

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КУТУМОВА О.Ю., РОССИЕВА Т.В. – 2017
УДК: 614.212:616-084(571.1/.5)

АНАЛИЗ РАБОТЫ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ольга Юрьевна Кутумова, Татьяна Владимировна Россиева
(Красноярский краевой Центр медицинской профилактики, гл. врач – к.м.н., доц. О.Ю. Кутумова)

Резюме. Дана оценка деятельности Центров здоровья в субъектах Сибирского Федерального округа (СФО) на основе анализа статистической формы № 68 за период 2010-2015 гг. Материал статистически обработан. Количество Центров здоровья – 99, в том числе 64 взрослых, что приближается к нормативным значениям. Показана обеспеченность штатными должностями, укомплектованность врачами и средним медперсоналом. Зарегистрирован значимый прирост числа первичных и повторных обращений. В структуре Школ здоровья отмечено снижение доли специализированных. «Прочие» Школы, обеспечивающие диагностику и коррекцию факторов риска, составляют 50%. Уменьшилась нагрузка на оборудование.

Ключевые слова: Центры здоровья, обеспеченность штатными должностями, укомплектованность, комплексная профилактическая услуга, Школы здоровья.

THE ANALYSIS OF WORK OF HEALTH CENTERS OF THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT AND WAYS TO IMPROVE THE EFFICIENCY OF THEIR OPERATIONS

O.Yu. Kutumova, T.V. Rossieva
(Krasnoyarsk regional Centre for medical prevention, Russia)

Summary. The evaluation of activities of health Centers in the regions of the Siberian Federal district (SFD) based on the analysis of statistical form No. 68 for the period 2010-2015, the Material is aggregated. The number of health Centers 99, including 64 adults, which is close to regulatory values. Shows security positions, the staffing level of doctors and middle medical staff. Was a significant increase in the number of primary and repeated requests. In the structure of health Schools noted a decline in the share of specialized. "Other" Schools, providing diagnostics and correction of risk factors is 50%. Reduce the load on the equipment.

Key words: health Centers; security positions; staffing; integrated preventive services; School health.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения социального развития от 10.06.2009 г. №302-н в Российской Федерации (РФ) были созданы новые структурные подразделения медицинской профилактики – Центры здоровья (ЦЗ), а приказом от 19 августа 2009 г. №597-н утверждены учётно-отчётные формы и рекомендуемые штатные нормативы [6,7].

Основными функциями данных подразделений являются: информирование населения о факторах риска развития хронических заболеваний, оценка функциональных и адаптивных резервов организма, динамическое наблюдение за пациентами группы риска, обучение граждан методам профилактики заболеваний, разработка индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни. Развитие данного направления в профилактической медицине крайне актуально в плане достижения реального улучшения здоровья и, соответственно, снижения смертности населения РФ. Об этом свидетельствуют ряд исследований [1,2,8], посвящённых разработке методов, позволяющих повысить эффективность работы ЦЗ. Так, в публикациях отечественных авторов [4,5], дана оценка новым формам работы: например, возможность обследования в одном ЦЗ всей семьи (включая детей), выезд мобильных центров, оснащённых стандартным оборудованием, на предприятия, в сельскую местность и труднодоступные районы. Как результат, отмечено увеличение числа обращений в ЦЗ на 100 000 населения в РФ с 1,8 (2010 г.) до 3,0 раза (2014 г.), а также в СФО с 1,7 (2010 г.) до 3,3 раза (2014 г.). Практически, во всех исследованиях, посвящённых деятельности ЦЗ, придаётся огромное значение работе с каждым человеком [3], обратившимся в ЦЗ, даже при отсутствии у него жалоб на здоровье. Важно нацелить

пациента на повторное посещение ЦЗ, чтобы оценить динамику его состояния и эффект от проводимой терапии [5].

Цель исследования: выявить региональные особенности деятельности ЦЗ субъектов Сибирского Федерального Округа (СФО) и определить наиболее существенные отличия между ними.

