

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

«Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова»



Кафедра общественного здоровья, экономики и управления
здравоохранением

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Материалы VI Всероссийской с международным участием
заочной научно-практической конференции

Часть II

Санкт-Петербург
2019

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: электронный сборник материалов VI Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции/ под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – Ч.2 – СПб., 2019. – 421 с.

В конференции приняли участие сотрудники следующих высших медицинских учебных заведений и медицинских организаций: ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург;; Поликлиника (со стационаром) ФГКУ «1469 ВМКГ» Минобороны России гб. Ура Мурманской области; Алтайский государственный университет, г. Барнаул; АПОУ РА «Майминский сельскохозяйственный техникум», с. Майма, Республика Алтай; БелМАПО, Минск; Белорусский государственный медицинский университет, Минск, РБ; Белорусский государственный университет физической культуры, г. Минск, РБ; Белорусский государственный университет, г. Минск; Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, г. Витебск, РБ; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург; ГБОУ лицей №179, Санкт-Петербург; ГБОУ лицей № 150 Санкт-Петербург; Государственное автономное учреждение культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма» (ГАУК «МОСГОРТУР»), Москва; ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства Здравоохранения Украины», г. Днепр, Украина; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», г. Минск, РБ; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, РБ; ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», г. Минск; ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, РБ; ГОУ ВПО «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко», г. Тирасполь, Молдова; ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, РБ; Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия; ЗВО «Донбасский государственный педагогический университет», г. Славянск; Институт медицинского образования НовГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород; Казанский национальный исследовательский технологический университет (КНИТУ), г. Казань, Республика Татарстан; Казанский национальный исследовательский технологический университет (КХТИ), Казань; КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», г. Барнаул; Комитет по социальной защите населения Ленинградской области, Санкт-Петербург; Консультативная поликлиника ЛОКБ; СПбГУ, Медицинский колледж, Санкт-Петербург; Красноярский педагогический университет В.П. Астафьева, Красноярск; КУ «Городская детская клиническая больница №6», Днепр, Украина; Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова, г. Магнитогорск; Национальный исследовательский Мордовский



государственный университет им. Н. П. Огарёва, г. Саранск, Россия; Национальный исследовательский Томский государственный университет, г. Томск; НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург; Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий, Минск, РБ; Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены», г. Минск, РБ; Санкт-Петербургский государственный университет гражданской авиации; Санкт-Петербургский государственный экономический университет; Санкт-Петербургский политехнический университет имени Петра Великого; Санкт-Петербургское государственное бюджетное специальное реабилитационное профессиональное образовательное учреждение - техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр»; Северо-Восточный федеральный университет в г. Мирном, Россия; Северо-Западный институт управления РАНХиГС, Санкт-Петербург; Северо-Кавказский федеральный университет, Ставрополь, Россия; Сибирский государственный университет науки и технологий имени академика М.Ф. Решетнева, Красноярск; СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», Санкт-Петербург; СПбРООИБРС «Опора-М», Санкт-Петербург; УЗ «40-я городская клиническая поликлиника», г. Минск; УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Гродно, РБ; УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, РБ; УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр», г. Гродно, РБ; Университет ИТМО, Санкт-Петербург; УО «Гродненский государственный университет имени Я. Купалы», г. Гродно, РБ; Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург; ФБГУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург», Санкт-Петербург; ФГАОУ ВО «КФУ им. Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь; ФГБОУ «Кемеровский государственный университет», Кемерово; ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет», г. Ижевск; ФГБОУ ВО «УИГА им. Главного маршала авиации Б.П. Бугаева», г. Ульяновск; ФГБОУ ВО «УлГПУ им. И.Н. Ульянова», г. Ульяновск; ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул; Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург; ФКУ «Главное бюро МСЭ по Республике Алтай», Барнаул.



ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	10
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2007-2017 ГОДЫ	12
Нагайченко Ю.И., Пивоварова Г.М.	12
ОКАДАИКОВАЯ КИСЛОТА КАК ТОКСИН, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕТИЧЕСКОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ЯДОМ МОЛЛЮСКОВ.....	21
Нарзикулов Р.А., Костылев И.А., Мукобенов С.А.	21
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТРАВЛЕНИЯ ТАЛЛИЕМ	26
Нарзикулов Р.А., Васенина Е.А., Корниев Д.В.....	26
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	31
Новик И.И., Кратёнок В.Е., Писарик В.М, Хавратович В.М., Белькович Д.В.....	31
ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНОВ — ВАЖНЫЙ ВЕКТОР СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПИТАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	41
Новоселов С.А. ¹ , Кузнецов С.М. ¹ , Лопатин С.А. ²	41
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОРИЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОФИЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ УЧЕНИКОВ ЛИЦЕЯ №179 САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	49
Обуховская А.С.	49
РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ В ПРАКТИКЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	52
Омельченко А.В., Потрикеева О.Л.....	52
ОПЫТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ КРУПНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА С ПОМОЩЬЮ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	57
Павлыш А.В.....	57
СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	65
Панфилов И.Д., Пивоварова Г. М.....	65
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	72
Петух О.В., Калюжин В.Г.	72
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2017 ГОДЫ.....	80
Пивоварова Г.М., Аркунова Д.Е.	80



АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2012-2017 ГГ.....	87
<i>Пивоварова Г.М., Васильев А.С.....</i>	87
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО – ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	96
<i>Пивоварова Г.М., Ермаков Г.О., Свирко К.С.....</i>	96
ИЗУЧЕНИЕ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К МИКРОБИОЛОГИИ В ВУЗАХ САНКТ- ПЕТЕРБУРГА.....	102
<i>¹Пунченко Е.В., ²Бороухина И.О., ²Голец К.О.....</i>	102
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ.....	105
<i>Радченко О.С., Калюжин В.Г.....</i>	105
СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВОГО УРОВНЯ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	112
<i>Ризаханова О.А.¹, Гречушникова М.И.².....</i>	112
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТИ).....	116
<i>Рогова В.А., Горелик М.Л., Шкатов М.М., Бондарева В.С., Гасанова А.В., Самодова И.Л.....</i>	116
ИМПЕРАТИВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	121
<i>Ростовцев В.Н.¹, Терехович Т.И.¹, Снегирь А.В.².....</i>	121
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	128
<i>Рыжая А.М., Морозько П.Н.....</i>	128
УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ.....	134
<i>Савенко М.А., Сокарева Г.В.....</i>	134
ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ.....	138
<i>Савенко М.А., Сокарева Г.В.....</i>	138
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ.....	143
<i>Сакович Л.А., Калюжин В.Г.,.....</i>	143
ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	150
<i>Самсонова Т.В.¹, Самодова И.Л.¹, Мариничева Г.Н.¹, Фартукова С.Р.².....</i>	150

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	154
<i>Самсонова Т.В.¹, Самодова И.Л.¹, Мариничева Г.Н.¹, Москальонова П.А.², Манакова С.Е.¹.....</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ КАК СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	160
<i>Сафина Н.С., Болиева М.Н., Дудниченко Т.А., Кахиани Е.И., Боярский К.Ю., Мельникова С.Е.</i>	
ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАЗРАБОТКАХ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ БЕЛАРУСИ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 ГОДЫ	166
<i>Сачек М.М., Малахова И.В., Дудина Т.В., Ёлкина А.И., Василевская М.Г.....</i>	
ЭНДОКРИННЫЕ РАЗРУШИТЕЛИ И РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ: ПЕРВЫЕ ШАГИ К ИЗУЧЕНИЮ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	175
<i>Сачек М.М., Малахова И.В., Щербинская И.П., *Ильюкова И.И., **Салко О.Б.</i>	
МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА 2013-2017 ГГ.....	182
<i>Селиверстова А.А., Гоголева М.Н.....</i>	
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ	188
<i>Симонова В.О., Кохан С.Т.</i>	
ПОТРЕБНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В ПОЛОВОМ ВОСПИТАНИИ.....	190
<i>Синева Ю.Д., Аверина Е.А.....</i>	
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	193
<i>Склярова И.В.^{1,2}</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СО СКЛОННЫМИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКАМИ.....	203
<i>Соколовская А.Р.¹, Борисюк О.Л.²</i>	
АДДИКЦИЯ КАК КОМПЕНСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА	211
<i>Соловьева С.Л.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И ЕЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	222
<i>Соловьева Т.В., Табакова А.С.....</i>	
ВЛИЯНИЕ ВОДНОГО РЕЖИМА НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА	233
<i>Стечишина А.К., Ивин Г.В., Очеленкова Н.В.....</i>	



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	235
Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Сафина Н.С., Дудниченко Т.А., Боярский К.Ю., Арнт О.С.	235
ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ ФИЗИОЛОГОВ В ДУХОВНЫХ ШКОЛАХ РОССИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX - НАЧАЛЕ XX ВВ.	244
Сушко А.В.	244
ОТДЫХ С ПОЛЬЗОЙ: РОЛЬ ОРГАНИЗОВАННОГО ОТДЫХА В ОЗДОРОВЛЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ.....	251
Таран О.Н., Клименко О.В., Ковтуненко Р.В.,.....	251
ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	265
Терешкова А.Ю., Ефимова Д.Д., Селезнев Д.М., Пивоварова Г.М.....	265
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ БЕЗРАБОТНОГО.....	274
Тратинко Т.В.....	274
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ И СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ	280
Филатов В.Н., Метелица Н.Д., Пивоварова Г.М.....	280
СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА.....	288
Филатов В.Н., Пивоварова Г.М., Золотина Л.С., Ганичев П.А., Дождигов А. В.....	288
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РЕК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	300
Филковская М.Н. ¹ , Полозова Е.В. ^{1,2}	300
СООТВЕТСТВИЕ ДЕТСКИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ МОСКОВСКОГО СТАНДАРТА ДЕТСКОГО ОТДЫХА КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ.....	303
Фодоря А.Ю., Заярская Г.В.....	303
НОВАЯ РЕДАКЦИЯ АНТИТАБАЧНОГО ДЕКРЕТА ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В КОНТЕКСТЕ ИМПЛЕМЕНТАЦИИ НОРМ РАМОЧНОЙ КОНВЕНЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА В НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОСТЬ: ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ.....	312
Хейфец Е.Н., Хейфец Н.Е., Сачек М.М.....	312
ЮВЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ДОЛГОЛЕТИЯ	324
Хисматуллина З.Н., Валеева Н.Ш.....	324
СОЦИАЛЬНАЯ КРЕАТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В ОБЩЕСТВЕ ИННОВАЦИЙ.....	332

