

- cognitive deficits. Proc Natl Acad Sci U S A. 2004; 101 (14): 5117-5122.
15. Du J, Li XH, Li YJ. Glutamate in peripheral organs: biology and pharmacology. Eur J Pharmacol. 2016; 784: 42–48.
 16. Ferrario M, Cambiaghi A, Brunelli L et al. Mortality prediction in patients with severe septic shock: a pilot study using a target metabolomics approach. Sci Rep. 2016; 6: 20391.
 17. Marx G, Reinhart K. Venous oximetry. Curr Opin Crit Care. 2006; 12 (3): 263-268.
 18. Kulabukhov VV. Sistema transporta kisloroda u bol'nykh v kriticheskikh sostoyaniyakh (predposylki k prognozirovaniyu iskhoda bolezni): dissertaciya [Oxygen transport system in critical patients (prerequisites for predicting outcomes of the disease): dissertation]. Moskva [Moscow]. 2006; 287 p.
 19. al-Bekairi AM. Effect of hypoxia and/or cold stress on plasma and brain amino acids in rat. Res. Commun Chem Pathol Pharmacol. 1989; 64 (2): 287-297.
 20. Tholey G, Copin JC, Ledig M. Hypoxia induced metabolism dysfunction of rat astrocytes in primary cell cultures. Neurochem Res. 1991; 16 (4): 423-428.
 21. Wagenmakers AJ. Amino acid metabolism, muscular fatigue and muscle wasting. Speculations on adaptations at high altitude. Int J Sports Med. 1992; 13 (1): 110-113.
 22. Kobayashi S, Millhorn DE. Hypoxia regulates glutamate metabolism and membrane transport in rat PC12 cells. J Neurochem. 2001; 76 (6): 1935-1948.
 23. Wang YP, Guo CJ, Yang JJ et al. Effects of acute hypoxia on plasma metabolome in mice. Zhongguo Ying Yong Sheng Li Xue Za Zhi. 2009; 25 (2): 177-180.
 24. Koundal S, Gandhi S, Kaur T et al. Neurometabolic and structural alterations in rat brain due to acute hypobaric hypoxia: in vivo 1H MRS at 7T. NMR Biomed. 2014; 27 (3): 341-347.
 25. Ding W, Yu P, Liu W et al. Buyang Huanwu decoction increases the expression of glutamate transporter-1 and glutamate synthetase in association with PACAP-38 following focal ischemia. Biomed Rep. 2015; 3 (5): 651-656.
 26. Swamy M, Salleh MJ, Sirajudeen KN et al. Nitric oxide (no), citrulline — no cycle enzymes, glutamine synthetase and oxidative stress in anoxia (hypobaric hypoxia) and reperfusion in rat brain. Int J Med Sci. 2010; 7 (3): 147-154.
 27. Soeters PB, Grecu I. Have we enough glutamine and how does it work? A clinician's view. Ann Nutr Metab. 2012; 60 (1): 17-26.
 28. Poeze M, Luijing YC, Breedveld P et al. Decreased plasma glutamate in early phases of septic shock with acute liver dysfunction is an independent predictor of survival. Clin Nutr. 2008; 27 (4): 523-530.
 29. Stobart JL, Anderson CM. Multifunctional role of astrocytes as gatekeepers of neuronal energy supply. Front Cell Neurosci. 2013; 7: 38.
 30. Burnham EL, Moss M, Ziegler TR. Myopathies in critical illness: characterization and nutritional aspects. J Nutr. 2005; 135 (7): 1818-1823.
 31. Dao DN, Ahdab-Barmada M, Schor NF. Cerebellar glutamine synthetase in children after hypoxia or ischemia. Stroke. 1991; 22 (10): 1312-1316.
 32. Aleksandrova EV. Sindromy disfunktsii neyromediatornykh sistem v protsesse vosstanovleniya soznaniya posle tyazhely cherepno-mozgovoy travmy: dissertaciya [Syndromes of neurotransmitter systems dysfunction in the process of recovery of consciousness after severe craniocerebral injury: dissertation]. Moskva [Moscow]. 2013; 207 p.
 33. Obrenovitch TP, Urenjak J, Zilkha E. Effects of increased extracellular glutamate levels on the local field potential in the brain of anaesthetized rats. Br J Pharmacol. 1997; 122 (2): 372-378.
 34. Obrenovitch TP, Urenjak J. Altered glutamatergic transmission in neurological disorders: from high extracellular glutamate to excessive synaptic efficacy. Prog Neurobiol. 1997; 51 (1): 39-87.
 35. Obrenovitch TP, Urenjak J, Zilkha E et al. Excitotoxicity in neurological disorders—the glutamate paradox. Int J Dev Neurosci. 2000. 18 (2-3): 281-287.
 36. Schober A, Warenits AM, Testori C et al. Microdialysis Assessment of Cerebral Perfusion during Cardiac Arrest, Extracorporeal Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation in Rats — A Pilot Trial. PLoS One. 2016; 11 (5): 0155303.
 37. Vestergaard MB, Lindberg U, Achmann-Andersen NJ et al. Acute hypoxia increases the cerebral metabolic rate — a magnetic resonance imaging study. J Cereb Blood Flow Metab. 2016; 36 (6): 1046-1058.
 38. Adeleye A, Shohami E, Nachman D et al. D-cycloserine improves functional outcome after traumatic brain injury with wide therapeutic window. Eur J Pharmacol. 2010; 629, (1-3): 25-30.
 39. Ostapchenko DA, Vlasenko AV, Rylova AV. Kislordnyy balans u bol'nykh s sepsisom i poliorgannoy nedostatochnost'yu [Oxygen Balance in Patients with Sepsis and Multiple Organ Dysfunction]. Obshchaya reanimatologiya [General Reanimatology]. 2007; 3 (2): 52-56.

