

логии переработки продукции и заготовку лекарственного и биологического сырья;

– решить компенсации транспортных затрат на внутриулузные и внеулузные перевозки продукции оленеводства;

– рассмотреть вопросы выделения хозяйствам средств на медицинское обслуживание, лечение при выезде в центры улуса и города, оплату проезда на учебу из республиканского бюджета работникам отрасли и их семьям.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПОИСКА СЫРЬЯ ДЛЯ КОРМОПРОИЗВОДСТВА РАСТИТЕЛЬНОДНЫХ РЫБ

Магзанова Д.К.

*Астраханский государственный университет,
Астрахань, e-mail: dmagzanova@mail.ru*

Развитие отечественной аквакультуры является одним из приоритетных направлений рыбохозяйственной деятельности.

Успехи рыбоводства зависят от сбалансированности кормов и качества кормления. Активное развитие аквакультуры, в России сдерживается по ряду причин, важнейшая из которых – отсутствие конкурентоспособных отечественных кормов.

К разработке полноценного кормления рыб приковано самое пристальное внимание ученых многих стран с развивающейся аквакультурой, в том числе и нашей страны. Рецептура кормов для рыб разных видов и возраста постоянно обновляется, в их состав вводятся новые компоненты и кормовые добавки, отражающие новейшие данные по изучению физиологии и обмена веществ у гидробионтов.

В связи с этим на базе лаборатории биотехнологий АГУ нами были проведены экспе-

риментальные работы по переработке растительного сырья с целью получения корма для растительноядных рыб.

В качестве объекта исследования использовали траву горец птичий *Polygonum aviculare*. Народные названия: *спорыш, птичья гречиха, гусиная трава*. Сырье очищали от различных примесей, измельчали, загружали в стеклянные емкости. В первом варианте добавляли аммоний фосфорнокислый как богатый источник азота и глюкозу, во втором варианте использовали только источник азота. В качестве контроля служила биомасса растительности без добавок. Длительность опыта составила 60 суток. Периодически определяли количество органических кислот (гуминовых и фульвокислот) по углероду на спектрофотометре марки APEL AP-101 при длине волны 600 nm. В работе использовалась методика определения углерода гумуса в почве (Никитин Б.А.).

Анализ проведенных исследований показал, что наблюдается повышение значений величин светопропускания от 59,5% в начале до 73,5% в конце опыта в первом варианте, во втором варианте – от 57,6 до 67,0%. В контроле от 31,5 до 51,2%.

Таким образом, предварительные данные экспериментальных работ показали, что наибольшее количество гуматов образуется в случае добавок азотистого питания и глюкозы, чем без добавок. Окончательные результаты анализа в данной работе в пересчете на количество массовой величины продукта будут получены после математической обработки данных.

По результатам проведенных исследований на сегодняшний день готовятся выборки для проверки на токсичность, с целью прохождения сертификации и дальнейшего внедрения в производство.

Социологические науки

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ С УЧЕТОМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НАСЕЛЕНИЯ

Клименко Г.Я., Анисимов М.В., Саурина О.С.
e-mail: kgj38@mail.ru

В настоящее время проблема оценки доступности медицинской помощи населению, с одной стороны, выступает одним из критериев для оценки эффективности управления деятельностью медицинского персонала лечебно-профилактических учреждения, а с другой – для оценки качества предоставляемых услуг (ВОЗ). По данным Европейского Регионального бюро ВОЗ, предложившего включить доступность в перечень критериев для оценки качества медицинской помощи, под доступностью пони-

мается соответствие количества пациентов, получающих медицинскую помощь, количеству пациентов, нуждающихся в ней.

Для оценки взаимосвязи доступности медицинской помощи населению в условиях поликлиники была составлена социологическая программа, согласно которой был проведен опрос населения, обращающегося за медицинской помощью по месту жительства. По этой программе было обследовано 477 человек. Для оценки доступности медицинской помощи населению были взяты такие критерии доступности, как время, затрачиваемое на дорогу от места жительства до поликлиники, время ожидания приема у врача-терапевта, время на посещение диагностических кабинетов, наличие проблем, связанных с вызовом скорой медицинской помощи, время ожидания прибытия бригады скорой медицинской помощи и, как альтернатива бес-

платной медицинской помощи – доступность платных медицинских услуг. Взаимосвязь перечисленных критериев доступности медицинской помощи определялась с помощью коэффициентов парной корреляции с такими медико-социальными характеристиками населения, как самооценка состояния здоровья, возраст, место жительства и материальное положение.

