе ответственности между пациентами и медицинскими работниками за уровень

индивидуального здоровья во многом обусловлено формированием новой модели отношений-информированного согласия (совместное принятие решений в выборе методов лечения) [1].

Агентство MARKWAY провело отраслевой исследовательский проект «Медицинский репутационный рейтинг – 2022». По его итогам было отмечено, что люди чаще позитивно, пишут о работе клиник чем негативно. Хотя средний рейтинг клиник и не дотягивают до «зеленой зоны» (4-4,5 баллов). Это объясняется реакцией общества на любые неточности в выполнении работы, так как услуга связана с безопасностью и здоровьем [2].

Со временем пациенты стали более заинтересованными в поддержании и улучшении своего здоровья. Для врачей и медорганизаций стало возможным размещение медконтента на официальных сайтах, что позволяет пациентам получить советы по уходу за здоровьем для повышения общей медграмотности общества, что должно способствовать раннему выявлению проблем и эффективному лечению.

Среди врачей, создающих цифровой контент в формате просветительской деятельности, большинство сотрудничает с крупными медплатформами в формате первичного консультирования для формирования позитивного образа клиники и повышения рейтинга доверия, что влияет на улучшение репутации в медиaprостранстве самого врача и лечебного учреждения, с которым он аффилирован [3].

Медотзовики – инструмент одновременно полезный и спорный. С помощью них можно получить ценные сведения и сделать выбор в пользу определенных специалистов. Но также они могут содержать недостоверную информацию, из-за чего вредят работе врачей.

При распространении недостоверной информации, умаляющей честь и достоинство медработников, возможно наступление административной (ст. 5.61 КоАП), гражданско-правовой (ст. 152 ГК РФ) и уголовной ответственности (ст. 128 УК РФ – клевета). Защититься от распространения недостоверной информации можно с помощью сбора доказательств, подачи заявления в прокуратуру, подачи заявления в суд [4].

Так, врач диагностического центра подала жалобу в суд на ресурс «ПроДокторов», обвинив его в незаконном распространении персональных данных, и потребовала удалить ее профиль и отзывы пользователей. Получив отказ в районном суде, врач обратилась в Верховный суд, который встал на ее сторону, посчитав, что отзывы в интернете могут рассматриваться как вмешательство в частную жизнь, так как Гражданский кодекс запрещает распространение информации о человеке без его согласия [5].

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что факторы, влияющие на врачебную репутацию, подверглись значительной трансформации в результате перехода к цифровым технологиям. Пациенты стали более заинтересованными в способах лечения и внимательнее относятся к выбору медспециалистов и учреждений. Со стороны медучреждений усилилось внимание к статистике сетевых отзывов, так как, если внимание к публикуемой информации недостаточное, то это может привести к значительному снижению репутационного рейтинга. Выявляются определенные способы правовой защиты врачей в цифровом пространстве.

Список литературы

1. Айвазян Ш.Г., Доника А.Д., Элланский Ю.Г. Общая врачебная практика как предмет исследования социологии медицины: монография. – М.: Академия Естествознания. – 2017. – 116 с.
2. Отраслевой исследовательский проектагентства Markway. Рейтинг репутации медицинских центров. – 2022. – URL: <https://markway.ru/research/rejting-reputaczii-mediczinskih-czentrov-2022/> (дата обращения: 10.11.2024).
3. Здоровье купишь // Коммерсантъ. – № 229. – 2024. – URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6594160?tg/> (дата обращения: 17.11.2024).

4. Печерей И.О. Защита прав врачей: практикум по тактике. – М.: Национальная медицинская палата. – 2018. – 124 с.

5. Сайты отзывов о врачах: работаем с площадками правильно. – 2023. – URL: <https://markway.ru/blog/sajty-otzyvov-o-vrachah-kak-rabotat-s-ploshhadkami/> (дата обращения: 15.11.2024).

«УМНЫЕ» ГАДЖЕТЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРИМЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ

Конкина Т.В., Егоров Е.Н.

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

Введение. Современные технологии стремительно проникают в различные сферы жизни, и медицина не является исключением [1]. Разработаны и все шире применяются носимые устройства с датчиками, многие мобильные приложения позволяют отслеживать показатели состояния здоровья пользователя.

Цель исследования. Рассмотреть возможности и ряд примеров применения «умных» гаджетов для контроля показателей состояния здоровья.

Материалы и методы исследования. Смарт-часы SmartX IW PRO Milano Gold, результаты опроса 42 второкурсников ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, статистические данные, материалы научных статей. Методы опроса, анализа, сравнения.

Результаты исследования. Активное внедрение цифровых технологий во все сферы жизни предоставляет возможность дистанционного мониторинга состояния пациента: примеры – носимые устройства в виде смарт-часов, фитнес-трекеров, цифровых шагомеров. Смарт-часы SmartX IW PRO Milano Gold фиксируют значения ЧСС, дневную активность, уровень оксигенации крови, качество сна [2]. Использование фитнес-трекеров способствует улучшению контроля за хроническими заболеваниями – гипертонией, диабетом, астмой и др. [3]. Наше исследование показало: трекеры активности в виде браслетов/клипс, комбинации встроенных датчиков смартфонов с мобильными приложениями знакомы 42% второкурсников, 18% опрошенных используют носимые устройства (браслеты/клипсы) с инерционными датчиками; 8% знакомы с носимыми кардиодатчиками. Никто из опрошенных не слышал о стельках, оснащенных датчиками давления, о датчиках кожно-гальванических реакций, о миникомпьютерах со встроенной «тревожной» кнопкой.

Мобильные приложения предоставляют пользователям возможность отслеживать свое состояние, получать напоминания о приеме лекарств, записываться на прием к докторам, просматривать и дополнять записи в электронных медкнижках. Приложение Medisafe предназначено для управления приемом лекарств – оно помогает пользователю следить за временем приема и дозировками лекарств, устанавливать напоминания, отслеживать остаток лекарств и предоставлять информацию о взаимодействиях между лекарственными средствами [4]. Другой пример – мобильное приложение Headspace для управления стрессом за счет медитаций, физических упражнений и дыхательной гимнастики, помогает пациентам более эффективно управлять своим здоровьем [3], с учетом их показателей, отслеживаемых в динамике.

Пандемия COVID-19 придала новый импульс развитию телемедицины [5]. Видеокамеры и специализированные платформы для видеозвонков, встроенные в гаджеты, позволяют осуществлять консультирование на расстоянии, что не только снижает риск заражения, но и делает медицинскую помощь более доступной для жителей отдаленных и труднодоступных регионов. По данным исследований, 75%

пациентов, использовавших телемедицинские услуги, остались довольны качеством полученной помощи [3]. Это подтверждает эффективность телемедицинских решений в условиях ограниченного доступа к традиционным медицинским услугам.

Заключение. Применение гаджетов в медицине значительно изменяет подход к диагностике, лечению и мониторингу состояния пациентов. Носимые устройства, мобильные приложения, телемедицина и технологии искусственного интеллекта способствуют повышению качества медицинских услуг и приверженности пациентов к лечению. Однако необходимо учитывать и потенциальные риски, связанные с конфиденциальностью данных и необходимостью обучения медицинского персонала работе с новыми технологиями. Необходимы дальнейшие исследования в области интеграции современных технологий в медицинскую практику для оптимизации процессов оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Исаков И.М., Щербакова И.В. Перспективы внедрения искусственного интеллекта в медицине // Week of Russian science (WeRuS-2024): сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 16–19 апреля 2024 года. – Саратов: Сарат. гос. мед. ун-т. – 2024. – С. 816–817.

2. Старовойтова В.А., Тараник М.А., Копаница Г.Д. Исследование современных медицинских портативных устройств // Врач и информационные технологии. – 2016. – № 2. – С. 54–61.

3. Ансокова М.А., Розанов И.А., Марченкова Л.А. Современные подходы к применению цифровых технологий для реабилитации и дистанционного мониторинга пациентов с постковидным синдромом // Вестник восстановительной медицины. – 2023. – Т. 22, № 1. С. 117–123.

4. Владзимирский А.В. Систематический обзор эффективности и значимости носимых устройств в практическом здравоохранении // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2016. – № 1 (2). – С. 6–17.

5. Бибарсова Д.Н. Телемедицина: актуальное состояние и перспективы развития // Наука и человек в новом мире: сборник статей IV Международной научно-практической конференции, Петрозаводск, 2023 год. – Петрозаводск: Новая Наука. – 2023. – С. 105–109.

ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КАРТЫ КАК ОБЪЕКТЫ АНАЛИЗА БОЛЬШИХ ДАННЫХ

Курбанова Р.Ш., Щербакова И.В.

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

Введение. К началу третьего десятилетия XXI в. электронные медицинские карты (ЭМК) в нашей стране вытеснили бумажных «предшественников» на 91%, в то время как в 2007 г. данный показатель составлял менее 4% [1]. В настоящее время на помощь в оформлении ЭМК приходят цифровые технологии. Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) обеспечивает не только первичное оформление документов, но и их динамичное пополнение, а также анализ данных.

Цель исследования. Выявить значение электронных медицинских карт как объектов анализа больших данных.

Материалы и методы исследования. Материалы ЕГИСЗ и научных статей, представленные в интернет-источниках; методы логико-аналитического исследования.

Результаты исследования. Внедрение информационных технологий (ИТ) в медицину и здравоохранение в нашей стране происходит параллельно их развитию, начиная с 1960–х гг. Первоначально ставилась задача автоматического формирования отчетности медицинских организаций и статистических расчетов [2]. К началу XXI сформировалось понимание возможностей и направлений внедрения ИТ и по другим направлениям деятельности в здравоохранении [3]. Разработка проекта Единой государственной информационной системы здравоохранения в 2011 г. стала важным шагом на пути информатизации в медицине. Принятие последующих нормативных актов привели к большим достижениям в данной сфере, и к настоящему времени во всех регионах России ЭМК стали реальностью.

Если ЭМК содержит электронные персональные медицинские записи, которые могут быть сгруппированы по случаям заболевания или госпитализации, то интегрированная ЭМК объединяет данные из разных медицинских организаций, доступ к которым осуществляется через централизованный индекс; персональная ЭМК включает данные, собираемые и управляемые самим пациентом [2]. Персональная ЭМК ведется пациентами на мобильных устройствах, ноутбуках, персональных компьютерах – это позволяет пациентам в режиме реального времени обмениваться данными со специалистами медицинских организаций, что обеспечивает удобство и оперативность предоставления медицинской помощи.

К числу основных целей системы ЭМК относятся: сбор и хранение информации о пациентах, предоставление доступа к ЭМК, создание электронных сервисов для повышения качества медицинской помощи [3].

Несмотря на то, что в России отсутствует нормативное определение электронной медицинской карты, каждому специалисту медицинской организации и большинству пациентов знакомо это понятие. В качестве рабочего определения ЭМК трактуется как совокупность электронных персональных медицинских записей одного человека в медицинской организации [1]. В ЭМК может быть внесена любая электронная запись о состоянии здоровья человека, в том числе и с медицинских устройств (примерами могут служить КТ–снимки, рентгенограммы и их описания, автоматически отправляющиеся в ЭМК обследуемого пациента).

Вторичные функции ЭМК включают аналитическую отчетность, управление здравоохранением, контроль качества лечения, научные исследования (сегодня проводящиеся с использованием элементов ИИ), обучение и обеспечение общественного здоровья. За последние 15 лет объем данных в ЭМК значительно вырос, включая информацию от пациентов, внесенную ими с использованием технологий телемедицины, носимых устройств и домашних приборов регистрации параметров состояния здоровья; от коммерческих организаций и немедицинских источников, к которым можно отнести социальные сети мобильных устройств, фитнес–центры и др. Объединение этих данных в единую ЭМК представляет собой перспективный ресурс для накопления и анализа больших данных.

Для анализа таких данных применяются цифровые технологии. Электронные медицинские карты становятся важным объектом анализа совокупности представленных в них данных и основой для применения технологий машинного обучения. К примеру, данные об онкологических заболеваниях накапливаются на специальных ресурсах и, в свою очередь, выступают в качестве базы для распознавания с помощью ИИ [1]. То же касается дерматологии и других медицинских специальностей.

Заключение. ЭМК содержат огромный массив данных реальной клинической практики – ценный ресурс для технологий ИИ с точки зрения перспектив диагностики и тактики лечения. Формирование цифровых профилей пациентов важно для научных исследований и создания систем поддержки принятия решений, однако требует глубокой проработки вопросов обеспечения конфиденциальности информации.

Список литературы

1. Электронные медицинские карты как источник данных реальной клинической практики / А.В. Гусев, Б.В. Зингерман, Д.С. Тюфилин [и др.] // Реальная клиническая практика: данные и доказательства. – 2022. – №. 2 (2). – С. 8–20.
2. Зингерман Б.В., Шкловский-Корди Н.Е. Электронная медицинская карта и принципы ее организации // Врач и информационные технологии. – 2013. – №. 2. – С. 37–58.
3. Интегрированная электронная медицинская карта: задачи и проблемы / Б.В. Зингерман, Н.Е. Шкловский-Корди, В.П. Карп [и др.] // Врач и информационные технологии. – 2015. – №. 1. – С. 24–34.

ИННОВАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Кутрухина М.С., Коваленко Е.В.

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

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) сегодня всё чаще используется во многих сферах, стоматология не является исключением. Происходит постоянная эволюция в медицине. Стоматологический приём сейчас сильно отличается от того, что было несколько десятков лет назад. На это в том числе повлияли технологии ИИ.

Цель исследования. Провести обзор литературы по данной теме, определить возможные концепции использования ИИ в стоматологии, а также проследить перспективу внедрения этих технологий.

Материалы и методы исследования. Анализ информации статей MIT Technology Review и Mordor Intelligence, статьи Е. Шемякинской о проведении операции роботом на пациенте, сайтов компаний по разработке технологий на основе ИИ: Diagnocat и Diana.

Результаты исследования. В мире существует множество компаний, разрабатывающих на основе технологий ИИ специальные программы, которые активно внедряются в стоматологическую практику. Например, программа Diagnocat, функционирующая на базе технологии Computer Vision, имеет множество возможностей. С помощью нее осуществляется анализ внутривидеокамерных и панорамных рентгеновских снимков, результатов конусно-лучевой компьютерной томографии; создание 3D-моделей челюстей; упрощение совместной работы врачей и их взаимодействие с пациентом за счёт дистанционного обмена информацией. Эти возможности обеспечивают лучшую коммуникацию с пациентом за счёт повышенной наглядности, сокращение времени, повышение точности обнаружения патологических изменений. По данным 2020 года Diagnocat уже использовалась врачами в более чем 250 клиниках России и СНГ, число которых растёт с каждым годом [1].

Еще одной популярной программой на основе таких технологий ИИ, как Computer Vision, Neuro Linguistic Programming, Machine Learning, является Diana. Она используется для подсчёта индекса гигиены полости рта. Программа осуществляет помощь врачу в подборе паст и порошков для проф. гигиены, составляет отчет с рекомендациями по уходу и производит анализ риска возникновения патологических поражений. Данную программу в настоящее время использует более 100 клиник по всей России, в том числе Саратовская стоматологическая клиника «Винир» [2].

В сфере ИИ в стоматологии постоянно происходят новые достижения. В июле 2024 года робот, разработанный компанией Perceptive, управляемый ИИ, провел операцию препарирования зуба на пациенте. С помощью 3D-сканера, создавалась 3D-модель полости рта, затем робот-стоматолог планировал операцию и приступал к ее выполнению. Преимуществами такой операции является сокращение времени работы до 15 минут; точность препарирования; расширение возможностей диагностики, которые позволяют выявлять проблемы на ранних стадиях. Несмотря на все это, многим может быть некомфортно доверять роботу совершать манипуляции в полости рта. Хотя стоимость пока неизвестна, потому что робот еще не получил одобрения от FDA, предполагается, что такая технология будет иметь низкую доступность за счет высокой стоимости [3].

Рынок ИИ в стоматологии и в здравоохранении в целом постоянно растет. MIT Technology Review выпустил отчет «Эффект ИИ. Как искусственный интеллект делает здравоохранение более человечным». Был проведен опрос 908 работников сферы медицины. 80% считают, что ИИ поможет улучшить возможности получения дохода, 81% – что ИИ сделает их клиники более конкурентоспособными. 79% опрошенных подтвердили, что планируют внедрять технологии ИИ в свою работу в ближайшее время [4]. О росте ИИ в медицине говорят и данные объема рынка. В 2024 году он оценивается в \$11,66 млрд и вырастет в среднем на 25,83% по прогнозам к 2029 году [5].

Заключение. Искусственный интеллект активно используется в стоматологии. Это видно даже из небольших примеров, которые я привела. Конечно, ИИ не сможет заменить врача, но подытожив все его преимущества, можно сделать вывод, что польза технологий ИИ неоспорима. Данные опросов и исследований говорят о высоких перспективах использования ИИ в будущем. Технологии упрощают работу мед. учреждений. Врачи всё чаще проявляют свой интерес к этой сфере, не боятся внедрять что-то новое в свою практику, и это приносит свои преимущества со временем.

Список литературы

1. Diagnostics. Рентгенологический отчет. – 2024. – URL: <https://clck.ru/3FRYuj> (дата обращения: 10.11.2024).
2. Diana. Инструмент для увеличения количества первичных и повторных пациентов. – 2024. – URL: <https://dianapp.online/> (дата обращения: 10.11.2024).
3. Шемякинская Е. Робот-стоматолог провел первую в мире процедуру на человеке. – 2024. – URL: <https://hi-tech.mail.ru/news/113000-robot-stomatolog-provel-proceduru-na-cheloveke/> (дата обращения: 31.07.2024).
4. MIT Technology Review. The AI effect. How artificial intelligence is making health care more human. – 2024. – URL: <https://www.technologyreview.com> (дата обращения: 10.11.2024).
5. Анализ размера и доли рынка искусственного интеллекта в медицине – тенденции роста и прогнозы (2024–2029 гг.): отчет / Mordor Intelligence: [сайт]. – 2024. – URL: <https://clck.ru/3FRZ65> (дата обращения: 31.07.2024).

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В ПЕДИАТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Малашенко С.С., Гуйо Г.А.

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

Введение. Точность и своевременность диагностики новообразований кожи у детей и подростков – одна из важнейших задач педиатрии на современном этапе. На помощь в ее решении сегодня приходят искусственные нейронные сети.

Цель исследования. Анализ возможностей использования искусственных нейронных сетей в педиатрии для диагностики доброкачественных новообразований кожи.

Материалы и методы исследования. Мобильное приложение KIDS NEVI, описание нейронной сети EfficientNet B7 (язык программирования Python), дерматоскопические снимки пациентов детского и подросткового возраста, представленные в научной литературе. Методы рассуждения, сравнения, анализа, синтеза, логики; статистический метод.

Результаты исследования. Активный рост организма ребенка, неблагоприятные факторы внешней среды и несбалансированного питания обуславливают актуальность проблемы диагностики и динамичного наблюдения различных новообразований кожи в педиатрической практике [1]. Активнейшее внедрение цифровых технологий на современном этапе ставит задачу поиска возможностей повышения эффективности диагностики и лечения таких новообразований. Если несколько лет назад применение искусственных нейронных сетей (НС) в клинической практике представлялось лишь отдаленной перспективой, то уже в наши дни эти технологии приходят на помощь в распознавании и наблюдении развития невусов, липом, фибром, гемангиом, лимфангиом и иных новообразований [2; 3].

«Обучение» нейросети EfficientNet B7 (язык программирования Python) на материалах 1800 дерматоскопических снимков пациентов детского и подросткового возраста, наблюдавшихся в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России в период 2016-2022 гг., специалистами указанного учреждения совместно с исследователями Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Минздрава России позволило повысить чувствительность метода распознавания вида новообразования до 100% для голубого невуса, до 93% для дермального невуса, до 75% для невуса Шпиц, до 73% для сложного невуса [4]. В среднем уровень точности, после многократного тестирования НС, составил 83% [5].

Помимо чувствительности метода, контролировалась специфичность, а также показатель f1-score, отражающий совместную оценку точности и чувствительности метода. Специфичность, по данным исследователей, достигала 98% для голубого невуса и невуса Шпиц, 94% для сложного невуса и 82% – для дермального невуса [1]. Результат «предсказания» нейросети сравнивался с гистологическим типом соответствующего новообразования 600 пациентов детского и подросткового возраста (от 2 до 17 лет) [1], вероятность ошибки оценивается на основе сравнительного анализа практических и спрогнозированных значений после построения матрицы ошибок [4]. К настоящему времени НС интегрирована в мобильное приложение KIDS NEVI [5], что обеспечивает практическое применение возможностей искусственного интеллекта для решения задач диагностики меланоцитарных новообразований кожи у детей и подростков.

Заключение. В отличие от взрослых, у детей доброкачественные новообразования на коже обнаруживаются намного труднее. В связи с этим необходимы вспомогательные технологии. Диагностическая методика распознавания вида невуса на основе нейронной сети продемонстрировала высокий потенциал. Интегрирование НС в мобильное приложение предоставляет широкие возможности применения искусственного интеллекта в детской дерматологии.

Список литературы

1. Хабарова Р.И., Кулева С.А. Искусственный интеллект в диагностике доброкачественных новообразований кожи у пациентов детского возраста. Интеграция нейронной сети в мобильное приложение // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, №. 6. – С. 820–826.

2. Краюшкин П.В. Возможности искусственного интеллекта в диагностике онкологических заболеваний кожи // Косметика и медицина. – 2018. – №. 3. – С. 90–99.
3. Ранняя диагностика злокачественных новообразований кожи с помощью технологий искусственного интеллекта / С.О. Самохин, А.В. Патрушев, Ю.И. Акаева [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2024. – Т. 100, №. 1. – С. 38–46.
4. Perspectives and Challenges of Telemedicine and Artificial Intelligence in Pediatric Dermatology / D. Zama, A. Borghesi, A. Ranieri [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2024. – Vol. 11, №. 11. – P. 1401.
5. Пат. 2022619810 Рос. Федерация, МПК [...]. Мобильное приложение для дифференциальной диагностики меланоцитарных новообразований кожи у детей KIDS NEVI: программа для ЭВМ / Беляев А.М., Хабаров И.П., Хабарова Р.И. [и др.]; заявитель и патентообладатель [...]. № 2022618978; заявл. 18.05.2022; опубл. 26.05.2022, Бюл. № [...]. [...] с.

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ В ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мельгизина Э.Р., Егоров Е.Н.

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

Введение. Сбор и анализ данных в сфере охраны здоровья имеет важное значение. Объединение данных статистических отчетов с мест позволяет составить полную картину о здоровье населения, выявить недостатки и выделить преимущества, распространяя лучшую практику в регионах.

Цель исследования. Анализ значения медицинской статистики в трансформации системы здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Статистические данные, представленные в открытых источниках. Общетеоретические и эмпирические методы.

Результаты исследования. В настоящее время уровень развития информационных технологий позволяет обеспечить автоматизированный сбор, обработку, хранение и анализ статистических данных о состоянии системы здравоохранения. Такие исследования проводятся на разных уровнях: следует отметить значение федеральных и отраслевых статистических наблюдений, оперативных мониторингов и баз данных медицинских организаций России [1].

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко – крупнейшие центры медицинской статистики в России. На съезде «Статистика здравоохранения: от данных к действиям», прошедшем 16–18 октября 2024 г., было отмечено, что медицинская статистика является основой в оценке успешности национальных проектов «Здравоохранение», «Демография» «Продолжительная и активная жизнь». «Кадры», в рамках которых проводится реализация национальных интересов в области здравоохранения. Девизом съезда можно назвать определение «Медицинская статистика – навигатор в мире управления здравоохранением» [2].

На основе данных медицинской статистики возможно оценить успешность региональных систем здравоохранения, состояние здоровья населения. Важнейшие аспекты развития мединформатики сегодня связаны с переходом системы здравоохранения в новую цифровую реальность, где медицинская статистика играет ключевую роль [2]. В связи с этим основными вопросами сегодняшнего дня в указанной сфере являются:

– формирование практических навыков специалистов по расчету критически важных показателей оценки общественного здоровья (как по Российской Федерации в целом, так и в отдельных городах), заболеваемости населения и прогнозированию социально-демографических процессов;

– оценка систем здравоохранения на основе демографического анализа, включая методологию расчета показателей смертности и ожидаемой продолжительности жизни, оценку влияния заболеваемости на смертность в регионах;

– практические методики работы с программными инструментами Excel и Python;

– трансформация архитектуры медицинской статистики посредством определения новых границ и возможностей, введения новых подходов к обработке больших данных в сфере здравоохранения, применения инновационных методов работы с большими данными в медицине, расширения навыков и компетенций специалистов по медицинской статистике.

На современном этапе активно развиваются направления анализа больших данных на основе технологий искусственного интеллекта (ИИ). Созданы аналитические дашборды по государственным докладам о деятельности системы здравоохранения, мероприятиям по охране здоровья и оперативным мониторингам [3]. На основе собранных данных проводится оценка показателей деятельности в сфере здравоохранения, прогнозирование ресурсной обеспеченности, загрузки медицинских организаций, анализ структуры и эффективности использования коечного фонда и кадрового состава.

Отметим, что Центр постоянно внедряет новые технологии в свою работу: к настоящему времени в сотрудничестве с НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко разработана цифровая платформа для расчета индекса устойчивости систем здравоохранения, а также «цифровые калькуляторы» для оценки влияния различных заболеваний на ожидаемую продолжительность жизни. Сотрудники Центра активно используют методы машинного обучения и нейропрограммирования для прогнозирования заболеваемости, расчета необходимых ресурсов медицинских организаций и оптимизации маршрутизации пациентов.

