

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Актуальные вопросы современной медицины

Выпуск VII

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 марта 2020 г.)**

г. Екатеринбург

2020 г.

**Издатель Инновационный центр развития образования и науки
(ИЦРОН), г. Нижний Новгород**

ISSN: 2587-7917

УДК 61(06)

ББК 5я43

Актуальные вопросы современной медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 7. г. Екатеринбург. – НН: ИЦРОН, 2020. 30 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., проф. Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., проф. Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н. Бойкова Е.И. (г. Смоленск), д.м.н., проф. Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., проф., акад. РАЕН, акад. МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., проф. Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доц. Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доц. Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., доц. Карасаева Л.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., чл.-кор. РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доц. Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), к.м.н., доц. Марченко Д.В. (г. Иркутск), д.м.н., проф. Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н. Полякова А.Г. (г. Нижний Новгород), д.м.н., проф. Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., проф. Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., проф. Стебунов С.С. (г. Минск), д.м.н., проф. Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доц. Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д-р биол. наук, проф. Фалалеев А.Г. (г. Минск), к.м.н., доцент Федотова Е.В. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Халматова Б.Т. (г. Ташкент), к.м.н., доц. Хидирова Л.Д. (г. Новосибирск), к.м.н., проф. Чвякин В.А. (г. Москва), д.м.н., проф. Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., проф. Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам VII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной медицины» г. Екатеринбург, представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

Статьи, принятые к публикации, размещаются в полнотекстовом формате на сайте eLIBRARY.RU.

© ИЦРОН, 2020г.

© Коллектив авторов

Оглавление

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	6
СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	6
СЕКЦИЯ №3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	6
СЕКЦИЯ №4. БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	6
СЕКЦИЯ №5. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	6
СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	6
СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	6
СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	6
СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	6
СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	6
СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	6
СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	6
СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	6
СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	6
ДАННЫЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СОСУДАХ СЕРДЦА Кочеткова И.В., Панюшкина Г.М., Ермакова К.С.	7
СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	10
СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	10
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	10
СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	10
СЕКЦИЯ №19. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	10

СЕКЦИЯ №20. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	11
СЕКЦИЯ №21. МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....	11
СЕКЦИЯ №22. НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27).....	11
СЕКЦИЯ №23. НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18).....	11
СЕКЦИЯ №24. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	11
СЕКЦИЯ №25. НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	11
СЕКЦИЯ №26. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03).....	11
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАШТАГОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ Дорошилова А.В. ^{1,2} , Лузина Ф.А. ¹ , Палевская С.А. ^{2,3}	11
РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ Полина Н.А., Мудрова Л.А.	14
СЕКЦИЯ №27. ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12).....	19
СЕКЦИЯ №28. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02).....	19
СЕКЦИЯ №29. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03).....	19
СЕКЦИЯ №30. ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	19
СЕКЦИЯ №31. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	19
СЕКЦИЯ №32. ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06).....	19
СЕКЦИЯ №33. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	19
СЕКЦИЯ №34. РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22).....	19
СЕКЦИЯ №35. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	19
СЕКЦИЯ №36. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	19
СЕКЦИЯ №37. СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	19
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ CAD/CAM, ОБЛИЦОВАННЫЕ КЕРАМИЧЕСКИМИ МАССАМИIPS E'MAX (ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ Салимов Т.М., МухаметгалиевБ.М.	20

СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	23
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	23
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	24
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	24
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	24
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	24
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	24
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	24
ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Макишева Р.Т.	24
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	27
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	27
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	27
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	27
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	27
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	27
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	27
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	27
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2020 ГОД	28

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)**

**СЕКЦИЯ №3.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)**

**СЕКЦИЯ №4.
БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)**

**СЕКЦИЯ №5.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА,
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)**

**СЕКЦИЯ №6.
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)**

**СЕКЦИЯ №7.
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)**

**СЕКЦИЯ №8.
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)**

**СЕКЦИЯ №9.
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)**

**СЕКЦИЯ №10.
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)**

**СЕКЦИЯ №11.
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)**

**СЕКЦИЯ №12.
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)**

**СЕКЦИЯ №13.
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)**

**СЕКЦИЯ №14.
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)**

ДАННЫЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

Кочеткова И.В., Панюшкина Г.М., Ермакова К.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Актуальность темы: Одним из современных методов исследования сердечно-сосудистой системы, находящим применение как в кардиологии, так и во многих других разделах медицины, является длительное - от нескольких минут до нескольких суток - мониторирование электрокардиограммы пациента. Бурное развитие техники и создание интеллектуальных компьютерных программ сделало этот метод доступным и обладающим большими диагностическими возможностями. Наряду с традиционными задачами мониторирования ЭКГ (выявление нарушений ритма сердца и участков ишемического изменения сегмента ST) активно развиваются новые разделы мониторирования. Одним из важнейших новых направлений является анализ variability сердечного ритма в течение коротких и длительных промежутков времени, основанный на исследовании микроальтернаций ЭКГ. Метод позволяет оценить взаимодействия сердечно-сосудистой и других систем (в частности, вегетативной нервной системы), адаптационный резерв организма.

Цель исследования: Оценить динамику параметров variability ритма сердца после реконструктивных вмешательств на сердце с учетом адаптационного потенциала обследуемых на этапах реабилитации.

Методы: При поступлении в стационары города для прохождения планового обследования и лечения всем больным проводились стандартные лабораторные исследования, электрокардиография, проба с фиксированным темпом дыхания и суточная запись ЭКГ. До госпитализации и в стационаре больные получали стандартную терапию при хронической ИБС (антиагреганты, статины, по показаниям БАБ, иАПФ). Проведения пробы с фиксированным темпом дыхания проводилось в три этапа: 1 этап - обследуемый лежит и дышит спокойно, 2 этап - 10 дыхательных циклов/мин (вдох/выдох в течение 6 сек.), 3 этап - 5 дыхательных циклов/мин (вдох/выдох в течение 12 сек.). Запись проводилась в аппаратно-программной реализации Ю.Н. Семенова, 2006 г. Суммарное время исследования 15 мин., по 5 мин. на каждый этап. При проведении пробы осуществлялась запись ЭКГ в 2 отведениях в системе Холтер-ДМС.

У всех обследованных проводился спектральный анализ интервалов RR с определением следующих характеристик:

- 1)Высокочастотные колебания (ВЧ или HF) – это колебания ЧСС при частоте 0,15-0,40 Гц.
- 2)Низкочастотные колебания (НЧ или LF) – это часть спектра в диапазоне частот 0,04-0,15 Гц.
- 3)LF/ HF - это индекс вагосимпатического взаимодействия.
- 4)Общая мощность спектра (ОМС или TP) – это мощность в диапазоне от 0,003 до 0,40 Гц.

Спектральные оценки ВРС определялись с помощью непараметрического метода построения спектра интервалов RR (быстрое преобразование Фурье). Также проводился временной анализ интервалов:

1. HR (Частота пульса) - средний уровень функционирования системы кровообращения.
2. SDNN - суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения.
3. RMSSD - активность парасимпатического звена вегетативной регуляции.
4. pNN50 - показатель степени преобладания парасимпатического звена регуляции над симпатическим (относительное значение).
5. CVBP - средняя взвешенная variability ритма сердца. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладной программы MicrosoftExcel 2003.

Экспериментальная часть: Всего обследовано 42 человека, из них мужчин - 35, женщин – 7.Под наблюдением находились 3 группы: 1-я группа- контрольная: 12 практически здоровых людей (средний возраст -23,3 года); 2-я группа: 15 пациентов, обследованных через год после стентирования коронарных артерий (средний возраст - 58 лет); 3-я группа: 15 пациентов, обследованных через 3 года после АКШ (средний возраст -55,5 лет).

Среди больных ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК у 25 чел., III ФК у 5чел. и IV ФК не встречалась. У 8 пациентов был выявлен перенесенный ранее инфаркт миокарда (до вмешательства на сосудах сердца), из них во 2 группе -3 человека, в 3 группе- 5 человек. Давность заболевания

обследуемых лиц составила $4,25 \pm 1,59$ года. Среди пациентов у 15 человек ИБС сопутствовала артериальная гипертензия.