© Л.И. Каткова, С.В. Михальченко, 2016

УДК 616-036.88-053.3(470.43)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(5).25-29

РОЛЬ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СНИЖЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

КАТКОВА ЛЮДМИЛА ИВАНОВНА, докт. мед. наук, ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 443099, Самара, ул. Чапаевская, 89, тел. +7 (846) 332-16-34, e-mail: info@samsmu.ru

МИХАЛЬЧЕНКО СВЕТЛАНА ВАСИЛЬЕВНА, докт. мед. наук, главный консультант Управления организации медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения Самарской области, Россия, 443010, Самара, ул. Ленинская, 73, тел. +7 (846) 332-95-32

Реферат. Цель — оценить значимость основных медико-организационных технологий в учреждениях родовспоможения и детства, направленных на снижение младенческой смертности. **Материал и методы.** Проведен анализ показателей младенческой смертности в Самарской области за период 2012—2015 гг. При проведении анализа показателей были использованы данные Росстата Российской Федерации и Самарской области. **Результаты и их обсуждение.** Отмечена эффективность внедрения трехуровневой системы оказания пе-

ринатальной помощи женщинам и детям, применения высокотехнологичных видов медицинской помощи при выхаживании недоношенных детей в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, способствующими раннему выявлению заболеваний, оптимальному лечению и реабилитации. Более высокие показатели смертности в сельских районах области и наличие смертности от управляемых причин (инфекционных болезней и болезней органов дыхания) свидетельствуют о необходимости совершенствования медико-организационных технологий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи детям в сельских районах области. **Выводы.** Оценка и внедрение медико-организационных технологий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям, являются одним из главных резервов снижения младенческой смертности в регионе.

Ключевые слова: младенческая смертность, трехуровневая система перинатальной помощи, порядок и стандарты медицинской помощи.

Для ссылки: Каткова, Л.И. Роль медико-организационных технологий в снижении младенческой смертности в Самарской области / Л.И. Каткова, С.В. Михальченко // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 5. — С.25—29.

THE ROLE OF MEDICAL TECHNOLOGIES IN INFANT MORTALITY REDUCTION IN SAMARA REGION

KATKOVA LYUDMILA I., D. Med. Sci., Samara State Medical University, Russia, 443099, Samara, Chapaevskaya str., 89, tel. +7 (846) 332-16-34, e-mail: info@samsmu.ru

MIKHALCHENKO SVETLANA V., D. Med. Sci., Head consultant for the organization of medical care for women and children of the Ministry of Health of Samara region, Russia, 443010, Samara, Lenin str., 73, tel. +7 (846) 332-95-32