Заключение. Медицинская статистика – важнейшее средство сбора и анализа данных в сфере охраны здоровья. Наличие высокой научной базы обеспечивает возможность решения сложных задач мониторинга и управления здравоохранением.

Список литературы

1. Трухачева Н.В., Шайдук А.М., Пупырев Н.П. Что такое Медицинская информатика? // Известия Алтайского государственного университета. – 2014. – №. 2–1 (82). – С. 30–34.

2. Щербакова И.В. К вопросу внедрения лучшей практики преподавания медицинской информатики на I курсе медицинского вуза // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, №. 11. – С. 1274.

3. Статистическая «турбулентность» и цифровые решения: эксперты обсудили назревающие задачи по модернизации инструментов сбора и анализа больших данных в здравоохранении. – 2020. – URL: <http://surl.li/qlgtov> (дата обращения: 14.11.2024).

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИИ

Мирзоева А.М., Ханадеев В.А.

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

Введение. В современной педиатрии наблюдается расширение применения новых методов и инструментов с целью повышения точности диагностики, эффективности лечения и управления здоровьем пациентов.

Цель исследования. Анализ основных тенденций применения информационных технологий (ИТ) в педиатрии.

Материалы и методы исследования. Литературные и статистические данные, представленные в открытой печати. Методы логики, анализа, синтеза.

Результаты исследования. Период ковида обусловил новый импульс развития телемедицины во всем мире. Не стала исключением и Россия. Пациенты всех регионов, в том числе труднодоступных, консультировались с докторами ведущих клиник и получали рекомендации по диагностике и лечению. Диагностику на расстоянии, что особенно актуально для населения удаленных и труднодоступных районов. Посредством видеоконференций и мобильных приложений семьи обращаются за медицинской помощью непосредственно из дома, что значительно сокращает время ожидания ответа и позволяет быстрее начать лечение. В настоящее время технологии телемедицины успешно используются в педиатрии для диагностики респираторных заболеваний и контроля хронических состояний – в частности, астмы [1]. Посредством видео- и аудиосвязи родители получают медицинские рекомендации, находясь дома, что особенно актуально для маленьких детей, снижает нагрузку на клиники [2], позволяет избежать распространения инфекций.

Достаточно широкое применение в педиатрической практике находят носимые устройства с соответствующим программным обеспечением (ПО): зарегистрировать электрокардиограмму у малыша и отправить ее доктору для расшифровки могут даже самые молодые родители. Носимые устройства позволяют в динамике отслеживать температуру тела, частоту сердечных сокращений, показатели артериального давления, уровня активности, качества сна и т.д. В результате семьи получают возможность более внимательно следить за состоянием здоровья своих детей и своевременно реагировать на изменения.

К числу основных тенденций применения ИТ в педиатрии относится также расширение использования возможностей виртуальной и дополненной реальности. В частности, для детей технологии виртуальной реальности могут использоваться для расслабления перед медицинскими процедурами; для обучения правильному умыванию, чистке зубов, приему лекарств, ношению ортезов и т.д. Для врачей и других медицинских специалистов подобные технологии предоставляют широкие возможности для отработки на симуляторах [3] навыков проведения процедур, манипуляций, ухода за маленькими пациентами с различными заболеваниями и недомоганиями.

В педиатрическую практику внедряется 3D-печать для создания индивидуальных моделей органов и тканей, планирования и проведения операций [4]. Точная индивидуальная адаптация инструментов при проведении сложного хирургического вмешательства существенно повышает уровень безопасности и снижает травматичность. 3D-печать применяется также для создания ортопедических изделий: протезов, ортезов, корсетов (в том числе вертикализирующих) и др., в наибольшей степени соответствующих анатомическим особенностям ребенка. Для пациентов детского возраста такие возможности особенно важны, так как быстро меняются параметры в процессе роста ребенка. Повышение доступности таких видов помощи снижает инвалидизацию детского населения, проблема которой отмечается во всем мире: около 95 миллионов детей – инвалиды [5], что превышает 5% всех детей.

Заключение. К числу основных тенденций применения ИТ в педиатрии относятся электронные карты пациентов, телемедицина, носимые устройства с соответствующим ПО, 3D-печать, виртуальная и дополненная реальность. По мере внедрения ИТ в педиатрическую практику важно, чтобы клиницисты и разработчики работали совместно в целях повышения эффективности и качества педиатрической помощи.

Список литературы

1. Кобринский Б.А. Информационные технологии в педиатрической практике: современное состояние и перспективы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. 61, № 3. – С. 6–11.
2. Бибарсова Д.Н. Телемедицина: актуальное состояние и перспективы развития // Наука и человек в новом мире: сборник статей IV Международной научно-практической конференции, 7 декабря 2023 года. – Петрозаводск: Новая наука. – 2023. – С. 105–109.
3. Манекены-симуляторы для отработки навыков ЭКГ / М.А. Полиданов, И.С. Блохин, И.А. Кандаурова [и др.] // Modern Science. – 2020. – №. 4–1. – С. 244–249.
4. Акоева Е.Н., Матвеева У.В., Матвеева С.Д. Информационные технологии в педиатрической практике // Современные тенденции развития информационных технологий в научных исследованиях и прикладных областях: сборник докладов IV Международной научно-практической конференции, 27–28 апреля 2023 года. – Владикавказ: Изд-во Сев.-Кавказ. горно-металлург. ин-та. – 2023. – С. 18–20.
5. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года: утв. Распоряжением Правительства РФ от 18 декабря 2021 г. № 3711-р. – 2021. – URL: <https://lgl.su/F7XX> (дата обращения: 1.12.2024).

ЦИФРОВЫЕ СИСТЕМЫ В ПЕДИАТРИИ: ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ПРИМЕРЫ

Оруджева А.К., Щербакова И.В.

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

Введение. В системе педиатрической помощи все большее значение приобретают цифровые технологии. Цифровые системы позволяют анализировать большие массивы данных, тенденции изменения показателей, помогают в диагностике и лечении.

Цель исследования. Анализ истории развития и ряда примеров цифровых систем в педиатрии.

Материалы и методы исследования. Литературные данные, представленные в открытой печати. Общетеоретические методы исследования.

Результаты исследования. Автоматизация медицины прошла несколько крупных стадий, на каждой из которых по-разному расставлялись акценты в использовании компьютерных технологий. Автоматизированные системы на протяжении длительного времени использовались в вопросах управления здравоохранением, однако не были доступны большинству докторов [1].

Первоначально медицинская кибернетика начиналась с диагностических систем [2]: решения предлагались врачам в детерминистской форме жесткого однозначного заключения либо в виде вероятностных оценок каждого из возможных диагнозов дифференциального ряда; процесс обработки медицинских данных был оторван от получаемых результатов ввиду необходимости их подготовки для машинной обработки в формализованном виде. Цифровизация в медицине вывела диалоговые системы «врач – ЭВМ» на новый уровень: естественный язык запросов и ответов-решений позволил не только отказаться от ручного кодирования исходных медицинских данных, но и обусловил создание диагностических систем,

«объясняющих» предлагаемые ими решения [3].

В настоящее время различные подобные системы функционируют в медицинских организациях педиатрического профиля:

1. В Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева внедрена автоматизированная система ДИН, предназначенная для синдромной диагностики неотложных состояний у детей. Экспертная система ДИН включает информацию о 42 синдромах, составляющих основу для разработки диагностических предположений-гипотез. Недавно в указанной организации появился сервис телемедицинской помощи «Вельтищев Телемед» [4], предоставляющий возможность удаленных медицинских консультаций для пациентов и их законных представителей – создано цифровое пространство, где врачи и пациенты могут заочно взаимодействовать по различным вопросам.

2. Программный комплекс «Айболит» в Национальном медицинском исследовательском центре сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева применяется для диагностики, классификации и коррекции терапии острых расстройств кровообращения у детей. Особое значение его возможности имеют при проведении оперативных вмешательств и выборе послеоперационного лечения в условиях реанимационного отделения. Система «Айболит» способна анализировать большие массивы медицинских карт пациентов, формировать тренды показателей, проверять качество лечения в режиме реального времени, то есть вовремя выявлять осложнения, оценивать качество хирургических этапов, эффективность терапевтического лечения и диагностики. На основе цифровых моделей и методов формируются индивидуальные маршруты терапии с учетом особенностей маленьких пациентов: например, можно рассчитать и снизить нагрузку отдельно на левый и правый желудочек, выделить и количественно оценить реакции организма на патологические изменения и ответ на лечебную тактику.

3. В реанимационно-консультативном центре Ленинградской детской областной клинической больницы работает информационная и экспертно-диагностическая система ДИНАР, разработанная клиническими специалистами в сотрудничестве с Институтом биофизики СО РАН [5]. ДИНАР обеспечивает дистанционное наблюдение за пациентами с угрожаемыми состояниями, помогает выделить ведущий патологический синдром и определить степень тяжести состояния пациента, помогает выбрать тактику лечения с учетом имеющихся ресурсов медицинской организации.

Заключение. Цифровые продукты создают новые возможности для повышения эффективности лечения при критических состояниях, помогают обеспечивать снижение инвалидизации и смертности детей.

Список литературы

1. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. – Л.: Медицина. – 1990. – 176 с.

2. Современные цифровые технологии оценки «детского пространства» в норме и при патологии / А.С. Симаходский, В.В. Шаповалов, Н.В. Петрова [и др.] // Детская медицина Северо-Запада. – 2024. – Т. 12, №. 3. – С. 7–17.

3. Кобринский Б.А. Автоматизированные диагностические и информационно-аналитические системы в педиатрии // Русский медицинский журнал. – 1999. – №. 4. – С. 5–10.

4. Телемедицинская система «Вельтищев Телемед». – 2023. – URL: <https://clck.ru/3FP8QK> (дата обращения: 3.12.2024).

5. Использование информационных технологий в деятельности РКЦ ЛОДКБ. – 2023. – URL: <https://clck.ru/3FP8aF> (дата обращения: 3.12.2024).

НОВЫЙ ПОДХОД К ЦИФРОВОМУ РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ

Пузакова Д. В., Власова Т. И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», г. Саранск

Введение. С 1980 года ожирение стало превращаться в глобальную эпидемию, от которой на сегодняшний день страдает более 600 миллионов человек. В России прирост людей, страдающих избыточной массой тела по сравнению с 2009 годом, составил 36%. Ожирение сегодня – глобальная эпидемия XXI века. Все чаще для борьбы с избыточной массой тела и ожирением люди используют мобильные приложения [1].

Цель исследования. Произвести анализ рынка мобильных приложений по системе MARS, наличия в них всех необходимых компонентов терапии, выявление недочетов в них для того, чтобы их устранить при создании своей собственной программы.

Материалы и методы исследования. Для анализа рынка приложений использовались два крупных магазина App Store и Google Play, поиск производился по ключевым словам «худею», «похудение», «лишний вес», также были убраны программы-дубли, возникающие при разных запросах по ключевым словам. Оценка проводилась при помощи шкалы MARS, являющейся валидизированной оценочной шкалой.

Результаты исследования. При оценке приложений делался акцент на следующие критерии: доступность, функциональность и высокая оценка пользователей. Отбор по всем трем критериям прошли лишь 8 приложений. При их анализе было установлено: у более 50% в рамках диетотерапии представлен ограниченный скудный рацион; поведенческая терапия в 79% случаях не персонализирована под конкретное состояние пациента, а состоит лишь из примитивного набора напоминаний. Физическая активность, как правило, включала возможность механического выбора без возможности демонстрации правильности выполнения упражнения. Контроль сопутствующих заболеваний и фармакотерапии чаще всего отсутствовал. Исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод: в большинстве приложений отсутствует полный набор всех компонентов терапии, что может повышать риск срыва у пользователей.

Таким образом, на основании всех компонентов терапии и с учетом недостатков, ныне существующих, авторами данной статьи было разработано приложение HLS, которое включает в себя подбор диетотерапии с учетом наличия или отсутствия хронического заболевания, подбор физической активности с возможностью просмотра выполнения упражнения, а также персонализированную поведенческую терапию с доступом к психологическим практикам.

Заключение. Существующие ныне на рынке мобильных приложений программы для похудения имеют ряд своих недостатков, которые снижают эффективность использования, а предложенный нами цифровой подход учитывает все эти недостатки и содержит все компоненты терапии.

Список литературы

1. Бирюкова Е.В., Платонова Н.М. Ожирение: состояние проблемы и возможности терапии в XXI веке // Эффективная фармакотерапия. – 2019. – Т. 15, №. 41. – С. 32–40.

АНАЛИЗ ПРИМЕРОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ CAD EYE В ДЕТСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Рагимова А.Г., Щербакова И.В.

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

Введение. Внедрение систем искусственного интеллекта (ИИ) в медицину повлекло за собой качественные изменения диагностики и многих технологий лечения [1]. Происходят соответствующие изменения и в педиатрии, в том числе в детской колоноскопии.

Цель исследования. Анализ примеров применения технологии CAD EYE в детской колоноскопии.

Материалы и методы исследования. Технические характеристики эндоскопической системы CAD EYE, статистические данные, представленные в научной литературе по теме исследования. Эмпирические и общетеоретические методы исследования.