Хомутова Н.Н.....	332
ЗОНИРОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВА ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РАС КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕНОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ РАБОТЫ ВОСПИТАТЕЛЯ.....	335
Цветкова И.М., Борозинец Н.М.....	335
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ	338
Цинченко Г.М., Орлова И.С.....	338
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, СВЯЗАННОЕ СОЗДОРОВЬЕМ.....	347
Черевко А.Н., Куницкая С.В., Гирко И.Н., Игумнова Е.С.....	347
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ.....	353
Черепанов И.С., Галиуллина А.Р., Пунченко О.Е.....	353
ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОГО АЛКОГОЛИЗМА КАК АСПЕКТ СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	356
Черникова Е.В.....	356
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТАЮЩИХ СТУДЕНТОВ.....	364
Черномырдин Н.А., Пунченко О.Е.....	364
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПРАТОВ, КАК БЫСТРЫЙ ПУТЬ К ХОРОШЕМУ НАСТРОЕНИЮ.....	365
Черномырдин Н.А., Филиппова Ю.В., Богачева А.С.....	365
ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПРЕСТАРЕЛЫМИ И ИНВАЛИДАМИ	368
Шагдарова Т.В., Халтаева О.Р., Маланов И.А.....	368
РОЛЬ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	371
Шаткевич О.И., Лантух Т.В.....	371
КОКЛЮШ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ ПЛАНОВОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ- ГИНЕКОЛОГОВ О ВОЗМОЖНОСТЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДАННОЙ ИНФЕКЦИИ	377
Шилова М.А, Шапкина Т.Е., Раевская И.А.....	377
О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ВЕДЕНИЯ РАБОТ ПО ИММУНИЗАЦИИ И ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ	383
Юрова В. А., Ушверидзе Л.А.	383
АНАЛИЗ ЛИНЕЙНОСТИ РАБОТЫ БАЗОВЫХ СХЕМ УСИЛИТЕЛЕЙ И ПЕРЕМНОЖИТЕЛЕЙ СИГНАЛОВ НА БИПОЛЯРНЫХ ТРАНЗИСТОРАХ.....	389
Юрова В. А., Шматко А. Д.	389
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ СРЕДЫ	396
Юртаева Н.И., Валеева Н.Ш.	396



РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ, ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАСЕЛЕНИЕМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	404
Якунина М.А., Курзанова Ю.Н ¹ , Абумуслимова Е.А.	404
ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ СО СТОРОНЫ ПЕДАГОГОВ	410
Янковая Е.А., Бархатов И.В., Евграфова И.И., Самодова И.Л.....	410
АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С ДЕПРИВАЦИЕЙ ЗРЕНИЯ	414
Ярмольчик А.С., Калюжин В.Г.....	414

ПРЕДИСЛОВИЕ

На современном этапе реформирования здравоохранения в России одним из важнейших принципов охраны здоровья населения является обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. Разработка и внедрение новой модели медицинской организации на основе бережливого производства предусматривает необходимость научного обоснования мероприятий по удовлетворению потребности населения современной и эффективной первичной и специализированной медицинской помощи.

Стратегической целью социально-ориентированной государственной политики обозначено улучшение качества жизни населения с оптимизацией видов функционирования, формированием адаптационных возможностей организма и жизнеспособности как главных критериев здоровья человека.

Необходимо совершенствовать и внедрять в практику здравоохранения интегрально-количественные и качественные показатели субъективных оценок удовлетворенности условиями жизнедеятельности, влияющих на динамику клинко-функциональных состояний. Эффективность пациентоориентированной деятельности следует оценивать не только по показателям здоровья, но и по динамике критериев физического, психологического и социально-гигиенического функционирования. Эти показатели являются важными маркерами качества жизни на индивидуально-семейном, групповом и популяционном уровнях.

В условиях современной здоровьесберегающей политики в медицине должна учитываться активная профилактическая деятельность и мотивированность человека к повышению уровня медицинской информированности, приобретению устойчивых знаний, умений и навыков здоровьесориентированной деятельности. Однако, до настоящего времени на государственном и региональном уровнях остаются недостаточно эффективными организационно-профилактические и системные оздоровительные мероприятия, а проблема исследования качества жизни остается недостаточно изученной. Основной проблемой отечественных и зарубежных исследований является отсутствие единых методологических



подходов и интегральных критериев при измерении качества жизни, что не позволяет проводить сравнительную оценку показателей среди различных групп населения и в различных регионах.

Необходимы медико-социологические исследования с выявлением факторов риска условий жизнедеятельности и среды обитания, влияющих на здоровье. Недостаточно изучены возможности применения качества жизни как параметра интегральной оценки комплексной медико-профилактической деятельности с учетом прав потребителей и обеспечения благополучия (физического, социального, психологического, клинического и др.). Практически целесообразно использовать методы оценки качества жизни при региональных медико-социологических исследованиях с распределением населения по группам и территориям риска. При этом оценка качества жизни является общепринятым в международной практике, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом при оценке влияния различных факторов и видов деятельности на здоровье.

Мы надеемся, уважаемые коллеги, что представленные в нашем сборнике исследования позволят расширить организационные, методические и практические представления о выявленных закономерностях влияния различных факторов и условий жизнедеятельности на здоровье и качество жизни и будут использованы для обоснования эффективных организационно-профилактических мероприятий.

С уважением,

В.С. Лучкевич – профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, член международного общества по исследованиям качества жизни International Society for Quality of Life Research, международного общества – The International Society for Quality of Life Studies и Межнационального Российского Центра исследований качества жизни.

УДК:614.1:314.14(470.23-25)

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2007-2017 ГОДЫ

Нагайченко Ю.И., Пивоварова Г.М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье приведен анализ основных медико-демографических показателей в динамике в Санкт-Петербурге за 2007-2017 годы.

Ключевые слова: демография, численность, структура населения, смертность, рождаемость, естественный прирост, младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни, Санкт-Петербург.

Актуальность. Санкт-Петербург- второй по численности населения город России, являющийся городом федерального значения, а также административным центром Северо-Западного федерального округа и Ленинградской области. Демографическая ситуация города во многом отражает эффективность системы здравоохранения. Согласно указу Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. №204, в целях осуществления прорывного научно-технического и социально-экономического развития Российской Федерации, увеличения численности населения страны, повышения уровня жизни граждан поставлены такие задачи, как обеспечение устойчивого роста численности населения, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, увеличение суммарного показателя рождаемости до 1,7, снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей).

Цель и задачи исследования. Изучить и проанализировать основные медико-демографические показатели в динамике в Санкт-Петербурге за период с 2007 по 2017 гг. для разработки рекомендаций.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались санитарно- статистический и аналитический методы. Основными материалами для написания статьи послужили официальные статистические публикации Росстата, Петростата, Министерства здравоохранения.

Результаты. Динамика изменения численности населения города Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг. растет с каждым годом. Снижения численности населения в течение выделенного периода не наблюдается. В 2014 г. отмечается самый резкий подъем по сравнению с предыдущим годом (рисунок 1). Коэффициент наглядности показывает, что к 2017 г. за 10 лет численность населения города возросла на 11,3% (4747,5 тыс. человек в 2007 г., 5281,6 тыс. человек в 2017 г.).

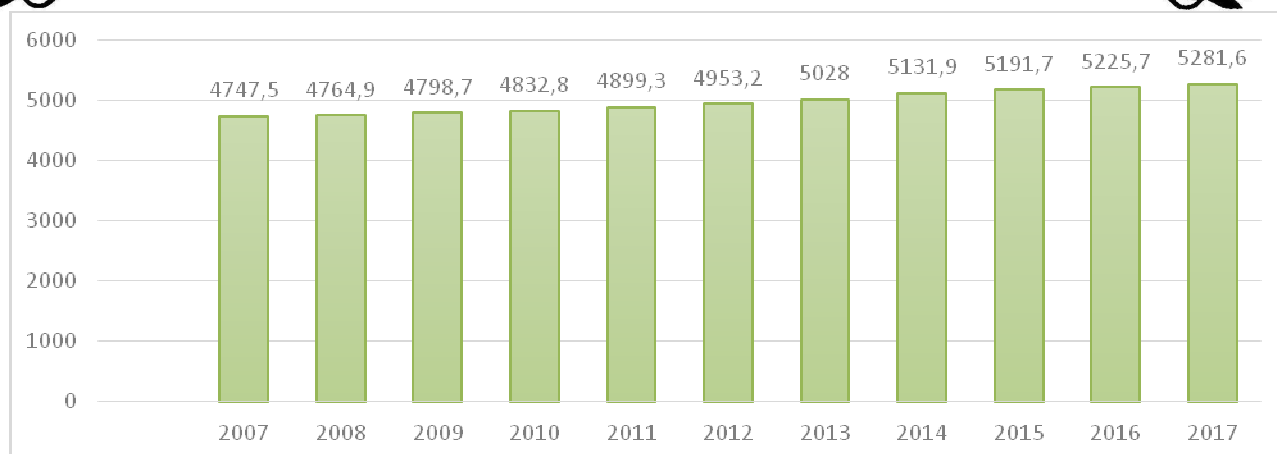


Рисунок 1. Динамика численности населения города Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг.

Возрастно-половой состав населения также представляет интерес для понимания изменений демографической ситуации и организации системы здравоохранения. При распределении населения в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 годы по возрастным группам было выявлено, что доля населения от 50 лет и старше преобладает над долей лиц от 0 до 14 лет, что характеризует регрессивный тип структуры населения (рисунок 2). При распределении населения города по полу было установлено, что доля женщин составила более половины за все годы наблюдения (рисунок 3).

