

осложненной чрезвычайной ситуации может достигать 40%. Это обусловлено ошибками при оказании первой помощи в очаге, удаленностью этапов медицинской эвакуации и использованием для оказания первой помощи морально устаревших материалов и оборудования. Основными неблагоприятными факторами, действующими при ранении, сопровождающимися наружным артериальным кровотечением, является неправильное наложение жгута и превышение максимальной длительности наложения жгута [1, 2].

С целью снижения неблагоприятных исходов при временной остановке артериального кровотечения нами было разработано устройство для временной остановки наружного артериального кровотечения. Устройство представляет собой жгут из эластичного материала с фиксирующим механизмом, отличающийся тем, что он выполнен из двух отрезков из эластичного материала таким образом, что верхний отрезок из эластичного материала неподвижно закреплен на нижнем отрезке из эластичного материала на расстоянии не менее 2 сантиметров от края и параллельно его длинной стороне, при этом на нижнем отрезке, на расстоянии не менее 1,5 сантиметров от места соединения отрезков установлен элемент питания, а на верхнем отрезке установлен электронный таймер, таким образом, что при натяжении жгута происходит соприкосновение таймера с элементом питания и включение таймера, в то время, как при слабом натяжении жгута или слишком сильном натяжении жгута соприкосновения таймера с элементом питания не происходит. Подана заявка на выдачу патента РФ [3].

Список литературы

1. Жуков С.В., Королук Е.Г. Избранные лекции по медицине катастроф. Тверь, 2007. – 118 с.
2. Концепция оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / Бодин О.Н., Ожикенов К.А., Ожикенова А.К., Сергеев А.С., Усембаева С.А. // Вестник Российской военной-медицинской академии. 2015. № 3 – С. 143-147.
3. Рыбакова М.В., Петрова А.В., Жуков С.В. Заявка на выдачу патента РФ на полезную модель № 2016109444, от 16.03.2016.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТИРОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ, РАБОТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Плюхин А.А.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, e-mail: jucov-tver@yandex.ru

Дефицит молодых врачебных кадров является одной из ведущих проблем отечественного здравоохранения [1]. Постоянное воздействие повышенной психо-эмоциональной нагрузки и сложное материальное положение молодых специалистов, приезжающих работать в от-

даленные районы и города ведут к дефициту молодых кадров [2, 4]. Наблюдается значительный отток молодых врачебных кадров и Твери и Тверской области в Москву и Санкт-Петербург, что ведет к кадровому дефициту, снижению уровня оказания медицинской помощи населению Тверской области, а вследствие этого росту общей заболеваемости, заболеваемости социально-значимыми болезнями и повышению показателя младенческой смертности за счет отдаленных районов Тверской области [3].

С целью изучения медико-социальных особенностей ценностных ориентиров и профессиональной мотивации молодых врачей, работающих на территории Тверской области, было проанкетировано 918 молодых врачей в возрасте до 35 лет, проживающих на территории Тверской области. В выборку вошли 283 врача хирургического профиля, 301 терапевт и 334 врача терапевтического профиля.

В ходе проводимого обследования мы объединили все факторы мотивации получения профессии врача в три группы: факторы материального благополучия (высокая зарплата, стабильная зарплата, получение ведомственного жилья, получение социальных выплат или субсидий, близкое расположение места работ и места жительства), факторы социального положения (улучшение своего социального статуса, закрепление социального статуса семьи, уважение со стороны соседей и родственников, переезд в крупный город) и факторы альтруистического поведения (помощь окружающим людям, спасение нуждающихся, участие в гуманитарных мероприятиях).

В результате обследования было выявлено, что для современных молодых врачей большое значение имеют факторы материального благополучия, при этом для мужчин наибольшее значение имеет получаемая сумма, а для женщин стабильность выплаты заработной платы. Возможность получения ведомственного жилья не играет больше ведущую роль среди материальных потребностей молодых врачей, что может быть обусловлено как развитием ипотечного кредитования, так и резким снижением доходов молодых специалистов. Большинство опрошенных молодых врачей было не удовлетворено результатами своего трудоустройства и были готовы перейти на другое место работы. Только незначительная часть молодых врачей готова вкладывать собственные денежные средства в свое дальнейшее совершенствование в медицине. Следовательно, для привлечения и закрепления специалиста на рабочем месте необходимо повысить его заработную плату по основному месту работы и активно привлекать молодых специалистов к дальнейшему обучению за счет региональных квот. На основании полученных данных, в настоящий момент, про-

водится разработка автоматизированной экспертной диагностической системы для оценки эффективности закрепления молодого специалиста на рабочем месте.