Материалы и методы

Для анализа были использованы отчётные формы отраслевого статистического наблюдения № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья» регионов СФО за 2010-2015 гг. Обработка материалов проводилась с помощью профессионального статистического пакета SPSS Statistics 10. Доверительный интервал $\pm 5\%$.

Результаты и обсуждение

На момент исследования в СФО функционировало 99 ЦЗ. Кроме того, в их составе в течение последних 3-4 лет организовано 15 мобильных ЦЗ, для которых в 2012 году было приобретено стандартное оборудование с целью проведения скрининга. Это позволило проводить обследование сельских жителей с выездом на места. Данный показатель существенно ниже рекомендованного Министерством Здравоохранения (1 ЦЗ на 200 тысяч населения) в Республиках Бурятия, Тыва, Хакасия и Томской области. Отмечено превышение данного норматива в областях: Иркутской – 17, Кемеровской – 15, Новосибирской – 14, Омской – 13, в Красноярском крае – 15.

Обеспеченность подразделений штатными должно-

стями врачей (включая руководителей), по-прежнему, не соответствует рекомендуемой министерством норме (0,4 единицы на 10 тыс. жителей), а за анализируемый период в большинстве регионов даже ухудшилась (табл. 1).

Алтайском крае (в 3,7 раза, $p < 0,01$) и Иркутской области (в 2 раза, $p < 0,05$). Соответственно, возросла и нагрузка на врачей. Самая высокая производительность отмечена в ЦЗ Омской области, Республиках Алтай, Бурятия и Тыва, что свидетельствует о востребованности услуги. Количество повторных обращений в Центры здоровья в целом по СФО также значимо ($p < 0,05$) выросло в 1,5 раза. Особенно значимый рост отмечается в Красноярском крае, Иркутской, Кемеровской, Новосибирской областях, Республиках Тыва и Бурятия, что свидетельствует об удовлетворительной организации работы по коррекции факторов риска в этих регионах. В то же время, сократился процент повторных посещений в Томской области, Забайкальском крае и Республике Хакасия.

Основным принципом обследования в ЦЗ является оказание «комплексной профилактической услуги». Следует пояснить, что понятие «комплексная профилактическая услуга» включает объём обследования контингента лиц, обратившихся в ЦЗ, с помощью стандартного оборудования и консультация врача с составлени-

Показатели обеспеченности штатными должностями ЦЗ

Субъект СФО	Обеспеченность штатными должностями (на 10 000 населения)			
	Врачи		Средние медицинские работники	
	2010 г.	2015 г.	2010 г.	2015 г.
Республика Алтай	0,24	0,44	0,19	0,54
Республика Бурятия	0,25	0,28	0,24	0,37
Республика Тыва	0,16	0,10	0,06	0,13
Республика Хакасия	0,19	0,13	0,14	0,14
Алтайский край	0,24	0,27	0,14	0,29
Забайкальский край	0,53	0,23	0,30	0,35
Красноярский край	0,17	0,17	0,16	0,28
Иркутская область	0,24	0,24	0,13	0,25
Кемеровская область	0,18	0,19	0,19	0,23
Новосибирская область	0,19	0,19	0,27	0,36
Омская область	0,39	0,26	0,51	0,53
Томская область	0,33	0,24	0,37	0,39

Наиболее низкой остаётся обеспеченность врачами в Республиках Тыва (0,16) и Хакасия (0,19), а также в Красноярском крае (0,17 единиц на 10 тыс. населения). Лишь в Республике Алтай к 2015 году показатель достиг нормативного уровня – 0,54. Обеспеченность средним медперсоналом, напротив, за это время выросла во всех регионах. Наиболее выраженным зарегистрирован прирост этих показателей за пятилетний период в Республике Алтай (с 0,19 до 0,54 единиц на 10 000 населения), Алтайском (с 0,14 до 0,29) и Красноярском (с 0,16 до 0,28) краях. Как видно из таблицы 1, только в двух регионах – Республике Алтай и Омской области данный показатель превысил 0,5 единиц на 10 000 населения (0,54 и 0,53 единицы, соответственно).