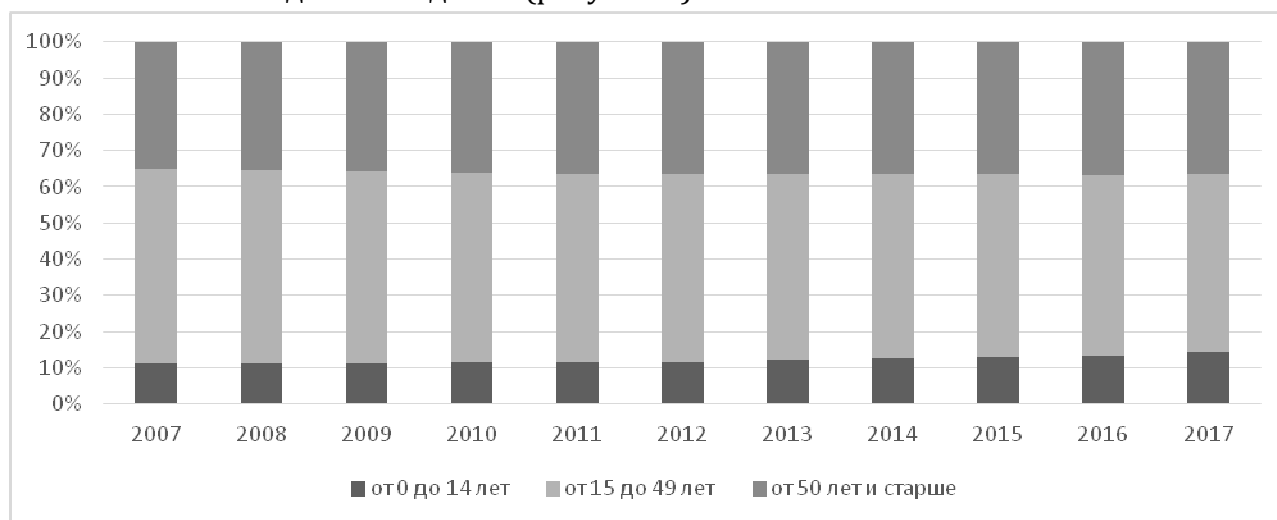


Рисунок 2. Распределение населения Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг. по возрастным группам

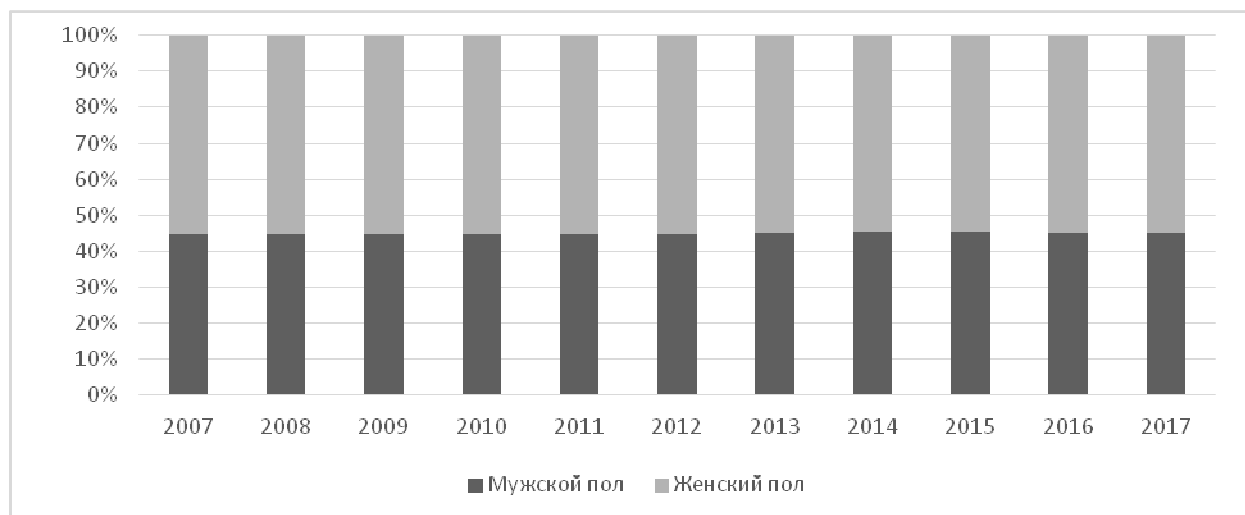


Рисунок 3. Распределение населения Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг. по полу

При оценке уровня рождаемости было установлено, что показатель рождаемости в 2007 г. – очень низкий (9,5‰). В период с 2008 по 2017 гг. данный показатель следует считать низким. С 2007 по 2016 гг. рождаемость выросла на 46,3%. Однако в 2017 г. показатель наглядности указывает на снижение рождаемости до 32,6%. К 2017 г. рождаемость выросла на 3,1‰ по сравнению с 2007 г. (рисунок 4).

Оценка уровня смертности - средняя. С 2007 г. по 2014 г. наблюдается снижение смертности. В 2015 г. смертность выросла, однако в 2016 г. и 2017 г. данный показатель снова снизился. С 2007 по 2017 гг. показатель смертности среди населения Санкт-Петербурга снизился на 3,3‰ (рисунок 5).



Рисунок 4. Динамика рождаемости среди населения Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг.

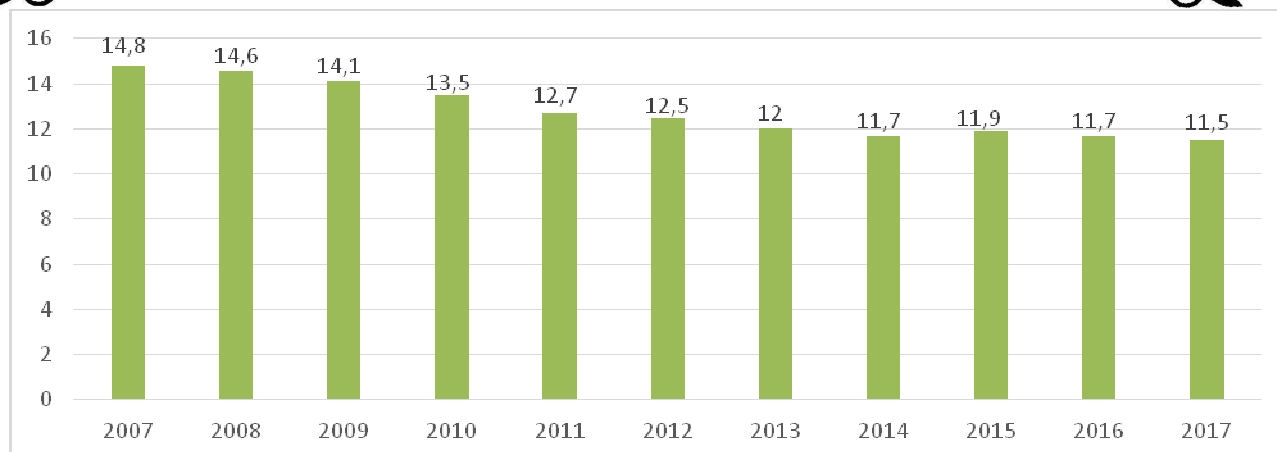


Рисунок 5. Динамика смертности среди населения Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг.

В период 2007-2011 гг. наблюдается отрицательный естественный прирост. С 2012 по 2017 годы данный показатель становится положительным. Естественный прирост с 2007 г по 2017 г вырос на 6,4‰ (рисунок 6).

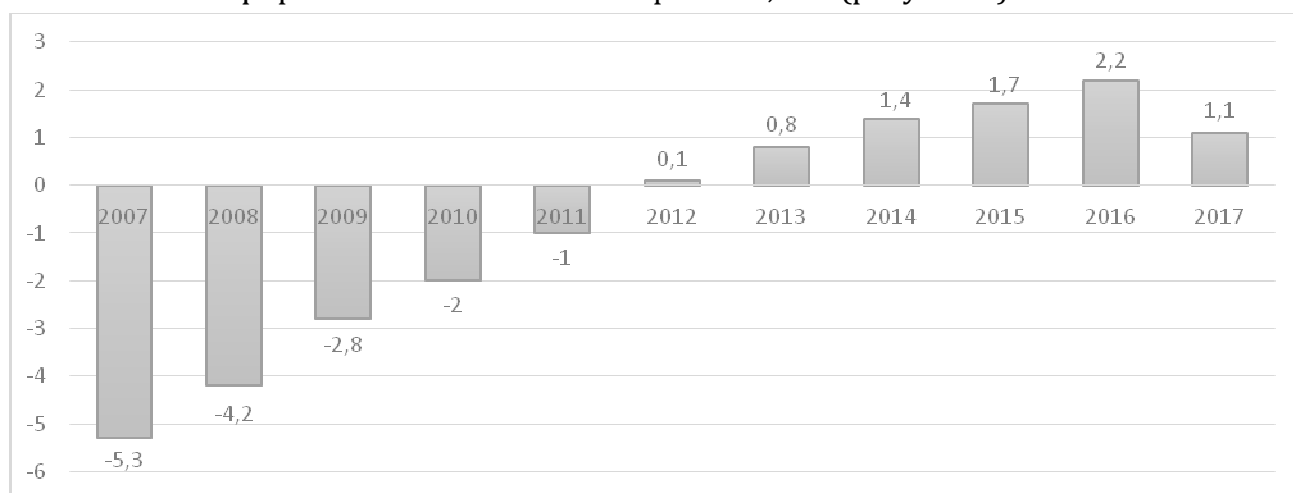


Рисунок 6. Динамика естественного прироста среди населения Санкт-Петербурга с 2007 по 2017 гг.

Таблица 1

Распределение умерших детей до 1 года в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг.

Годы	%	
	Мальчики	Девочки
2007	53,6	46,4
2008	59,1	40,9
2009	58,7	41,3
2010	53,3	46,7
2011	55,5	44,5

2012	59,1	40,9
2013	56,4	43,6
2014	54,0	46,0
2015	51,9	48,1
2016	53,7	46,3
2017	52,8	47,2

Установлено, что среди умерших детей до 1 года в Санкт-Петербурге во все годы более половины составляют мальчики (таблица 1).

Таблица 2

Динамика младенческой смертности в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг.

Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Младенческая смертность, ‰	4,2	4,4	4,6	4,6	4,3	4,5	4,4	4,2	4,4	3,9	3,7

При анализе данных младенческой смертности населения Санкт-Петербурга в период с 2007 по 2017 гг. установлено, что младенческая смертность снизилась на 0,5‰. Младенческая смертность на протяжении всего периода наблюдения - низкая (таблица 2). Повышение коэффициента младенческой смертности в 2012 г на 0,2‰ можно связать с тем, что Россия в 2012 г. перешла на новое определение живорождения.

Живорождением является момент отделения плода от организма матери посредством родов при сроке беременности 22 недели и более при массе тела новорожденного 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела новорожденного 25 см и более при наличии у новорожденного признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина или отделилась ли плацента (в ред. приказа МЗ РФ №7Н от 16.01.2013).