Результаты и их обсуждение:

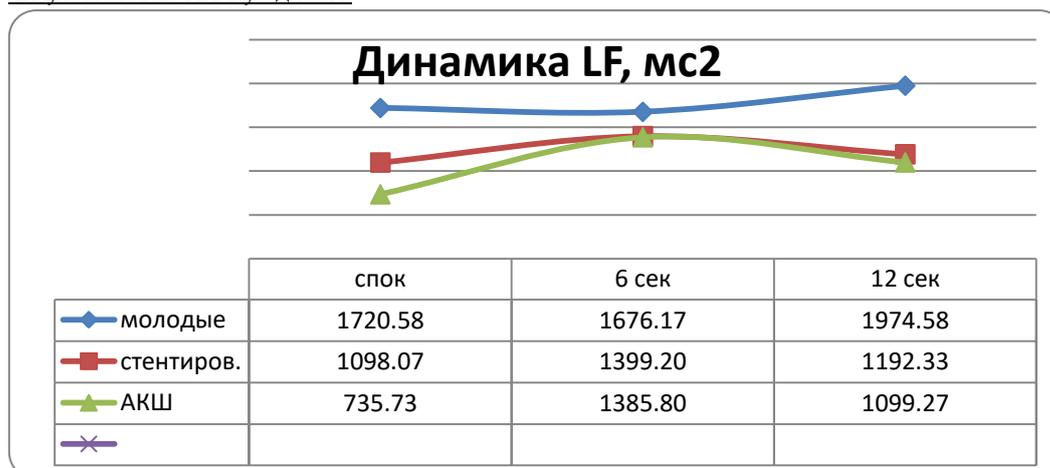


Рис.1 Динамика LF при пробе с ФТД.

У здоровых лиц 1 группы фиксированный темп дыхания вызывает увеличение тонуса как симпатического (преимущественно), так и парасимпатического отдела ВНС ($1720,58/1676/1974,58$); у 2 группы -увеличение на втором этапе и снижение к третьему; у пациентов после АКШ на первом этапе видим более низкие значения, по сравнению с другими группами, увеличение ко второму этапу и дальнейшее снижение.

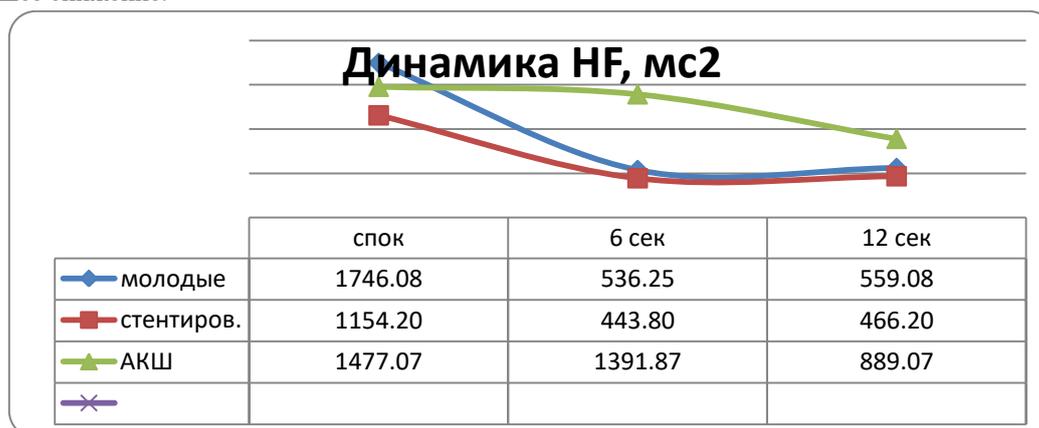


Рис.2 Динамика HF при пробе с ФТД.

У здоровых лиц 1 группы фиксированный темп дыхания вызывает снижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, аналогичная картина у 2 группы с более низкими значениями спектра, и парадоксальная реакция с низким уменьшением на втором этапе у 3 группы.

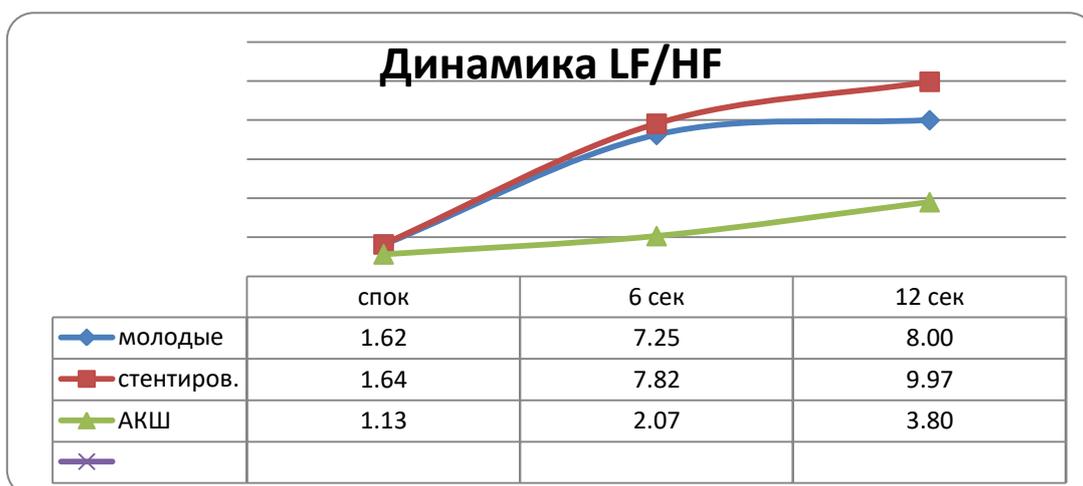


Рис.3 Динамика LF/HF при пробе с ФТД.

Отношение LF/HF: у здоровых лиц 1 группы отмечается стойкое последовательное увеличение, статистически значимое, этого показателя при пробе с ФТД. Данную аналогию можно проследить и в других группах.

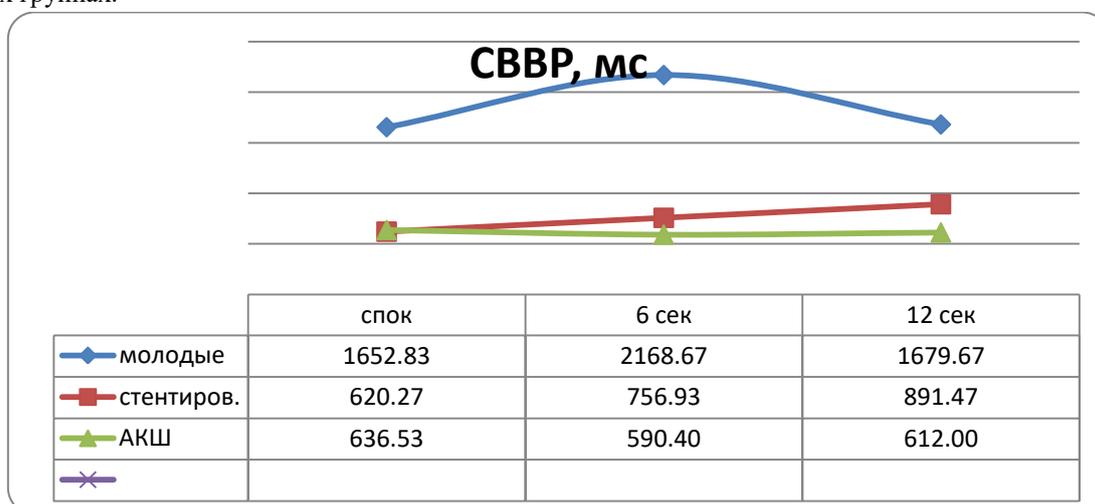


Рис.4 Динамика СВВР при пробе с ФТД.

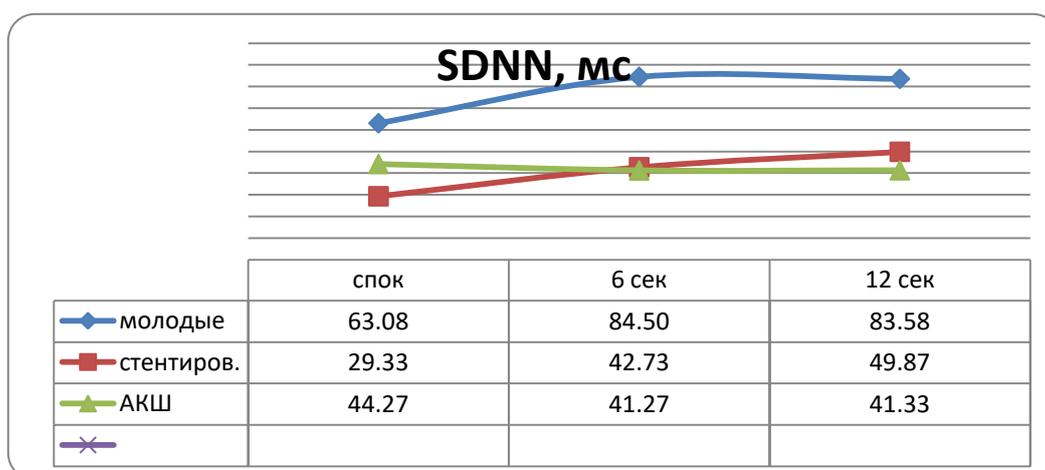


Рис.5 Динамика SDNN при пробе с ФТД.