Результаты исследования. Колоноскопия – ведущий метод диагностики заболеваний толстой кишки, особенно важный для скрининга рака [2]. Несмотря на относительное небольшое число указанной патологии у детей и подростков, проблема применения метода колоноскопии в педиатрической практике имеет высокую актуальность. Система CAD EYE, разработанная для взрослой эндоскопии, представляет собой инновационный инструмент визуализации, который уже успешно применяется в педиатрии [3].

CAD EYE – первая в России эндоскопическая система с искусственным интеллектом CAD EYE, основанная на технологии глубинного обучения. Это программный продукт, предназначенный для поддержки принятия врачебных решений при обнаружении и определении характеристик полипов толстой кишки. Соответствующее регистрационное удостоверение на указанное изделие российская компания «Р-Фарм» получила в октябре 2022 г. [4].

По данным исследователей, CAD EYE показала высокую эффективность в режиме первичного поиска аномалий, однако на сегодняшний день система нередко классифицирует эрозированные полипы как неопластические, что требует дополнительной диагностики и не может быть принято за окончательный диагноз [5].

Так, в серии клинических наблюдений у 6 из 10 обследованных пациентов новообразований не обнаружено, у четырех человек выявлены полипы. Контрольная колоноскопия у девочки 15 лет с диагнозом болезни Крона выявила полиповидное образование в терминальном отделе подвздошной кишки, и система CAD EYE распознала его как неопластическое; в нисходящей ободочной кишке пациентки было обнаружено образование, определенное системой как гиперпластическое. При этом оба образования расценены как псевдополипы. У мальчика 16 лет с диагнозами микронодулярный цирроз печени и гастрит были обнаружены два гиперпластических полипа в сигмовидной кишке (определен системой CAD EYE как гиперпластический) и в прямой кишке (распознан как неопластический). У пациентки 10 лет с кровотечением из прямой кишки выявлены два гиперпластических полипа в ампулярном отделе прямой кишки, трактуемые CAD EYE как гиперпластические. Контрольная колоноскопия, после предшествующего эндоскопического лечения мальчика 14 лет с диагнозом ювенильный полипоз, выявила множественные полипы во всех отделах толстой кишки [3]. Большинство образований система CAD EYE определила как неопластические. Приведенные данные свидетельствуют о возможности применения технологии CAD EYE в педиатрии, однако полностью полагаться на искусственные

интеллект было бы неверно: элементы ИИ должны применяться в содружестве с опытными клиническими специалистами.

Заключение. Несмотря на то, что аденомы и рак толстой кишки у детей и подростков встречаются редко, система искусственного интеллекта CAD EYE может быть полезна для повышения точности диагностики.

Список литературы

1. Инструментальное оснащение медицинской эндоскопии: традиции и инновации / А.А. Скороход, М.А. Полиданов, С.Г. Алиева [и др.] // Student Research: сборник статей X Международного научно-исследовательского конкурса, Пенза, 20 мая 2020 года. – Пенза: Наука и Просвещение. – 2020. – С. 277–287.

2. Скороход А.А., Алиева С.Г., Полиданов М.А. Основы технологии медицинской эндоскопии // Исследователь года 2020: Сборник статей III Международного научно-исследовательского конкурса, Петрозаводск, 05 апреля 2020 года. – Петрозаводск: Новая наука. – 2020. – С. 208–215.

3. Первый опыт использования технологии искусственного интеллекта в системе CAD EYE при колоноскопии у детей (Серия клинических случаев) / М.М. Лохматов, Г.А. Королев, А.В. Тупыленко [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. – 2024. – Т. 13, №. 1. – С. 94–100.

4. «Р-Фарм» представил новую эндоскопическую систему с искусственным интеллектом от Fujifilm. – 2023. – URL: <http://surl.li/kgrsoa> (дата обращения: 16.11.2024).

5. Алгоритм уточняющей диагностики и внутрисветного эндоскопического удаления эпителиальных новообразований толстой кишки / Д.В. Завьялов, Н.В. Кашин, П.В. Нестеров [и др.] // Колопроктология. – 2021. – Т. 20, №. 1. – С. 17–22.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ЧАТ-БОТОВ В КОСМЕТОЛОГИИ

Сардарова Г.М., Щербакова И.В.

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

Введение. Искусственный интеллект (ИИ) стал катализатором значительных перемен в различных сферах, и косметология с эстетической медициной не являются исключением. К числу примеров практического применения ИИ в данной сфере относятся чат-боты.

Цель исследования. Анализ возможностей и преимуществ чат-ботов в косметологии.

Материалы и методы исследования. Чат-боты CosmoBot (нейросеть YOLOv5 и модель FREDT5) и salon_lux_bot (платформа Leadtex), интернет-сервис Smartbot Pro. Методы анализа, синтеза, логики, сравнения.

Результаты исследования. Мир эстетики стремительно развивается, и ИИ играет в этом ключевую роль. Возможности косметологии всегда привлекали внимание человечества, и внедрение элементов ИИ уже расширило ее перспективы: ИИ оценивает индивидуальные черты лица, анализирует возраст, тип, оттенок, текстуру, уровень увлажненности и эластичности кожи; моделирует и прогнозирует исход тех или иных процедур/операций [1], а также разрабатывает персонализированные рекомендации по выбору процедур, предлагаемых клиниками, и косметических средств для домашнего ухода.

В основе большинства подобных разработок лежат компьютерное зрение, ИИ и большие данные: по фотографии клиента подбирается уход для кожи лица, ногтей и волос, рацион питания, витамины и безрецептурные лекарственные средства. Искусственный интеллект соотносит загруженную фотографию пользователя с данными

из базы, в которой собрано более 250 тысяч фотографий с проблемами кожи, 65 тысяч фотографий с проблемами ногтей, 60 тысяч лиц и 11 тысяч косметических ингредиентов, после обработки подбирает оптимальный уход для проблемной зоны и автоматически отправляет сообщение клиенту [2]. Искусственный интеллект «обучается» на обширных наборах данных и создает точный прогноз того, как различные методы, активные компоненты и процедуры могут повлиять на внешний вид человека.

В частности, с использованием 3D-моделирования возможно демонстрировать реалистичные изображения будущих результатов до проведения процедуры. Это не только соответствует ожиданиям клиентов, но и дает им возможность активно участвовать в процессе выбора, что способствует повышению доверия к выбранным методам лечения [3]. Чат-боты с элементами ИИ кардинально трансформируют подход в косметологии, предлагая клиентам варианты действий, индивидуальные рекомендации и круглосуточную поддержку. Тем самым обеспечивается повышение вовлеченности клиентов: чат-боты легко объединяются с популярными мессенджерами, что дает возможность клиентам задавать вопросы, записываться на процедуры, получать уведомления в привычной для них форме, устанавливать «обратную связь» со специалистами клиник.

Благодаря алгоритмам машинного обучения, чат-боты могут изучать информацию о клиентах и предлагать им наиболее подходящие процедуры, товары и советы по уходу за кожей. Для большинства клиентов важна возможность круглосуточной доступности чат-ботов, предоставляющих ответы на запросы клиентов в любое время суток. Чат-бот способен управлять записями на процедуры, отправлять напоминания и отвечать на распространенные вопросы, освобождая время для персонала – тем самым осуществляется автоматизация выполнения рутинных задач [4]. Более того, чат-бот помогает собирать отзывы клиентов и выявлять новые тренды в индустрии красоты.

Искусственный интеллект активнее применяется для проведения предварительных виртуальных консультаций. Чат-боты становятся обыденной частью косметологического ухода. Однако необходимо помнить об этических аспектах косметологии и учитывать реальные возможности применения ИИ в здравоохранении [5]. Для разработки рекомендаций необходим глубокий сбор анамнеза с учетом всех показаний, противопоказаний и личных предпочтений клиента. Не менее важным аспектом успешного лечения является психологическая составляющая, основанная на личном взаимодействии со специалистом и доверии к его компетенции.

Заключение. Чат-боты на основе ИИ помогают косметологам повысить качество обслуживания пациентов: от ускоренного и более точного диагностирования до повышения уровня безопасности и внедрения новейших методик.

Список литературы

1. Иванова В.П., Богданов С.И. Создание CosmoBot: искусственный интеллект в уходе за кожей через Telegram // Сборник статей Урал. Гос. мед. ун-та. – 2024. – С. 885–888.
2. Искусственный интеллект на службе красоты: как чат-боты преобразуют косметологию. – 2024. – URL: <https://golnk.ru/G3w3v> (дата обращения: 21.11.2024).
3. Чат-бот для салона красоты, бьюти-сферы. – 2021. – URL: <https://kwork.ru/script-programming/22376260/chat-bot-dlya-salona-krasoty-byuti-sfery?ysclid=m4cwwuixd836163579> (дата обращения: 27.11.2024).
4. Smartbot Pro. – 2023. – URL: <https://vc.ru/u/1697857-smartbot> (дата обращения: 24.11.2024).
5. Ширяева П.О. Основные проблемы современного этапа цифровизации в здравоохранении // Молодежный научный форум: сборник статей по материалам ССХІ студенческой международной научно-практической конференции. – Саратов: Сарат. гос. мед. ун-т. – 2023. – С. 36–38.

ЦИФРОВАЯ РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Сметанина В.А., Руннова А.Е.

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

Введение. Деятельность анестезиолога-реаниматолога предполагает серьезный грамотный подход к оценке показателей жизнедеятельности пациента, причем не только в статике, на первоначальном этапе общения с пациентом, но и в динамике при проведении хирургических вмешательств и оказании высокотехнологичной медицинской помощи, зачастую в условиях дефицита времени [1]. На современном этапе на помощь приходят цифровые технологии, и важнейшее значение это имеет в детской реанимации [2].

Цель исследования. Анализ основных аспектов применения цифровых технологий реанимации новорожденных.

Материалы и методы исследования. Описание реанимационно-анестезиологической информационной системы (РАИС) цифровой реанимации для новорожденных детской городской клинической больницы № 8 г. Челябинска; статистические данные, опубликованные в научной литературе по теме исследования. Методы описания, рассуждения, сравнения, логики, анализа, синтеза.

Результаты исследования. В наши дни искусственный интеллект (ИИ) становится реальностью и успешно применяется в медицине. В детской операционной необходимо быстрое принятие обоснованных решений о состоянии маленького пациента, возможных факторах риска, оптимальной технике и глубине анестезии, выборе наиболее подходящего варианта помощи при интубации и системы мониторинга физиологических параметров. По всем этим направлениям в клиниках уже внедряются цифровые технологии во всем мире: примерно в 60% случаев применения ИИ в детской анестезиологии главной целью является прогнозирование факторов риска и в 15% случаев – подбор систем мониторинга [3].

Цифровые технологии приходят на помощь в решении задач постоянного непрерывного отслеживания и обработки физиологических параметров, результатов лабораторных анализов и иных исследований, выявления патологий и симптомов заболеваний, что позволяет снижать время реагирования и нагрузку на персонал, существенно повышает скорость и качество оказания помощи. Цифровая реанимация для новорожденных уже работает в детской городской клинической больнице № 8 г. Челябинска. В течение нескольких месяцев применение элементов искусственного интеллекта помогает медицинскому персоналу больницы выхаживать малышей на основе круглосуточного мониторинга их состояния, автоматического сбора, распознавания, анализа физиологических параметров и сигнализации об отклонениях от заданных величин. Контроль температуры тела, показателей влажности кювезов жизненно важен в отделении реанимации новорожденных – цифровые технологии позволили вывести контроль на новый уровень. ИИ следит за 12 реанимационными системами, включающими мониторы, оборудование для проведения инвазионной терапии и аппарат искусственной вентиляции легких: изменения громкости и монотонности звуковой сигнализации отражают динамику состояния новорожденных.

Челябинская больница стала экспериментальной площадкой для внедрения цифровых технологий в данной сфере – на сегодняшний день в цифровую сеть объединены реанимационные неонатальные места, а в дальнейшем предполагается подключение экспресс-лаборатории, аптеки, отделения лучевой диагностики: комплексная информация позволит специалистам точнее оценивать состояние

новорожденных и принимать соответствующие меры медицинской помощи [4].

Заключение. Элементы искусственного интеллекта постепенно внедряются в здравоохранение. Перспективы применения цифровых технологий представляются наиболее широкими в отделениях реанимации и интенсивной терапии, где необходимо быстро и качественно собрать и проанализировать огромный массив данных о функциональном состоянии органов и систем, критически жизненно важных показателях пациентов и оперативно принять решения. В России уже есть примеры применения цифровых технологий реанимации новорожденных (пример тому – система РАИС). Их внедрение в различных регионах нашей страны позволит повысить эффективность педиатрической помощи.