Как показал анализ результатов обследования, чем выше самооценка состояния здоровья, тем меньше удельный вес пациентов от общего количества обследованных, которые тратят на дорогу от места жительства до поликлиники более 30 минут ($r = -0,11$). Время, которое пациенты тратят на дорогу от места жительства до поликлиники, зависит от их возраста ($r = +0,21$). При этом с возрастом доступность медицинской помощи по этому критерию снижается с 71,8% для лиц в возрасте до 30 лет до 60,4% для лиц в возрасте 60 лет и старше. Время, затрачиваемое на дорогу до поликлиники взаимосвязано с местом жительства пациентов: доступность медицинской помощи для горожан, в этом случае, составляет 74,8%, а для лиц из сельской местности – 50,0% и с уровнем материального положения: для лиц, оценивающих свое материальное положение «выше среднего», доступность медицинской помощи составляет 88,2%, а для лиц с оценкой материального положения «ниже среднего» – 60,7% ($r = +0,16$).

Доступность медицинской помощи по критерию «ожидание приема у врача-терапевта» до 30 минут имеет прямую достоверную связь со здоровьем пациента ($r = +0,11$), с их возрастом (для лиц до 30 лет она составляет 56,3%, а для лиц 65 лет и старше – 37,0%), с местом жительства (для горожан – 57,5%, для сельских жителей – 29,7%) и с материальным положением (для лиц с оценкой материального положения «выше среднего» – 58,3%, а с оценкой «ниже среднего» – 43,9%).

Время на посещение диагностических кабинетов до 30 минут как критерий доступности медицинской помощи зависит от возраста пациентов (до 30 лет он составляет 52,9%, а для лиц 65 лет и старше – 37,8%), от места жительства (для горожан – 47,7%, а жителей села – 39,2%), от материального положения (для лиц с «выше среднего» – 64,3%, а для лиц с «ниже среднего» – 37,6%).

Доступность вызова скорой медицинской помощи связана с возрастом пациента (чем старше пациент, тем труднее ее вызвать ($r = -0,21$)), с местом жительства (для горожан она составляет 76,4%, для жителей из сельской местности – 59,4%) и с оценкой материального положения: для лиц с оценкой материального положения «выше среднего» – 81,8%, а для лиц с оценкой «ниже среднего» – 56,3% ($r = +0,11$). Аналогичная закономерность характерна и для такого критерия доступности, как «Время ожи-

дания прибытия бригады скорой медицинской помощи».

Доступность платных медицинских услуг зависит от возраста пациентов (для лиц до 30 лет она составляет 64,4%, а для лиц 60 лет и старше – 40,0%), от места жительства (для горожан – 56,8%, для жителей сельской местности – 48,6%), от материального положения (для пациентов с оценкой «выше среднего» она составляет – 93,3%, а для пациентов в оценкой «ниже среднего» – 33,8% ($r = +0,13$)).

Таким образом, доступность медицинской помощи населению зависит как от самого критерия, который взят за основу для его характеристики, так и от медико-социальных характеристик населения, обращающего за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПРИКРЕПЛЕННОМУ К ВЕДОМСТВЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Клименко Г.Я., Саурина О.С., Анисимов М.В.

e-mail: kgj38@mail.ru

Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях различных стран, регламентируется национальными нормативно-правовыми актами (НПА), определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевременное получение медицинской помощи, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

В настоящее время недостаточно исследован уровень социальной удовлетворенности и доступности медицинской помощи. Это приводит к искаженным представлениям о качестве медицинской помощи и невозможности его полноценной оптимизации (Чесноков П.Е., 2008). Тем не менее, до настоящего времени не разработана оптимальная система критериев, учитывающая все параметры, определяющие доступность, и, тем самым, качество медицинской помощи.

Для индивидуальной оценки доступности медицинской помощи было взято 24 социологических характеристик из 144, вошедших в программу социологического обследования населения, обращающегося за бесплатной медицинской помощью в ведомственную поликлинику.