Список литературы

1. Дербенев Д.П., Жуков С.В. Гендерные аспекты ценностных ориентиров и профессиональной мотивации молодых врачей, работающих на территории Тверской области // Труды региональных научных проектов Тверской области 2015 года в сфере фундаментальных исследований. Сборник научных трудов. Тверь, 2015. – С. 18-22.
2. Жуков С.В., Королюк Е.Г. Избранные лекции по медицине катастроф. Тверь, 2007. – 118 с.
3. Изучение ценностных ориентиров молодых врачей, работающих на территории Тверской области, как основа закрепления молодого специалиста на рабочем месте / Дербенев Д.П., Жуков С.В., Панкрушина А.Н., Плюхин А.А. // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Биология и экология. 2015. № 2. С. 18-23.
4. Королюк Е.Г., Калинин М.Н., Жуков С.В. Хронический социальный стресс: этиология и патофизиология. Тверь: ГБОУ ВПО Тверская ГМА МЗ России, 2011. – 102 с.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ СЕТИ БАЗОВЫХ СТАНЦИЙ

Пчёлник О.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар,
e-mail: pv37@mail.ru

Последние два десятилетия отличаются бурным развитием во всем мире телекоммуникационных технологий, в том числе безудержным ростом числа базовых станций (БС) сотовой связи. Так, за период с 2001 по 2012 годы в Краснодарском крае, с его 5-миллионным населением удельное количество базовых станций (единиц на 100000 населения – УК БС) только основных операторов (МТС, МегаФон, Билайн) увеличилось в среднем в 32,5 раза (от 3,98 до 130,6 единиц). Вместе с тем, материалы многих исследований о влиянии электромагнитных излучений (ЭМИ) БС на население неоднозначны: одни авторы [1,4,6] приводят данные об их негативном влиянии на здоровье людей, в то время как другие [5,7,8] вреда от базовых станций не находят.

Известно, что при использовании мобильного телефона (МТ) человек подвергается локальному облучению, при этом критическим органом является головной мозг [3].

Что касается БС, то в связи с их работой принудительному круглосуточному радиочастотному электромагнитному облучению подвергаются все системы и органы человеческого организма, при этом «критическим органом» оказывается всё тело [2]. Поэтому ответные реакции на воздействие ЭМИ от мобильных телефонов и от БС являются предметами отдельных самостоятельных исследований [9].

В данном сообщении приводятся результаты изучения влияния БС на показатели заболеваемости взрослого населения (около 4-х млн.

человек) всех 44-х муниципальных образований (районов) Краснодарского края болезнями VIII класса за период с 2001 по 2012 годы, то есть за период становления и развития сотовой инфраструктуры в регионе. Исходным материалом служили данные официальной статистики. Из-за отсутствия «чистого» контроля (районов без БС) для сравнения районы ранжировали по величине базисных темпов прироста БС за эти годы, затем выделили группы районов с высоким, средним и низким темпами прироста. Возможную связь между уровнем заболеваемости и УК БС в этих группах оценивали с помощью регрессионного анализа по Пирсону. При этом была выявлена нарастающая тенденция.

1. Так, из 15-ти районов, отличающихся высоким темпом прироста базовых станций (УК БС в среднем – 41,3 единиц), в 12-ти из них ($80,0 \pm 10,33\%$) между болезнями VIII класса и УК БС была найдена прямая связь. В 9-ти районах ($60,0 \pm 12,65\%$) она была статистически достоверной (критическое значение $r < 0,05$ при $df = 13$ равно 0,514). Среди них в 1-м районе ($6,67 \pm 6,44\%$) она была очень сильной ($r = 0,935 \pm 0,098$), в 5-ти ($33,33 \pm 12,17\%$) – сильной (r = от $0,711 \pm 0,195$ до $0,878 \pm 0,133$) и в 3-х ($20,0 \pm 10,3\%$) – средней силы (r = от $0,539 \pm 0,234$ до $0,588 \pm 0,224$). Обратная статистически недостоверная связь из 15-ти районов этой группы отмечена только в 3-х ($20,0 \pm 10,33\%$).

Как видно, в этой группе было значительно и статистически достоверно ($t = 4,11$; $p < 0,01$) больше районов с прямой связью. Относительный риск (RR) при этом был равен 4,0, а этиологическая фракция (EF) составляла $75,0 \pm 11,2\%$ [10]. Коэффициент линейной регрессии в целом по группе $r = 0,881 \pm 0,131$; $t = 6,73$; $p < 0,001$; ДУ = 99%.

2. В группе со средними темпами прироста БС и удельным их количеством (49,9 единиц) из 15-ти районов в 14-ти ($93,33 \pm 6,44\%$) между распространенностью болезней уха и сосцевидного отростка и УК БС также найдена прямая связь. Среди них в 10-ти районах ($66,67 \pm 12,17\%$) связь была статистически достоверной, из них в 4-х ($26,67 \pm 11,2\%$) сильной (r = от $0,755 \pm 0,182$ до $0,856 \pm 0,143$), в 6-ти средней силы (r = от $0,516 \pm 0,238$ до $0,699 \pm 0,198$).

Только в 1-м районе из 15-ти ($6,67 \pm 6,44\%$) была найдена обратная статистически недостоверная связь.

Результаты анализа показывают, что между частотой болезней VIII класса и УК БС в этой группе было статистически достоверно больше районов с прямой связью ($t = 9,5$; $p < 0,001$; RR = 14,0; EF = $92,9 \pm 6,63\%$), при этом в целом по группе: $r = 0,913 \pm 0,113$; $t = 8,08$; $p < 0,001$ при ДУ = 99%.

3. При анализе связи между уровнем заболеваемости населения болезнями VIII класса и УК