

чается высокий уровень тревоги и клинически выраженная депрессия, нередко даже более выраженная, чем у их пациентов. Обследованные врачи часто отмечали хроническую усталость, различные мышечные и головные боли, обострение соматических заболеваний, различные нарушения сна, проявления раздражительности и агрессии в отношениях с пациентами.

Аналогичные нарушения выявлены у российских врачей (А.Б. Леонова, 2004), в виде тревоги, астении, нарушений сна. У врачей, работающих в поликлиниках, обнаружено нарастание признаков профессиональных и личностных деформаций [2], использование неадекватных форм купирования стресса (интенсивное курение, употребление алкоголя, демонстрация враждебности в поведении). Изучение этиологии стрессовых ситуаций, в том числе хронического (продолжительного) характера, тесно связано с проблемой кризисов социализации. Ряд причин профессионального стресса инициирован современными социально-экономическими реалиями российского общества, в частности, неэффективно выстроены структуры социальной защиты населения, явно завышены эмоциональные и физические нагрузки при решении бытовых и профессиональных проблем [1]. По мере вхождения в рыночную среду усиливается процесс стратификации. Классическая классификация стрессоров, основанная ещё Г. Селье, предусматривает разделение факторов стресса на социальные, психологические и биологические.

Анализ содержания профессиональной деятельности врача лабораторно-диагностического профиля показал, что несмотря на отсутствие тесного взаимодействия с пациентами, считающимся для классической медицины основным нервно-эмоциональным фактором, специальность врача исследуемого профиля также сопряжена с воздействием «вредных» профессиональных факторов.

Для оценки степени напряженности трудового процесса в рассматриваемом профессиональном поле, мы провели его оценку в соответствии с «Руководством по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05.

Напряженность труда – характеристика трудового процесса, отражающая нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств, эмоциональную сферу работника. К факторам, характеризующим напряженность труда, относятся: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, степень монотонности нагрузок, режим работы.

Оценка напряженности труда профессиональной группы основана на анализе трудовой деятельности и ее структуры, которые изучаются путем хронометражных наблюдений в динамике всего рабочего дня, в течение не менее

одной недели. Анализ основан на учете всего комплекса производственных факторов (стимулов, раздражителей), создающих предпосылки для возникновения неблагоприятных нервно-эмоциональных состояний (перенапряжения). Все факторы (показатели) трудового процесса имеют качественную или количественную выраженность и сгруппированы по видам нагрузок: *интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные, монотонные, режимные нагрузки*.

Согласно рассматриваемому нормативному документу возможны 3 класса условий труда: оптимальный – напряженность труда легкой степени; допустимый – напряженность труда средней степени; вредный – напряженный труд 1-й и 2-й степеней

Анализ регламентирующего напряженность труда документа, позволяет в целом высоко оценить напряженность профессиональной деятельности врача лабораторно-диагностического профиля и по показателям «интеллектуальные нагрузки» и «сенсорные нагрузки» отнести ее к классу 3.1 и 3.2. – напряженный труд 1-й и 2-й степени.

Таким образом, для профессиональной деятельности врача диагностического профиля эксплицирована такая же структура этиологических факторов, как и для врачей лечебного профиля, несмотря на менее выраженное эмоциональное и физическое напряжение этого вида врачебной деятельности.

Список литературы

1. Доника А.Д., Губа Т.И. Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины // Биозтика. – 2009. – № 1(3). – С. 28-30.
2. Доника А.Д., Доника Д.Д., Еремина М.В. Этические аттитуды профессиональной группы врачей // Биозтика – 2010. – № 6. – С. 45-46.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ: ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ «ВНЕ ЗАКОНА»?

Доника А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

В новом ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (№323-ФЗ) введено понятие *первой помощи*, которая предшествует медицинской, и оказывается лицами без медицинского образования. Такой подход давно внедрен в практику зарубежных стран (программы World's Leading Medical Organizations, Spanning the Globe). Это не новый подход для России, заимствованный из военной медицины, где первая помощь оказывается всеми военнослужащими в порядке само- и взаимопомощи. При этом своевременное выполнение этих несложных манипуляций имеет принципиальное значение, как во время военных действий, так и в условиях ЧС мирного времени, поскольку влияет на исход состояния пострадавших. В то же время, рассматриваемая норма ФЗ № 323-ФЗ породила