Abstract. Aim. Evaluation of the significance of basic medical and organizational technologies in infant mortality reduction in obstetric and pediatric institutions. **Material and methods.** Analysis of infant mortality in Samara region for the period of 2012—2015 was performed. Analyzing performance data of Rosstat of the Russian Federation and of Samara region was used. **Results and discussion.** The efficiency of implementation of the three-level system of perinatal care for women and children, the use of high-tech medical care in nursing of preterm infants in accordance with the procedures and standards of care, contributing to the early detection of disease, optimal treatment and rehabilitation was shown. Higher mortality rates in rural areas of the region and the presence of mortality from controllable causes (infectious diseases and respiratory diseases) indicate the need to improve the health management aiming to reach availability and proper quality of care. **Conclusion.** Evaluation and implementation of medical and organizational technologies aiming to improve the availability and quality of health care for women and children is one of the main reserves in infant mortality reduction in the region.

Key words: infant mortality rate, three-level system of perinatal care, order and standards of care.

For reference: Katkova LI, Mihalchenko SV. The role of medical technologies in infant mortality reduction in Samara region. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (5): 25—29.

В условиях социально-экономического и демографического неблагополучия сохранение каждой спасенной жизни является важной задачей здравоохранения. Несмотря на достижения последних лет в области перинатологии, неонатологии, детской хирургии и педиатрии в целом, показатель младенческой смертности в России значительно выше, чем в большинстве стран Европы.

Снижение младенческой смертности является задачей тысячелетия, провозглашенной странами большой восьмерки (Саммит G8, Хантсвилл, Канада, 2010).

В соответствии с глобальной стратегией тысячелетия Российская Федерация (РФ) в 2012 г. осуществила переход на критерии Всемирной организации здравоохранения по регистрации детей с массой тела при рождении от 500 г и сроком гестации от 22 нед. Это привело к повышению младенческой смертности в 2012 г. как в Российской Федерации до 8,5‰, так и в Самарской области до 7,0‰.

Но уже в 2015 г. младенческая смертность в РФ снизилась до 6,5‰, в регионе — до 5,6‰ (табл. 1). При этом в городских округах Самарской области младенческая смертность снизилась до 5,0‰, в сельских районах — только до 7,6‰. Положительная динамика показателей младенческой

смертности обусловлена в том числе достижениями по выхаживанию глубоко недоношенных детей с экстремально низкой и низкой массой тела при рождении [1]. В 2014—2015 г. в регионе зарегистрированы более низкие по сравнению с российскими показатели ранней неонатальной (3,2 и 2,3‰) и неонатальной смертности (4,4 и 3,5‰), что свидетельствует об эффективности оказания медицинской помощи новорожденным детям (табл. 2).

Таблица 1

Показатели младенческой и перинатальной смертности в Самарской области за период 2012—2015 гг.

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Младенческая смертность (на 1 000 родившихся живыми)	7,0	7,1	6,5	5,6
Ранняя неонатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми)	2,8	3,5	3,2	2,3
Неонатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми)	4,5	4,7	4,4	3,5
Постнеонатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми)	2,5	2,4	2,1	2,1

Таблица 2

**Причины младенческой смертности
в Самарской области в 2015 г.**

Причины смерти	На 10 000 родившихся живыми	%
Болезни перинатального периода	34,0	60,8
Врожденные аномалии развития	11,6	20,7
Инфекционные болезни	1,5	2,6
Болезни органов дыхания	1,2	2,2
Внешние причины	1,2	2,2
Прочие	6,4	11,5

На *рисунке* представлена многолетняя динамика младенческой смертности в Самарской области по сравнению с показателями в Приволжском федеральном округе (ПФО) и РФ.

Реализация в 2011—2012 гг. мероприятий региональной программы модернизации, направленных на развитие инфраструктуры службы родовспоможения и создание трехуровневой системы перинатальной помощи, позволила оптимизировать распределение потоков пациентов.

Областной перинатальный центр (III уровень) на функциональной основе работает на базе ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина» (далее СОКБ им. В.Д. Середавина), в г. Тольятти межрайонный перинатальный центр III уровня функционирует на базе ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская клиническая больница № 5». Кроме того, в регионе имеется 4 межрайонных перинатальных центра II уровня, которые принимают женщин из группы среднего риска. Все перинатальные центры работают по принципу «на себя».