Выводы:

1. Полученные данные спектральных характеристик и традиционные показатели ВРС свидетельствуют о развитии выраженного вегетативного дисбаланса у больных, которым проводилось АКШ.

2. Проба с фиксированным темпом дыхания выявляет разнонаправленные изменения параметров ВРС, на которые, вероятно, оказывают влияние характер оперативного вмешательства, давность его проведения, проводимая фармакотерапия и физическая активность. Возможно, этот метод может использоваться для характеристики процесса реабилитации пациентов.

3. Малые значения СВВР в сочетании с нарушением монотонности нарастания дыхательной аритмии являются прогностически неблагоприятным признаком.

Список литературы

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний// Москва, Медицина, 1997. – 236 с.
2. Баевский Р.М., Кирилов О.И. Математический анализ сердечного ритма при стрессе//Москва, Наука, 1984. – 220 с.
3. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения//Иваново: Иван.гос. мед. академия, 2002. – 290 с.
4. Прохоров М.Д., Бодров М.Д., Пономаренко В.И., Гриднев В.И., Беспятов А.Б. Исследование синхронизации между ритмами сердечно-сосудистой системы человека по последовательности R-R-интервалов // // Биофизика. – Т. 50, Вып. 5. – 2005. – С. 914-919.
5. Рябыкина Г. В. , Соболев А. В. Вариабельность ритма сердца //Москва, Оверлей, 2001. – 200 с
6. Хаспекова, Н. Б. Диагностическая информативность мониторинга вариабельности ритма сердца // Вестник аритмологии. – 2003. – № 32. – С. 15-23.
7. Хаютин. В. М. Колебания частоты сердцебиений: спектральный анализ // Вестник аритмологии. – 2002. – № 26. – С. 10-21.
8. Чуюн Е.Н., Бирюкова Е.А., Раваева М.Ю., Никифоров И.Р. Особенности системы вегетативного управления сердцем у испытуемых с различным типом вегетативной регуляции // // Ученые записки Таврического нац. ун-та им. В. И. Вернадского. – 2009. – Том 22 (61), №1. – С. 113-133.(Сер.«Биология, химия»).

СЕКЦИЯ №15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

СЕКЦИЯ №16.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

СЕКЦИЯ №18.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

СЕКЦИЯ №20.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)**

СЕКЦИЯ №21.

МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)

СЕКЦИЯ №22.

НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)

СЕКЦИЯ №23.

НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)

СЕКЦИЯ №24.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)

СЕКЦИЯ №25.

НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)

СЕКЦИЯ №26.

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)**

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ТАШТАГОЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Дорошилова А.В.^{1,2}, Лузина Ф.А.¹, Палевская С.А.^{2,3}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний», г. Новокузнецк.

²ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва.

³ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

Резюме

Проведен анализ динамики численности, показателей рождаемости, смертности и естественного прироста/убыли в городском и сельском населении Таштагольского муниципального района в сравнении с Кемеровской областью. Численность населения Таштагольского района с начала 1970-х годов сократилась на 27,6 тыс. человек и составила на 01.01.2019 г. 52,07 тыс. чел. На фоне сокращения общей численности населения района, доля городского населения увеличилась с 76,7% до 90%. Таштагольский район занимает первое ранговое место по уровню урбанизации. Сокращение численности населения района в основном связано с его естественной убылью. Сельское население сокращается более быстрыми темпами, чем городское. Выявлены особенности естественного движения населения Таштагольского района: в 90е - 2000е годы показатели рождаемости и смертности в районе были выше областных, но при этом естественная убыль населения была ниже. На фоне отрицательного естественного прироста населения района у сельских жителей в 2011-2016 гг. число родившихся превышало число умерших и ЕП составлял 2,9-3,1%. Рождаемость в Кемеровской области и Таштагольском районе не обеспечивает простого воспроизводства населения.

Ключевые слова:

общий коэффициент рождаемости, смертности, естественный прирост/убыль населения, Таштагольский район, Кемеровская область.

Демографический кризис в Кемеровской области (КО) – самой урбанизированной и экологически неблагоприятной в Сибирском федеральном округе, проявился в большей степени, чем в соседних регионах. Кемеровская область занимает первое ранговое место по естественной убыли населения в СФО (2018 г. КО: -4,5‰, СФО: - 1,5‰, РФ: -1,6‰).

Проблема сокращения численности и естественной убыли населения актуальна и для Таштагольского района – второго по численности, высоко урбанизированного и имеющего важное стратегическое значение для металлургической промышленности Кемеровской области. Горнорудная отрасль является основой в Таштагольском районе.

Исследована динамика численности и естественного движения населения Таштагольского муниципального района Кемеровской области с целью выявления особенностей основных показателей воспроизводства населения района.

Материал и методы

В работе использованы статистические данные Кемеровостата [4] по численности постоянного населения Таштагольского муниципального района Кемеровской области на начало года с 1970 по 2019 гг., общие коэффициент рождаемости, смертности и естественного прироста/убыли населения за период 1989-2018 гг., в том числе городского и сельского населения за период 2011-2018 гг.

Результаты и их обсуждение

Муниципальное образование Таштагольский район (Горная Шория) расположен на юге Кемеровской области. Это второй по площади (1138 тыс. га) и численности населения (01.01.2019 г. – 52073 чел.) район области. На территории муниципального района находятся 6 городских и 4 сельских поселения, в составе которых 94 населенных пункта. Значительная часть населения (44,4%) муниципального района проживает в городе Таштагол (численность постоянного населения на 01.01.2019 г. – 23117 человек).

Распоряжением Правительства РФ от 29 июля 2014 года № 1398-р «Об утверждении перечня моногородов» Таштагольское городское поселение включено в категорию «Монопрофильные муниципальные образования Российской Федерации (моногорода) с наиболее сложным социально-экономическим положением».

Горная Шория богата минеральными ресурсами, в особенности железной и марганцевой рудой (месторождения разрабатываются). Более трети его территории занято Шорским национальным парком, созданным для охраны экосистемы горной тайги.

Численность населения Таштагольского района (ТР) с начала 1970-х годов сократилась на 27,6 тыс. человек и составила на 01.01.2019 г. 52,07 тыс. чел.

Таштагольский муниципальный район, как и в целом Кемеровская область, относится к высоко урбанизированным территориям (на 01.01.2019 г.: ТР – 90,0%, КО – 86,0%).

На фоне снижения абсолютной численности доля городского населения в районе стабильно увеличивается (1970 г. – 76,7%, 2019 – 90%).

Снижение численности сельского населения отмечается на протяжении более пятидесяти лет: с 1970 г. по 1989 г. численность сельских жителей уменьшилась в 2,4 раза (с 18,6 тыс. чел. до 7,71 тыс. чел.). В последующие годы темп сокращения сельского населения замедлился (2002 г. – 6,1 тыс. чел. до 2019 г. – 5,19 тыс. чел.).

Стабильное уменьшение численности городского населения Таштагольского района отмечается с 1989 г. (1970 г. – 61,1 тыс. чел., 1989 г. – 56,39 тыс. чел., 2019 г. – 46,89 тыс. чел.).

Известно, что численность городского и сельского населения в стране может меняться за счет трех составляющих: соотношения уровней рождаемости и смертности; миграций; а также административно-территориальных преобразований сельских населенных пунктов в городские и наоборот.

В Таштагольском районе изменение численности населения связано, прежде всего, с особенностями естественного движения населения, включающего в себя 4 процесса: рождаемость, смертность, заключение и расторжение браков [5].

Динамика основных показателей воспроизводства населения Таштагольского муниципального района представлена в рисунке.