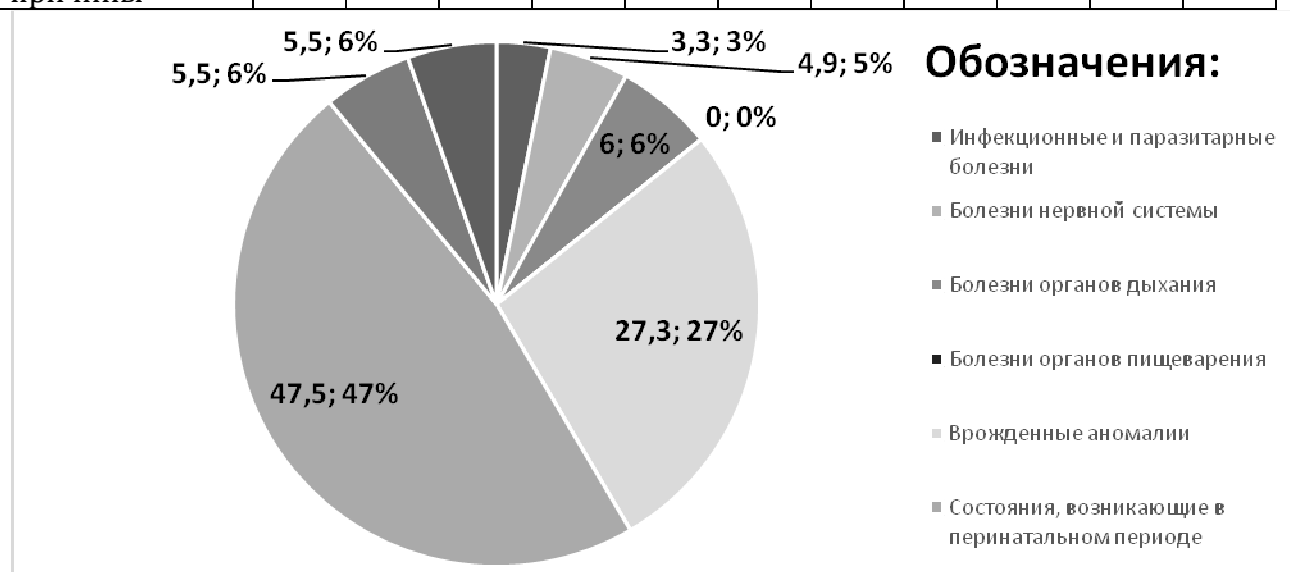
Следует отметить, что в Санкт-Петербурге функционируют два перинатальных центра. 1 ноября 2010 года начал свою работу первый в Северо-Западном федеральном округе перинатальный центр Национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова. 5 февраля 2013 г. открылся перинатальный центр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.



Таблица 3

**Распределение умерших детей до 1 года по основным классам причин
смерти в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг. (в %)**

Дети, умершие в возрасте до 1 года, по причине, %	Годы										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Инфекционные и паразитарные болезни	3,3	1,4	4,5	3,1	2,4	3,2	2,8	3,2	2,3	2,8	3,3
Болезни нервной системы	4,9	2,9	5,8	7,0	5,3	5,3	3,9	4,2	2,6	2,4	4,1
Болезни органов дыхания	6,0	10,6	13,6	12,5	11,8	5,7	10,6	10,2	8,7	5,2	7,6
Болезни органов пищеварения	0	0	0,4	0	0,4	0	0	0,4	0,3	0	0,4
Врожденные аномалии	27,3	22,1	26,4	29,6	24,1	29,2	26,6	28,4	24,2	26,8	22,8
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	47,5	53,4	40,1	40,5	46,9	53,0	48,9	47,0	56,1	56,8	57,6
Внешние причины	5,5	4,3	5,4	3,1	4,1	1,4	4,6	3,2	2,9	2,4	1,5
Прочие причины	5,5	5,3	3,8	4,2	5,0	2,2	2,6	3,4	2,9	3,6	2,7



**Рисунок 7. Распределение умерших детей до 1 года по основным классам
причин смерти в Санкт-Петербурге в 2007 г.**

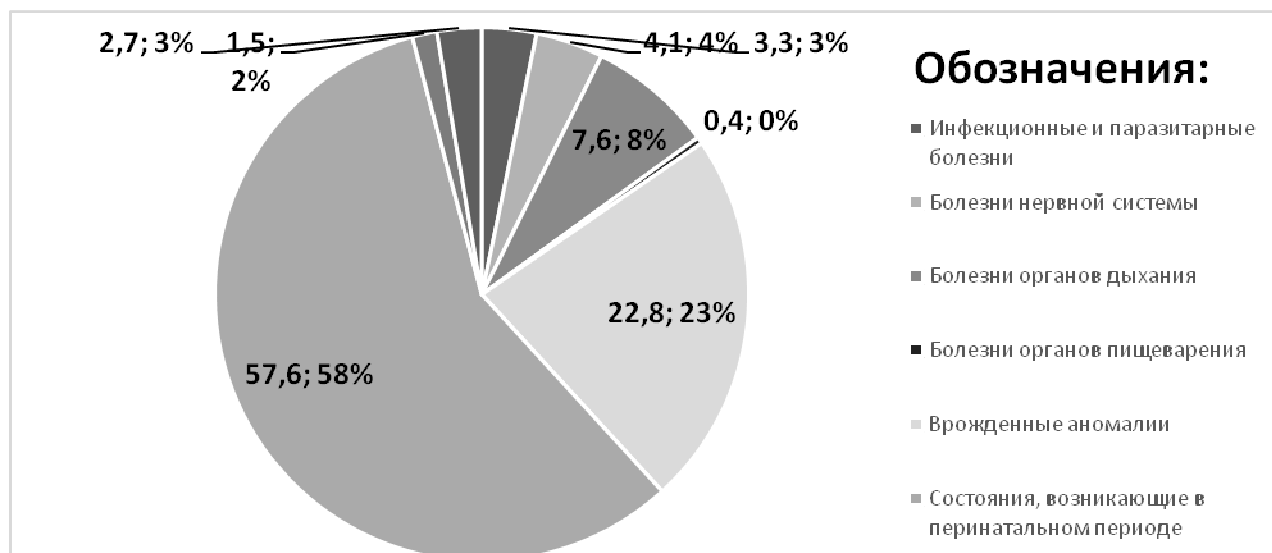


Рисунок 8. Распределение умерших детей до 1 года по основным классам причин смерти в Санкт-Петербурге в 2017 г.

При распределении умерших детей до 1 года по основным классам причин смерти в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг. было установлено, что первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде, второе место занимают врожденные аномалии, третье место - болезни органов дыхания (таблица 3).

При сравнении распределения умерших детей до 1 года по основным классам причин смерти в Санкт-Петербурге в 2007 г. и 2017 г. было выявлено, что в 2017 г. смерть по причине состояний, возникающие в перинатальном периоде, выросла на 10,1%, смерть по причине врожденных аномалий снизилась на 4,5%, смерть по причине болезней дыхательной системы повысилась на 1,6% по сравнению с 2007 г. (рисунок 7, рисунок 8).

Таблица 4

Младенческая смертность по основным классам причин смерти на 10000 родившихся живыми в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг.

Число детей, умерших в возрасте до 1 года, по причине	Годы										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Инфекционные и паразитарные болезни	1,4	0,6	2,2	1,5	1,1	1,5	1,3	1,4	1,0	1,1	1,2
Болезни нервной системы	2,1	1,3	2,7	3,3	2,3	2,4	1,7	1,8	1,1	1,0	1,5
Болезни органов	2,6	4,7	6,5	5,8	5,1	2,6	4,7	4,3	3,9	2,1	2,8

дыхания											
Болезни органов пищеварения	0	0	0,2	0	0,2	0	0	0,2	0,1	0	0,1
Врожденные аномалии	11,7	9,9	12,5	13,9	10,4	13,2	11,7	12,1	10,7	10,6	8,3
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	20,3	23,8	19,0	19,0	20,3	24,0	21,6	20,1	24,8	22,5	21,1
Внешние причины	2,3	1,9	2,5	1,5	1,8	0,6	2,0	1,4	1,3	1,0	0,6
Всего	42,8	44,7	47,3	46,9	43,2	45,3	44,1	42,7	44,2	39,6	36,5

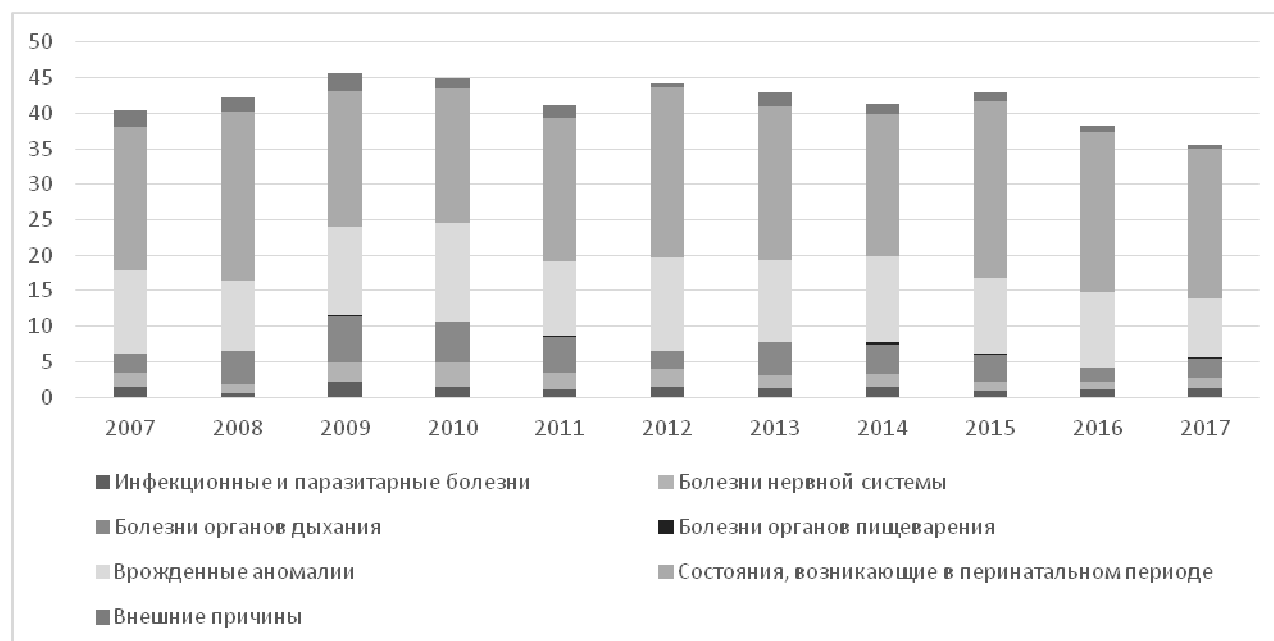


Рисунок 9. Младенческая смертность по основным классам причин смерти на 10000 родившихся живыми в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг.