Недостаточная обеспеченность штатными должностями средних медработников отмечается в Республиках Тыва (0,13) и Хакасия (0,14).

Следует отметить, что в большинстве субъектов СФО укомплектованность как врачебными, так и сестринскими кадрами, выросла (табл. 2).

Показатели укомплектованности кадрами ЦЗ в СФО

Субъект СФО	Укомплектованность кадрами ЦЗ (%)			
	Врачи		Средние медицинские работники	
	2010 г.	2015 г.	2010 г.	2015 г.
Республика Алтай	34,0	57,9	79,3	97,8
Республика Бурятия	79,4	77,8	83,7	87,8
Республика Тыва	60,0	66,7	100,0	100,0
Республика Хакасия	54,8	64,3	73,3	96,7
Алтайский край	34,0	46,5	70,3	73,2
Забайкальский край	75,1	93,0	70,7	94,7
Красноярский край	76,8	80,8	73,0	80,9
Иркутская область	78,7	63,9	91,7	63,8
Кемеровская область	75,0	69,7	100,0	91,7
Новосибирская область	60,0	77,4	100,0	78,7
Омская область	78,7	79,8	70,3	92,3
Томская область	64,0	64,1	64,1	75,6

Но, если для среднего медперсонала данный показатель приближается к 100%, за исключением Иркутской, Новосибирской, Томской, областей (соответственно – 63,8, 78,7 и 75,6) и Алтайского края – 73,2, то укомплектованность врачебными кадрами остаётся неудовлетворительной в большинстве регионов СФО. Самые низкие показатели зарегистрированы в Алтайском крае – 46,5, Республике Алтай – 57,9.

За период с 2010 по 2015 г. абсолютное число граждан, впервые обратившихся в ЦЗ, выросло с 358519 до 590329 человек, т.е. в среднем по СФО, увеличилось ($p < 0,05$) в 1,6 раза. Наиболее существенный прирост числа посещений зарегистрирован в Республиках Бурятия (в 4 раза, $p < 0,01$), Алтай (в 3 раза, $p < 0,01$),

Таблица 1

Таблица 3

Охват комплексной услугой лиц, обратившихся в ЦЗСФО

Субъект СФО	2010 год		2015 год	
	абс.	%	абс.	%
Республика Алтай	4244	132,6	14364	107,4
Республика Бурятия	10513	85,0	37913	88,2
Республика Тыва	4302	100,0	3834	100,0
Республика Хакасия	3592	97,0	4408	100,0
Алтайский край	17405	95,1	65011	101,1
Забайкальский край	21305	132,6	36284	97,0
Красноярский край	20750	45,5	30239	71,2
Иркутская область	8914	48,3	25203	76,6
Кемеровская область	20879	69,1	54006	111,2
Новосибирская область	42756	92,6	57261	92,9
Омская область	118106	101,3	137385	104,2
Томская область	14413	91,2	29850	98,3
СФО	287179	87,8	495758	96,4

ем индивидуальной программы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ). За анализируемый период число граждан, получивших комплексную профилактическую услугу с применением стандартного оборудования, значимо увеличилось (в целом по округу в 1,7 раза, $p < 0,05$) с 278179 до 495758 человек.

Как видно из таблицы 3, охват комплексной услугой лиц, обратившихся в ЦЗ СФО, вырос с 87,7% до 96,4%. Число комплексных обследований выросло во всех субъектах СФО, за исключением Республики Тыва. Но, в некоторых регионах (Республика Алтай, областях Кемеровская и Омская), данный показатель (в числе первично обратившихся граждан), превышал 100%, что вероятно, является следствием небрежного ведения статистического учёта. Рассматривая комплексную услугу нельзя не говорить о состоянии оборудования. В отличие от 2010 г., когда все посетители обследовались с применением стандартного диагностического комплекса, но в разной степени применяемости услуги, в 2015 г. нагрузка на оборудование уменьшилась в связи со снижением частоты обследования. Это вызвано с одной стороны, изменениями нормативной базы (рекомендации возраста пациента для проведения ангиологического скрининга, показаний для биоимпедансметрии и пр.), с другой, зависит от износа оборудования, а также утверждённого плана посещений и числа врачей-терапевтов, ведущих приём в ЦЗ того или иного региона.