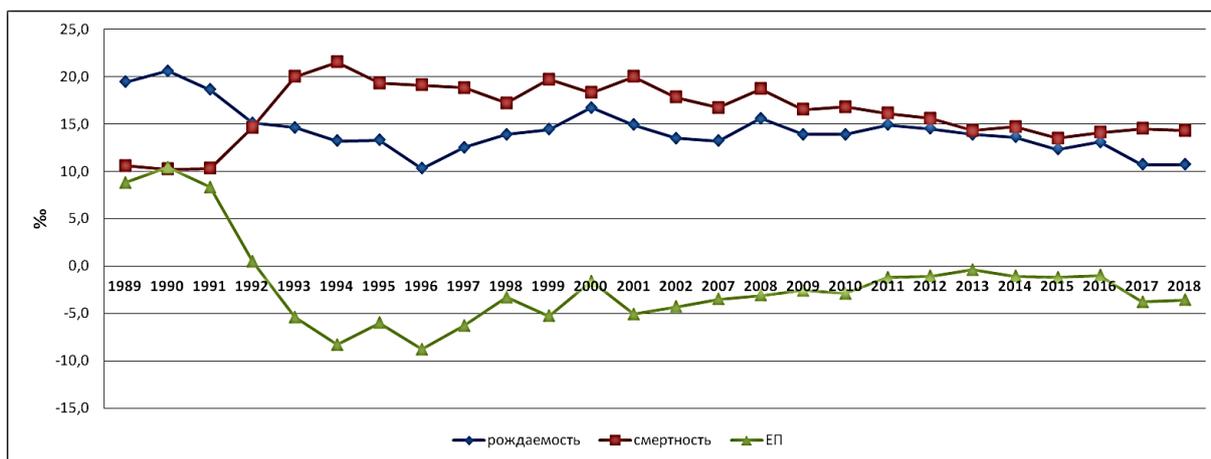


Рис. – Динамика основных показателей воспроизводства населения (общий коэффициент рождаемости, смертности и естественный прирост) Таштагольского муниципального района (1989-2018 гг.).

Естественное движение населения в Таштагольском районе протекает в русле областных демографических тенденций. После подъема рождаемости в 80-е годы начался ее резкий спад, который привел в 1992-1993 гг. в районе и Кемеровской области к естественной убыли населения, продолжающейся до настоящего времени (2018 г.: -3,6‰).

Необходимо отметить, что Кемеровская область занимает первое ранговое место по естественной убыли населения в СФО (2018 г.: КО – -4,5‰, СФО: -1,5‰, РФ: -1,6‰). Общая численность населения Кемеровской области сокращается с 1989 г. (1989 г. – 3171,1 тыс. чел., 2019 г. – 2674,26 тыс. чел., в том числе за счет уменьшения естественного прироста населения (1985 г. – +16968 чел., 1990 г. – +4984 чел.) и начиная с 1992 г. – естественной убыли (1992 г.: -8608 чел., 1994 г.: -24606 чел., 2018 г.: -12208 чел.)[2].

В Таштагольском районе общий коэффициент рождаемости (ОКР) с 1990 г. по 1995 г. снизился с 20,6 ‰ до 10,3‰ – отразились начавшиеся в России социально-экономические преобразования, дополненные вторым эхом ВОВ.

В последующие годы, за счет вступления в репродукцию относительно многочисленного поколения 1980-х годов, рождаемость в районе повысилась, достигнув к 2000 году – 16,7‰. В первом десятилетии наступившего тысячелетия повышение рождаемости выше данного уровня уже не отмечалось. Во втором десятилетии 2000-х годов в родительский возраст входит малочисленная когорта детей 90-х годов рождения и, соответственно, к 2017 – 2018 г. ОКР в Таштагольском районе снижается до уровня 1996 года – 10,7‰.

Максимальный уровень смертности населения в Таштагольском муниципальном районе отмечен в 1994 году (215 человек на 1000 населения). В последующие двадцать лет общий коэффициент смертности снизился на 8 промилльных пунктов, составив в 2015 г. 13,5‰.

В целом 2013-2015 гг. Россия достигла минимального положительного естественного прироста, в то время как в Кемеровской области и в Таштагольском районе при сближении показателей рождаемости и смертности естественный прирост по-прежнему оставался отрицательным (рождаемость: 13,6 – 12,5‰ и 13,9 – 12,3‰; смертность: 14,5 – 14,5‰ и 14,3 – 13,5‰, ЕП: -0,9‰ – -2‰, -0,4‰ – -1,2‰).

С 2017 г. траектории рождаемости и смертности расходятся («демографическая вилка»). Превышение числа умерших над числом родившихся в Таштагольском районе составило 201 человек (2017 г.) и 190 человек (2018 г.). Репродуктивный запас возрастной структуры исчерпал себя, в репродукцию вступили представительницы малочисленного поколения 1990-х годов.

Таким образом, с одной стороны, снижается число рождений, за счет малочисленной когорты женщин 90-х годов, с другой стороны, увеличивается число смертей, за счет увеличения доли лиц пожилого возраста. Как пишет А.Вишневицкий, эти два процесса приводят к тому, что естественная убыль становится неизбежной [1].

В показателях естественного движения населения имеются различия между городом и селом. В Кемеровской области общие коэффициенты рождаемости и смертности на протяжении анализируемого периода были выше в сельской местности. В последние годы различия в показателях рождаемости между городом и селом сглаживаются, но при этом смертность по-прежнему остается более высокой в сельской местности.

В Таштагольском районе уровень рождаемости также был выше у сельских жителей. Следует отметить, что Таштагольский район является местом компактного проживания коренного малочисленного народа – шорцев. Ранее нами было показано, что среднее число рожденных детей одной женщиной коренной национальности, выше, чем в среднем у женщин Кемеровской области [3].

Следует заметить, что у сельских жителей Таштагольского района в 2011-2016 гг. число родившихся превышало число умерших и естественный прирост составлял 2,9-3,1‰, с 2017 г. ЕП становится отрицательным (2017 г.: -4,2‰, 2018 г.: -3,6‰). В городских поселениях района на протяжении анализируемого периода (2011-2018 гг.) отмечена естественная убыль населения (2011 г.: -3,6‰, 2015 г.: -1,4‰, 2018 г.: -3,6‰). Показатель естественной убыли населения в городских и сельских поселениях к 2018 г. выравнивается и составляет -3,6‰.

Имея сходные тенденции развития демографических процессов, Таштагольский район имеет свои особенности: в 90е - 2000е годы показатели рождаемости и смертности в районе были выше областных (на 2-7‰ по рождаемости и 2-4‰ по смертности), но естественная убыль населения района была ниже. В последнее десятилетие районные и областные различия показателей ОКР и ОКС сглаживаются. Рождаемость в Кемеровской области и Таштагольском районе не обеспечивает простого воспроизводства населения.

Результаты проведенного исследования необходимы для разработки и планирования мероприятий по снижению смертности населения и повышению рождаемости в Кемеровской области с учетом районных особенностей демографических процессов.

Список литературы

1. Вишневикий А.Г. «Число рождений снизится. Пространства для маневра нет» // EconomyTimes. 2020. 11 февраля. URL: <http://economytimes.ru/kurs-rulya/chislo-rozhdeniy-snizitsya-prostranstva-dlya-manevra-net> (дата обращения 02.03.2020).
2. Дорошилова А.В., Лузина Ф.А. Динамика численности и возрастно-половой структуры шорского населения Кузбасса: медико-социальный аспект // Медицина в Кузбассе. – 2019. – Т. 18. – №. 2. С. 22-29.
3. Лузина Ф.А., Дорошилова А.В., Гуляева О.Н. Исследование воспроизводства коренного шорского населения Кемеровской области // Медицина в Кузбассе. 2018 – Т.17 – №2. С.28-34.
4. Население. Основные показатели. URL: <https://kemerovostat.gks.ru/folder/38669> (дата обращения: 05.02.2020).
5. Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Кемеровской области до 2035 года: закон Кемеровской области N 122-ОЗ от 26 декабря 2018 г.// СПС КонсультантПлюс.

РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Полина Н.А., Мудрова Л.А.

ООО «Нижегородский институт естественных наук, финансов и инвестиций», г. Нижний Новгород

Аннотация: В статье изложена сущность государственно-частного партнерства в здравоохранении, представлена схема и организационные формы сочетанного взаимодействия государства и бизнеса, коммерческих и бюджетных медицинских организаций с получением высокого медико-социального и экономического эффекта в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, аутсорсинг, соглашения (договор, контракт), инвестиции.

Государственно-частным партнерством является совокупность форм взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач, но на взаимовыгодных условиях. Отсюда следует, что не государство подключается к бизнес-проектам, а наоборот, государство приглашает бизнес к решению государственных задач. Партнерство государства с частным сектором при правильной организации обеспечивает получение более широких преимуществ от капиталовложений в государственные

исследования, создавая благоприятные предпосылки для устойчивого инновационного развития, являющегося стратегическим фактором экономического роста.

Известно, что государственно-частное партнерство является одним из способов аутсорсинга государственных функций. Аутсорсинг, первоначально возникнув в бизнесе, сегодня широко используется и в государственном секторе экономики. Под аутсорсингом здесь понимается вынесение вспомогательных или даже части основных бизнес-процессов за организационные и физические границы государственной структуры или компании. Можно сформулировать цели, которые ставит перед собой государство, решая проблему «покупать или производить»: повышение качества государственных товаров и услуг при постоянных бюджетных расходах; снижение бюджетных расходов при сохранении текущего уровня качества.