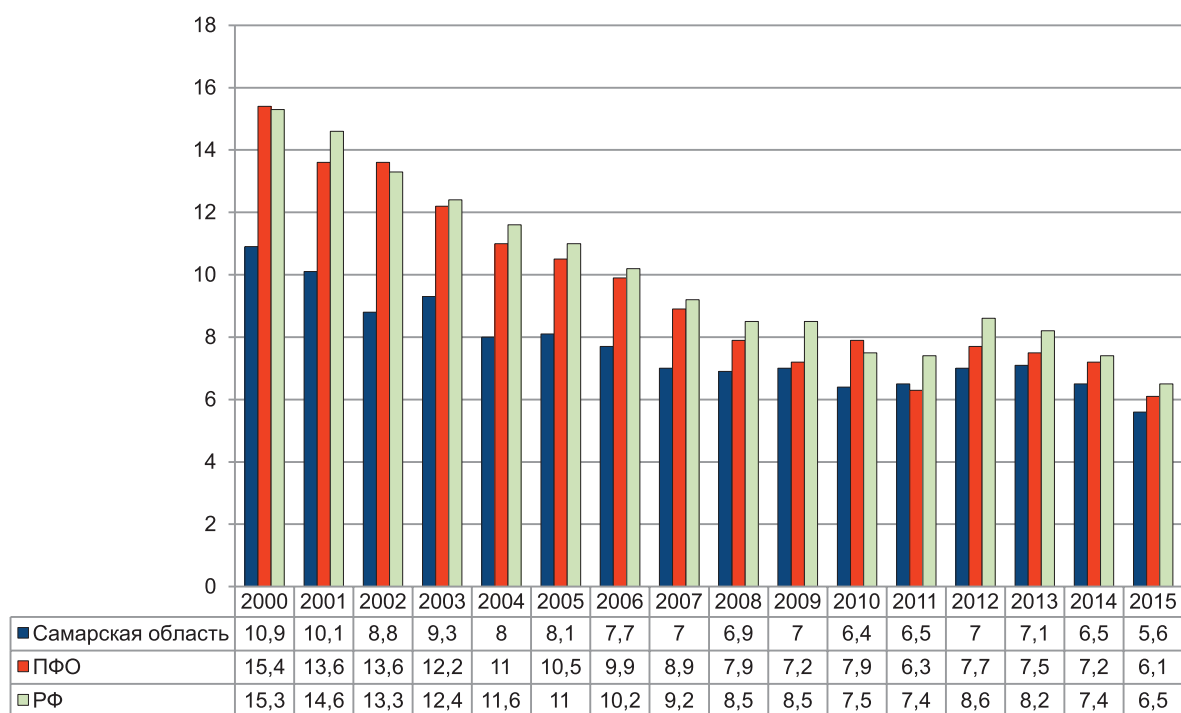
Маршрутизация пациентов направлена на снижение количества принимаемых преждевре-

менных родов в учреждениях I уровня и повышение в учреждениях III уровня, где созданы все условия для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным детям.

В рамках Государственной программы Самарской области «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014—2018 гг. с целью повышения доступности перинатальной помощи на территории областного перинатального центра завершено строительство отдельно стоящего здания на 130 коек, что позволяет улучшить обеспеченность койками реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей до 3,0 на 1 000 новорожденных детей.

Внедрение в полном объеме порядка оказания медицинской помощи матерям и детям позволило повысить эффективность реанимационной помощи новорожденным детям благодаря использованию высокотехнологичных видов лечения [введение сурфактанта, профилактика ретинопатий недоношенных, проведение респираторной поддержки с использованием CPAP (Constant Positive Airway Pressure) и высокочастотных аппаратов искусственной вентиляции] [2, 3].

Для обеспечения должного качества и преемственности медицинской помощи, оптимального распределения потоков пациентов в области отработана трехуровневая схема маршрутизации: первичный уровень — межмуниципальный — региональный. Это позволяет концентрировать материальные и кадровые ресурсы в педиатрии, использовать в лечении детей современные медицинские технологии и единые стандарты, облегчает управляемость стационарной помощью



Динамика младенческой смертности в Самарской области за период 2000—2015 гг.

[4]. Система непрерывного профессионального образования неонатологов и врачей-педиатров включает совершенствование практических навыков в симуляционном центре Самарского государственного медицинского университета.

Особый акцент сделан на оснащение педиатрических отделений межмуниципальных медицинских центров. Однако вся специализированная помощь сосредоточена в областных учреждениях: ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», в городских детских больницах Самары и Тольятти.