При анализе младенческой смертности по основным классам причин смерти было установлено, что первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде, второе место - врожденные аномалии, третье место - болезни органов дыхания (таблица 4, рисунок 9).

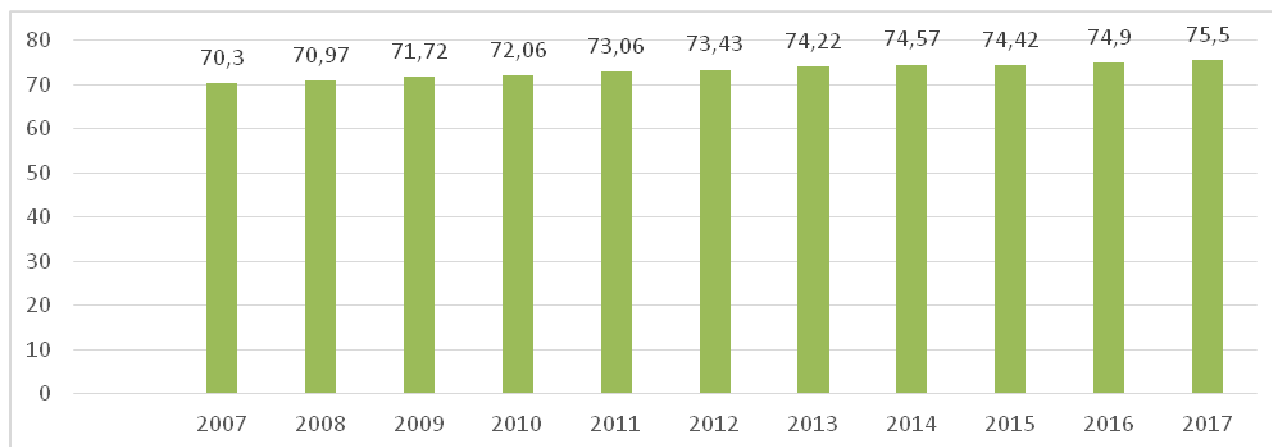


Рисунок 10. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди всего населения Санкт-Петербурга в период с 2007 по 2017 гг. (рисунок 10) увеличилась на 5,2 года (в 2007 г. - 70,3, в 2017 г.- 75,5).

Выводы. Изучив и проанализировав основные медико-демографические показатели Санкт-Петербурга в период с 2007 по 2017 годы можно сделать следующие выводы. За данный период численность населения города возросла на 11,3% (4747,5 тыс. человек в 2007 г., 5281,6 тыс. человек в 2017 г.). Возрастная структура населения Санкт-Петербурга характеризуется регрессивным типом. При распределении населения города по полу было выявлено, что доля женщин составила более половины.

При оценке уровня рождаемости было установлено, что показатель рождаемости в 2007 г. - очень низкий, в период с 2008 по 2017 гг. – низкий. Оценить уровень смертности можно как средний. В период 2007-2011 гг. наблюдается отрицательный естественный прирост. С 2012 по 2017 гг. данный показатель становится положительным. В течение всего периода наблюдения прослеживается тенденция к повышению естественного прироста населения.

Младенческая смертность является барометром демографической ситуации и служит мощным информативным показателем уровня социально-экономического развития города. При анализе данных младенческой смертности населения Санкт-Петербурга в период с 2007 по 2017 гг., установлено, что младенческая смертность снизилась на 0,5‰. Повышение коэффициента младенческой смертности в 2012 г. на 0,2‰ можно связать с тем, что Россия в 2012 г. перешла на новое определение живорождения. Коэффициент младенческой смертности в городе на протяжении всего периода наблюдения - низкий. Установлено, что среди умерших детей до 1 года в Санкт-Петербурге во все годы более половины составляют мальчики. При распределении умерших детей до 1 года по основным классам причин смерти в Санкт-Петербурге с 2007 по 2017 гг. было выявлено, что первое место занимают состояния, возникающие в перинатальном периоде, второе место занимают врожденные аномалии, третье место - болезни органов дыхания.



Ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди всего населения Санкт-Петербурга в период с 2007 по 2017 гг. увеличилась на 5,2 года.

Список литературы.

1. Возрастно-половой состав населения Санкт-Петербурга на 1 января 2017 года. Статистический бюллетень [Текст] / Петростар. – СПб. – 2017. – 57 с.
2. Естественное движение населения в Санкт-Петербурге в 2012 году. Статистический бюллетень [Текст] / Петростар. – СПб. – 2013. – 49 с.
3. Основные показатели демографических процессов в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2011 году. Статистический сборник [Текст] / Петростар. – СПб. – 2012. – 166 с.
4. Основные показатели демографических процессов в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2014 году. Статистический сборник [Текст] / Петростар. – СПб. – 2015. – 166 с.
5. Основные показатели демографических процессов в Санкт-Петербурге в 2016 году. Статистический сборник [Текст] / Петростар. – СПб. – 2017. – 88 с.
6. Основы медицинской демографии. Учебно-методическое пособие [Текст] / Под ред. з.д.н. РФ, проф. В. С. Лучкевича. – СПб: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова. – 2015. – 68 с.
7. Санкт-Петербург в 2011 году. Ежегодный статистический сборник [Текст] / Петростар. – СПб. – 2012. – 232 с.

УДК: 615.917:594.1

**ОКАДАИКОВАЯ КИСЛОТА КАК ТОКСИН, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕТИЧЕСКОЕ
ОТРАВЛЕНИЕ ЯДОМ МОЛЛЮСКОВ**

Нарзикулов Р.А., Костылев И.А., Мукобенов С.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Реферат. Ежегодно в мире регистрируется множество случаев отравления морепродуктами, поэтому сейчас проводится большое количество исследований, направленных на выявление новых токсинов, их продуцентов, а также организмов, кумулирующих эти токсины и являющихся причиной отравления человека. Среди недавно открытых токсинов выделяется окадаиковая кислота, воздействующая на ферменты-протеинфосфатазы и вызывающая преимущественно расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта. Данный токсин продуцируется динофлагеллятами родов *Prorocentrum* и *Dinophysis*, имеющих широкое распространение в прибрежных водах Канады, Северной и Южной Америки, России, Австралии, Китая и вызывающих «красные приливы» во время своего активного размножения.

Ключевые слова: фикотоксины, окадаиковая кислота, окадаевая кислота, динофизистоксин, DSP-токсины, отравление, *Prorocentrum*, *Dinophysis*, протеинфосфатаза.

Актуальность. Россия обладает самой протяженной береговой линией, что способствует активному рыбному промыслу. Добываемые морепродукты являются важной частью пищевого рациона. Рыба и другие морепродукты питательны и содержат много необходимых организму Омега 3 жирных кислот, витаминов и микроэлементов. Однако в последнее время все больше внимания стали уделять вопросу безопасности потребления морепродуктов. Несмотря на очевидную пользу, они могут служить источником многих бактериальных и паразитарных инфекций, а также вызывать интоксикации и острые отравления различными химическими агентами.

Происходящие сейчас изменения климата, а также невиданные ранее масштабы антропогенного загрязнения водоемов создают благоприятные условия для роста микроорганизмов. Участились случаи так называемых «красных приливов», связанных с резким возрастанием количества токсического планктона, в частности динофлагеллят. Сами по себе они не приводят к интоксикациям у человека, но питающиеся ими рыбы и моллюски способны накапливать токсины в высоких концентрациях. Использование в пищу таких организмов приводит к отравлению у человека.

Ежегодно регистрируется около 60 тысяч отравлений морепродуктами, среди которых немалую часть занимают отравления ядами моллюсков (фикотоксинами). Наиболее известные фикотоксины в известных концентрациях способны оказывать паралитическое (PSP-токсин), нейротоксическое (NSP-токсин), амнестическое (ASP-токсин), диаретическое (DSP-токсин) действие.

Первый зарегистрированный случай диаретического отравления моллюсками (DSP-diarrhetic shellfish poisoning) был зарегистрирован в 1961 году в Нидерландах, но связь с фикотоксином на тот момент не была отмечена. Только в 1976 году была проведена параллель между повышением случаев гастроэнтерита и потреблением моллюсков, содержащих фикотоксин. Причиной была окадаиковая кислота в основном в составе жировой ткани морепродуктов.

География отравлений DSP широка и включает страны в области Балтийского, Северного, Средиземного и Черного морей, а также побережья Северной и Южной Америки, Австралии, Китая, Новой Зеландии.

Для России проблема отравления окадаиковой кислотой также весьма актуальна. Высокие концентрации диаретического токсина иногда регистрируются на Дальнем Востоке, в Японском море. По данным ИБМ ДВО РАН в результате климатических изменений и антропогенного загрязнения частота и масштабы вредоносных цветения водорослей на Дальневосточном крае в начале нынешнего столетия по сравнению с 70-80 гг. прошлого века увеличилось почти в 5 раз. Высокий уровень окадаиковой кислоты, в два раза превышающий установленный директивой Евросоюза 2002/225/ЕС предельно допустимый уровень в 160 мкг DSP-токсинов на 1 кг ткани моллюска был зарегистрирован в тканях устриц и мидий из залива Петра Великого Японского моря. Не так давно, в 2015 году было зафиксировано десятикратное увеличение концентрации водорослей с диарейными токсинами в районе Второй речки во Владивостоке.



Таким образом, контроль над содержанием окадаиковой кислоты приобретает особую важность при рыбном промысле. Важно отметить, что фикотоксин не обезвреживается при термической обработке, а также не меняет органолептические свойства продукта.

Цель и задачи исследования. Изучить особенности патогенеза и распространенность отравления окадаиковой кислотой; выяснить причину возникновения «красных приливов»; выявить факторы среды, стимулирующие продукцию окадаиковой кислоты фитопланктоном.

Материалы и методы. В ходе исследования были изучены и обобщены данные научных статей, посвященных отравлениям окадаиковой кислотой, проанализирована статистика отравлений, а также рассмотрено влияние внешних факторов на учащение случаев отравлений.

Результаты: Окадаиковая (окадаевая) кислота – яд моллюсков, который может быть отнесен к группе диарейных токсинов (DSP-токсинов). DSP наряду с другими его производными – динофизистоксинами (DTXs) может быть отнесен к группе полиэфирных производных жирной кислоты C38, поликетидам. В зависимости от включения того или иного радикала возможны взаимопревращения окадаиковой кислоты и ее производных.

