

65 человек (52%), не курят 60 человек (48%); а также на осведомленности о влиянии курения на когнитивные способности: осведомлены 82 человека (65,6%), не осведомлены 43 (34,4%).

Группа 1-ого курса (30 человек) – курящие, осведомленные – 14 (46,6%); – курящие, неосведомленные – 5 (16,6%); группа 2-ого курса (70) – курящие, осведомленные 23 (32,8%); курящие, неосведомленные – 9 (12,8); группа 3-его курса (25) – курящие, осведомленные – 14 (56); курящие, неосведомленные – 0 человек (0%).

Результаты анкетирования студентов медицинского университета показывают значительные различия в уровне осведомленности среди курящих студентов разных курсов. В группе 1-го курса, состоящей из 30 человек, 14 студентов оказались осведомленными о негативных последствиях курения, в то время как 5 были не осведомлены, что подчеркивает необходимость дальнейшего информирования и повышения уровня знаний среди первокурсников по данному вопросу. У студентов 2-го курса наблюдается увеличение числа осведомленных курящих до 23 человек при 9 неосведомленных, что может свидетельствовать о повышении уровня осознания последствий курения. Наиболее выраженные результаты были получены в группе 3-го курса, где все 14 курящих студентов были осведомлены о вреде курения, что указывает на важность процесса обучения.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что осведомленность студентов о вреде курения растет с течением образовательного процесса. Однако определенная часть студентов не обладает необходимыми компетенциями по вопросу влияния курения на когнитивные способности, что вызывает необходимость дополнения учебных программ соответствующей информацией, проведения семинаров по данной проблематике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курение и состояние когнитивных функций у студентов медицинского вуза / С. И. Богданов, Д. С. Пунина, Д. Д. Сысуева [и др.] // Innova. – 2023. – Т. 9, № 3. – С. 21-26.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ-ХИРУРГОВ МЕЖРАЙОННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Лузько М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь
Научный руководитель – канд. биол. наук, доц. Лисок Е.С.

Введение. Профессиональная деятельность работников сферы здравоохранения имеет особое социальное значение, поскольку создает

необходимые условия для сохранения и укрепления состояния здоровья населения, что, в свою очередь, способствует эффективному функционированию остальных отраслей народного хозяйства [2, с. 21]. При этом специфика труда медицинского персонала связана с воздействием целого ряда неблагоприятных производственных факторов, которые формируют профессиональные риски развития нарушений состояния здоровья [1, с. 53]. В этой связи возрастает актуальность гигиенической оценки условий труда врачебного персонала, включая и врачей-онкологов-хирургов, которая позволяет идентифицировать имеющиеся профессиональные риски и на их основе выработать профилактические подходы, направленные на минимизацию неблагоприятных последствий, ассоциированных с трудовой деятельностью.

Цель: дать гигиеническую оценку условиям труда врачей-онкологов-хирургов межрайонного онкологического диспансера.

Методы исследования. Гигиеническая оценка условий труда врачей-онкологов-хирургов, занятых в амбулаторно-поликлиническом отделении межрайонного онкологического диспансера проведена на основе анализа материалов очередной аттестации рабочих мест по условиям труда (карты фотографии рабочего времени и карты аттестации рабочих мест по условиям труда).

Результаты и их обсуждение. Оценка карты фотографии рабочего места врача-онколога-хирурга позволила установить, что данные специалисты осуществляют трудовую деятельность в условиях односменного режима работы (с 08 час. 00 мин до 16 час 12 мин). При этом длительность рабочей смены составляет 492 минуты, включая перерыв, выделенный для отдыха и питания, продолжительностью 30 минут.

Наибольшее время данные работники затрачивали на прием пациентов, выполнение перевязок, пункционных и эксцизионных биопсий, а также иных плановых манипуляций в условиях амбулаторно-поликлинического отделения межрайонного онкологического диспансера (257 мин, что составляет 55,6% от продолжительности рабочей смены). При этом значимая часть времени затрачивалась на осмотр и консультацию профильных пациентов на дому (80 мин, что составляет 17,3% от продолжительности рабочей смены). Проведение операций занимало 60 мин (13,1% от продолжительности рабочей смены), а подготовка к ним длилась 10 мин (2,2% от продолжительности рабочей смены). На работу с документацией и совещания с коллегами тратилось 45 мин (9,7% от продолжительности рабочей смены). Подготовка рабочего места до начала работы занимала 3 мин (0,6% от продолжительности рабочей смены), а уборка рабочего места по окончании работы – 7 мин (1,5% от продолжительности рабочей смены).

Таким образом, подготовительно-заключительное время составляло 3 мин (0,6% от продолжительности рабочей смены), время обслуживания рабочего места – 7 мин (1,5% от продолжительности рабочей смены), а оперативное время – 452 мин (97,9% от продолжительности рабочей смены).