проблему, обусловленную в применении *закрывающего перечня* лиц, обязанных оказывать первую помощь – имеющих специальную подготовку по линии силовых структур и ведомств МЧС, а также применения императивной формулировки – «*вправе оказывать*» в отношении ограниченного круга лиц («...другие лица ...при наличии соответствующей подготовки»). Но речь идет о «несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью» (ст. 31). По логике статьи 31 случайные свидетели способны только вызвать «Скорую» или полицейского? Зачем тогда на уроках «ОБЖ» школьники изучают приемы первой помощи, успешно демонстрируют их на «Зарнице»? Мало того, дисциплина «Безопасность жизнедеятельности», включающая обязательное изучение этих навыков, согласно ФГОС III поколения, является обязательной для всех специальностей (немедицинских). С 2011 г. также в рамках ФГОС III, для 1 курсов лечебного и педиатрического факультетов введена дисциплина «Первая помощь в ЧС». Но согласно ст. 31 практически оказать первую помощь студенты после окончания 1 курса «вправе» только в наличии «специальной подготовки», регламентация которой осуществляется «федеральным органом исполнительной власти». Каждый врач знает, что от своевременности остановки наружного кровотечения зависит судьба пациента [1, 2]. При этом в большинстве своем эти навыки способен освоить и школьник.

Список литературы

1. Доника А.Д., Кожевников Л.Л. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нормам и принципам биоэтики // Биоэтика. – 2011. – № 2(8). – С. 26-28.
2. Доника А.Д., Толкунов В.И. Альтернативы принятия решений в медицинской практике: правовые нормы и этические дилеммы // Биоэтика. – 2010. – № 1(5). – С. 57-59.

КАЧЕСТВО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дробот Н.Н., Кондратьева Е.Г., Игошкина А.Я., Чернолясова И.Н.

ГБОУ «Кубанский государственный медицинский университет»;

ГБУЗ «Клинический противотуберкулёзный диспансер», Краснодар, e-mail: mangust68@mail.ru

Цель исследования: оценить эффективность противотуберкулёзной терапии больных туберкулезом легких в сочетании с сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы. Проанализированы материалы 245 историй болезни больных туберкулезом легких с сопутствующими заболеваниями (1-я группа). Контрольную (2-я) группу составили 94 пациента без сопутствующей туберкулезу патологии.

Результаты. Обе группы наблюдения были идентичны по полу, возрасту, клиническим формам туберкулеза. Женщины составили 28,5%. Больше половины пациентов выявлено при обращении в лечебные учреждения с жалобами. Среди взятых на диспансерный учет преобладала инфильтративная форма туберкулеза легких, вторая по встречаемости – диссеминированная. МБТ обнаружены в мокроте (промывных водах бронхов) у 66,1%, деструктивные изменения в легких – у 59,7% пациентов 1-й группы. У больных 2-й группы МБТ обнаружены в 65,9%, деструктивные изменения в легких – 56,7%. Спектр сопутствующих туберкулезу заболеваний: хронический алкоголизм, опиоидная наркомания – 22,4%, вирусный гепатит – 20,6%, неспецифические заболевания органов дыхания – 18,5%, прочие – 38,5%.

Все больные получали химиотерапию согласно стандартным схемам лечения (приказ МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г.). Эффективность лечения: прекращение бактериовыделения в 1 группе через 3,9 мес., закрытие полостей распада – 9,7 мес.; 2-я группа – 2,5 мес., 6,4 мес. (соответственно). Продолжительность основного курса лечения у больных 1-й группы составила в среднем 13,5 мес., во 2-й группе – 9,4 мес. Наиболее продолжительным было лечение у лиц с сопутствующими хроническими неспецифическими заболеваниями легких (12,2 мес.). Длительным установлено лечение больных туберкулезом легких и хроническим гепатитом (11,6 мес.). Особую категорию представляют больные, страдающие туберкулезом легких, алкоголизмом, наркоманией. Их характеризует крайняя степень недисциплинированности, низкий социальный статус. Таким образом, сопутствующая патология у больных туберкулезом легких существенно снижает показатели лечения, увеличивает продолжительность противотуберкулёзной терапии. Для повышения качества лечебных мероприятий необходимо активизировать работу по выявлению и профилактике сопутствующей патологии.

СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОДГОТОВКЕ ИНТЕРНОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ФТИЗИАТРИЯ»

Дробот Н.Н.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, e-mail: mangust68@mail.ru

Проводимая в стране реформа высшей школы предусматривает формирование для здравоохранения высококвалифицированных врачебных кадров. Использование современных педагогических технологий, обеспечивающих эффективную подготовку кадров по специальности «Фтизиатрия», создает условия для даль-