Окадаиковая кислота является токсином, приводящим к сильному ингибированию деятельности протеинфосфатаз. Это приводит к важнейшим изменениям внутри клеток и развитию патогенеза. Помимо расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта отмечаются нейротоксические, иммунотоксические, эмбриотоксические эффекты.

Первые симптомы отравления проявляются уже через 30 минут после попадания яда в организм и сохраняются до нескольких часов, а выздоровление наступает через три дня. Летальных случаев отравления DSP-токсинами не зарегистрировано. Важным является тот факт, что в случае отравления окадаиковой кислотой не все обращаются за медицинской помощью из-за схожести симптомов с бытовым отравлением и в связи с этим не всегда ставится правильный диагноз.

Диаретический яд моллюсков при средней степени тяжести отравления клинически вызывает нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, а именно тошноту, рвоту, боль в животе и диарею. Диарея является наиболее часто встречающимся симптомом. При тяжелой степени тяжести отравления может возникать головная боль. О долговременной токсичности говорить пока трудно, однако существуют данные, согласно которым токсин может вызывать различные виды рака у экспериментальных животных.

В морской воде основными продуцентами окадаиковой кислоты являются динофлагелляты рода *Prorocentrum* (в основном *P. lima*, но также *P. concavum*) и *Dinophysis* (*D. acuta*, *D. acumonate*, *D. fortii*). Эти простейшие являются пищей для более крупных животных, в том числе моллюсков и рыб. Вторично-ядовитые животные обладают устойчивостью к действию токсина и способны его аккумулировать.

Стоит отметить, что помимо DSP-токсинов в семействе фикотоксинов также выделяют: PSP-токсин (паралитический яд моллюсков), который посредством блокады натриевых каналов вызывает паралич мускулатуры, затруднение дыхания вплоть до полной его остановки; NSP-токсин (нейротоксин моллюсков), стимулируя потенциал зависимые натриевые каналы, приводит к тошноте, рвоте, диарее, головокружению, нарушению восприятия горячего и холодного, брадикардии; амнестический яд моллюсков (ASP-токсин) вызывает расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, к которым присоединяются неврологические расстройства (головокружение, кратковременная потеря памяти, галлюцинации).

В работе многих ферментов одним из ключевых механизмов регуляции являются сопряженные процессы фосфорилирования и дефосфорилирования. Известно, что окадаиковая кислота и ее производные приводит к сильному ингибированию деятельности протеинфосфатаз, в частности серин-треонинфосфатаз типа PP1 и PP2A. Ингибирование протеинфосфатаз приводит к резкому увеличению процессов фосфорилирования ряда белков. С этими связано большинство патогенетических проявлений данного гормона. Отмечается токсичность окадаиковой кислоты не только по отношению к протеинфосфатазам, но и к другим белкам.

Первым барьером организма для токсина является стенка желудочно-кишечного тракта. Окадаиковая кислота и ее производные по природе являются липофильными и способны свободно проходить через биологическую мембрану. Ингибируя протеинфосфатазы энтероцитов, токсин приводит к гиперфосфорилированию ионных каналов, что снижает контроль над секрецией натрия в просвет кишечника. Натрий активно поступает в просвет кишечника, а за ним следуют молекулы воды. Таким образом, возникает дисбаланс воды в организме, проявляющийся в виде диареи и последующего обезвоживания организма. Возникают морфологические изменения клеток кишечника, дегенерация эпителия с последующей десквамацией, что влияет на способность абсорбировать и всасывать химические вещества.

Однако действие окадаиковой кислоты более обширно, нежели просто развитие симптомов диареи. DSP-токсин может приводить к нарушению многих процессов в клетке, вызывая цитотоксический эффект. Известно, что окадаиковая кислота вызывает ингибирование роста или апоптоз во многих тканях, например клетках кишечника, нейрональных клетках, клетках печени, крови. Механизмы, вовлеченные в этот процесс, включают изменения в экспрессии специфических генов, снижение мембранного потенциала митохондрий, активацию множественных форм каспазы, разрушение цитоскелета. Изменения в цитоскелете очень актуальны, поскольку являются предварительным этапом многих деструктивных клеточных процессов. Зафиксировано, что окадаиковая кислота приводит к дестабилизации микротрубочек цитоскелета, потере характерной формы клетки и ее барьерных свойств.



Несмотря на то, что DSP-токсин не классифицируется как нейротоксин, все большое число исследований сообщают о нейротоксических его эффектах, опять же связанных с явлениями апоптоза. Особенно хотелось бы отметить влияние окадаиковой кислоты на Тау-белки. Ингибирование фосфотаз в нервной ткани приводит к избыточному фосфорилированию Тау-белка. Тау-белок отвечает за стабилизацию микротрубочек, процессы обучения и памяти, а его ненормально фосфорилированная форма образует нейрофибриллярные клубки, являющихся патологическим признаком болезни Альцгеймера.

Высокая проницаемость окадаиковой кислоты через гемато-плацентарный барьер обуславливает возможные эмбриотоксические свойства данного токсина. Было обнаружено, что окадаиковая кислота вызывает преждевременную конденсацию хромосом, разрушение пронуклеуса, нарушение правильной организации веретена деления клетки. Это приводит к нарушению нормального эмбрионального развития, вплоть до прерывания беременности.

Действие окадаиковой кислоты также сопряжено с явлениями генотоксичности и канцерогенеза. Нарушения генома клетки обусловлены не только непосредственным повреждением генетического материала, но и подавлением способности к репарации повреждений ДНК. Невосстановленные ошибки в геноме накапливаются, приводят к генетической нестабильности, что типично для многих злокачественных новообразований. Некоторые эксперименты показывают, что окадаиковая кислота стимулирует рост опухолей у животных.

Заключение. Окадаиковая кислота является токсином, провоцирующим возникновение диаретического отравления моллюсками. Для предотвращения диаретического отравления моллюсками необходимо проводить мониторинг «красных приливов» посредством забора проб прибрежных вод и их дальнейшего анализа на содержание потенциально токсичного фитопланктона. Необходимо проводить оценку содержания окадаиковой кислоты и ее производных в морепродуктах. Согласно Техническому Регламенту Таможенного Союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции», содержание окадаиковой кислоты в тканях моллюсков не должно превышать 0,16 мг/кг, что в полной мере соответствуют международным величинам. Однако в РФ ее концентрация в рыбе не регулируется. Особое внимание стоит уделять регионам, наиболее подверженным возникновению «красных приливов»; для России это побережье Японского моря, Дальневосточный регион. Также целесообразно проведение просветительской деятельности среди населения.

Список литературы:

1. Valdiglesias Vanessa. Okadaic Acid: More than a Diarrhetic Toxin. / Valdiglesias Vanessa, Prego-Faraldo María V., Pásaro Eduardo, Méndez Josefina, Laffon Blanca. // Mar. Drugs – 2013 - №11 – pp. 4328-4349
2. Lee T. et al. The mechanism of diarrhetic shellfish poisoning toxin production in *Prorocentrum* spp.: physiological and molecular perspectives // Toxins. – 2016. – Т. 8. – №. 10. – С. 272.

3. Solter P. F., Beasley V. R. Phycotoxins // Haschek and Rousseaux's Handbook of Toxicologic Pathology. – Academic Press, 2013. – С. 1155-1186.
4. Кудан П.В., Соколов И.Е., Евстратова А.Д., Багрянцева О.В., Хотимченко С.А. Метод количественной оценки оокадиновой кислоты как показателя безопасности морепродуктов // Профилактическая и клиническая медицина. — 2018. — № 2 (67). — С. 16–22.
5. Косякова Г.П., Прошин С.Н., Бычков Е.Р., Шабанов П.Д. Действие оокадиновой кислоты и ее производных на клетки эукариотических организмов и их потенциальное фармакологическое значение // Обзоры по клинич. фармакол. и лек. терапии. — 2010. — №2. — с. 27-34.
6. Нарзикулов Р.А., Климова А.И., Ябурова У.С. Домоевая кислота как токсин, вызывающий амнестическое отравление моллюсков // Профилактическая медицина – 2018. Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Санкт-Петербург. – 2018. – с. 160-164.
7. Хотимченко С.А., Бессонов В.В., Багрянцева О.В., Гмошинский И.В. Безопасность пищевой продукции: новые проблемы и пути решений // Медицина труда и экология человека. — 2015. — №4. — с. 7-14.

УДК: 615.916:546.683

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТРАВЛЕНИЯ ТАЛЛИЕМ

Нарзикулов Р.А., Васенина Е.А., Корниевич Д.В.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Реферат. *Таллий – это тяжелый металл, широко используемый в различных видах производства. Таллий нашел применение в качестве родентицида и инсектицида, в производстве оптических линз, термометров и как катализатор фейерверков. Таллий не имеет цвета и вкуса, растворим в воде, поэтому отравление этим металлом проходит незаметно. Таллий часто используют в преднамеренных передозировках или преступных отравлениях. Случайные отравления также происходят, но все реже в связи с его ограниченным использованием обывателями и низкой распространенностью в природе. В последние годы наблюдается печально известный рост числа сообщений, связанных с увеличением загрязненности таллием окружающей среды в разных странах. Неврологическая симптоматика отравления таллием, и его нейротоксическое действие, является актуальным в практической медицине, поскольку они представляют собой серьезную проблему для здоровья во всем мире.*

Ключевые слова: *таллий, острое отравление, хроническое отравление, тяжелые металлы, алопеция, невропатия.*



Актуальность. Таллий как химический элемент был открыт в 1863 г. Английским ученым Уильямом Круксом методом спектроскопии из отходов в камерах сернокислого производства. Опасность заражением таллия возникает при производстве. При переплавке руд, когда соединения таллия становятся летучими. Соли металла конденсируются и осаждаются вместе с пылью на стенках дымоходов. Современным источником таллия выступают сульфидные металлические руды, а также отходы при производстве: меди, цинка, серной кислоты. Начало масштабного применения таллия и его соединений приходится на второе десятилетие прошлого века. В то время на территории Германии появился патентованный ядовитый препарат для борьбы с грызунами, созданный на базе сульфата этого металла. Впоследствии, подобное применение было резко ограничено во многих странах, поскольку обнаружилось его токсичное воздействие на организм человека. Другое применение таллия связано с изменением его электропроводности под действием фотонов. Это привело к созданию фотоэлементов (некоторые использовались в приборах ночного видения), где рабочим веществом выступает данный тяжелый металл. Карбонат таллия используется при производстве стекол с высоким показателем преломления.

Таллий широко распространен в земной коре, но на очень низком уровне концентрации, относится к типу рассеянных, и считается одним из самых токсичных тяжелых металлов. Природные запасы вещества на два порядка превышают резервы золота и в 10 раз – серебра.