Список литературы

1. Романюк Т.И., Поздняков Д.Ю., Мушенок Ф.Б. Использование возможностей машинного обучения и искусственного интеллекта в отделениях анестезиологии и реанимации // Врач и информационные технологии. – 2021. – Т. 4, №. 2. – С. 60–71.
2. Волошина К. Первая в России: как работает цифровая реанимация новорожденных в Челябинске. – 2024. – URL: <https://clck.ru/3FP6z3> (дата обращения: 6.12.2024).
3. Использование искусственного интеллекта в детской анестезии: систематический обзор / Р. Антел, Э. Сахлас, Ж. Гор [и др.] // Британский журнал анестезии. – 2023. – Т. 5, №. 3. – С. 100–125.
4. Афуков И.И. Искусственный интеллект в детской анестезиологии и реанимации НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента // Московская медицина. – 2024. – Т. 59, №. 1. – С. 81–83.

CAD- И САМ-ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Тарабанчук Д.М., Щербакова И.В.

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

Введение. Цифровые технологии внедряются во все сферы жизни и деятельности. Стоматология – это область медицины, в которой раньше всего «цифровизировались» многие процессы. В работе рассматриваются исторические аспекты и преимущества применения технологий CAD/CAM, помогающих проектировать объекты в цифровом формате и воплощать эти проекты в реальных стоматологических изделиях.

Цель исследования. Анализ возможностей использования технологий CAD / CAM в стоматологии.

Материалы и методы исследования. Описание CAD- и САМ-технологий и примеры их применения, представленные в научной литературе. Общетеоретические и эмпирические методы исследования.

Результаты исследования. Зарождение технологии CAD / САМ специалисты относят к середине 1940-х гг. – именно в то время первые компьютеры начали применяться для подачи команд станкам и иным производственным машинам. Технологии развивались, автоматизировались процессы производства на основе числового программного управления (ЧПУ), и в конце 1970-х гг. зубные техники начали изучать возможности автоматизации и цифровизации, чтобы повысить скорость и точность протезирования при снижении трудозатрат [1]. Разработки по созданию измерительного оборудования для различных областей промышленности воплотились, в том числе, в устройствах, предназначенных для сканирования ротовой полости и

окклюзионной поверхности зубов [2]. Уже в начале 1980-х гг. появились первые системы автоматизации и цифровизации в стоматологии, а в начале 2000-х была создана система CEREC, положившая начало разработке современных цифровых стоматологических CAD / CAM-систем.

Аббревиатура CAD означает computer-aided design (компьютерно разработанный дизайн), CAM – это сокращение computer-aided manufacturing (компьютерно разработанное производство). Таким образом, оба направления используют компьютерные технологии для обработки данных; с точки зрения совместимости, CAD-модели служат основой для CAM-производства. Оба инструмента исключают ошибки ручного проектирования и обработки деталей/изделий/конструкций, что повышает точность при снижении сроков разработки и реализации проектов [3]. Для стоматологии решение подобных задач является очень востребованным.

CAD-технологии используются для цифрового проектирования стоматологических конструкций, таких как коронки, мосты, виниры, имплантаты, ортодонтические аппараты и др. Эти технологии находят применение для цифрового моделирования конструкций (создания точных 3D-моделей с помощью программного обеспечения, а также индивидуальной подгонки под анатомические особенности пациента), интраорального сканирования и получения цифровой модели зубов и полости рта без физических слепков, планирования процесса имплантации на основе определения оптимального расположения имплантатов с учетом формы и объема кости и иных индивидуальных особенностей, создания хирургических шаблонов на основе 3D-сканов. В ортодонтии CAD-технологии применяются для проектирования прозрачных элайнеров, брекетов и других аппаратов, прогнозирования изменений прикуса и конечных результатов стоматологического лечения. Примерами подобных программ являются Exocad, Dental Wings, 3Shape Dental System.

CAM-технологии используются для автоматизированного производства стоматологических конструкций на основе цифровых моделей, созданных в CAD. Это может быть прецизионная фрезерная обработка конструкций (коронки, мостов, абатментов) из циркония, керамики, металлов, различных композитов с использованием станков с ЧПУ; 3D-печать позволяет изготавливать хирургические шаблоны, ортодонтические аппараты, модели челюстей и т.д. с высокой скоростью и точностью. Также CAM-технологии становятся основой создания металлических каркасов и конструкций путем автоматизированного литья и последующей обработки. Обеспечивается оптимизация производства: минимизируется количество ошибок при точном соблюдении размеров и снижении отходов используемых материалов.

Заключение. Применение CAD/CAM-технологий в стоматологии позволяет повысить точность и скорость создания и установки конструкций, обеспечивает комфорт пациента за счет исключения необходимости физических слепков и ускорения лечения. Каждая конструкция адаптирована под анатомию конкретного пациента, применяемые материалы и точность производства обеспечивают естественный вид. Таким образом, CAD помогает проектировать, а CAM – изготавливать конструкции, делая стоматологическое лечение точнее, быстрее, комфортнее и эстетичнее.

Список литературы

1. Наумович С.С., Разоренов А.Н. CAD / CAM системы в стоматологии: современное состояние и перспективы развития // Современная стоматология. – 2016. – №. 4. – С. 2–9.
2. CAD / CAM-технологии в стоматологическом эктопротезировании / А.С. Унковский, М.С. Деев, С.Д. Арутюнов [и др.] // Русский стоматологический журнал. – 2012. – №. 6. – С. 45–48.
3. Ефимин А.В., Барковец К.Н. Достижения и перспективы изготовления зубных протезов на имплантах CAD / CAM для пациентов с частичной адентией // Актуальные проблемы медицины. – 2020. – Т. 2, №. 43. – С. 304–312.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ РЕНТГЕНОВСКИХ СНИМКОВ

Туктарова Д.Р., Рашидова А.В., Мусатов В.Ю.

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

Введение. Использование искусственного интеллекта (ИИ) в работе с рентгеновскими снимками способно открыть новые возможности для выявления сложнейших патологий, улучшения точности и эффективности медицинской диагностики [1].

Цель исследования. Анализ проблем и перспектив применения искусственного интеллекта в медицине для распознавания рентгеновских снимков на примере программы Botkin.Ai.

Материалы и методы исследования. Описание программы Botkin.Ai, материалы научных статей. Методы анализа, синтеза, логики.

Результаты исследования. Использование элементов ИИ уже в наши дни оптимизирует диагностику и лечение различных заболеваний, обуславливая повышение качества оказания медицинских услуг [2]. Однако необходимы и меры предотвращения нежелательных аспектов: нарушения конфиденциальности информации, несогласованности диагнозов ИИ и опытных клинических специалистов [3]. Обеспечение защиты персональных данных пациентов, создание безопасной среды в области радиодиагностики ведут к повышению доверия пациентов относительно новых методов диагностики и лечения.

В ноябре 2020 г. была введена в действие программа Botkin.Ai, предназначенная для анализа рентгенограмм, КТ, маммограмм на предмет выявления злокачественных новообразований на базе ИИ [4]. Цифровая платформа Botkin.Ai была призвана повысить эффективность государственных программ онкоскрининга, повысить качество услуг в отдалённых регионах, обеспечить контроль качества описания изображений. Возможности платформы Botkin.Ai позволяют дистанционно описывать медицинские изображения, организовывать передачу данных между клиниками разных регионов с использованием безопасных протоколов.

Однако в 2022 г. Росздравнадзор приостановил применение программы Botkin.Ai после инцидентов, связанных с ошибками системы: фиксировались случаи неверной интерпретации снимков [4]. В качестве основных причин отзыва программы Botkin.Ai специалисты выделяют:

- технические ошибки;
- вопросы конфиденциальности данных;
- недостаточная подготовка медицинского персонала;
- объективная необходимость дальнейшей оптимизации и улучшения алгоритмов для повышения точности диагностики [4].

Алгоритмы машинного обучения, лежащие в основе системы Botkin.Ai, были пересмотрены и улучшены: внимание разработчиков направлено на решение проблем повышения точности распознавания патологических изменений. Для этого использовались объёмы данных по тренировке заложенных моделей и методы глубокого обучения – в частности, сверточные нейронные сети [5], проводились тесты и испытания. Их результаты подверглись независимой экспертизе с целью подтверждения соответствия системы Botkin.Ai требованиям безопасности и качества медицинской помощи.

Предпринятые корректировки и последующая оценка экспертов позволили вновь ввести в действие систему Botkin.Ai. Предполагается, что по мере накопления положительных результатов и подтверждения эффективности и безопасности система Botkin.Ai будет внедрена в медицинских организациях всех регионов России [4].

Данный пример отражает основные аспекты разработки и внедрения систем искусственного интеллекта, предназначенных для распознавания рентгеновских снимков в медицине, проблемы и перспективы их внедрения.

Заключение. Применение ИИ для распознавания рентгеновских снимков поможет ускорить, улучшить точность диагностирования сложнейших заболеваний, в том числе для выявления злокачественных образований. Однако системы ИИ должны быть проработаны под контролем врачей.

Список литературы

1. Герасимов Р.В., Симонов И.Н., Гаев Л.В. Роль искусственного интеллекта в обработке рентгеновских снимков // Символ науки. – 2023. – №. 6-1. – С. 14-15.

2. Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Толмачев И.В., Стариков Ю.В., Старикова Е.Г. и др. Искусственный интеллект в онкологии: области применения, перспективы и ограничения // Клиническая медицина. Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68. – №. 6. – С. 692-693.

3. Исаков И.М., Щербакова И.В. Перспективы внедрения искусственного интеллекта в медицине // Week of Russian science (WeRuS-2024): сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 16–19 апреля 2024 года. – Саратов: Издательство Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского. – 2024. – С. 816-817.

4. Росздравнадзор снова разрешил использование Botkin.AI. – 2024.

URL: <https://unionrad.ru/news/roszdravnadzor-snova-razreshil-ispolzovanie-botkin-ai/> (дата обращения: 10.10.2024).

5. Жидков А.А., Ряполов Д.М., Рыбников И.В. Использование нейронных сетей для улучшения качества изображения в медицинской технике // Столыпинский вестник. – 2023. – №. 7. – С. 1-8.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ CAD / САМ В СТОМАТОЛОГИИ

Умришова Е.А., Щербакова И.В.

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

Введение. Системы автоматизированного проектирования (CAD) и системы автоматизированного производства (САМ) в стоматологии разрабатывались с 1970-х годов. Развитие информационных систем сделало эти технологии цифровыми, и в настоящее время они выходят вперед по сравнению с классическими методами стоматологической ортопедии.

Цель исследования: анализ возможностей и перспектив цифровых технологий CAD / САМ в стоматологии.

Материалы и методы исследований. Материалы научных статей и примеры применения технологий CAD/САМ, представленные в интернет-источниках. Методы описания, сравнения, анализа.

Результаты исследования. Аббревиатура CAD / САМ расшифровывается следующим образом: computer aided design (CAD), что дословно означает «дизайн при помощи компьютера»; computer aided manufacturing (САМ) – изготовление изделия с

использованием компьютера [1]. По сути, CAD / CAM подразумевает комплекс процедур по максимально автоматизированному созданию стоматологических изделий.

Восстановление целостности зубного ряда по технологии CAD / CAM включает три основных этапа: компьютерную диагностику с использованием сканера, 3D-моделирование, изготовление и установку протеза или иной конструкции [2]. Сканирование полости рта представляет собой процесс создания цифровых следов/слепков зубочелюстной системы: соответствие параметров виртуальной модели натуральным размерам является ключевым фактором для точности прилегания готовой конструкции и обеспечения комфорта пациента. На втором этапе автоматически формируются виртуальные модели конструкций (вкладок, виниров, коронок, мостов и др.): возможности трехмерного редактора позволяют корректировать форму, кривизну, толщину стенок, рельеф изделия. Виртуальная модель передается на фрезерный аппарат, и получается готовое изделие, отражающее все особенности пациента [3]. Таким образом, с помощью технологии CAD / CAM осуществляется полный цикл производства протеза – от панорамной 3D-модели до готового изделия – это могут быть коронки из циркония и цельной керамики, виниры и вкладки, телескопические коронки для бюгельных протезов, абатменты, мостовидные конструкции, хирургические шаблоны для дентальной имплантации и т.д.

С использованием системы CAD / CAM стала возможной обработка таких высокопрочных материалов, как оксид и диоксид циркония [4], из которых изготавливаются эстетически привлекательные долговечные коронки. Ортопедические изделия, изготовленные по цифровым технологиям, отличаются повышенной прочностью, точностью и долговечностью. Общее время протезирования по данной технологии, благодаря исключению промежуточных этапов (таких, как снятие оттисков, отливка моделей протезов), сокращается с 10–14 дней до нескольких часов, что позволяет установить конструкцию за 1–2 визита к врачу. Протезы точно воспроизводят анатомические особенности, и у пациента отсутствует дискомфорт после установки конструкции. В процессе применения технологии CAD / CAM пациент имеет возможность увидеть на экране компьютера изображение своего будущего протеза, при необходимости внося изменения в окончательный проект, и важно подчеркнуть отсутствие у пациента неприятных ощущений, связанных со снятием слепков с помощью гипса [2, с. 15], что особенно актуально для людей с выраженным рвотным рефлексом. По технологии CAD / CAM удается получить более прочные и эстетические конструкции по сравнению с традиционными лабораторными методами изготовления вкладок, коронок или мостов. Существует целый спектр материалов, разработанных именно для CAD / CAM производства [5], которые не могут быть использованы в обычной лаборатории.