Государственно-частное партнерство представляет собой юридически закрепленную на определенный срок форму взаимодействия между государством и частным сектором в отношении объектов государственной и муниципальной собственности, а также услуг, исполняемых и оказываемых государственными муниципальными органами, учреждениями и предприятиями в целях реализации общественно значимых проектов в широком спектре видов экономической деятельности. Суть государственно-частного партнерства заключается в том, что одним из его субъектов выступает государство, другой субъект – коммерческая структура. Объектом является общественная услуга или объект инфраструктуры, имеющие социально ориентированное значение.

Схема взаимодействия государства и бизнеса в рамках государственно-частного партнерства представлена на рис. 1. [4 стр.215]

При этом осуществляется юридическое оформление партнерства между государством и участниками со стороны частного сектора специальным соглашением (договором, контрактом). Само партнерство заканчивается со сроком действия соглашения.

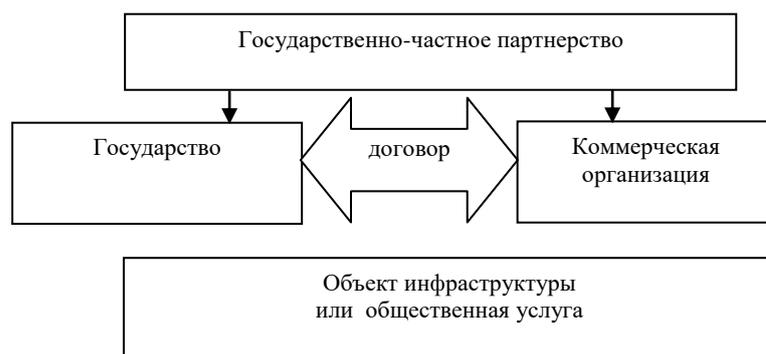


Рис. 1. Схема взаимодействия государства и бизнеса в рамках ГЧП

Предполагается софинансирование совместных проектов в определенных долях государством и частными компаниями, разделение рисков между участниками и фиксированный срок партнерства.

Государственно-частное партнерство используется, для того чтобы разрешить противоречие, заключающееся в том что, в государственном бюджете нет достаточных средств, позволяющих обеспечить на современном уровне воспроизводство в инфраструктурных отраслях, в первую очередь в монопольных сегментах в виду их стратегической, экономической, социально-политической значимости. Таким образом, государственно – частное партнерство представляет собой альтернативу приватизации жизненно важных объектов государственной собственности.

На протяжении нескольких десятилетий партнерство бизнеса и государства активно применяется в Западной Европе и в США. Пальму первенства по внедрению государственно-частного партнерства здравоохранения долгое время удерживает Великобритания. Сегодня в Великобритании с помощью государственно – частного партнерства на реализацию крупномасштабных проектов из частного сектора ежегодно привлекается до \$8-10 млрд., что позволяет экономить бюджетные средства. В последнее время государственно – частное партнерство получило широкое распространение и в остальном мире. Активность применения государственно-частного партнерства характерна для развитых стран мира.

Согласно принятой во всем мире методологии, государство существенно сокращает бюджетное финансирование совместных проектов. Более того, общественные затраты на проекты на 10-15% ниже тех совокупных издержек, которые несет общество при финансировании проектов только из государственных

источников. Достигается такая экономия за счет того, что бизнес обычно более оперативен и более свободен в выборе инструментов реализации проектов, оптимизации издержек, добивается снижение сроков строительства и т.д.

Частные компании, участники государственно-частных проектов, получают гарантированный государством доход и рынок. Несмотря на то, что планируемая прибыльность таких проектов, как правило, невысока, часто компании получают и дополнительную прибыль за счет инициативы, использования ноу-хау, инноваций, диверсификации прибыли, оптимизации производства и других факторов.

Рассмотрим преимущества и риски, связанные с государственно-частным партнерством, как для государственного сектора, так и для частного.

Выделим следующие прямые выгоды применения государственно-частного партнерства для государства:

1. экономия бюджетных средств на социально-значимые проекты здравоохранения;
2. доступ к технологическим, техническим и интеллектуальным ресурсам высокого профессионального уровня. В развитии инфраструктуры участвуют специалисты от бизнеса с применением новейших научно – технических разработок;
3. повышение качества государственных услуг. Частные компании заинтересованы в качественном обслуживании клиентов, чтобы выдержать конкуренцию со стороны других компаний в данной сфере услуг.
4. дополнительная выгода привлечения бизнеса в государственный сектор экономики заключается в распределении рисков и управленческих функций, возможности более точной оценки стоимости услуг, возможности долгосрочного государственного планирования.

При всех вышеперечисленных достоинствах государственно-частное партнерство имеет один существенный недостаток – государство не может единолично распоряжаться объектами, находящимися в совместном ведении с бизнесом, даже в случае форс-мажорных обстоятельств.

Участие в государственно-частном партнерстве выгодно частным компаниям. Отметим такие наиболее значимые преимущества как: получение стабильной прибыли в долгосрочном периоде; новые возможности для развития бизнеса; обеспечение доступа к государственной инфраструктуре; обеспечение доступа к результатам научных исследований и разработок, в частности, институтов государственных академий наук.

Существуют определенные риски для частных компаний, характерные для любого долгосрочного контракта, в частности, риск изменения уровня цен на материалы и другие ресурсы; риск смены политического режима в стране, и как следствие, угроза экспроприации собственности.

Взаимодействие государственного и частного секторов в мировой практике осуществляется в нескольких формах, в зависимости от степени участия частного сектора [3]:

- соглашения на эксплуатацию – доступ частной организации к инфраструктуре государственного собственника,
- контракт на управление: государство оставляет за собой собственность и контроль за всеми инвестициями,
- франшиза: договор об операционной деятельности, где условия по оказанию сервиса полностью оговариваются держателем франшизы, который может оставить под своим контролем и ответственность за основные функции,
- концессия: соглашение предполагает возможность строительства или реконструкции инфраструктуры и ведение операционной деятельности или оказание услуг на определенный период времени [2].

Наиболее распространенной за рубежом формой государственно – частного партнерства при осуществлении крупных, капиталоемких проектов являются концессии. Концессия – это система отношений между государством (концедентом) и частным юридическим или физическим лицом (концессионером), возникающая в результате предоставления концедентом концессионеру прав пользования государственной собственностью по договору, за плату и на возвратной основе, а также прав на осуществление видов деятельности, которые составляют исключительную монополию государства.

Концессии – это наиболее развитая, перспективная и комплексная форма партнерства. Так, концессии, в отличие от контрактных, арендных и иных отношений, носят долгосрочный характер, что позволяет обеим сторонам осуществлять стратегическое планирование своей деятельности. В концессиях частный сектор обладает наиболее полной свободой в принятии административно-хозяйственных и управленческих решений, что отличает их от совместных предприятий. У государства в рамках, как концессионного договора, так и законодательных норм остается достаточно рычагов воздействия на

концессионера в случае нарушения им условий концессии, а также при возникновении необходимости защиты общественных интересов. Государство передает концессионеру только права владения и пользования объектом своей собственности, оставляя за собой право распоряжения ею.

Перечисленные свойства концессий делают их наиболее рациональным способом реализации государственно-частного партнерства в России, особенно в здравоохранении[5].

Особыми, отличными от других отраслей являются инвестиционные и операционные риски контрактов в здравоохранении. В здравоохранении быстро меняются технологии, а это сопряжено с высокими рисками. Много сложностей возникает при разработке нормативной базы и заключении контрактов. В целях развития механизмов государственно-частного партнерства 31 января 2019 г. создан Федеральный информационно-аналитический центр развития государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Ключевыми задачами Центра является подготовка: информационных и аналитических материалов по вопросам применения и совершенствования механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении, предложений по совершенствованию механизмов ГЧП в здравоохранении, материалов для проведения образовательных мероприятий по вопросам развития механизмов ГЧП в здравоохранении, а также мониторинг лучших практик реализации проектов на принципах ГЧП в здравоохранении.

Создание Центра обусловлено стремительным ростом интереса к механизмам ГЧП, количества иницилируемых и реализуемых проектов ГЧП в здравоохранении и проводимыми мероприятиями по созданию условий для привлечения внебюджетных инвестиций в развитие инфраструктуры здравоохранения в рамках утвержденных Правительством РФ Плана действий по ускорению темпов роста инвестиций в основной капитал и повышению до 25% их доли в валовом внутреннем продукте и Плана мероприятий («дорожной карты») по развитию инструментария государственно-частного партнерства[7].