Одной из главных задач работы ЦЗ является выявление факторов риска и развития хронических не-

инфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди жителей РФ. По предварительной оценке, доля лиц (% от числа обследованных) с факторами риска, выявленных в ходе обследования на оборудовании ЦЗ за пятилетний период, значимо снизилась во всех субъектах СФО. Однако, значительный диапазон разброса показателей (от 0,2% до 74,0%) в различных регионах СФО, не позволяет сделать однозначных выводов. Можно лишь выдвинуть предположение, что это связано с различным возрастом обследуемых лиц или снижением частоты обследований. Поэтому данный вопрос требует дальнейшего тщательного изучения и анализа.

Важным разделом в работе ЦЗ является организация Школ здоровья. За 2015 г. в школах здоровья СФО было обучено 104471 человек или 540,8 на 100 000 жителей. В целом, по всем субъектам СФО отмечен рост числа лиц, прошедших обучение, но лидируют в данной работе два региона: Забайкальский край и Омская область, где охват обучения составил 1744,2 и 1423,2 на 100 000 населения. В структуре Школ здоровья, преобладают (более 50%) «прочие» Школы, которые обеспечивают основное направление деятельности – диагностику и коррекцию факторов риска, обусловленных неправильным образом жизни. При этом снижается доля специализированных Школ, в том числе, по профилактике гипертонии и сахарного диабета.

Обеспеченность штатными должностями врачей и укомплектованность ими во всех регионах СФО недостаточная, тогда как показатели по среднему медперсоналу приближаются к 100%. Анализ охвата комплексной услугой лиц, первично обратившихся в ЦЗ, показал, что абсолютное число комплексных обследований выросло во всех субъектах СФО, за исключением Республики Тыва. Однако в некоторых регионах (Республика Алтай, области Кемеровская и Омская), доля комплексных обследований в числе первично обратившихся граждан превышала 100%, чего не должно быть. Это свидетельствует о дефектах в организации работы ЦЗ, когда комплексная услуга проводится в течение года дважды, даже тем лицам, которые пришли повторно для коррекции факторов риска. Люди направляются в ЦЗ после диспансеризации. Им проводится комплексное исследование, так как это первичное обращение и, как следствие, происходит частичное дублирование скрининга. Показатели доли лиц с факторами риска, выявленных в ходе обследования на оборудовании ЦЗ, значительно расходятся, что может зависеть от возраста контингента обследуемых лиц в каждом регионе. В противном случае, нельзя объяснить такие значительные расхождения.

Относительно Школ здоровья, положительным моментом является регистрация их роста во всех субъек-

тах СФО за анализируемый период. Следует стремиться к увеличению доли «прочих» Школ, связанных с профилактикой и коррекцией факторов риска, обусловленных неправильным образом жизни. Специализированные Школы здоровья, в том числе по профилактике гипертонии, сахарного диабета, бронхиальной астмы, следует проводить совместно с отделениями медицинской профилактики. Выявление причин возникновения заболеваний и факторов риска, к ним приводящих, могли бы взять на себя ЦЗ, а методы диагностики и лечение – отделения профилактики.

Таким образом, проведенный анализ деятельности ЦЗ субъектов СФО за период 2010-2015 г. показал, что в работе данных подразделений обозначились существенные проблемы, которые необходимо решать. Несмотря на количество ЦЗ, приближающееся к нормативным значениям, практически во всех субъектах СФО, обеспеченность в них штатными должностями врачей (включая руководителей), по-прежнему, не соответствует рекомендуемой Минздравом РФ норме в 0,4 единиц на 10 тыс. жителей и даже ухудшилась за анализируемый период в большинстве регионов. Напротив, отмечен рост обеспеченности средним медперсоналом. Несмотря на то, что абсолютное количество граждан, обратившихся в ЦЗ, выросло в 1,6 раза, чтобы разгрузить поликлиники от вала пациентов, пришедших на диспансеризацию, на их базе вполне возможно проводить скрининговый этап для людей, не имеющих жалоб.