Таллий считается кумулятивным ядом, который может вызывать неблагоприятные последствия для здоровья и дегенеративные изменения во многих органах, но наиболее тяжелые поражения наблюдаются в нервной системе. Точный патогенез до сих пор остается неизвестным. Многочисленные исследования показывают, что соединения таллия адсорбируются в людях и животных. Поступление металла в человеческий организм возможно различными путями: пероральный, употребление в пищу зараженных продуктов, через кожу и дыхательные пути при вдыхании пыли и паров. Как только он поступает в организм, тяжесть интоксикации зависит от количества поглощенного таллия, иммунной реакции, и индивидуальной толерантности к яду. Симптомы отравления таллием разнообразны и неспецифичны. Из-за сложного полиорганный поражения, включающего сердце, почки, нервную систему и желудочно-кишечный тракт, точный диагноз устанавливается поздно.

Время от времени появляются сообщения об отравлении таллием в результате самоубийства, покушения на убийство или несчастного случая в результате употребления в пищу продуктов, выращенных на загрязненной почве. Известны многочисленные случаи отравления таллием. Металл часто использовался для убийств и получил название «Яд отравителей».

Одним последних примеров массового отравления таллием является случай в конце 2017 года в Таганроге на авиазаводе им. Бериева, который занимается производством самолетов-амфибий. Впоследствии более 20 человек

(офисных работников, сотрудников юридического и экономического отделов) пострадали в результате, предположительно, умышленного отравления, так как таллий не участвовал в производственном процессе этого предприятия. Работники предполагают, что причиной добавления яда могло быть желание мести, так как на заводе были сокращения. По одной из версий, яд предназначался для кого-то одного, а остальные сотрудники пострадали случайно. Данный прецедент говорит о том, что, несмотря на более жесткий контроль над оборотом таллия среди населения, существует возможность его приобретения на территории России и использование в корыстных целях. Вместе с этим, отсутствие у соединений этого металла запаха, цвета и вкуса, а также длительный период клинических проявлений и неспецифичный характер физиологических нарушений, повышает риск его использования как отравляющее вещество и усложняет его диагностику.

Цель исследования. Изучить особенности патогенеза и частоту отравлений таллием и объяснить причину его длительной диагностики; обозначить различие симптомов при хроническом и остром отравлении соединениями этого металла.

Материалы и методы. При исследовании были изучены и обобщены данные научных работ, которые были посвящены отравлениям соединениями таллия. Проанализированы токсикометрия, токсикодинамика и токсический процесс острых и хронических отравлений таллием. Исследована клиническая и морфологическая картина отравления, количественное и качественное определение тяжелых металлов в биосредах организма.

Результаты и обсуждение. Таллий является вездесущим природным следовым металлом, считающимся наиболее токсичным среди тяжелых металлов. Он поступает в организм различными путями, но существует определенная закономерность: чаще всего, при остром отравлении, соединения этого металла поступают перорально при употреблении в пищу продуктов, содержащих таллий, а при хроническом отравлении наблюдается длительное воздействие на организм летучей формой таллия, содержащейся в воздухе. Таллий всасывается очень быстро через слизистые оболочки и практически в полном объеме (от 80% до 100%). После абсорбции, таллий распределяется через кровоток в ткани. В организме человека депонирование в основном наблюдается в почках, костях, желудке, кишечнике, селезенке, печени, мышцах, легких и минимально в мозге. После того, как таллий попал в организм, он совершает энтеро-гепатический, энтеро-энтеральный и энтеро-оральный циклы. Таллий также может пересекать гематоэнцефалический барьер и откладываться в мозге, где он вызывает нейродегенеративные эффекты, демиелинизацию и накопление конечных продуктов окисления липидов.

Маршруты экскреции таллия у человека включают почки и фекалии. Также таллий выводится через пот, слюну и слезы, причем выделение таллия со слюной в 15 раз выше его выделения почками. Хорошо задокументировано, что таллий пересекает плацентарный барьер и выводится с грудным молоком. Отложение в волосах и ногтях является тоже важным путем элиминации таллия. Благодаря



своему большому объему распределения в организме, таллий высвобождается медленно. Остатки таллия могут быть обнаружены в течение нескольких месяцев после его воздействия. Медленный темп экскреция обеспечивает накопление металла даже при низком уровне воздействия. Биологическое полувыведение составляет от 10 до 30 дней.

Клинические проявления варьируются в зависимости от пути поступления, дозы и возраста пациента. Неспецифические, но характерные клинические проявления при отравлении заключаются в быстро прогрессирующей, нарастающей болевой сенсорной полиневропатии, выпадением волос и нарушения зрения. Начальные симптомы развиваются через 1-2 дня после приема внутрь металла.

Клинические проявления отравления можно классифицировать как острое, субхроническое и хроническое, в зависимости от уровня токсичности, тяжести и времени выдержки. Самая заметная особенность при отравлении таллием - это выпадение волос или алопеция. Выпадение волос происходит через 2-3 недели после воздействия и иногда сопровождается потерей бровей и ресниц, так как таллий предотвращает кератинизацию белков волос путем связывания с цистеином. При взятии биопсии кожи у пациентов с алопецией, вызванной отравлением таллием, выявлены атрофические и некротические изменения кожи головы, паракератоз, расширение луковицы волоса, а также мягкая эпидермальная атрофия и вакуолярная дегенерация базального слоя эпидермиса.

Другими симптомам являются желудочно-кишечные нарушения, высокое кровяное давление, тахикардия и постоянная слабость, но данные проявления являются неспецифическими признаками и характерны для широкого спектра заболеваний. Симптомы нарушения желудочно-кишечного тракта обычно появляются в течение первых нескольких часов при остром отравлении. Они изначально неотличимы от других расстройств желудочно-кишечного тракта (острая боль в животе и рвота).

Напротив, эти симптомы не проявляются при хроническом воздействии. Независимо от путей поступления металла в организм, тяжелые болезненные ощущения наблюдаются через 2-5 дней после воздействия. При электронейромиографии наблюдаются признаки аксональной дегенерации, замедление или незначительное замедление скорости проведения и снижение амплитуды потенциала действия чувствительного нерва. Вначале в нервных волокнах образуются каплевидные набухания, обусловленные скоплениями разбухших дегенерирующих митохондрий, которые впоследствии ведут к аксональной дегенерации, которая может ограничиться лишь дистальными частями периферических нервов.

Отравление таллием иногда может быть диагностировано как синдром Гийена-Барре из-за развития невропатии с характерными симптомами этого заболевания. Эти симптомы включают в себя мышечную слабость, парестезии и гипорефлексию. Распространение таллия в различных системах организма происходит в течение нескольких дней после воздействия, вызывает парестезию,

летаргию, аномалии миокарда. После латентного периода, около 3-7 дней, основной мишенью становится нервная система, постепенно развивается гипералгезия, особенно в ногах, сопровождаемая мышечной слабостью, поднимающейся от нижних конечностей, что свидетельствует о токсичном действии тяжелых металлов. В самых тяжелых случаях при отравлении возникает атаксия, тремор, головная боль, припадки и бессонница, которые предшествуют коме и смерти. Отравление таллием может вызывать нейropsychологические симптомы, такие, как психоз, признаки изменения личности, депрессия, апатия, тревога, смятение, бред и галлюцинации.

Во многих случаях проявляется аномальное цветовое зрение и развивается нарушение его остроты. Токсическая оптическая невропатия может привести к атрофии зрительного нерва, офтальмоплегии и нистагму. Исследования нервной проводимости подтвердили аксональную дегенерацию и снижение плотности крупных миелинизированных нервных волокон у больных при остром отравлении таллием.

Механизм интоксикации заключается в том, что ионное соотношение таллия аналогично калию (K^+), поэтому во время ферментативных реакций он его замещает. Основной органеллой, которая после воздействия таллия повреждается больше всего, является митохондрия. Это приводит к ингибированию выработки энергии в цикле Кребса и снижению активности окислительного фосфорилирования, кроме того, таллий также способен нарушать гомеостаз кальция.

Таллий является высокотоксичным соединением, смертельная доза составляет всего 10-15 мг/кг. Минимальная летальная доза составляет 0,7-1,1 г для взрослых людей с массой тела 70 кг. LDmin составляет 12-15 мг/кг. LCmin более 5нг/мл. Стах около 2ч после приема внутрь, T1/2 до 30 дней, Ae24 55% с мочой.

Заключение. Таллий и его соединения способны вызвать необратимые изменения в организме при несвоевременном выявлении отравления, как при острой, так и хронической форме. При отравлениях таллием, существует высокий риск возникновения необратимых неврологических и психических нарушений.

Содержание таллия в окружающей среде в норме не превышает пороговых значений и не опасно для человека. Однако возможно образование соединений металла как побочного продукта при многих видах производства других металлов, поэтому подобные выбросы должны подлежать более тщательному контролю.

Несмотря на то, что отравление таллием – это достаточно редкое явление в наши дни, следует более внимательно относиться к симптомам, возникающим при его воздействии. Поскольку таллий является накопительным ядом, пациент с симптомами невропатии, желудочно-кишечными проявлениями и алопецией должен подозреваться в таллотоксикозе. Должны проводиться соответствующие меры по определению содержания таллия с помощью качественных и количественных анализов.



Список литературы:

- 1) Li, J. M., Wang, W., Lei, S., Zhao, L. L., Zhou, D., & Xiong, H. (2014). Misdiagnosis and long-term outcome of 13 patients with acute thallium poisoning in China. *Clinical Toxicology*, 52(3), 181–186.
- 2) Osorio-Rico, L., Santamaria, A., & Galván-Arzate, S. (2017). Thallium Toxicity: General Issues, Neurological Symptoms, and Neurotoxic Mechanisms. *Neurotoxicity of Metals*, 345–353.
- 3) Королев Никита/Таллий мог стать причиной смерти слесаря// - 2018.-[Электронный ресурс]. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3566572>
- 4) Королев Никита/На таганрогское авиационное предприятие завезли таллий// Журнал «Коммерсант» -2018.-[Электронный ресурс].URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3561208>
- 5) Tetsuya Yumoto, Kohei Tsukahara, Hiromichi Naito, Atsuyoshi Iida, Atsunori Nakao. (2017). A Successfully Treated Case of Criminal Thallium Poisoning. [Electronic resource]. URL: https://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2017&volume=11&issue=4&page=OD01&issn=0973-709x&id=9494

УДК 616-051-056.2-07

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Новик И.И., Кратёнок В.Е., Писарик В.М, Хавратович В.М., Белькович Д.В.
Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск,
Республика Беларусь

Аннотация. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний среди медицинских работников ниже, чем среди городского населения Республики Беларусь. Показатель первичной заболеваемости медицинских работников (на 1000 человек) в 1,67 раза выше, чем у населения; относительный показатель первичной заболеваемости у медицинских работников женщин выше аналогичного показателя у мужчин в среднем в 1,75 раза; показатель общей заболеваемости медицинских работников с возрастом повышается в среднем в 1,56 раза, а у населения – в 1,15 раза по сравнению с таковым у возрастной группы 18-29 лет, принятым за единицу; работники здравоохранения имеют более высокую заболеваемость с временной нетрудоспособностью (число случаев в 2,05 раза, среднее число дней нетрудоспособности в 1,88 раза). Наибольшее число острых и/или хронических заболеваний отмечено у руководителей/врачей организационного профиля, рентгенлаборантов и врачей стоматологического профиля.