Необходимость создания этого Центра диктуется рядом специфических причин, присущих только России:

1. Большие объемы работы, которые будет нужно выполнить при осуществлении государственно-частного партнерства.
2. Огромные размеры территории, требующие постоянного тщательного контроля, и национальные особенности территорий.
3. Сильная дифференциация регионов страны по природным, по климатическим и демографическим условиям.
4. Россия не имеет такого богатого опыта в здравоохранении, как западные страны, а значит неизбежно возникнут проблемы в реализации проектов.
5. Крупные свободные для инвестирования средства, сосредоточенные в частном секторе и банковских структурах.

В результате для применения в здравоохранении перспективны следующие формы организации государственно-частного партнерства [4]:

1. передача частному партнеру в концессию объектов государства(недвижимого имущества) в целях строительства, ремонта, оснащения медицинских учреждений и дальнейшей эксплуатации – оказания платных медицинских услуг в течение определенного срока для достижения окупаемости инвестиций и получения прибыли частным партнером, одновременно с оказанием таких же услуг на бесплатной или льготной основе (в том числе в системе ОМС), что составляет интерес государства;

2. создание коммерческой организации (общества с ограниченной ответственностью, акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) для оказания услуг в сфере здравоохранения;

3. создание двухуровневой структуры: управляющей компании (в форме коммерческой организации – акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) и группы ее дочерних коммерческих и некоммерческих организаций, в числе которых некоммерческие организации – медицинские учреждения, финансируемые управляющей компанией, и коммерческие – обслуживающие компании, работающие по договорам с управляющей компанией;

4. использование двухуровневой структуры, когда управляющая компания создается в форме фонда или иной некоммерческой организации и финансируется на основе бюджетных субсидий, спонсорских взносов и создания фонда целевого капитала. Смысл создания такой структуры для региона или муниципалитета – в экономии средств за счет привлечения дополнительных источников и более

эффективного использования субсидий вследствие улучшения финансового менеджмента, а также в повышении качества услуг.

В любом из указанных вариантов частные лечебно-профилактические учреждения в объеме, установленном договором концессии или уставом, решением собрания акционеров, Совета директоров управляющей компании, должны оказывать населению услуги в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), погашая за счет средств ОМС только часть себестоимости услуг, но не инвестиции в проект. Сверх этого объема частные лечебно-профилактические учреждения оказывают платные медицинские услуги, окупая свои инвестиции в проект и получая прибыль для собственных целей.

Таким образом, государственно-частное партнерство, в отличие от бюджетных и автономных учреждений, не будут использовать бюджетные субсидии на выполнение государственных заданий, заменяя их доходом от оказания платных медицинских услуг. Государственное задание на оказание бесплатных или льготных медицинских услуг в данном случае заменяется нормированием их объема в договоре концессии или в локальных нормативных актах управляющих компаний, создаваемых с участием государственного капитала, доля которого в акционерном капитале должна обеспечивать контроль государства (муниципалитета) над деятельностью совместной организации.

Для окупаемости затрат при отсутствии бюджетных субсидий доля платных услуг в общем объеме услуг для конкретного медицинского учреждения должна быть соответственно увеличена, но это не означает увеличения доли платных медицинских услуг для населения, так как может быть существенно увеличено общее количество оказываемых населению услуг при тех же бюджетных затратах. При этом могут быть существенно повышены как эффективность использования бюджетных средств, так и качество медицинских услуг.

Эффективность государственно-частного партнерства в здравоохранении с позиции государства может быть определена тремя способами:

1. экономия бюджетных средств, необходимых для обеспечения заданного набора медицинских услуг при заданных качественных и количественных показателях их выполнения;
2. увеличение количества медицинских услуг при заданных их суммарной стоимости и показателях качества;
3. повышение качества медицинских услуг при заданных их количестве и суммарной стоимости.

Организационные аспекты модели взаимодействия негосударственного и бюджетного секторов здравоохранения предполагают разработку совместных программ развития отдельных структурных организаций, учреждений (и подразделений) на принципах взаимного сотрудничества на договорной основе. При этом руководители обеих ветвей здравоохранения формируют Совет директоров на условиях равноправного партнерства.

Что касается организационно-экономических механизмов взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и коммерческих медицинских структур, то наиболее важными нам представляются следующие: формирование частных медицинских организаций на базе государственных учреждений на основе арендных отношений, создание автономных некоммерческих организаций и благотворительных фондов и совместное использование высоких медицинских технологий, предоставляемых государственными НИИ здравоохранения и покупателями в виде патентов.

Список литературы

1. Федеральный закон от 13.07.2015 № 224 «О государственно-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
2. Федеральный закон РФ от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».
3. Ершов, Д. Л. Опыт реализации партнерства государства и бизнеса в здравоохранении // Молодой ученый. – 2013. – №11. – С. 331-334.
4. Полина, Н.А. Управление многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением. Монография. – Н.Новгород – НИМБ, 2012–280 с.
5. Нигимзянов, А.А. Реализация проекта государственно – частного партнерства в здравоохранении на примере опыта исполнения концессионного соглашения по реконструкции поликлиники / А.А. Нигимзянов, А.Б. Закирова, Г.Н. Глушков// Москва – НИИЦ «Институт стратегических исследований» – Журнал «MODERNSCIENCE» – №3 – 2019 – С.273-275.

6. Чараева, М.В. Реализация государственно – частного партнерства в условиях дефицита финансирования здравоохранения// Материалы II Всероссийской научно-практической конференции г. Ялта – 2019– С. 188-191.
7. Интернет ресурс: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/02/01/10660-sozdan-federalnyy-informatsionno-analiticheskiy-tsentr-razvitiya-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-zdravooxranenii> (дата обращения 17.02.2020).

СЕКЦИЯ №27.

ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)

СЕКЦИЯ №28.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

СЕКЦИЯ №29.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

СЕКЦИЯ №30.

ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

СЕКЦИЯ №33.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ CAD/CAM, ОБЛИЦОВАННЫЕ КЕРАМИЧЕСКИМИ МАССАМИ IPS E'MAX (ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ

Салимов Т.М., Мухаметгалиев Б.М.

ГАПОУ «Казанский медицинский колледж».

(Салимов Т.М. преподаватель стоматологии ортопедической, к.м.н.;
Мухаметгалиев Б. М. студент 3 курса, по специальности стоматология ортопедическая)
ГАПОУ «Казанский медицинский колледж»

Кардинальные изменения, происходящие в последние годы в обществе, обуславливают необходимость переключения системы образования на новую ступень развития, которая предполагает интеграцию в учебный процесс изучение и применение на практике новейших материалов и цифровых технологий, существующих не только в нашей стране, но и за рубежом.

В настоящее время в стоматологии компьютерные технологии занимают одно из важнейших положений. Появившись в медицинской практике относительно недавно, они стали незаменимым методом диагностики и средством проведения стоматологического приема. Современные цифровые технологии могут применяться на различных этапах ортопедического лечения.

Последние достижения в области дентальных CAD/CAM технологий и материалов произвели переворот в стоматологической практике. Врачи и зубные техники активно изучают перспективы использования цифровых технологий в своей работе. Цифровая стоматология открывает широкие возможности выбора оборудования и программного обеспечения.

С самого начала технология развивалась в двух направлениях. Первое - индивидуальные (мини) CAD/CAM системы, позволяющие изготовить реставрацию в пределах одного учреждения, иногда даже непосредственно в стоматологическом кабинете и в присутствии пациента. Основное преимущество таких систем - оперативность изготовления любой конструкции. Например, изготовление однослойной цельнокерамической коронки от начала препарирования зуба и до момента фиксации готовой коронки при использовании системы CEREC 3 занимает около 1-1,5 часа. Однако для полноценной работы необходим весь комплекс оборудования.

Второе направление развития CAD/CAM технологии - это централизованные системы. Они предусматривают наличие одного производственного высокотехнологичного центра, изготавливающего на заказ большой ассортимент конструкций, и целой сети удаленных от него периферических стоматологических клиник и кабинетов.

Централизация производственного процесса позволяет стоматологам не приобретать изготавливающий модуль. Основной недостаток таких систем - невозможность провести лечение пациента за одно посещение и финансовые затраты на доставку готовой конструкции врачу, поскольку производственный центр иногда может находиться даже в другой стране.

Несмотря на такое многообразие, основной принцип работы всех современных стоматологических CAD/CAM систем остался неизменным и состоит из следующих этапов:

1. Сбор данных о рельефе поверхности протезного ложа специальным устройством и преобразование полученной информации в цифровой формат, приемлемый для компьютерной обработки (рис. 1).



