

Идентификация проводилась путем сопоставления времен удерживания сигналов веществ на хроматограммах анализируемых образцов со временем удерживания сигналов стандартных образцов флавоноидов, а также по анализу УФ-спектров. Было достоверно идентифицировано четыре агликона флавонолов: кверцетрин ($R_t = 4,977$ мин), кверцетин ($R_t = 7,34$ мин), кемпферол ($R_t = 12,509$ мин), изорамнетин ($R_t = 14,007$ мин), а также хлорогеновая кислота ($R_t = 4,204$ мин). В УФ спектрах поглощения присутствовали полосы поглощения с $\lambda_{\text{макс.}} = 260$ и 362 нм, характерные для кверцетрина; $\lambda_{\text{макс.}} = 257$ и 375 нм — для кверцетина; $\lambda_{\text{макс.}} = 218, 253, 266, 294, 322, 367$ нм — для кемпферола; $\lambda_{\text{макс.}} = 253, 370$ нм — для изорамнетина; $\lambda_{\text{макс.}} = 221, 247$ и 370 нм — для хлорогеновой кислоты. Хроматограммы обоих образцов характеризовались одним и тем же флавоноидным составом, что свидетельствует в пользу того, что данные образцы относятся к одному виду *Viburnum*. По площадям пиков было рассчитано количественное содержание кверцетина, кверцетрина, кемпферола, изорамнетина и хлорогеновой кислоты в обоих образцах. Максимальным было содержание кверцетина ($1,16 \pm 0,01$), а минимальным — содержание кверцетрина ($0,28 \pm 0,01$).

Образец володушки золотистой, выращенный в коллекционном питомнике лаборатории биоразнообразия растительных ресурсов ГНУ «Центральный ботанический сад НАН Беларуси» характеризуются высоким содержанием биофлавоноидов и фенолкарбоновых кислот. Следует отметить, что для лекарственного сырья, содержащего флавоноиды, приводятся следующие количественные показатели: цветки пижмы должны содержать не менее 2,5 % флавоноидов, трава зверобоя — не менее 1,5 %. [5]. Таким образом, образцы володушки, выращенной в Беларуси, не уступают и даже превосходят по содержанию биофлавоноидов традиционные источники природных полифенолов. С учетом высоких интродукционных показателей, а также острой потребности белорусского рынка в создании принципиально новых отечественных импортозамещающих препаратов на основе растительного сырья данные образцы, безусловно, представляют интерес в качестве перспективного источника природных полифенолов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антирадикальная эффективность некоторых природных фенольных соединений / Н. А. Захарова [и др.] // Журн. орган. химии. — 1972. — Т. 42, № 6. — С. 1414–1420.
2. Бродский, А. В. Изучение механизма антиоксидантного действия рутина / А. В. Бродский, А. М. Дорожко, К. Б. Афанасьев // Кислородные радикалы в химии, биологии и медицине: сб. науч. статей. — Рига, 1998. — С. 25–28.
3. Swain, T. The phenolic constituents of *Prunus Domestica*. L. The quantitative analysis of phenolic constituents / T. Swain, W. Hillis // J. Sci. Food Agric. — 1959. — Vol. 10(1). — P. 63–68.
4. Васильева, М. С. Хроматографическое исследование содержания и состава флавоноидов змеевика лекарственного *Bistorta Officinalis* Delabre, произрастающего в Сибири / М. С. Васильева, Г. И. Высочина // Растительный мир Азиатской России. — 2010. — Т. 5(1). — С. 87–94.
5. Государственная фармакопея Республики Беларусь. — 2-е изд. — Молодечно: Победа, 2008. — С. 385.

АНАЛИЗ ШТАТНОЙ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ И СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УЗ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2006–2010 гг.

Островский А. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. М. Шаршакова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бюджетные учреждения являются крупной сферой приложения общественного труда. В них задействовано около 30 % всех занятых в народном хозяйстве страны [1, 2]. Значение анализа труда и заработной платы определяется тем, что, кроме постоян-

ной численности работающих в бюджетных учреждениях, остро стоит вопрос о повышении их квалификации, повышении уровня заработной платы всех категорий работающих, о значительных затратах на подготовку кадров [3]. Именно при помощи анализа можно вскрыть внутренние резервы, как по улучшению использования рабочего времени, так и по экономному расходованию средств на оплату труда.

Цель исследования

Анализ штатной укомплектованности и совместительства медицинских работников УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2006–2010 гг.

Материал и методы исследования

Объектом анализа является УЗ «Гомельская областная клиническая больница».

Предметом исследования являются трудовые ресурсы УЗ «Гомельская областная клиническая больница».

