

ально-значимых проблем, наносящих значительный урон обществу. Алкоголизм широко распространен практически во всех категориях населения страны [1]. Существенное влияние на развитие алкогольной зависимости оказывают медико-социальные факторы. В связи с этим актуальным является исследование медико-социальных характеристик лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и выявление ведущих факторов риска, оказывающих влияния на развитие алкоголизма.

Для решения поставленной задачи на базе Воронежского областного клинического наркологического диспансера проведено исследование медико-социальных характеристик лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в ходе которого было собрано и обработано 418 индивидуальных анкет, включающих 74 пункта, заполняемых больными и 6 пунктов – врачом. Помимо этого сформирована база анкет, содержащих медико-социальные характеристики лиц, не страдающих алкогольной зависимостью (контрольная группа) – 402 анкеты. На основе собранных анкет сформирована информационная база, включающая 135 медико-социальных характеристик. При анализе значимости медико-социальных факторов риска развития алкогольной зависимости выполнялось сравнение характеристик лиц, входящих в основную и контрольную группу, по t-критерию Стьюдента. Учитывая, что значение t-статистики пропорционально значимости различия между показателями в группах сравнения, данная величина использовалась в качестве оценки значимости анализируемых факторов риска. Предварительно для обеспечения возможности статистической обработки все данные были преобразованы к численному виду с использованием методики, предложенной Чопоровым О.Н. [2–5].

Следует отметить, что не все медико-социальные характеристики, по которым имеются достоверные различия между основной и контрольной группой обследованных, можно интерпретировать как факторы риска развития алкогольной зависимости – часть имеющихся различий является следствием данного заболевания. Результаты ранжирования выделенных медико-социальных факторов риска по их значимости показали, что наиболее значимыми, достоверно связанными с развитием алкогольной зависимости, являются: курение (1-е место,  $t = 13,2328$ ); неудовлетворительное материальное обеспечение (2-е место,  $t = -10,974$ ); беспоконный характер сна (3-е место,  $t = -10,863$ ); плохой аппетит (4-е место); мужской пол (5-е место); далее – большое количество браков; бессонница; низкий уровень образования; напряженный режим труда; отсутствие семьи; неудовлетворительный характер семейных отношений; неудовлетворительное питание; проживание вблизи заводов; плохое настроение;

непродолжительный ночной сон; низкая работоспособность; длительное курение; неудовлетворительные условия труда; повышенная раздражительность; большой трудовой стаж; низкое социальное положение; употребление психотропных веществ; избыточный вес; возраст; нерегулярное питание; наличие депрессивного состояния; неудовлетворительные жилищно-бытовые условия; отсутствие или низкооплачиваемая работа. Выявленные факторы риска необходимо учитывать при прогнозировании развития алкогольной зависимости, формировании диспансерных групп и выборе рациональных лечебно-профилактических мероприятий.

#### Список литературы

1. Говорин Н.В. Алкогольная смертность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск ; Чита, 2012. – 164 с.
2. Чопоров О.Н. Методика преобразования качественных характеристик в численные оценки при обработке результатов медико-социального исследования / О.Н. Чопоров, А.И. Агарков, Л.А. Куташова, Е.Ю. Коновалова // Вестник Воронежского института высоких технологий. – Воронеж, 2012. – № 9. – С. 96–98.
3. Choporov O.N. Infobase formation technology for medical systems analysis and modeling / O.N. Choporov, S.V. Bolgov, L.A. Kutashova, E.Y. Konovalova // Modern informatization problems in economics and safety: Proceedings of the XVIIIth International Open Science Conference (Lorman, MS, USA, January 2013). – P. 157–162.
4. Методика формирования информационной базы данных для проведения многоуровневого мониторинга и классификационно-прогностического моделирования / О.Н. Чопоров, О.В. Золотухин, И.И. Манакин, С.В. Болгов // Вестник Воронежского института высоких технологий. – 2015. – № 14. – С. 19–24.
5. Чопоров О.Н. Особенности применения методов интеллектуального анализа данных и многоуровневого мониторинга при решении задачи рационализации медицинской помощи / О.Н. Чопоров, С.В. Болгов, И.И. Манакин // Моделирование, оптимизация и информационные технологии. – 2015. – № 1 (8). – [http://moit.vivt.ru/wp-content/uploads/2015/04/ChoporovBolgovManakin%20\\_1\\_15\\_1.pdf](http://moit.vivt.ru/wp-content/uploads/2015/04/ChoporovBolgovManakin%20_1_15_1.pdf).

#### ФОРМА И ТОПОГРАФИЯ СЕРДЦА У ДЕГУ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Форма и топография сердца у дегу в литературе не описаны. Описание сердца человека существенно не изменилось со времен Базельской анатомической номенклатуры (1895). Это полый мышечный орган, имеющий форму неправильного конуса, основание и верхушку, поверхности – диафрагмальную, грудинореберную, правую (правый край) и левую легочные. Полость сердца разделена на 4 камеры – правые и левые предсердия и желудочки (Международная анатомическая терминология, 2003). Сердце имеет округлую форму (конуса) у людей с брахиморфным телосложением, овальную форму (в крайних случаях – «капельное сердце») – у людей с долихоморфным телосложением (Михайлов С.С., 1987). У белой крысы сердце имеет овоидную форму, расположено между легкими, смещено в левую сторону (Ноздрачев А.Д., Поляков Е.Л., 2001). По моим наблюдениям (Петренко В.М.,

2009, 2012), сердце белой крысы имеет конусовидную форму, его верхушка смещена в левую сторону, а правое предсердие – вправо, с образованием сердечной вырезки на вентральном крае правого легкого, правое ушко явно крупнее левого ушка и как раз ложится в вырезку.