Для дистанционного наблюдения за тяжелобольными детьми, их подготовки к транспортировке на этап оказания специализированной медицинской помощи на базе областного перинатального центра работает реанимационный консультативный центр. В 2015 г. педиатрические бригады реаниматологов сделали 742 выезда в лечебно-профилактические учреждения Самарской области, из них 463 — к новорожденным детям.

Существенное значение для снижения детской смертности от врожденных пороков развития имеют проводимый в регионе мониторинг врожденных пороков развития в популяции, систематический перинатальный аудит случаев рождения детей с аномалиями развития, обучение врачей по совершенствованию ультразвуковой диагностики плода. В ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» ежегодно выполняется не менее 300 операций детям с врожденными пороками сердечно-сосудистой системы, из них каждая вторая операция выполняется детям в возрасте до одного года, не менее 30 — в периоде новорожденности.

На базе многопрофильной детской больницы Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская детская клиническая больница № 1 им. Н.Н. Ивановой» апробирована и внедрена «Программа поэтапного прогнозирования реализации внутриутробной инфекции у новорожденного» (патент № 2014662938 от 11.12.2014).

Прогнозирование реализации внутриутробной инфекции (ВУИ) позволяет обеспечить раннюю диагностику ВУИ и проведение этиотропной антибактериальной терапии с дальнейшим контролем ее эффективности каждые 48 ч. При среднем и высоком риске неблагоприятного исхода ВУИ в комплекс лечения, наряду с выполнением протоколов антибактериальной терапии, применяется иммунотерапия. Применение разработанной нами модели прогнозирования и исходов ВУИ в работе многопрофильного детского стационара оказало влияние на снижение больницы летальности в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей с 1,4 до 1,0% в течение 2015 г., в структуре которой 85% приходится на внутриутробные и неонатальные инфекции.

В крупных детских поликлинических отделениях в соответствии с приказом МЗ РФ от 12.04.2012 № 366-н «О порядке оказания педиатрической помощи» открыты отделения для оказания неотложной помощи, что привело к снижению смертности на дому с 12,4 до 9,8%.

Министерство здравоохранения Самарской области осуществляет ежемесячный мониторинг за состоянием младенческой смертности с помощью автоматизированной информационной системы, проводит анализ причин и возрастной структуры младенческой смертности, места наступления смерти для принятия решений по управлению качеством медицинской помощи.

Для дальнейшего снижения смертности от управляемых причин (болезней органов дыхания, инфекционных заболеваний) необходимо эффективное взаимодействие педиатров и сотрудников службы семьи по работе с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации [2], поскольку 90% случаев младенческой смертности от управляемых причин связаны с поздним обращением за медицинской помощью. Данное направление деятельности учреждений здравоохранения Самарской области реализуется в соответствии с утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 Национальной стратегией действий в интересах детей на 2012—2017 гг., а также утвержденной постановлением Правительства Самарской области от 14.11.2014 № 692 региональной стратегией.

Выводы. Внедряемые в Самарской области медико-организационные технологии при оказании медицинской помощи женщинам и детям привели к снижению младенческой смертности до 5,6‰ в 2015 г. Вместе с тем более высокие показатели смертности в сельских районах области и наличие смертности от управляемых причин (инфекционных болезней и болезней органов дыхания) свидетельствуют о необходимости совершенствования медико-организационных технологий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи детям в сельских районах области.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Смертность детского населения в России (тенденции, причины и пути снижения) / А.А. Баранов. — М.: Изд-во Союза педиатров России, 2009. — 387 с.
2. Методы оценки и концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения / Р.Н. Терлецкая [и др.]. — М.: Педиатр, 2013. — 89 с.

3. Суханова, Л.П. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска / Л.П. Суханова, М.С. Скляр // Социальные аспекты здоровья населения. — 2007. — № 4. — С.46.
4. Хабриев, Р.У. Оценка технологий здравоохранения / Р.У. Хабриев, Р.И. Ягудина, Н.Г. Правдюк. — М.: Медицинское информационное агентство, 2013. — 404 с.
2. Terleckaja RN et al. Metody ocenki i koncepcija sokrashhenija predotvratimyh poter' zdorov'ja detskogo naselenija [Methods of assessment and the concept of reduce avoidable losses of health of the child population]. Moskva: Pediatr# [Moscow: Pediatr]. 2013; 89 p.
3. Suhanova LP, Skljars MS. Detskaja i perinatal'naja smertnost' v Rossii: tendencii, struktura, faktory riska [Children and perinatal mortality in Russia: trends, structure, risk factors]. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija [Social aspects of public health]. 2007; 4: 46.
4. Habriev RU, Jagudina RI, Pravdjuk NG. Ocenka tehnologij zdavoohranenija [Health technology assessment]. Moskva: Medicinskoe informacionnoe agentstvo [Moscow: Medical Information Agency]. 2013; 404 p.