Рисунок 1 – Лазерный 3D сканер от итальянского производителя ZirconZahn.

2. Построение виртуальной модели будущей конструкции протеза с помощью компьютера и с учетом пожеланий врача (этап CAD),(рис.2).



Рисунок 2 – Моделирование будущей конструкции в программе Exocad.

3. Непосредственное изготовление самого зубного протеза на основе полученных данных с помощью устройства с числовым программным управлением из конструкционных материалов (этап CAM),(рис.3).



Рисунок 3 – Фрезерный станок от итальянского производителя ZirconZahn.

Системы CAD/CAM способствуют продвижению современной ортопедической стоматологии в реализации профессиональных практических решений на новый уровень. Достижения разработок в этой области позволяют создавать высокоточные цифровые модели зубов, возможность получения высокоточной объективной информации с ее последующим анализом значительно повышает эффективность ортопедического лечения.

Поэтому студенты нашего колледжа выполняют выпускные квалификационные работы с применением CAD /CAM технологий. А изготовление несъемных протезов из диоксида циркония облицованных керамическими массами IPS E'max, является инновационным направлением в ортопедической стоматологии (рис.4-7). Можно с уверенностью сказать, что сегодня ни один материал, используемый при протезировании, не обеспечивает такого же эстетического результата, как диоксид циркония.



Рисунок 4-7 – CAD/CAM система в зуботехнической лаборатории.

Только профессионал сможет отличить коронку из этого материала от натурального зуба. И все это благодаря уникальным свойствам диоксида циркония. Этапы изготовления протеза из диоксида циркония с использованием CAD/CAM технологий, облицованного керамическими массами IPS E'max представлены на рис.8-14.

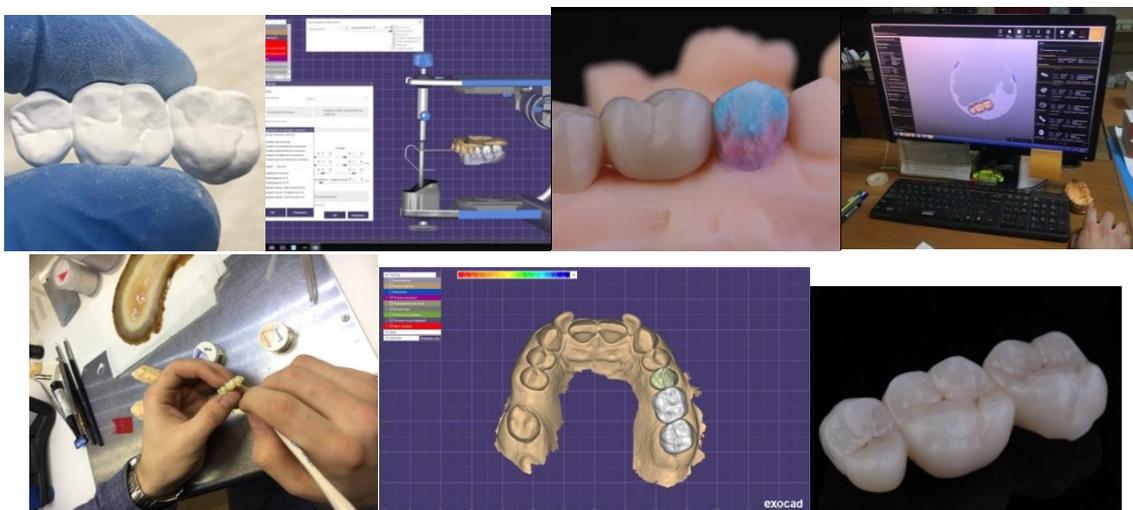


Рисунок 8-14 – Этапы изготовления протеза из диоксида циркония с использованием CAD/CAM технологий, облицованного керамическими массами IPS E'max.

Диоксид циркония имеет массу преимуществ перед другими материалами.

1. Естественный внешний вид. Мостовидные протезы и циркониевые коронки напоминают натуральные зубы. Этот эффект оказывается не только первоначальным. Визуальный эффект может усиливаться после покрытия конструкций специальным составом, в результате чего основное преимущество сохраняется длительное время.

Диоксид циркония - аналог металла белого цвета. Коронки из диоксида циркония позволяют наиболее точно подобрать цвет и избежать эффектов «просвечивания металла» и «пластмассовых зубов». Эти свойства наиболее важны при протезировании передних зубов. Данные коронки не только гарантируют максимально естественный внешний вид протеза, но и предотвращают появление нежелательного потемнения десны в пришеечной области.

2. Достигается плотное прижатие к десне достигается плотное краевое прилегание коронки у ступу препарированногозуба. Коронки из циркония - это идеальный вариант для подгонки под десну. Это невозможно провести при использовании традиционного металла, так как в противном случае появляются риски воспалительных процессов и инфекционных осложнений.

3. Продолжительный срок службы. Специальная установка протезов, создаваемых из оксида циркония, всегда гарантирует надежное крепление без риска расшатывания. Минимальный срок службы составляет 15 лет, но его можно увеличить, если соблюдать нормы личной гигиены. При этом современные производители дают 5-летнюю гарантию на выпускаемую продукцию, которая должна порадовать не только

надежностью, удобством, но и пользой. Диоксид циркония является антибактериальным материалом, благодаря чему гарантируется профилактика кариеса и разрушения зубов.

4. Идеальное соответствие со структурой натурального человеческого зуба. Для этого профессионалы должны тщательно подбирать оттенок, совпадающий с естественным цветом зубной эмали. К тому же предполагается использование CAD/CAM моделирования, позволяющего создать элемент, сходный по форме с натуральными зубами.

Диоксид циркония обладает уникальным свойством восстанавливать структуру зуба на молекулярном уровне. Коронки позволяют решить проблему сколов, микротрещин, а также снижают температурную чувствительность зубов. Диоксид циркония дает возможность восстановить естественную красоту ваших зубов. Коронки абсолютно незаметны: они повторяют контуры зубов и неотличимы от них по цвету (рис. 15).



Рисунок 15 – Циркониевые коронки, облицованные керамическими массами IPS E'max на рабочей модели.

В заключение проведенного исследования хочется сказать, что безметалловая керамика, изготовленная методом фрезерования, с использованием CAD/CAM технологий, может успешно заменить металлокерамику при изготовлении коронок и мостовидных протезов. Она так же незаменима при изготовлении микропротезов - вкладок, накладок, и виниров (рис. 16).



Рисунок 16 - Готовый протез из диоксида циркония с использованием CAD/CAM технологий, облицованного керамическими массами на модели.

Список литературы

1. Керамические материалы на основе диоксида циркония. //Головин Ю., Жигачев А., Умрихин А. и др.- Техносфера,2018.- 358с.
2. Полховский Д.М. Применение компьютерных технологий в стоматологии //Современная стоматология./ - 2008. - №1. С 34.
3. Чиканов С.В. Использование компьютерно-роботизированных систем (CAD/CAM) для конструирования и изготовления зубных протезов (Обзор литературы) // Стоматология сегодня. 2002. - № 2. - С. 7 – 14.

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯМЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

СЕКЦИЯ №39.

ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)

**СЕКЦИЯ №40.
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)**

**СЕКЦИЯ №41.
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)**

**СЕКЦИЯ №42.
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)**

**СЕКЦИЯ №43.
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)**

**СЕКЦИЯ №44.
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)**

**СЕКЦИЯ №45.
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)**

ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Макишева Р.Т.

Тульский государственный университет, г. Тула

Рацион больных сахарным диабетом (СД) не обеспечивает полноценного питания в отношении белковой составляющей [2], что сказывается на развитии осложнений СД, имеющих в своей основе пластическую недостаточность. Ряд исследований [5-7] в лечении СД предлагает увеличивать потребление белка и демонстрирует эффективность по ряду ведущих показателей. Для определения необходимостинутрицевтического вмешательства представляет интерес оценка параметров состояния белкового обмена у пациентов с СД.

Материалы и методы. Сбор данных проведен у пациентов с СД, проходивших стационарное лечение в эндокринологическом отделении. Для анализа были отобраны 283 истории, содержавшие сведения об уровне общего белка, пол, рост, вес, наличие жалоб инсипидарного синдрома, колебаний веса, трофических нарушений и поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), количество потребления белковых продуктов животного происхождения в сутки, определение мышечной силы в позе «аиста» с открытыми глазами до 15 секунд, общеклинический и биохимический анализ крови, наличие потери белка с мочой. Были произведены вычисления индекса массы тела (МТ), идеальной МТ, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Данные были внесены в базу данных Access и подвергнуты статистическому анализу по трём группам: I – без учёта данных общего белка, II – общий белок менее 75 г/л, III – общий белок менее 65 г/л,

Результаты.