Сердце дегу – клиновидное: верхушка органа достаточно широкая, чтобы оценить ее как точечную, а форму сердца в целом – как конусовидную. Сердце находится в грудной полости, между легкими, больше смещено влево от средней линии с образованием сердечной вырезки на вентральном крае левого легкого. Правое ушко гораздо крупнее левого ушка. Возможно это связано с тем, что в дорсальную стенку правого предсердия, недалеко от его правого края впадает крупный венечный синус, прямое продолжение передней полой вены, левосторонней у дегу. Ее переход в венечный синус происходит слева от дорсального края левого ушка. Венечный синус отделяет сердце от корня левого легкого и медиальной базальной доли правого легкого. В конечную часть венечного синуса впадает непарная вена. Она огибает корень правого легкого с дорсокраниальной стороны. Корень правого легкого отделяет синус с дугой непарной вены (дорсокраниально) от задней полой вены (вентрокаудально). Правое ушко большей частью выступает на вентральную поверхность сердца из промежутка между апикальной долей правого легкого (латерально) и правым тимусом (медокраниально). Левое ушко находится на левой легочной поверхности сердца и (почти) полностью прикрыто апикальной долей левого легкого и левым тимусом.

#### **КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Потапенко Л.В., Базанов С.В.

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная  
медицинская академия» Минздрава России, Иваново,  
e-mail: tcmkio@rambler.ru;*

ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области», Иваново

В состав Ивановской области входит 21 муниципальный район, 6 городских округов (Иваново, Кинешма, Шуя, Вичуга, Кохма и Тейково), 11 городов районного подчинения, 14 поселков городского типа, 149 сельских администраций и 2998 сельских населённых пунктов. Численность населения Ивановской области на 1 января 2015 года составляет 1 036 909 человек (в 2012 году – 1 054 040 человек, в 2013 году – 1 048 961 человек и в 2014 году – 1 043 130 человек), городское население – 81,24%. Скорая медицинская помощь (СМП) в Ивановской области в 2014 году оказывалась населению тремя станциями (города Иваново, Кинешма и Шуя) и 19 отделениями СМП, организованными на

базе центральных районных больниц (ЦРБ). С 1 января 2015 года две станции скорой медицинской помощи городов Кинешма (обслуживаемое население – 107 639 человек) и Шуя (обслуживаемое население – 80 806 человек), имевшие ранее статус самостоятельных юридических лиц, вошли в состав ЦРБ, как отделения. Кадровый состав службы СМП Ивановской области за последние годы претерпел ряд существенных изменений. Имеется тенденция к уменьшению штатных должностей врачебного персонала. В 2014 году количество врачебных ставок уменьшилось на 15,11% с 388,75 до 330,0 ставок, при этом с целью замещения врачебных должностей введено дополнительно 68,25 штатных должности фельдшеров СМП. К сожалению, продолжается уменьшение численности врачебных кадров (физических лиц) с 178 человек в 2012 году до 131 человек в 2014 году. Таким образом, за три года число врачей СМП уменьшилось на 26,4%. Продолжающийся отток врачей СМП связан с низкой оплатой труда, снижением престижа профессии, необходимостью первичной переподготовки в интернатуре или клинической ординатуре. В структуре бригад скорой медицинской помощи усилиями руководителей скорой медицинской помощи сохраняются специализированные бригады. В сутки на дежурство в Ивановской области заступает в среднем 16 специализированных бригад СМП, в том числе 1 анестезиолого-реанимационная, 2 неврологические, 1 психиатрическая, 6 педиатрических и 6 бригад интенсивной терапии. Специализированные бригады СМП организованы в областном центре Ивановской области (обслуживаемое население – 475 708 человек), бригады интенсивной терапии – в городах Шуя и Кинешма, врачебные бригады в Лежневской ЦРБ (обслуживаемое население – 19 088 человек), Фурмановской ЦРБ (обслуживаемое население – 41 478 человек) и Вичугской ЦРБ (обслуживаемое население – 54 447 человек). В ряде районов бригады СМП состоят из одного фельдшера и водителя, что является нарушением Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. N 388н. В 2014 году среднесуточное количества бригад СМП составило 98,75 (в 2013 году – 98,5; в 2012 году – 101,5), в т.ч. врачебных бригад – 11,5 (в 2013 году – 15,75; в 2012 году – 19,75), специализированных – 15,75 (в 2013 году – 14,0; в 2012 году – 14,0). Вместе с тем отмечается увеличение среднесуточного числа фельдшерских бригад до 71,5 (в 2013 году – 68,75; в 2012 году – 67,75). В основном уменьшение среднесуточного количества бригад СМП произошло за счет сокращения врачебных бригад в ОБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Иваново». По сравнению