Согласно целям и задачам исследования, проведен анализ данных по штатной укомплектованности и совместительству медицинских работников УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2006–2010 гг.

Основными методами исследования, использованными для анализа, являются дедуктивный, индуктивный, балансовый, исторический и графический методы, методы сравнения, технико-экономический анализ, факторный анализ, метод экспоненциального сглаживания.

Результаты и их обсуждение

В процессе анализа данных по штатной укомплектованности и совместительству медицинских работников УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2006–2010 гг. был определен объем работы, выполняемый совместителями и измеряемый количеством штатных должностей, коэффициент укомплектованности и совместительства, а также соблюдение установленных правил совместительства (таблица 1).

Так, руководителям, в штате которых свыше 75 врачебных должностей, работа по совместительству не разрешается. В пределах своего рабочего времени они могут работать врачами по совместительству, но без выплаты дополнительной заработной платы. Выполнение врачами педагогических работ в объеме не свыше 240 часов не является совместительством. Не является совместительством выполнение обязанностей консультанта в объеме не более 12 часов в месяц и медицинская экспертиза с разовой оплатой труда. Поэтому эти данные при анализе нами не учитывались.

Таблица 1 — Укомплектованность и уровень совместительства медицинского персонала УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2006–2010 гг., чел.

Персонал	Штатных должностей, единиц	Занятых должностей, единиц	Основных работников на занятых должностях	Абсолютное отклонение (+,-)	Кoeff. укомплектованности (%)	Уровень совместительства		Изменение уровня совместительства (+, -)
						по плану	фактически	
2006 год								
Врачебный	434,5	434,5	302	0	100	1,44	1,44	0
Средний медицинский	856,25	856,25	677	0	100	1,26	1,26	0
Младший медицинский	508,5	508,5	376	0	100	1,35	1,35	0
2007 год								
Врачебный	434,25	434,25	313	0	100	1,39	1,39	0
Средний медицинский	861,5	861,5	677	0	100	1,27	1,27	0
Младший медицинский	508,5	508,5	369	0	100	1,38	1,38	0
2008 год								
Врачебный	469,25	469,25	318	0	100	1,48	1,48	0
Средний медицинский	846,5	846,5	655	0	100	1,29	1,29	0
Младший медицинский	509,75	509,75	374	0	100	1,36	1,36	0
2009 год								
Врачебный	461,5	461,5	312	0	100	1,48	1,48	0
Средний медицинский	855,25	855,25	664	0	100	1,29	1,29	0
Младший медицинский	510,5	510,5	377	0	100	1,35	1,35	0
2010 год								
Врачебный	467,5	466	319	-1,5	99,68	1,47	1,46	-0,01
Средний медицинский	856,5	856,5	661	0	100	1,30	1,30	0
Младший медицинский	512,5	512	378	-0,5	99,9	1,36	1,35	-0,01

Из данных таблицы 1. видно, что количество фактически занятых должностей врачебного и младшего медицинского персонала только в 2010 г. не соответствует тому объему медицинских услуг, который необходим для удовлетворения потребностей населения. Коэффициент укомплектованности штатных врачебных должностей учреждения составляет в целом 99,68 %. В больнице не занято полтора штатных врачебных должности. Недостаточен уровень укомплектованности больницы младшим медицинским персоналом — 99,9 %.

Кроме всего вышесказанного, в УЗ «Гомельская областная клиническая больница» имеется значительная недоукомплектованность всех категорий персонала: в 2006 г. врачебного персонала — на 30,49 %; среднего медицинского персонала — на 20,93 %; младшего медицинского персонала — на 26,06 %; в 2007 г. врачебного персонала — на 27,92 %; среднего медицинского персонала — на 21,42 %; младшего медицинского персонала — на 27,43 %; в 2008 г. врачебного персонала — на 32,23 %; среднего медицинского персонала — на 22,62 %; младшего медицинского персонала — на 26,63 %; в 2009 г. врачебного персонала — на 32,39 %; среднего медицинского персонала — на 22,36 %; младшего медицинского персонала — на 26,15 %; в 2010 г. врачебного персонала — на 31,55 %; среднего медицинского персонала — на 22,83 %; младшего медицинского персонала — на 26,17 % (рисунок 1).