Заключение. Системы CAD / CAM реализуют наиболее современный подход в ортопедической стоматологии на этапах цифрового проектирования, 3D-моделирования и изготовления изделий/конструкций из металлических или/и керамических материалов.

Список литературы

1. Даниленко В.С. CAD / CAM системы в стоматологии. – 2022. – URL: <https://clck.ru/3FPvWq> (дата обращения: 20.11.2024).
2. CAD / CAM-системы в стоматологии: учебное пособие / С.И. Абакаров, А.С. Баландина, Д.В. Сорокин [и др.]. – М.: Изд-во Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. – 2017. – 148 с.
3. Наумович С.С., Разоренов А.Н. CAD / CAM-системы в стоматологии: современное состояние и перспективы развития // Современная стоматология. – 2016. – №. 4. – С. 2–9.

4. Ефимин А.В., Барковец К.Н. Достижения и перспективы изготовления зубных протезов на имплантах CAD / CAM для пациентов с частичной адентией // Актуальные проблемы медицины. – 2020. – №. 43 (2). – С. 304–312.

5. Карапетян Т.А., Перунов А.Ю. Технология CAD / CAM – ортопедическая стоматология будущего // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2018. – Т. 8, №. 2. – С. 63–64.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОСЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ СОЗДАНИЯ ЛЕКАРСТВ

Фахрутдинова А.Р., Тупикин Д.В.

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

Введение. Появившись сравнительно недавно, нейронные сети (НС) уже вносят огромный вклад в решение задачи создания лекарств [1]. Особую роль на современном этапе они играют на этапе исследований.

Цель исследования. Анализ возможностей применения нейросетей в процессе создания лекарств.

Материалы и методы исследования. Описание нейросети AlphaFold и платформы Deep Docking, статистические данные; методы качественных исследований, анализа, логики.

Результаты исследования. Разработка лекарств – важная составляющая исследовательских процессов. На этом пути выделяются такие основные этапы, как зарождение идеи, синтез первых библиотек потенциально активных веществ, проведение клинических испытаний, выпуск готовых препаратов. На любом этапе может возникнуть проблема, и машинные алгоритмы могут взять на себя часть работы по ее разрешению – например, определить, какие из молекул с большей вероятностью окажутся безопасными и эффективными для лечения человека. Способность выявлять паттерны позволяет быстро «просеивать» огромные объемы данных.

Искусственные НС являются семейством компьютерных алгоритмов и составляют подгруппу машинного обучения. Структура НС, в основном, включает в себя входной слой, несколько скрытых слоев, выходной слой. Глубокие НС содержат множество скрытых слоев, в каждом из которых определенное число узлов, играющих роль искусственных нейронов, и каждое соединение связано с весовыми коэффициентами [2].

В создании лекарств использование методов машинного обучения позволяет обеспечить ключевые преимущества:

- высокая производительность в круглосуточном режиме;
- снижение затрат на проведение исследований вследствие меньшего числа физически тестируемых соединений;
- устранение нецелевых воздействий, зависимости от микробиоты кишечника и др.

Структура химического соединения позволяет предсказать его свойства – модели, позволяющие прогнозировать количественные характеристики биологической активности, определяются как Quantitative Structure-Activity Relationship (QSAR). Их основу составляет применение математической статистики и машинного обучения. Нейросеть AlphaFold способна предсказывать структуру белков, а платформа Deep Docking предоставляет возможность докинга – молекулярного моделирования, позволяющего предсказать выгодную для образования устойчивого комплекса ориентацию и конформацию одной

молекулы в сайте связывания другой [3]. Молекулярный докинг обеспечивает ускорение скрининга с помощью QSAR-модели в 50–100 раз.

В настоящее время установлено, что нейросеть GENTRL способна находить перспективные молекулы лекарств в течение трех недель, что быстрее «ручного» процесса разработки. Project Saturn, предназначенный для открытия новых методов устранения последствий генетических мутаций, на данный момент протестировал 69 миллиардов молекул олигонуклеотидов для создания библиотеки, включающей 1000 соединений, экспериментально подтвержденных для терапевтического использования [4].

Многим студентам уже известны возможности нейросети ChatGPT для создания текстов и презентаций. Но эти возможности ChatGPT не ограничиваются: робот Coscientist, основанный на ChatGPT, автономно планирует и проводит сложные химические эксперименты, получая целевые соединения. На основе мощных языковых моделей робот Coscientist ищет методики в интернете, а затем разрабатывает пути реакции для создания нужной молекулы.

«Сотрудничество» специалистов по разработке лекарств с нейросетями позволит повысить эффективность данного процесса [5].

Закключение. Нейросети обладают реальной прикладной значимостью, однако не могут полностью заменить человека в такой ответственной сфере, как создание лекарств. Они лишь помогают повысить производительность, избежать предвзятости и ошибок, вносимых человеческим фактором.

Список литературы

1. Чикунов И. Нейросети в химии и создании лекарств: от идеи до клинических испытаний. – 2024. – URL: <https://knife.media/chemical-ai/> (дата обращения: 12 ноября 2024).

2. Исаков И.М., Щербакова И.В. Перспективы внедрения искусственного интеллекта в медицине // Week of Russian science (WeRuS-2024): сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 18–21 апреля 2023 года. – Саратов: Саратов. гос. мед. ун-т. – 2024. – С. 816–817.

3. Баскин И.И., Палюлин В.А., Зефилов Н.С. Применение искусственных нейронных сетей в химических и биохимических исследованиях // Вестник Московского университета. – 1999. – Т. 40, №. 5 – С. 323–326.

4. Изучение количественных соотношений структура – свойство методами линейного регрессионного анализа и нейронных сетей / С.В. Иванов, В.В. Трачевский, О.С. Титова [и др.] // Вестник национального авиационного университета. – 2007. – Т. 2, №. 32. – С. 96–99.

5. Нейронные сети как метод поиска зависимостей структура – свойство органических соединений/ Н.М. Гальберштам, И.И. Баскин, В.А. Палюлин [и др.] // Успехи химии. – 2003. – Т. 72, №. 7. – С. 706–727.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Федорченко Т.А., Аганина Э.И., Журавлева Ю.А.

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

Введение. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) возможно только на основе комплексного, системного подхода и неотделимо от дисциплинированности и мотивации каждого человека, его стремления сберечь свое здоровье [1]. Цифровые

технологии стали реальностью наших дней и, несомненно, включились в формирование личностных ценностей, в том числе относительно ЗОЖ.

Цель исследования. Анализ значения цифровых технологий в системе факторов формирования ЗОЖ.

Материалы и методы исследования. Материалы научных статей. Общетеоретические методы исследования.

Результаты исследования. В настоящее время в индустрии здоровья активно развиваются новые направления, особенно связанные с цифровыми технологиями. Контент интернет-ресурсов оказывает существенное влияние на систему ценностей молодого поколения, в том числе на отношение к своему здоровью. Поток информации, ежедневно обрушивающийся на каждого молодого человека, бесспорно, вносит тот или иной вклад в его понимание термина «ЗОЖ», формирует его отношение к питанию, физическим нагрузкам, различным видам общения, культурным ценностям и т.д.

К числу основных тенденций применения цифровых технологий в здравоохранении относится создание облачных баз здоровья пациентов. Казалось бы, не так давно мы еще не знали о подобных возможностях, но по прогнозам специалистов в период 2024–2029 гг. среднегодовой рост объема мирового рынка облачных вычислений для здравоохранения составит 11,3% [3]. Данные медицинских карт, электронные системы записи к специалистам, все возможности клиник переносятся в облачные сервисы и образуют единую базу данных [4]. Подобный подход был «подстегнут» развитием телемедицины в период коронавируса, и в настоящее время все больше людей пользуются предоставленными возможностями. Это повышает оперативность общения пациентов с врачами и получения различных рекомендаций по формированию здорового образа жизни, укреплению здоровья. Различные цифровые сервисы «подсказывают» пользователю рационы питания, составляют меню с учетом его индивидуальных особенностей и запросов. Нейросети могут составить «портрет» человека, ведущего здоровый образ жизни, и список рекомендаций по гендерно-возрастным и иным факторам пользователя [5]. Смарт-технологии определяют текущее физиологическое состояние человека и подбирают оптимальные маршруты для велопробегов, туристические дорожки, рекомендуют посещение бассейна и т.д. в соответствии с запросом и настроением пользователя. Важно, что при этом учитывается состояние сердечно-сосудистой системы пациента, состояния нервной системы, возможностей той или иной активности на определенной территории. Эти тенденции имеют большое значение для формирования ЗОЖ и развития цифрового здравоохранения, однако предполагают качественную базу наполнения облачных сервисов, что ставит серьезную задачу их проработки грамотными докторами и специалистами IT сферы.

Заключение. Ключевое направление стратегии долгосрочного развития сферы здравоохранения России – достижение высокого качества жизни и всеобщая доступность медицинской помощи. Облачные сервисы и «умные системы» анализа и мониторинга предоставляют широкие возможности формирования ЗОЖ, оперативно определяют показатели состояния здоровья пользователя и «рекомендуют» тот или иной вид активности, посещения врача, приема пищи по рациональному меню и т.д. Современные цифровые устройства играют важную роль в формировании здорового образа жизни. С помощью облачных сервисов и телемедицины врачи могут онлайн контролировать состояние пациентов, что делает медицинские услуги более доступными. Развитие нейронных сетей усиливает персонализированный характер медицины. Однако при этом большое значение имеет сотрудничество специалистов медицинской и IT сфер.

Список литературы

1. Завьялов А.Е. Цифровые технологии, как фактор формирования здорового образа жизни // Социально-гуманитарные знания. – 2023. – №. 10. – С. 30–33.

2. Старченкова О.Д., Величенкова Д.С. Анализ внедрения цифровых технологий в рамках высокотехнологичного здравоохранения // *π-Economy*. – 2022. – Т. 15, №. 6. – С. 18–32.

3. Ахмедов Б.И.У., Холматов С.И.У. Внедрение облачных технологий в системе здравоохранения // *Raqamli iqtisodiyot* (Цифровая экономика). – 2024. – №. 6. – С. 287–295.

4. Исаков И.М., Щербакова И.В. Перспективы внедрения искусственного интеллекта в медицине // *Week of Russian science (WeRuS–2024)*: сборник материалов XIII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Национальному дню донора, Саратов, 18–21 апреля 2023 года. – Саратов: Сарат. гос. мед. ун-т. – 2024. – С. 816–817.

5. Обоснование эффективности применения современных электронных технологий контроля показателей здоровья у студентов / Н.Ю. Патаркацишвили, Д.А. Завьялов, А.А. Близнаевский [и др.] // *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. – 2021. – №. 3 (193). – С. 320–325.

ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В СТОМАТОЛОГИИ: СИСТЕМА DIAGNOCAT

Харчиева П.Ш., Щербакова И.В.

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

Введение. В сфере здравоохранения все шире используются цифровые технологии, нейронные сети, искусственный интеллект (ИИ). Анализ примеров применения ИИ позволяет выявить преимущества и недостатки, определиться с выбором системы ИИ для конкретной медицинской организации и решения определенных задач.

Цель исследования. Анализ возможностей системы *Diagnocat*, основанной на технологии ИИ в стоматологии.

Материалы и методы исследования. Описание системы *Diagnocat*, статистические данные; общетеоретические и эмпирические методы исследования.

Результаты исследования. Для диагностики стоматологических заболеваний, выбора такими лечения и его непосредственного проведения в наши дни используются системы искусственного интеллекта [1]. Одним из инновационных решений является система *Diagnocat*, предназначенная для анализа рентгенологических снимков и компьютерных томограмм (КТ) в стоматологии [2].

Основу данного подхода составляют алгоритмы машинного обучения обработке медицинских изображений, включая так называемое глубокое обучение и нейронные сети, для анализа стоматологических изображений. База данных, составляющая основу *Diagnocat*, составлена на материалах подробных отчетов о состоянии зубов, костей, окружающих тканей – всего, что важно для стоматологов. «Обучение» системы проводится на огромных наборах данных, содержащих рентгеновские снимки и компьютерные томограммы с подтвержденными диагнозами, что позволяет *Diagnocat* обрабатывать различные типы изображений (включая панорамные и прицельные рентгеновские снимки, 3D-реконструкции из КТ-данных) и распознавать патологии с высокой точностью [3]. Результаты анализа представляются в виде подробных отчетов, включающих визуальную маркировку патологий на снимках и количественные показатели – такие, как размер поражения, степень костной резорбции и др.