С целью повышения эффективности работы ЦЗ в СФО, необходимо:

1. Привести обеспеченность ЦЗ штатными должностями врачей и укомплектованность кадрами к нормативным значениям;
2. Обновить медицинское оборудование с учётом его износа;
3. В Школах здоровья расширить объём тематических занятий, посвящённых факторам риска и ранним признакам развития ХНИЗ, с контролем посещаемости и качества проводимых занятий.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

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

Работа поступила в редакцию: 18.12.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева М.В., Щеглова Л.В. Роль центров здоровья в выявлении вредных для здоровья факторов риска и формировании здорового образа жизни // Медицинский академический журнал. – 2011. – Т. 11. №4. – С.103-109.
2. Кривонос О.В., Погосова Н.В., Юферева Ю.М. и др. Оказание помощи взрослому населению в центрах здоровья: Методические рекомендации. – М., 2012.
3. Пищита А.Н., Дартау Л.А. Организация деятельности центров здоровья по управлению здоровьем человека // Фарматека. – 2010. – №12. – С.101-105.
4. Погосова Н.В., Вергазова Э.К., Акушева А.К. и др. Центры здоровья: достигнутые результаты и перспективы // Профилактическая медицина. – 2014. – Т. 17. №4. – С.16-24.
5. Погосова Н.В., Вергазова Э.К., Акушева А.К. и др. Центры здоровья: достигнутые результаты и перспективы (продолжение) // Профилактическая медицина. – 2015. – Т.

18. №5. – С.34-42.

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 10.06.2009 № 302н «О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. №413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счёт ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

7. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

8. Чечельницкая С.М., Михеева А.А. Опыт работы центра содействия здоровью // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – №5. – С.30-35.

REFERENCES

1. Avdeeva M.V., Shcheglova L.V. Role of the centers of health in detection of unhealthy risk factors and formation of a healthy lifestyle // *Meditsinskiy akademicheskiy zhurnal*. – 2011. – Vol. 11. №4. – P.103-109. (in Russian)
2. Krivonos O.V., Pogosova N.V., Yufereva Yu.M., et al. Assistance to adults at health centres: Methodical recommendations. – Moscow, 2012. (in Russian)
3. Pishchita A.N., Dartau L.A. Organization of activity of the centers of health for management of health of the person // *Farmateka*. – 2010. – №12. – P.101-105. (in Russian)
4. Pogosova N.V., Vergazova E.K., Akusheva A.K., et al. Health centers: achievements and prospects // *Profilakticheskaya meditsina*. – 2014. – Vol. 17. №4. – P.16-24. (in Russian)
5. Pogosova N.V., Vergazova E.K., Akusheva A.K., et al. Centers of health: the achieved results and prospects (continuation) // *Profilakticheskaya meditsina*. – 2015. – Vol. 18. №5. – P.34-42. (in Russian)
6. The order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation from 6/10/2009 No. 302n “About measures for implementation of the Resolution of the Government of the Russian Federation of May 18, 2009 No. 413 “About financial security in 2009 due to allocations of the federal budget of the actions directed to formation of a healthy lifestyle at citizens of the Russian Federation including reduction of consumption of alcohol and tobacco” (in Russian)
7. The order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation (Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation) of August 19, 2009 No. 597n Moscow “About the organization of activity of the centers of health for formation of a healthy lifestyle at citizens of the Russian Federation, including reduction of consumption of alcohol and tobacco” (in Russian)
8. *Chechel'nitskaya S.M., Mikheeva A.A.* Experience of the center of assistance to health // *Problemy sotsial'noy gigieny, zdравookhraneniya i istorii meditsiny*. – 2008. – №5. – P.30-35. (in Russian)