Оценка карты аттестации рабочего места врача-онколога-хирурга по

условиям труда, позволила установить, что наиболее значимый вклад в формирование профессиональных рисков для развития нарушений состояния здоровья вносили биологический фактор производственной среды, а также напряженность трудового процесса.

Воздействие биологического фактора производственной среды на организм врачей-онкологов-хирургов было оценено как вредное второй степени (класс 3.2) в связи с тем, что данные специалисты заняты непосредственным обслуживанием пациентов в структурном подразделении организации здравоохранения. Однако, далее степень вредных условий труда была скорректирована с учетом времени воздействия данного производственного фактора, составлявшим не более 46% от продолжительности рабочей смены. Таким образом, условия труда данной целевой группы медицинского персонала высшего звена были признаны вредными первой степени (класс 3.1) по воздействию биологического фактора производственной среды.

Напряженность трудового процесса также была признана вредной первой степени (класс 3.1) в связи со значительными интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, характерными для условий трудовой деятельности врачей-онкологов-хирургов. Высокие интеллектуальные нагрузки были связаны с особенностями содержания работы, которая требовала решения сложных задач с выбором по известным алгоритмам (класс 3.1), необходимость восприятия сигналов, последующим сопоставлением фактических значений параметров с их нормальными значениями, а также заключительной оценкой фактических значений этих параметров (класс 3.1), надобностью контроля и предварительной работой по распределению заданий другим лицам (класс 3.2), а также характером работы, выполняемой в условиях дефицита времени (класс 3.1). Высокие эмоциональные нагрузки определялись значимостью степени ответственности за результат собственной деятельности, значимостью ошибок, которые могут повлечь за собой повреждение оборудования, остановку технологического процесса, возникновение опасности для жизни (класс 3.2), а также высокой степенью ответственности за безопасность других лиц (класс 3.2).

Общая оценка условий труда врачей-онкологов-хирургов позволила отнести их к вредным первой степени (класс 3.1), что создает малый (умеренный) профессиональный риск для развития нарушений состояния их здоровья. Трудовая деятельность в вышеописанных условиях способствует развитию функциональных изменений, восстанавливающихся, как правило, при более длительном, чем к началу следующей смены, прерывании контакта с вредными факторами и увеличивает риск повреждения здоровья.

Выводы. Врачи-онкологи-хирурги межрайонного онкологического диспансера выполняют профессиональные обязанности во вредных условиях труда (класс 3.1). Наиболее значимый вклад в формирование профессиональных рисков для развития нарушений состояния здоровья на их рабочих местах вносили биологический фактор производственной среды, а также напряженность трудового процесса. Трудовая деятельность в условиях данного класса и степени создает малый (умеренный) профессиональный риск

развития нарушений состояния их здоровья, который, однако, требует внедрения мер по его снижению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубель, Е. В. Гигиеническая оценка условий труда медицинского персонала клинических и параклинических отделений стационара / Е. В. Дубель, Т. Н. Унгурияну // Гигиена и санитария. – 2016. – Т. 95, № 1. – С. 53–57.

2. Лядова, А. В. Социальный статус врача в современном российском обществе / А. В. Лядова, Н. А. Панич // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. – № 4. – С. 21–23.

НОВЫЕ НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ОБЛАСТИ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК БЕЛАРУСИ

Лунова К.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Пац Н.В.

Введение: Развитие «умных городов» направлено на повышение качества жизни, одним из звеньев проекта является обеспечение жителей качественным питанием.

В последние годы белорусские ученые работали над созданием комплекса функциональных продуктов. Основное направление – получение пищевых добавок из натуральных продуктов, создание продуктов с высокими качественными показателями и вкусовыми характеристиками [1].

Разработаны фитодобавки для обогащения пищевой продукции витаминами. Перспективными являются исследования в рамках нового проекта под брендом «Еда умного города».

Цель исследования – провести обзор литературы с анализом научных разработок в области пищевых добавок, выделить роль функциональных продуктов питания в профилактике заболеваний и поддержании здоровья различных групп населения. Продемонстрировать, как инновационные пищевые технологии отвечают трендам здорового образа жизни.

Методы исследования. Проведен обзор 17 научных источников литературы с глубиной научного поиска 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Одним из самых важных продуктов питания является хлеб. Предприятия по производству хлебобулочной продукции заинтересованы в качественных технологических добавках, способствующих повышению сроков сохранения свежести без искажения качественных показателей. В ходе технологического процесса изготовления хлебобулочных изделий в небольших количествах (2-3 г на 100 кг муки) применено химическое соединение перекись кальция, которое полностью