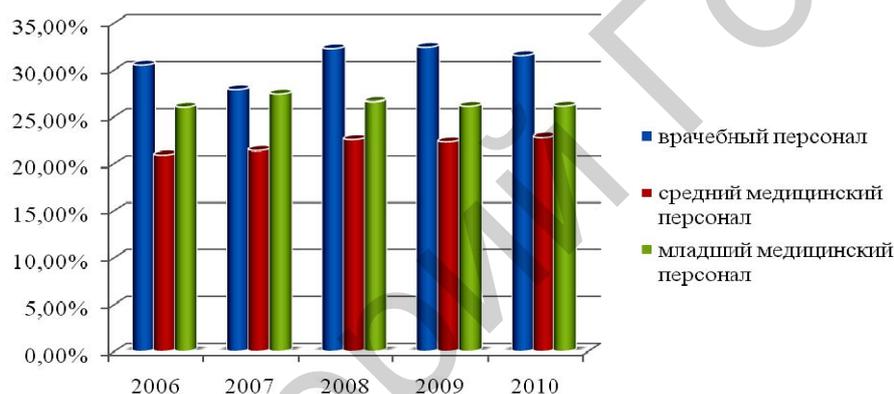


Рисунок 1 — Показатель уровня недоукомплектованности медицинского персонала УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2006–2010 гг.

Сравнивая значения коэффициентов совместительства за период 2006–2010 гг., важно отметить к 2010 г. снижение его значения по категориям врачебного и младшего медицинского персонала. В целом по учреждению в 2006 г. коэффициент совместительства был равен 1,33; в 2007 г. — 1,33; в 2008 г. — 1,36; в 2009 г. — 1,35; в 2010 г. — 1,35. Коэффициент не имеет тенденции к возрастанию, следовательно, нет необходимости разрабатывать мероприятия по укомплектованности учреждения кадрами и закреплению их на соответствующих должностях.

Выводы

Таким образом, анализ штатной укомплектованности и совместительства УЗ «Гомельская областная клиническая больница» специалистами показал, что количество фактически занятых должностей в 2010 г. не соответствовало тому объему медицинских услуг, который необходим для удовлетворения потребностей населения. Штаты по этим категориям укомплектованы за счет совместительства должностей, что нежелательно, так как это может привести к перегрузке работающего медицинского персонала и, как следствие, к снижению качества медицинского обслуживания населения.

Низкий уровень укомплектованности и существующая система организации труда предполагают повышение уровня совместительства, а также повышение интенсивности и напряженности труда в целях выполнения больницей своих функций в полном объеме.

Делая вывод об обеспеченности больницы кадрами, особое внимание хотелось бы обратить на то, что низкий уровень укомплектованности штатов ведет к перегрузке специалистов всех категорий персонала, ухудшению качества работы больницы, а, следовательно, возникает вопрос о сравнимости величины экономии, полученной за счет недоукомплектации штатов, и величины убытков, понесенных бюджетом в результате снижения качества стационарного лечения населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, Е. Н. Анализ хозяйственной деятельности в бюджетных и научных учреждениях: учебник / Е. Н. Данилов, В. Е. Абарникова, Л. К. Шипиков. — Мн.: Интерпрессервис, Экоперспектива, 2003. — 336 с.
2. Панков, Д. А. Анализ хозяйственной деятельности бюджетных организаций: учеб. пособие / Д. А. Панков. — М.: Новое знание, 2007. — 632 с.
3. Экономика и управление здравоохранением: учебник / Л. Ю. Трушкина [и др.]; под ред. Л. М. Демьянова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Феникс, 2007. — 376 с.

УДК 616-072.1-07

ИННОВАЦИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ. КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Павловский О. П., Семенов С. А., Загоровский И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. М. Голуб

**Учреждение образования
Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь**

Цель исследования

Провести анализ современных эндоскопических методов диагностики и лечения; изучить состояние и работу эндоскопической службы Республики Беларусь; предложить концепцию развития эндоскопической службы.

Материалы и методы исследования

Представлен перечень современных путей развития эндоскопии. Проведен анализ работы эндоскопической службы (ЭС) Республики Беларусь (РБ) на основании материалов главных внештатных специалистов по эндоскопии управлений здравоохранения облисполкомов и комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

Результаты исследований

Применение новых технологий в эндоскопической технике позволяет выполнять многие сложные оперативные вмешательства, ранее традиционно относящиеся к ургентной хирургии.

В связи с ростом количества хронических неинфекционных заболеваний, онкопатологии, увеличением смертности при болезнях органов пищеварения, необходимость и востребованность диагностических, лечебных и оперативных эндоскопических медицинских вмешательств в РБ увеличивается.

Возможности современной эндоскопии позволяют проводить раннюю диагностику онкопатологии в стадии «*cancer in situ*», что способствует развитию органосберегающих и малоинвазивных вмешательств.

Можно выделить следующие направления в современной эндоскопии:

- улучшение качества изображения;
- зoom-эндоскопия;
- осмотр в спектре света;
- конфокальная лазерная эндомикроскопия;
- автофлюоресцентная эндоскопия;