Информация об авторах:

Кутумова О.Ю. – к.м.н., доцент, главный врач Красноярского краевого Центра медицинской профилактики, e-mail: krascmp@yandex.ru; Россиева Т.В. – к.м.н., врач-методист Красноярского краевого Центра медицинской профилактики, e-mail: rossievatv@gmail.com

Information About the Authors:

Kutumova O.Yu. – MD, PhD (Medicine), associate Professor; chief physician of the Krasnoyarsk regional Center of medical prevention, e-mail: krascmp@yandex.ru; Rossieva T.V. – MD, PhD (Medicine), the doctor-methodologist of the Krasnoyarsk regional Center of medical prevention, e-mail: rossievatv@gmail.com

© ЧОБАНОВ Р.Э., БАДАЛОВА А.О. – 2017
УДК 911.3:301(470.3)

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРУРБАНИЗАЦИИ

Рафик Энвер оглы Чобанов, Айнуур Огтай кызы Бадалова

(Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан, ректор – д.м.н., проф. Г.Ч. Герайбейли, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения, зав. – Р.Э. Чобанов)

Резюме. Изучено влияние процессов гиперурбанизации на формирование причин, способствующих распространению эмоционального стресса (ЭС) среди городских жителей, и их оценка. Работу провели на базах 3 поликлиник г. Баку (пациенты), 3 школах и 4 детских садах (родители), 12 торговых объектах и офисах (работники). Использовали опросники Reeder и SF-36, адаптированных к местным условиям. Анализировали 1787 анкет к амбулаторных карт. Фиксированную группу из 857 жителей наблюдали в течение 4-7 месяцев. Слабый уровень ЭС выявлен у 29,3±1,1% жителей, средний уровень у 51,3±1,2% (p<0,001), сильный уровень у 19,4±0,9% (p<0,001). Выделены 16 «семейных» и 12 «служебных» стрессоров, играющих основную роль в формировании ЭС. При сильном уровне ЭС одновременно на организм воздействуют в среднем 5,47±0,32 и 5,12±0,31 единиц отмеченных стрессоров. Эффективность обучения жителей мерам копинга ЭС и их реализация в течение 4-7 месяцев составляет 45,9±2,1%. Таким образом, организационно-информационная работа среди врачей по соответствующей помощи населению относительно ЭС и распространению и обучению городских жителей мерам копинга ЭС позволяет устранять воздействие на организм стрессоров.

Ключевые слова: гиперурбанизация; городские жители; эмоциональный стресс; стрессоры; копинг; Азербайджан; Баку.

IDENTIFICATION AND ASSESSMENT OF THE REASONS FOR THE FORMATION OF EMOTIONAL STRESS AMONG THE URBAN POPULATION IN TERMS OF HYPERURBANIZATION

R.E. Chobanov, O.A. Badalova

(Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan)

Summary. We studied the effect of hyper urbanization processes in the formation of the reasons contributing to the prevalence of emotional stress (ES) among urban residents and their evaluation. The work was carried out on the base of 3 polyclinics in Baku (patients), 3 schools and 4 kindergartens (parents), 12 retail facilities and offices (employees). A questionnaire Reeder and SF-36, adapted to local conditions were used. 1787 questionnaires and medical charts in hospitals were analyzed. A fixed group of 857 residents were followed for 4-7 months. Results. A low level of ES was detected in 29,3±1,1% of the population, the average level of 51,3±1,2% (p<0,001), a strong level of 19,4±0,9% (p<0,001). 16 “family” and 12 “service” stressors, playing a major role in the formation of ES were defined. In a strong level of ES on average of 5,47±0,32 and of 5,12±0,31 units of marked stressors influence upon the organism. The effectiveness of training residents with the measures of coping ES and their implementation for 4-7 months is 45,9±2,1 percent. Conclusion. Organizational and informational work among physicians on the appropriate assistance to the population concerning ES, spreading measures of coping and training urban residents how to cope ES allows to eliminate effects of stressors on the organism.