

4. Ивашев М.Н. Влияние ГАМК и пирацетама на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н. Ивашев, В.И. Петров, Т.Н. Щербакова // Фармакология и токсикология. – 1984. – № 6. – С. 40–43.

5. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н. Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – Ч. 2. – С. 441–444.

6. Сергиенко А.В. Протекторы тканевого метаболизма в экспериментальной фармакологии / А.В. Сергиенко, Али С. Махмуд, М.Н. Ивашев // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т. 7. – № 3. – С. 439а–439.

7. Сергиенко А.В. Метронидазол имеет оптимальное включение в очаг неспецифического воспаления / А.В. Сергиенко, Б.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т. 7. – № 3. – С. 439б–440.

8. Сергиенко А.В. Визуализация неспецифического воспаления в эксперименте / А.В. Сергиенко, Б.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т. 7. – № 3. – С. 440.

РОЛЕВЫЕ ПЕРЕГРУЗКИ ВРАЧА КАК «САЙД-ЭФФЕКТ» ИННОВАЦИОННОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Доника А.Д., Леонова В.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград;
Городская стоматологическая поликлиника № 8,
Саратов, e-mail: addonika@yandex.ru*

Как отмечается в Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года «развитие медицинской науки как основы обеспечения улучшения здоровья населения и демографических показателей является национальной стратегической целью» [1]. Согласно Концепции постановка «на поток» высокотехнологичных медицинских услуг, создание новых медицинских центров позволят сократить сроки ожидания и обеспечат доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи пациентам независимо от их места жительства. В этой связи возникает необходимость расширения ролевого репертуара врача за счет включения новых компетенций, обусловленных инновационной деятельностью.

Согласно «Руководству по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» Р 2.2.2006-05, врачебной деятельности соответствует напряженный труд 2 степени (класс 3.2), который характеризует работу, происходящую в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат [2]. Помимо этого, согласно данным официальной статистики Минздрава, наблюдается функциональная перегруженность профессиональной деятельности врача, наиболее выраженная в работе служб, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Одна из причин – неадекватно высокая численность населения, прикрепленного к одному амбулаторному участку – номинально в крупных городах – 1800–2500 человек на 1 участок, фактически – до 4000 человек. Это трансформирует

«функции врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты» [1]. Нагрузка врачей усугубляется и тем, что низкая оплата врачей заставляет работать на более, чем 1 ставку. Социологический опрос 1 675 российских врачей показал, что только 42,21% опрошенных работает на 1 ставку; 22,15% – на 1,5 ставки; 8,9% – на 2 ставки; 13,91% – более, чем на 2 ставки.

В связи с этим мы проводили исследование распространенности профессионального стресса среди врачей на модельной группе врачей-терапевтов, согласно результатам которого у 72,5% врачей-терапевтов регистрируются сложившиеся симптомы синдрома профессионального выгорания (СПВ). При этом сформировавшаяся фаза СПВ отмечена у 30,9% терапевтов; у 20,6% терапевтов диагностированы фазы СПВ в стадии формирования. Полное отсутствие даже начальных симптомов СПВ отмечено только у 13,7% терапевтов.

Анализ полученных результатов исследования позволяет прогнозировать, что интеграция в профессиональную деятельность врача инновационных технологий в рассматриваемых условиях неизбежно приведет к увеличению ролевых перегрузок, рассматриваемых как «чрезмерность требований к данной роли, превышающих возможности их выполнения личностью» (А.В. Решетников, 2002).

Другим профессиональным стрессором, вызывающим нервно-психическое напряжение индивида как субъекта труда является ролевая неопределенность – неясность требований, которым должна удовлетворять деятельность личности. В рассматриваемом контексте представляет интерес уровень информированности врачей об основных направлениях модернизации отечественного здравоохранения. По данным социологического опроса врачей, проведенного НИИ социологии медицины, знакомы с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ только 21,2% врачей. При этом 39% респондентов ответили, что «не знакомы», а 39,8% – затруднились ответить. По данным структурированного интервью 29,9% врачей имеют отдельные сведения о «Концепции...», 43,7% – ничего не знают об этом вообще; 3,8% отметили, что знакомы с целями, задачами и основными понятиями фармакоэкономики.

Таким образом, наше исследование подтверждает необходимость интеграции социально-ориентированного подхода в систему мероприятий по модернизации отечественной системы здравоохранения, рассматривающей профессиональную группу врачей с позиции степени ее социальной защищенности. Безусловным условием эффективности такого подхода является совершенствование правовой базы в рассматриваемом поле, которая в настоящее время существенно модернизируется [2]. Всту-

пивший в силу в конце 2011 г. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ) внес ожидаемую организационную структуризацию и нормативную определенность оказания медицинской помощи, приближающие национальные параметры оказания медицинских услуг к международным. С другой стороны практика реализации новых норм не оказала значительного повышения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинских услуг, несмотря на то, что № 323-ФЗ введено понятие «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» (ст. 32, ст. 34).

