

ганов грудной клетки, морфологическое исследование биоптатов легких. Определяли показатели сывороточных сурфактантных белков А (SPA), D (SPD) методом иммуноферментного твердофазного анализа (ELISA). Статистический анализ: программа StatisticaAdvanced (SPSS Statistic версии 21.0). **Результаты и их обсуждение.** Среди 1150 обследованных лиц частота ИБА составила 7,9%; С 5,1%, ИЛФ 2,7%. У всех пациентов с ИБА и рентгенологическими признаками (РП) активности альвеолита («матовое стекло») отмечали достоверное повышение SP-A по сравнению с контролем ( $215,7 \pm 72,8$  нг/мл против  $49,2 \pm 23,5$  нг/мл,  $p < 0,0001$ ). Увеличение SP-A было достоверно больше в группе ИЛФ  $232,3 \pm 68,7$  по сравнению с группой саркоидоза —  $199,0 \pm 76,8$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). У всех пациентов с ИБА и РП легочного фиброза (ЛФ), площадью 25–55%, отмечали достоверное повышение SP-D по сравнению с контролем ( $198,9 \pm 62,8$  нг/мл против  $70,7 \pm 27,2$  нг/мл,  $p < 0,0001$ ). Степень повышения SP-D в группах ИЛФ и саркоидоза не имела статистической разницы ( $203,9 \pm 71,7$  нг/мл против  $193,9 \pm 53,8$  нг/мл ( $p > 0,05$ )). Максимальные показатели SP-D отмечены при феномене «сотового легкого» только при ИЛФ ( $r = 0,9$ ;  $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ показал прямые связи между повышением SP-A, SP-D и ДН, снижением сатурации кислорода у больных ИЛФ на стадиях активного альвеолита ( $r = 0,7$ ,  $p < 0,05$ ), выраженного ЛФ ( $r = 0,9$ ,  $p < 0,05$ ). Отмечена связь между повышением SP-D и снижением ДСА ( $r = 0,8$ ,  $p < 0,05$ ). **Выводы:** 1. Частота диагностики ИБА у лиц, работающих в оптимальных и допустимых условиях труда, составляет 7,9% с преобладанием саркоидоза (5,1%) по сравнению с ИЛФ (2,7%). 2. Сывороточные показатели сурфактантных протеинов SP-A и SP-D отражают последовательные стадии течения ИБА: альвеолита с наличием феномена «матового стекла» (SP-A,  $r = 0,8$ ,  $p < 0,05$ ) и ЛФ, занимающего минимум 25% легочной ткани (SP-D,  $r = 0,9$ ,  $p < 0,05$ ).

УДК 613.6.027

### САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ РАБОТНИКОВ (НА ПРИМЕРЕ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ)

Лебедева-Несевря Н.А.<sup>1</sup>, Дуленцова М.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», ул. Монастырская, 82, Пермь, Россия, 614045; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», ул. Букирева, 15, Пермь, Россия, 614990

SELF-EVALUATION OF HEALTH STATUS IN DIFFERENT GROUPS OF WORKERS (EXEMPLIFIED BY OIL ENTERPRISE).

Lebedeva-Nesevrya N.A.<sup>1</sup>, Dulentsova M.L.<sup>2</sup> <sup>1</sup>Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies, 82, Monastyrskaya str., Perm, Russia, 614045; <sup>2</sup>Perm State National Research University, 15, Bukireva str., Perm, Russia, 614990

**Ключевые слова:** самооценка здоровья; работники промышленного предприятия; опрос

**Key words:** self-evaluation of health; industrial workers; poll

**Введение.** Удельный вес работников, занятых во вредных и/или опасных условиях труда в России на конец 2016 г., по данным Росстата, составил 38,5% от общей численности работников. Производственные факторы вносят значимый вклад в формирование здоровья данной социально-профессиональной группы. Осознание влияния данных факторов работниками, понимание особенностей состояния своего здоровья должно приводить к заниженным самооценкам здоровья производственным персоналом предприятия. Проверка данной гипотезы составляла цель исследования. **Материалы исследования и результаты.** Специалистами ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» в 2015–2016 гг. было проведено социологическое исследование на нефтедобывающем предприятии Пермского края (метод — раздаточное анкетирование на рабочем месте,  $n = 561$ ). Было отобрано две группы — производственный персонал, занятый во вредных условиях труда ( $n = 416$ ), и непроизводственный персонал (работники аппарата управления) ( $n = 145$ ). Группы выравнились по полу и возрасту. Самооценка здоровья исследовалась на основе ответа на вопрос: «Как бы вы оценили состояние своего здоровья?» (порядковая шкала от 4 «здоровье очень хорошее» до 1 «здоровье очень плохое»). По результатам анализа данных было установлено, что производственный персонал в целом оценивает свое здоровье также как непроизводственный — в первой группе свое здоровье назвали «очень хорошим» 12% опрошенных, «хорошим» — 77,1%, а во второй группе данные варианты ответы выбрали 8,9% и 76,5% работников соответственно. «Скорее плохим» свое здоровье считают 7,7% работников, занятых во вредных условиях труда, и 8,3% административного персонала. Вариант ответа «очень плохое здоровье» выбрали 0,7% производственного и 1,4% непроизводственного персонала; сопоставимы и доли затруднившихся охарактеризовать свое здоровье (2,4% и 4,2%). На основании применения критерия хи-квадрат сделан вывод об отсутствии достоверных различий в самооценке здоровья в группах работников. В целом по выборке наблюдается тяготение к положительным характеристикам здоровья (суммарно варианты ответа «очень хорошее» и «скорее хорошее» здоровье выбрали 91% респондентов, а варианты «скорее плохое» и «очень плохое» — 9%). **Заключение.** Отсутствие достоверных различий в самооценке здоровья производственного и непроизводственного персонала предприятия актуализирует вопрос о факторах, формирующих самооценку здоровья.

УДК 616.31–083

### КОУЧИНГ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Леонтьева Е.Ю., Быковская Т.Ю., Киреев В.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, пер. Нахичеванский, 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344022