Распространенность гипопротеинемии (менее 65 г/л) составила 50 человек – 17,7%. При включении лиц, имевших показатели ниже оптимальных значений общего белка для здорового (75 г/л), которым необходимо превентивно назначать белоксодержащую терапию, число возросло до 195 человек (68,9%).

Анализ жалоб среди пациентов этих групп (таблица 1) показал значимый вклад гипопротеинемии в их распространенность.

Таблица 1

Число пациентов с жалобами по группам

	I n=283		II n=195		III n=50	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инсипидарный синдром	149	52,6	98	50,2	27	54
Увеличение аппетита	69	24,4	50	25,6	14	28
Наличие колебаний веса в течение года	155	54,8	111	56,9	32	64
Наличие трофических нарушений кожи и слизистых	191	67,5	136	69,7	35	70
Гипогликемические симптомы	79	27,9	53	27,2	17	34
Симптомы поражения ЖКТ	85	30	62	31,8	18	36

Характерные симптомы СД, объединённые в инсипидарный синдром, отмечены в 54% пациентов с гипопроteinемией, что объяснимо участием плазменного белка в гидратации тканей. Жалобы на повышение аппетита и непродолжительное насыщение, порой проявляющиеся булимией, объяснимы потребностями организма в белке. Поэтому так много (64%) отмечают колебания веса в течение года. 70% отмечают наличие трофических нарушений кожи и слизистых, 36% имели жалобы со стороны ЖКТ. Выявление особого значения в отношении гипогликемических симптомов может стать фактором риска известного неблагоприятного влияния гипогликемии на сердечно-сосудистую заболеваемость и выживаемость пациентов [3].

Влияние гипопроteinемии на показатели МТ (таблица 2) также оказался значимым в отношении всех групп.

Таблица 2

Число пациентов по показателям индекса МТ

	I, n=273		II, n=192		III, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
недостаточная МТ	6	2,2	4	2	3	6
нормальная МТ	42	15,4	32	16,7	8	16
избыточная МТ	88	32,2	55	28,6	16	32
ожирение 1 ст.	72	26,4	51	26,6	12	24
ожирение 2 ст.	40	14,6	32	16,7	8	16
ожирение 3 ст.	25	9,1	17	8,9	3	6

Рекомендации по ожирению [1] при высоком уровне доступности к ресурсам предлагают проводить лечение увеличением потребления белка.

При исследовании потребления белка животного происхождения за сутки выявлена значимая алиментарная недостаточность: 48,4% обследованных потребляет белка менее уровня, рекомендуемого ВОЗ – 0,75г/кг идеальной МТ (таблица 3).

Таблица 3.

Число пациентов с низким уровнем потребления белка

	I, n=254		II, n=176		III, n=44	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Менее 0,75 г/кг массы тела	123	48,4	80	45,5	17	38,6
менее 0,6 /кг	88	34,6	57	32,4	9	20,5

Оценка сохранности мышечной массы и выносливости в тесте позы «аиста» подтвердила ее прямую зависимость от уровня протеинемии (таблица 4).

Таблица 4

Число пациентов, затрудняющихся выполнить тест в позе «аиста»

	I, n=172		II, n=144		III, n=33	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
тест позы «аиста»	133	77,3	123	85,4	31	93,9

Тесноту связи анемии с уровнем общего белка в организме, корреляционным анализом установить не удалось, индекс составил -0,02, но при численном подсчете распространенность анемии при гипопроteinемии значительно выше (таблица 5).

Таблица 5

Число пациентов с уровнем гемоглобина ниже оптимального для здоровых

	I, n=275		II, n=189		III, n=46	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гемоглобин <130 г/л	84	29,5	53	28,0	15	32,6

Влияние гипопроteinемии (таблица 6) значимо только в отношении гиперфильтрации почек, вклад которой в смертность имеет большое значение [4].

Таблица 6

Число пациентов с нарушениями фильтрации по группам

	I, n=263		II, n=184		III, n=47	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
СКФ>90 mL/min/1.73m ²	74	28,1	56	30,4	15	31,9
СКФ<60 mL/min/1.73m ²	70	26,6	46	25,0	11	23,0

Потери белка с мочой среди пациентов с гипопроteinемией несколько выше, чем в группе без учёта уровня общего белка (таблица 7).

Таблица 7

Число пациентов с белком в анализе мочи

	I, n=283		II, n=195		III, n=50	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Белок в моче	103	36,4	75	38,5	24	48,0

При сопоставлении обнаружения белка в моче с СКФ установлено, что гиперфильтрация и белок в моче были у 33% пациентов, при нормальном СКФ белок в моче был обнаружен у 35,8%, при снижении СКФ белок в моче обнаружен у 42,5%

Таким образом, недостаточность белкового обмена при СД достаточно широко распространена и требует введения в терапию СД белок содержащего питания и нутрицевтических добавок, что позволит предотвращать развитие осложнений СД.

Список литературы

1. Глобальные Практические Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Global Guideline Obesity World Gastroenterology Organization, 2009.<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/obesity/obesity-russian>

2. Макишева Р.Т. К проблеме диетического питания при сахарном диабете и ожирении // Вопросы диетологии. 2016. Т. 6. № 2. С.45-51.
3. Макишева Р.Т. Меры, снижающие кардиоваскулярный риск при сахарном диабете и предиабете. //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. № 1. С.102-109.
4. Davis TM, Chubb SA, Davis WA. The relationship between estimated glomerular filtration rate trajectory and all-cause mortality in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. Eur J Endocrinol. 2016 Oct;175(4):273-85. doi: 10.1530/EJE-16-0327. Epub 2016 Jul 14
5. Jakubowicz D, Froy O, Ahrén B, Boaz M, Landau Z, Bar-Dayyan Y et al. Incretin, insulinotropic and glucose-lowering effects of whey protein pre-load in type 2 diabetes: a randomised clinical trial. Diabetologia. 2014;57(9):1807-11.
6. Li CJ, Norstedt G, Hu ZG, Yu P, Li DQ, Li J et al. Effects of a Macro-Nutrient Preload on Type 2 Diabetic Patients. FrontEndocrinol (Lausanne). 2015; 6:139
7. Stulnig TM. The ZONE Diet and Metabolic Control in Type 2 Diabetes. J AmCollNutr. 2015; 34 (1):39-41

СЕКЦИЯ №46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)

СЕКЦИЯ №47.

**АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)**

СЕКЦИЯ №48.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)**

СЕКЦИЯ №49.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)**

СЕКЦИЯ №50.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)

СЕКЦИЯ №51.

**ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

СЕКЦИЯ №52.

**ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

СЕКЦИЯ №53.

ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2020 ГОД

Январь 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы медицины в современных условиях», г. Санкт-Петербург**

Прием статей для публикации: до 1 января 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2020 г.

Февраль 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом», г. Новосибирск**

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2020 г.

Март 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы современной медицины», г. Екатеринбург**

Прием статей для публикации: до 1 марта 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2020 г.

Апрель 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Актуальные проблемы и достижения в медицине», г. Самара**

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2020 г.

Май 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы и перспективы развития медицины», г. Омск**

Прием статей для публикации: до 1 мая 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2020 г.

Июнь 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Проблемы медицины в современных условиях», г. Казань**

Прием статей для публикации: до 1 июня 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2020 г.

Июль 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«О некоторых вопросах и проблемах современной медицины», г. Челябинск**

Прием статей для публикации: до 1 июля 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2020 г.

Август 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Информационные технологии в медицине и фармакологии»**, г. Ростов-на-Дону

Прием статей для публикации: до 1 августа 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2020 г.

Сентябрь 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития»**, г. Уфа

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2020 г.

Октябрь 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Основные проблемы в современной медицине»**, г. Волгоград

Прием статей для публикации: до 1 октября 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2020 г.

Ноябрь 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Проблемы современной медицины: актуальные вопросы»**, г. Красноярск

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2020 г.

Декабрь 2020 г.

VII Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины»**, г. Воронеж

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2020 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2021 г.

С более подробной информацией о международных научно-практических конференциях можно ознакомиться на официальном сайте Инновационного центра развития образования и науки www.izron.ru (раздел «Медицина и фармакология»).

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Актуальные вопросы современной медицины

Выпуск VII

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 марта 2020 г.)**

г. Екатеринбург

2020г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Издатель Инновационный центр развития образования и науки (ИЦРОН),
603086, г. Нижний Новгород, ул. Мурашкинская, д. 7.

Подписано в печать 10.03.2020.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 2,4.
Тираж 250 экз. Заказ № 030.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58.