REFERENCES

1. Baranov AA. Smertnost' detskogo naselenija v Rossii (tendencii, prichiny i puti snizhenija) [Child Mortality in Russia (trends, causes and ways to reduce)]. Moskva: Izdvo Sojuza pediatrov Rossii [Moscow: Publishing House of the Union of pediatricians of Russia]. 2009; 387 p.

© С.А. Осипов, И.Ю. Малышева, З.М. Берхеева, М.В. Трофимова, А.М. Гиниятова, К.Р. Сафина, 2016

УДК 613.62:63(470.41)

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(5).29-34

УСЛОВИЯ ТРУДА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ОСИПОВ СЕРГЕЙ АЛЬБЕРТОВИЧ, канд. мед. наук, первый зам. министра здравоохранения Республики Татарстан, Россия, 420111, Казань, ул. Островского, 11/6, e-mail: minzdrav@tatar.ru

МАЛЫШЕВА ИРИНА ЮРЬЕВНА, начальник Управления лечебной и профилактической помощью Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Россия, 420111, Казань, ул. Островского, 11/6, e-mail: Irina.Malysheva@tatar.ru

БЕРХЕЕВА ЗУХРА МИНДИЯРОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры профилактической медицины ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49, e-mail: kgmu_profprat@mail.ru

ТРОФИМОВА МАРИНА ВИКТОРОВНА, зам. руководителя Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан (Татарстан), Россия, 420111, Казань, ул. Б. Красная, 30, e-mail: trofimova.mv@tatar.ru

ГИНИЯТОВА АЛСУ МУХАММАТОВНА, начальник отдела надзора по гигиене труда, радиационной гигиене и на транспорте Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан (Татарстан), Россия, 420111, Казань, ул. Б. Красная, 30, e-mail: rpn.trud@tatar.ru

САФИНА КАДРИЯ РАВИЛОВНА, зав. Республиканским центром профпатологии Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Россия, 420036, Казань, ул. Лечебная, 7, e-mail: kadriya-safina@mail.ru

Реферат. Цель — изучение динамики и структуры профессиональной заболеваемости работников сельского хозяйства в Республике Татарстан. **Материал и методы.** Исследование выполнено на основе данных регистра Республиканского центра профпатологии Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан (Татарстан). **Результаты и их обсуждение.** На 88% аграрных объектов республики условия труда остаются неблагоприятными и даже опасными для здоровья работающих. Уровни профессиональной заболеваемости у работников сельскохозяйственной отрасли регистрируются стабильно высокими, превышающими соответствующие федеральные показатели. Анализ профессиональной заболеваемости работников сельского хозяйства за последние 15 лет показал, что профессиональные заболевания диагностированы у 224 животноводов и 210 механизаторов. У животноводов регистрировались мышечно-тонический синдром шейного уровня — 130 чел. (58%), полинейропатия верхних конечностей — 121 чел. (54%), другие заболевания периферической нервной системы — 38 чел. (17%). У механизаторов диагностировались вибрационная болезнь — 161 чел. (76,7%), двусторонняя нейросенсорная тугоухость — 151 чел. (71,9%). **Заключение.** Отмечается стойкая тенденция увеличения числа больных с первично выявленными сочетанными профессиональными заболеваниями (два и более), указывающая на их позднюю диагностику, отсутствие периодических медицинских осмотров работников сельского хозяйства. Негативное влияние на этот процесс оказывает низкая социальная защищенность работников с начальными формами профессиональных заболеваний, для которых не предусмотрено профилактическое лечение из средств социального страхования.

Ключевые слова: профессиональная заболеваемость, агропромышленный комплекс.

Для ссылки: Условия труда и профессиональная заболеваемость работников сельского хозяйства Республики Татарстан / С.А. Осипов, И.Ю. Малышева, З.М. Берхеева [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 5. — С.29—34.