На основе заложенной информации и технологии машинного обучения система Diagnocat помогает выявлять и классифицировать различные заболевания и аномалии полости рта пациентов. На сегодняшний день достигнуты хорошие показатели совпадения диагностических «предсказаний» системы Diagnocat с диагнозами, поставленными опытными стоматологами, включая обнаружение кариозных поражений даже на самых ранних стадиях и в труднодоступных местах. Также успешным оказалось применение системы Diagnocat для оценки состояния корневых каналов, обнаружения скрытых трещин и перфораций [3]. В процессе анализа костной ткани Diagnocat позволяет определить плотность и структуру костной ткани вокруг зубов, выявляя признаки пародонтита или других заболеваний. Оценка достаточности костной ткани имеет важнейшее значение на этапе планирования имплантации [4]. На основе анализа КТ-изображений система Diagnocat помогает стоматологу диагностировать заболевания височно-нижнечелюстных суставов пациентов [5].

На сегодняшний день система Diagnocat, так же как и аналогичные проекты, имеет определенные ограничения, но ее потенциал для улучшения качества лечения и снижения риска осложнений очевиден.

Заключение. Использование систем ИИ позволяет ускорить и повысить качество работы стоматологов. Система Diagnocat – пример применения ИИ в стоматологии. Она использует сложные алгоритмы машинного обучения для обработки медицинских изображений и предоставления стоматологам подробных отчетов о состоянии зубов, костей и окружающих тканей. Система помогает выявлять и классифицировать различные заболевания и аномалии полости рта. В будущем можно ожидать дальнейшего развития подобных технологий ИИ, которые будут играть все более важную роль в современной стоматологии, способствуя улучшению здоровья полости рта пациентов.

Список литературы

1. Скворцов Р.Р. Использование искусственного интеллекта для визуализации медицинских исследований // Сборник статей международной научной конференции, Сыктывкар, 12 февраля 2024 года. – СПб.: Частное научно-образовательное учреждение дополнительного профессионального образования. Изд-во Гуманитарного национального исследовательского института «Нацразвитие». – 2024. – С. 24–27.
2. Виртуальный помощник для анализа стоматологических снимков. – 2024. – URL: <https://diagnocat.com/ru/> (дата обращения: 05.12.2025).
3. Васильков С.С. Diagnocat и перспективы развития рентгенологии в стоматологии. – 2019. – URL: <http://surl.li/snhpup> (дата обращения: 05.12.2025).
4. Клиническое значение уровней минеральной плотности челюстных костей при планировании дентальной имплантации / И.Ю. Писаревский, И.И. Бородулина, Ю.Л. Писаревский [и др.] // Дальневосточный мед. журнал. – 2012. – № 3. – С. 54–56.
5. Обзор Diagnocat – ИИ-диагностика 2D и 3D рентгеновских снимков в стоматологии. – 2023. – URL: <http://surl.li/ontsjh> (дата обращения: 05.12.2025).

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ НА ПРИМЕРЕ САРАТОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. В.И. РАЗУМОВСКОГО. ОЦЕНКА ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ Автаев А.С., Винокурова С.П., Долгова Е.М.	3
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА СГМУ ИМ. В.И. РАЗУМОВСКОГО Доровская А.И., Воронина А.Н., Негрова Е.В.	4
ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О САРКОПИИ КАК ВАЖНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЕ Затеев Д.В., Курочкина В.С., Шеметова Г.Н.	6
ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ЗАБЛАГОВРЕМЕННЫЙ И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ ПРОЕКТ СОБСТВЕННОГО БУДУЩЕГО Исрапилов З.Р., Курбанова М.А., Ермакова О.В.	7
ОБЪЕКТИВНЫЙ СТРУКТУРИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭКЗАМЕН КАК СРЕДСТВО МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ Логачева О.А., Петрова М.Г., Чередникова К.А., Дронова Е.Г., Компаниец О.В., Орешкина Е.М., Новикова Е.П., Тимофеева С.В., Аверьянов А.П.	9
ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ О СОДЕРЖАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Меликян А.А., Кром И.Л.	10
МЕТОДЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЙ Мещеряков А.О., Денисова Н.А.	11
ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА И ПОДХОДЫ К ЕЕ РЕШЕНИЮ, ПО МНЕНИЮ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Нуриева Р.Т., Протасова В.С., Шеметова Г.Н.	12
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ Слепокурова И.И., Трафимчик Ж.И.	14
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Чиженкова Т.М., Спиваковский Ю.М.	15
<i>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ</i>	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ, ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Асыркина А.А., Долгова Е.М., Богданова Т.М.	17
СРАВНЕНИЕ ФЕНОТИПОВ ЛИМФОЦИТОВ В КОЖНОМ ЭКССУДАТЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ОГРАНИЧЕННОЙ И РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ Аюрзанаева Е.М., Чекань Е.А., Муртузалиева З.М.	18
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ СОБЛЮДЕНИЕМ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ Башиева Р.З., Кураева Х.И., Долгова Е.М.	20
АНАЛИЗ ДУХОВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ Бочкарева Г.Н., Антоненко К.А., Иванова С.Д.	22

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	23
Бочкарева Г.Н., Батыргалиева Л.С., Шишкина Е.А., Меликян А.А.	
ПРОБЛЕМА ДЕМОГРАФИИ. ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ К РОЖДАЕМОСТИ	25
Брянцева П.В., Кабиев М.Е.	
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ И СНИЖЕНИЯ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Г. САРАТОВА	26
Болотина Е.В., Морозова А.Л.	
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕКЛАМЫ ГЛАЗАМИ ЖИТЕЛЕЙ Г. САРАТОВА И САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	27
Бородусова А.М., Ажиева Д.А., Китавина Н.В.	
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ О МЕДИКО-ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	29
Волчкова А.А., Мельникова Я.В.	
МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ САРАТОВСКОГО ГМУ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ	31
Гречишкина А.А., Калина Е.Н., Лизунов Г.А.	
ИЗБЫТОК ИНФОРМАЦИИ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА СТУДЕНТА-МЕДИКА	32
Давыдов К.Д., Довгалевский М.Я., Долгова Е.М.	
ЛУЧЕВАЯ НАГРУЗКА В МЕДИЦИНЕ: ПРИНЦИПЫ ИЗМЕРЕНИЙ И ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	34
Ибрагимов И.М., Федюнин И.В., Щербакова И.В.	
АНАЛИЗ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТУАЛЬНОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	35
Иголкина В.В., Черняк К.Н.	
ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ	37
Константинова Е.И., Тихонова В.П., Шабарова А.А.	
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ: ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ	38
Кузьмин С.С., Шувалов С.С.	
АНАЛИЗ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ПОТЕНЦИАЛА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	40
Лобанова А.В., Надысина Ю.В.	
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА	41
Олещенко А.С., Лапшова А.М., Долгова Е.М.	
РОЛЬ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПО БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ КООРДИНАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	43
Осипок А.В.	
У ИСТОКОВ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	44
Опарина Ю.В., Подрезова Д.Д., Ищенко Ю.В.	
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	46
Селиверстова А.И., Шоболова А.В., Ковалев Е.П., Шувалов С.С., Еругина М.В.	
УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВЛЕКАЮЩИХ СТУДЕНТОВ К КУРЕНИЮ, И РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ИХ ОСНОВЕ	47
Тугуев Г.О., Шамхан А.Р., Ищенко Ю.В.	
ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИНАМИКУ ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА	48
Чинарев В.А., Малинина Е.В.	

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НИИ «МИКРОБ»	
Агавердиева Д.Н., Каримова А.М., Рогачева О.В.	50
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЗЕМСКОГО ВРАЧА Н.А. СЕМАШКО	
Агарагимова С.А., Мулдашева Д.К., Петров В.В.	51
ВКЛАД НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ	
Адамович Я. С.	53
ПУТИ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И МИРОВОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	
Адилгереев И.К., Ищенко Ю.В.	54
МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ В ГОСПИТАЛЯХ БАЛАШОВСКОГО РАЙОНА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
Алешина Я.А., Булаткина Д.А. Петров В.В.	56
НАУЧНЫЙ ВКЛАД АБУ-ЛЬ-КАСИМА АЗ-ЗАХРАВИ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ	
Арзанукаева М.И., Евсултанов М.В., Петров В.В.	57
ВРАЧЕВАНИЕ В ВИЗАНТИЙСКОЙ ИМПЕРИИ НА РУБЕЖЕ IV–XIV ВЕКОВ	
Аргунова А.Р., Аркелова А.А., Ищенко Ю.В.	59
ИСТОРИОГРАФИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СССР	
Арсаева М.С., Ищенко Ю.В.	60
ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РУССКОЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ	
Балова А.А., Ищенко Ю.В.	62
ХИДЖАМА: ДРЕВНЯЯ ПРАКТИКА, СОВРЕМЕННАЯ РЕАЛЬНОСТЬ	
Баймамбетова М.Р., Плетнева Е.А., Ищенко Ю.В.	63
ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД	
Бециашвили Ю.В., Петров В.В.	65
ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КОСМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	
Бирюкова А.О., Ищенко Ю.В.	66
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ВОЕННОГО КОММУНИЗМА И НЭПА (1917–1928)	
Богомолов К.С., Дюдяев А.А., Ищенко Ю.В.	67
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЗАПАДНЫХ ОБЛАСТЯХ УССР ЗА ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ	
Бутикенов Е.Е., Ищенко Ю.В.	68
МЕДИЦИНА В ДАГЕСТАНЕ И ЧЕРКЕСИИ	
Гаджиев Г.М., Жемухов А.А.	69
СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ XVIII ВЕКА	
Гейер Е.В., Назарова В.А.	71
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ГОРОДЕ АСТРАХАНИ: СО СРЕДНИХ ВЕКОВ ПО СОВЕТСКИЙ ПЕРИОД	
Генералова Ю.Н., Григорова С.А.	72
С. Р. МИРОТВОРЦЕВ: ВКЛАД В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ	
Герашенко А.С., Завьялова С.Р., Петров В.В.	74
ДОНОРСТВО КРОВИ В ПОВОЛЖЬЕ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
Гусейнова С.М., Петров В.В.	75

ПОДВИГ УЧЕНЫХ-ВРАЧЕЙ. О ВРАЧАХ, СТАВИВШИХ СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОПЫТЫ НА СЕБЕ Дыкина Е. Р., Ищенко Ю.В.	76
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ Евсеева Э.В., Помыканова А.В., Ищенко Ю.В.	78
РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДЕРГАЧЁВСКОГО РАЙОНА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ Едалова В.В., Абдуллина Ю.Д., Ищенко Ю.В.	79
НАЧАЛА ФЛЕБОЛОГИИ: ОТ ДРЕВНИХ НАБЛЮДЕНИЙ К СОВРЕМЕННОЙ НАУКЕ Жоголева А.П., Ищенко Ю.В.	80
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ЗА РАМКАМИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ Ищенко Ю.В., Трегуб Н.А., Попова А.С.	82
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И СССР Киселева М.А., Лисицина А.А., Ищенко Ю.В.	83
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В АЮРВЕДИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ Клюева Е.С., Ищенко Ю.В.	85
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XX СТОЛЕТИЯ Краснощёков А.В., Шогенова А.Х.	86
НЕОБХОДИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ Лоскутов Е.С., Зимин А.П., Ищенко Ю.В.	88
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА В ДРЕВНЕРУССКОМ ГОСУДАРСТВЕ: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ Магомедова З.М., Ахмедова З.А., Ищенко Ю.В.	89
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВАКЦИНАЦИИ В НОВОЙ И НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ XXI ВЕКА Малютина В.М., Воронкова В.О., Ищенко Ю.В.	90
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ Мигачев Д.А., Петров В.В.	92
«ЛЕДЯНАЯ АНАТОМИЯ» Н.И. ПИРОГОВА, СТАВШАЯ НАЧАЛОМ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ Миронова А.А., Ищенко Ю.В.	93
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЙОДОДЕФИЦИТА И ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ Мурашова Е.А., Пампухина Д.Д., Коваленко Е.В.	95
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОНАСТЫРСКОЙ, КИТАЙСКОЙ И АРАБСКОЙ МЕДИЦИНЫ Наурзалиева В.И., Черноиванова А.А.	96
РУССКИЙ ВРАЧ К.А. УГРЮМОВ – УЧАСТНИК ОСВОБОДИТЕЛЬНОЙ ВОЙНЫ 1877–1878 ГОДОВ Османов А.О., Мусаева А.Т., Ищенко Ю.В.	98
НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ СЕМАШКО, ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ НАУКИ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ Отузян А.А., Петров В.В.	99
УСТАВЫ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ XIX ВЕКА Петров Д.А., Петров В. В.	100

ЭВОЛЮЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ: ОТ ДРЕВНОСТИ ДО СОВРЕМЕННОСТИ	
Пижинова И.А., Ищенко Ю.В.	102
ПРОФЕССОР НИКОЛАЙ ВАСИЛЬЕВИЧ СКЛИФΟΣОФСКИЙ В БОЛГАРИИ ВО ВРЕМЯ РУССКО-ТУРЕЦКОЙ ВОЙНЫ 1877–1878 ГОДОВ	
Писарева А.А., Доманина А.Д., Ищенко Ю.В.	103
РАЗВИТИЕ ЗУБОВРАЧЕВАНИЯ В ЭСТОНИИ	
Попова А.А., Ищенко Ю.В.	104
ВЛАДИМИР ПЕТРОВИЧ ФИЛАТОВ И ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ШКОЛА ОФТАЛЬМОЛОГОВ	
Прокофьева А. Н., Петров В.В.	106
САНИТАРНОЕ ДЕЛО И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ В ДРЕВНЕМ РОССИЙСКОМ ГОСУДАРСТВЕ	
Пронина М.К., Чупин К.В., Ищенко Ю.В.	107
РАННИЕ ФОРМЫ РЕЛИГИИ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ	
Проскурнина К.В., Ищенко Ю.В.	108
ЧУМА В ДАГЕСТАНЕ	
Рамазанова А.Р.	110
АРОМАТЕРАПИЯ: ОТ ИСТОРИИ К СОВРЕМЕННОСТИ	
Родимова В.С., Шувалов С.С.	111
ВАДИМ АЛЕКСЕЕВИЧ ПРЕЛАТОВ: ЖИЗНЬ В ПРОФЕССИИ	
Савин А.И., Ковтунов А.В., Ищенко Ю.В.	113
РЕАКЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА НА ПРИМЕНЕНИЕ НАРКОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Солопова А.П., Шелубкова С.С.	114
ОГОНЬ КАК «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ» И «ЦЕЛЕБНОЕ» СРЕДСТВО В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ	
Сыщикова А.Ю., Поимцева В.С., Ищенко Ю.В.	116
ЭКСПЕРИМЕНТЫ В СИСТЕМЕ КОНЦЕНТРАЦИОННЫХ ЛАГЕРЕЙ ОТРЯДА 731 ЯПОНИИ ВРЕМЕН 1945–1950-Х ГОДОВ	
Таршикова Е.Д., Рогачева О.В.	117
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ ВАКЦИНАЦИИ	
Темешева Р.А. Пиякина К.А.	119
ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИИ НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ В XVI–XVII ВЕКАХ	
Туфанов Р.Х., Ищенко Ю.В.	120
МЕДИЦИНА ДРЕВНЕГО ЕГИПТА	
Тюнина М.Д., Петров В.В.	122
МЕДИЦИНА В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ: МИФЫ, РИТУАЛЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ	
Уйменова Т.С., Ищенко Ю.В.	123
РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В XIX ВЕКЕ	
Фомичева Е.В.	124
РАЗВИТИЕ ВЫСШЕГО ЖЕНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ: ВКЛАД ПЕРВЫХ ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ	
Чернова Е.Д., Ищенко Ю.В.	126
ЛАПАРОСКОПИЯ – РЕВОЛЮЦИОННЫЙ ШАГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	
Чечельницкая П. С., Ищенко Ю.В.	127

ЯДЫ И ЛЕКАРСТВА: ДВОЙСТВЕННАЯ ПРИРОДА ВЕЩЕСТВ В ИСТОРИИ ЕДИЦИНЫ НА ПРИМЕРЕ ИНСУЛИНА И ДРУГИХ СУБСТАНЦИЙ	
Шатурная Д.А.	129
Н.М. МАКСИМОВИЧ-АМБОДИК – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОГО АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ	
Эльдязева А.С., Петров В.В.	130
<i>ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	
ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЙ ЭКСТРЕМИЗМ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ, В ЧАСТНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ. МЕХАНИЗМ ЕГО ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ	
Айдемирова С.С., Батаева П.М., Фролкина К.М., Савина Е.А., Арушанян А.Р.	132
СТИМУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ	
Колотушкина Я. Д., Атабекян А. В., Басова А.В.	133
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РОССИИ: ЮРИДИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ ИНТЕГРАЦИИ	
Куранов М.М., Серебряков Д.С., Шелехова Т.Ю.	134
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСМЕРТНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РОССИИ	
Неверова Е.В., Басова А.В.	136
ПРОБЛЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРАВ И СВОБОД ЧЕЛОВЕКА И ГРАЖДАНИНА ПРИ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	
Румянцева Е.А., Трушкина К.О., Барашков Г.М.	137
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В РОССИИ	
Селиванова Е.А., Самаркина К.В., Басова А.В.	139
ВЛИЯНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РОЖДАЕМОСТЬ	
Экажева Х. М., Басова А.В.	140
<i>ПРОБЛЕМЫ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	
РЕЦЕПЦИЯ ИДЕИ ГИППОКРАТА О СЧАСТЬЕ	
Кабанова Ю.С., Медведева Е.Н.	142
ФИЛОСОФИЯ ВРАЧЕВАНИЯ	
Слепокурова И.И., Лызикова Ю.А.	143
<i>СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	
К ВОПРОСУ: МОЖЕТ ЛИ УЧАСТИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРЕДУПРЕДИТЬ ДЕФИЦИТ КАДРОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?	
Алябьева Е.С., Симонян Р.З.	145
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	
Ананьева О.И., Спирин П.И.	147
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В МЕДИЦИНЕ	
Ахмедиллов М.М., Азамова С.Р., Долгова Е.М.	148
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Батыргалиева Л.С., Шишкина Е.А., Кром И.Л., Бочкарева Г.Н.	149
ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ПРИ МОДЕРНИЗАЦИИ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	

Боечко Е.А.	151
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	
Воронова А.Д., Морозова А.Я. Сазанова Г.Ю.	152
КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ШКОЛЫ	
Дубовский А.В., Максимова Е.А.	154
ChatGPT. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ	
Кайшева М.Н., Калмыкова Б.А., Сазанова Г.Ю.	155
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	
Кислицина А.П., Китавина Н.В.	156
КРИТЕРИИ ВЫБОРА ПАЦИЕНТАМИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
Костина Ю.А., Щербаченко Д.Д., Еругина М.В.	158
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ	
Лошкарева М.О., Китавина Н.В.	160
ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ЭНГЕЛЬСА	
Ляхова В.Е., Гаджимурадова Б.З., Коваленко Е.В.	161
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ВУЗОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ К РОЖДЕНИЮ ПЕРВЕНЦА	
Максюшина П.А., Тарасова Д.Д., Доровская А.И.	163
РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРХИВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Махметова С.М. ¹ , Хамидова Л.А. ¹ , Китавина Н.В. ¹ , Китавина С.И. ¹ , Козлова А.А. ²	164
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕРЕАЛИЗОВАННОГО ПРАВА НА ИНФОРМАЦИЮ	
Миронова Е.С., Обыденнова А.А., Власова М.В., Раздевилова О.П.	166
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ	
Мутакаева П.Х., Орцухаева Л.Т., Коваленко Е.В.	168
РАЗВИТИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ: АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
Соловьев А.П., Долгова Е.М.	169
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА	
Степовая А.И., Васильев Ю.А.	170
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
Черняховская Д.В., Булгакова А.С., Бойков В.А.	172
<i>СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ</i>	
ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕНТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ФЛЮОРОЗА)	
Биктимирова Р.Р., Щербакова И.В.	173
ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРУКСИЗМОМ	
Васина Е.А., Шаропова Е.В., Керимова К.М., Вихлянцева К.А.	174
БИНОКУЛЯРЫ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ: ПРАВДА ИЛИ МИФ?	
Галевич А.Н., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В., Асланян М.А.	175
КАК НЕ СГОРЕТЬ В ЭНЕРГИИ ЭМОЦИЙ МОЛОДОМУ ВРАЧУ: АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТОМАТОЛОГОВ	

Геворкян Ц.Н., Дашдамирова Г.Ф., Артеменко Ю.Н., Аринина Л.В.	177
ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ КАК ВАЖНЕЙШИЙ АСПЕКТ СОХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	
Гонезжук А.К., Буталий С.В.	178
ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРНЫХ ФАКТОРОВ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ	
Кудинова М.А., Мусатов В.Ю.	180
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ GBT-ПРОТОКОЛА	
Мангутова А.Ф., Островская Л.Ю.	182
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА, ВЛИЯЮЩИЙ НА БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО	
Прошкина С.Е., Ермакова О.В.	183
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	
Разакова Д.Д., Арушанян А.Р., Фролкина К.М., Коннов В.В.	185
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ САРАТОВСКОГО ГМУ ОКАЗАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ	
Шолохова П.Е., Прохоровская О.С., Долгова Е.М.	186
ЛЮМИНИРЫ ИЛИ ВИНИРЫ: ЧТО ЖЕ ЛУЧШЕ?	
Шурыгина Е.М., Щербакова И.В.	188
<i>ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РАЗРАБОТКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ	
Алимгереева А.Р., Тупикин Д.В.	189
ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА QUIZZ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	
Алхилова Д.З., Журавлева Ю.А.	190
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГРАММЫ PROGPROG ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	
Бозорова М.А., Щербакова И.В.	192
ЦИФРОВАЯ МЕДИЦИНА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: РОЛЬ И ВЛИЯНИЕ ПРОЕКТА ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Бричковская А.М., Потоцкая В.С., Гутько А.Г.	193
ВОЗМОЖНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ ПОДБОРА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕДИАТРИИ	
Валиева В.В., Гуйо Г.А.	195
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПЕДИАТРИИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ОПАСНОСТИ	
Воронкова О.М., Щербакова И.В.	196
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНЕ	
Гасанова Ч.А., Ханадеев В.А.	198
АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Даулетова Л.А., Волошенко К.В.	199
РАЗВИТИЕ ИНФОРМАТИКИ И ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ПЕДИАТРИИ	
Джейранова Л.О., Щербакова И.В.	201
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	

Дьяченко Е.А., Ханадеев В.А.	202
ПРИМЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ПРОДУКТОВ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ	
Евтухова В.В., Романова Е.В.	204
АДДИТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ	
Егорова А.В., Мусатов В.Ю.	205
К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	
Ефимова С.В., Щербакова И.В.	207
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ	
Журавель С.Л., Мусатов В.Ю.	209
ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ	
Зарманбетова А.Т., Щербакова И.В.	210
ЛУЧЕВАЯ НАГРУЗКА В МЕДИЦИНЕ: ПРИНЦИПЫ ИЗМЕРЕНИЙ И ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
Ибрагимов И.М., Федюнин И.В., Щербакова И.В.	211
ТЕЛЕМЕДЕЦИНА И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ	
Иокерс Э.Э., Юдаев В.Р., Беков Н.Э., Еругина М.В.	213
РИСКИ ВНЕДРЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ)	
Исяняев Ю.И., Чечель А.С., Бикашев Р.А.	215
МЕДИЦИНСКАЯ РЕПУТАЦИЯ В ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ	
Кардаильский В.А., Шихметова Л.М., Барашков Г.М.	216
«УМНЫЕ» ГАДЖЕТЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРИМЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ	
Конкина Т.В., Егоров Е.Н.	218
ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КАРТЫ КАК ОБЪЕКТЫ АНАЛИЗА БОЛЬШИХ ДАННЫХ	
Курбанова Р.Ш., Щербакова И.В.	219
ИННОВАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	
Кутрухина М.С., Коваленко Е.В.	221
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В ПЕДИАТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ	
Малашенко С.С., Гуйо Г.А.	222
ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ В ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Мельгизина Э.Р., Егоров Е.Н.	224
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИИ	
Мирзоева А.М., Ханадеев В.А.	225
ЦИФРОВЫЕ СИСТЕМЫ В ПЕДИАТРИИ: ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ПРИМЕРЫ	
Оруджева А.К., Щербакова И.В.	227
НОВЫЙ ПОДХОД К ЦИФРОВОМУ РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ	
Пузакова Д. В., Власова Т. И.	229
АНАЛИЗ ПРИМЕРОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ CAD EYE В ДЕТСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ	
Рагимова А.Г., Щербакова И.В.	230

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ЧАТ-БОТОВ В КОСМЕТОЛОГИИ	
Сардарова Г.М., Щербакова И.В.	231
ЦИФРОВАЯ РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
Сметанина В.А., Руннова А.Е.	233
САД- И САМ-ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ	
Тарабанчук Д.М., Щербакова И.В.	234
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ РЕНТГЕНОВСКИХ СНИМКОВ	
Туктарова Д.Р., Рашидова А.В., Мусатов В.Ю.	236
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ САД / САМ В СТОМАТОЛОГИИ	
Умришова Е.А., Щербакова И.В.	237
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОСЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ СОЗДАНИЯ ЛЕКАРСТВ	
Фахрутдинова А.Р., Тупикин Д.В.	239
ЗНАЧЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
Федорченко Т.А., Аганина Э.И., Журавлева Ю.А.	240
ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В СТОМАТОЛОГИИ: СИСТЕМА DIAGNOSAT	
Харчиева П.Ш., Щербакова И.В.	242

Научное издание

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

IV МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ
ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКАДЕМИКА Н.А. СЕМАШКО

Саратов, 18–19 декабря 2024 года

Сборник материалов

Технический редактор *Е. Ю. Грибанова*

Подписано к печати 22.03.2025 г.
Формат 60 × 84 ¹/₁₆. Гарнитура Таймс.
Объем усл.-п. л. Тираж 500 экз.
Заказ № .

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского.
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами
в типографии ИП Зуев А.А.
410071, г.Саратов, ул.Рабочая, 190