Список литературы

1. Доника А.Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты: автореф. дис. ... д-ра соц. наук. – Волгоград, 2010. – С. 24.
2. Доника А.Д. Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» нормам и принципам биоэтики / А.Д. Доника, Л.Л. Кожевников // Биоэтика. – 2011. – № 2(8). – С. 26–27.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ТРОСПИЯ ХЛОРИДА

Меньков С.В., Ивашев М.Н.

*Пятигорский филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ
Минздрава России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru*

Поиск препаратов, которые способствуют регуляции основных функций организма при соответствующей патологии до сих пор остается актуальным [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. С увеличением продолжительности жизни применение препаратов блокирующих мускариновые рецепторы 3 типа становится более частым.

Цель исследования. Установить наиболее эффективные блокаторы мускариновых рецепторов типа 3.

Материал и методы исследования. Анализ литературных данных по применению антагонистов мускариновых рецепторов типа 3.

Результаты исследования и их обсуждение. Троспия хлорид конкурирует с ацетилхолином за мускарин – холинорецепторы постсинаптических мембран гладкой мускулатуры. Этот лекарственный препарат блокирует мускариновое действие ацетилхолина и ингибирует парасимпатический ответ, вызванный постганглионарной активацией блуждающего нерва. В результате этого механизма действия троспия хлорид эффективно снижает тонус гладкой мускулатуры детрузора мочевого пузыря (кроме м-холинолитического обладает прямым антиспастическим эффектом). У больных с нестабильной функцией мочевого пузыря снижает частоту спонтанного сокращения его мускула-

туры и мочеиспускания в дневное и ночное время, увеличивает интервалы между мочеиспусканиями. Ослабляет или устраняет императивные позывы и недержание мочи. Препарат гидрофилен, мало растворим в липидах, вследствие этого плохо преодолевает гемато – энцефалический барьер, а значит, не оказывает центрального побочного отрицательного действия типа «белены обьялса». Препарат выводится почками преимущественно в неизменном виде, а как следствие не оказывает токсического влияния на функции печени. Учитывая его гидрофильность можно сделать заключение об относительной безопасности для функции почек, и, следовательно, о преимуществе перед другими блокаторами мускариновых рецепторов типа 3, таких как дарифенацин, оксибутинин, солифенацин, толтеродин.

Выводы. Троспия хлорид обладает эффективным антиамускариновым действием, который позволяет контролировать мочеиспускание при курсовом применении у больных с недержанием мочи с минимальным проявлением побочных отрицательных явлений при курсовом назначении.

Список литературы

1. Ивашев, М.Н. Влияние ГАМК и пирacetama на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н. Ивашев, В.И. Петров, Т.Н. Щербакова // Фармакология и токсикология. – 1984. – № 6. – С. 40–43.
2. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н. Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – Ч.2. – С. 441–444.
3. Эффекты феруловой кислоты при адреналиновой тахикардии у животных / М.Н. Ивашев, Р.Е. Чулкин, Г.В. Масликова, А.А. Круглая // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 11. – С. 18–19.
4. Влияние кофейной кислоты на выживаемость крыс при адреналиновой тахикардии / М.Н. Ивашев, Р.Е. Чулкин, Г.В. Масликова, М.К. Таниб // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 12. – Ч.1. – С. 102–103.
5. Влияние кофейной кислоты на выживаемость крыс при аконитиновой тахикардии / М.Н. Ивашев, Р.Е. Чулкин, Г.В. Масликова, А.А. Круглая // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 1. – С. 113–114.
6. Масликова, Г.В. Роль селена и его соединений в терапии цереброваскулярных заболеваний / Г.В. Масликова, М.Н. Ивашев // Биомедицина. – 2010. – № 3. – С. 94–96.
7. Изучение эффектов некоторых аминокислот при гипоксической гипоксии / К.Т. Сампиева, Г.М. Оганова, М.Н. Ивашев М.Н., Р.Е. Чулкин, А.К. Гусейнов // Биомедицина. – 2010. – Т.1. – № 4. – С. 122–123.
8. Чулкин, Р.Е. Биологическая активность кофейной и феруловой кислот / Р.Е. Чулкин, М.А. Оганова, М.Н. Ивашев // International Journal on Immunorehabilitation (Международный журнал по иммунореабилитации). – 2009. – Т.11. – № 1. – С. 141а.
9. Чулкин Р.Е. Влияние кофейной кислоты на системную гемодинамику / Р.Е. Чулкин, М.Н. Ивашев // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – № 6. – С. 307–308.
10. Чулкин Р.Е. Влияние кофейной кислоты на сердечный ритм / Р.Е. Чулкин, М.Н. Ивашев // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 6. – С. 71–72.