Ключевые слова: медицинские работники, факторы риска неинфекционных заболеваний, заболеваемость, временная нетрудоспособность.

Актуальность. Здоровье людей, посвятивших свою профессиональную жизнь делу предупреждения и лечения заболеваний, должно быть в центре внимания, как самих врачей, так и администрации лечебно-профилактических учреждений, а также системы здравоохранения в целом, ибо от уровня здоровья медицинских работников зависит эффективность врачебной деятельности, от которой в свою очередь зависит здоровье населения страны [1].

Работа врача относится к одному из особо сложных и наиболее ответственных видов трудовой деятельности, характеризующихся высокой интеллектуальной и эмоциональной нагрузкой, которая обуславливается высокой ответственностью за здоровье и жизнь пациента, необходимостью принятия решений по диагностике и лечению заболеваний. Эффективность, качество и результативность трудовых усилий работников здравоохранения напрямую зависят от уровня их здоровья и постоянно действующих условий труда.

Проведенные в последние годы исследования состояния здоровья медицинских работников выявили тенденцию к увеличению у них показателей заболеваемости и инвалидизации [2]. При этом лидирующие позиции у всего населения страны, в том числе у медицинских работников, занимают неинфекционные заболевания (далее – НИЗ), на долю которых приходится 79,1% смертности и 79,8% бремени в структуре общей заболеваемости населения Беларуси. НИЗ остаются основной причиной заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности населения Республики Беларусь [3].

Самые эффективные меры снижения распространенности НИЗ заключаются в предупреждении их развития, а именно, воздействии на популяционном и индивидуальном уровне на поведенческие факторы риска НИЗ: курение, употребление алкоголя, чрезмерное употребление соли, низкую физическую активность, избыточную массу тела, нездоровое питание. В связи с этим, весьма актуально изучение распространенности факторов риска развития НИЗ как среди всего населения, так и среди медицинских работников, которые являются наиболее осведомлённой категорией населения в вопросах вредного влияния факторов риска на развитие НИЗ и на здоровье в целом.

На протяжении 2016-2017 годов в Республике Беларусь проводилось широкомасштабное исследование распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний на общенациональном уровне «STEPS» [4]. В процессе STEPS-исследования была собрана социально-демографическая и поведенческая информация (потребление табака и алкоголя, рацион питания, физическая активность и др.), проведены измерения (рост, масса тела, окружность талии, артериальное давление и частота сердечных сокращений), определены биохимические показатели (уровень глюкозы и холестерина в крови) [5]. Для участия в STEPS-исследовании было отобрано 5760 человек в возрасте 18-69 лет, эквивалентно распределённых по возрасту, полу и регионам Республики Беларусь. Использованный метод формирования выборки позволил распространить итоги выборочного наблюдения на всю генеральную



совокупность, то есть результаты STEPS-исследования правомерно экстраполировать на всё население Республики Беларусь в возрасте от 18 до 69 лет [6]. В целях сравнительного анализа распространенности факторов риска НИЗ среди всего населения и среди медицинских работников авторами данной статьи был проведен анкетный опрос медицинских работников, включающий вопросы, разработанные на основании инструмента STEPS-исследования.

Производственная деятельность, как и любая сфера деятельности человека, сопряжена с неустранимым наличием риска для здоровья человека. Это так называемый «профессиональный риск» – результат сложного комплекса взаимосвязанных факторов условий труда и трудового процесса (воздействие технической системы на человека), с одной стороны, и биологического состояния человека и его здоровья (восприятие факторов риска), с другой стороны. К значимым факторам риска можно отнести тяжесть труда (прежде всего вынужденная рабочая поза), а также напряженность трудового процесса [7]. Для целого ряда профессий медицинских работников характерен профессиональный контакт с инфицированным материалом, риск заражения различными инфекционными заболеваниями, что сказывается на показателях их здоровья. В связи с вышесказанным представляется актуальным провести сравнительный анализ показателей состояния здоровья медицинских работников и взрослого населения зоны обслуживания амбулаторно-поликлинических организаций г. Минска, взятых из автоматизированной информационной системы (АИС) «Поликлиника». Для такого анализа нами были использованы данные измерений (рост, вес, индекс массы тела, артериальное давление), показатели первичной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной нетрудоспособностью (случаи и дни), результаты лабораторных исследований уровня глюкозы и общего холестерина в крови среди взрослого населения и медицинских работников, обслуживаемых в исследуемых учреждениях здравоохранения. Анализ проведен в группах по полу, возрасту, классам и формам заболеваний.

Кроме того, нами были проанализированы показатели заболеваемости с временной нетрудоспособностью и наличие хронических заболеваний у медицинских работников в зависимости от специальности (занимаемой должности), для чего использован информационный массив, сформированный путем отбора данных о состоянии здоровья работников организаций здравоохранения г. Минска.

Цель и задачи исследования. Цель – провести сравнительный анализ распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний, уровня заболеваемости и временной нетрудоспособности среди медицинских работников и городского населения.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Проанализировать распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний среди медицинских работников организаций здравоохранения городского уровня по результатам анкетного опроса и

городского населения по результатам STEPS-исследования в Республике Беларусь.

2. Провести сравнительную оценку состояния здоровья медицинских работников и взрослого населения зоны обслуживания поликлинических организаций здравоохранения г. Минска.

3. Провести сравнительный анализ показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью и числа хронических заболеваний среди работников здравоохранения г. Минска в зависимости от занимаемой должности.

Материалы и методы. Материалом для сравнительного анализа распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний среди медицинских работников городских организаций здравоохранения по результатам анкетного опроса и городского населения по результатам STEPS-исследования в Республике Беларусь явилась база данных, созданная на основании информации, полученной в результате анкетного опроса 702 работников городских организаций здравоохранения (г. Минска, а также отдельных областных и районных центров Республики Беларусь) в возрасте от 19 до 69 лет.

Материалом для сравнительного анализа показателей состояния здоровья медицинских работников и взрослого населения зоны обслуживания поликлинических организаций явилась информация, полученная из АИС «Поликлиника» от 7 учреждений здравоохранения г. Минска за 2017 год. Деперсонализированная информация получена в общей сложности о 1545 медицинских работников и о 479 332 пациентах, обслуживаемых в данных поликлиниках. Материалом для анализа заболеваемости медицинских работников в зависимости от занимаемой должности явился сформированный методом ручного отбора информационный ресурс о состоянии здоровья 449 медицинских работников трёх поликлиник г. Минска. Обработка результатов осуществлялась на ПЭВМ с помощью пакетов прикладных программ «Microsoft Office» и «IBM SPSS Statistics».

Результаты. Оценка распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний среди медицинских работников.

В целях изучения распространенности основных факторов риска НИЗ среди медицинских работников проведено определение распространенности поведенческих факторов риска НИЗ (потребление табака, алкоголя, недостаточная физическая активность, нездоровый рацион питания, избыточная масса тела), а также оценка распространенности биологических факторов риска НИЗ (повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина, повышенный уровень глюкозы в крови), с помощью анкеты, разработанной на основе Инструмента ВОЗ для STEPS-исследований [5]. Полученные в ходе анкетирования медицинских работников результаты были сопоставлены с результатами, полученными в ходе STEPS-исследования для всего городского населения Республики Беларусь. В итоге сформулированы следующие выводы:



1. Медицинские работники в большей степени, чем городское население в целом, осознают вредность употребления табачных изделий, а также чрезмерного употребления алкогольных напитков.

2. Уровень потребления фруктов и овощей в среднем несколько выше у работников здравоохранения по сравнению с городским контингентом населения Республики Беларусь.

3. Большинство медицинских работников осознают опасность употребления большого количества обработанных продуктов с высоким содержанием соли (в частности, копчёностей, разносолов и т.п.), но при этом добавляют в свою пищу соль и солёные соусы, что свидетельствует о недооценке чрезмерного употребления собственно соли.

4. В целом медицинские работники ведут более активный образ жизни, однако доля среди них лиц с недостаточной физической активностью достаточно высокая (19,4%).

5. Значения таких показателей, как артериальное давление, индекс массы тела и окружность талии, среди медицинских работников в среднем ниже, чем среди городского населения.

6. Медицинские работники имеют высокую осведомленность о собственных уровнях глюкозы и холестерина в крови и более ответственно относятся к регулярному приёму медикаментов.

7. В целом среди медицинских работников наблюдается более низкий уровень распространенности факторов риска развития НИЗ, чем среди городского населения, но при этом довольно высокий по сравнению с общепринятыми стандартами ВОЗ.

Таким образом, медицинские работники в среднем проявляют большую осведомлённость о вредности факторов риска НИЗ, характеризуются большей ответственностью за своё здоровье, что в целом соответствует их предназначению – лечить других людей, быть для них примером и формировать установки у пациентов на ведение здорового образа жизни. Вместе с тем, результаты данного исследования свидетельствуют об относительно высокой по сравнению с общепризнанными стандартами ВОЗ распространенности факторов риска НИЗ среди работников здравоохранения, поэтому необходима постоянная работа, направленная на снижение распространенности факторов риска и стимулирование ведения здорового образа жизни как среди медицинских работников, так и всего населения в целом. Необходимо активное внедрение профилактических программ и программ по здоровому образу жизни на уровне учреждений здравоохранения и повышение роли и ответственности их руководителей в борьбе с распространенностью факторов риска НИЗ среди медицинских работников.

Сравнительная оценка состояния здоровья медицинских работников и взрослого населения.

Формирование информационного ресурса для оценки состояния здоровья медицинских работников осуществлено путем отбора данных за 2017 год из АИС «Поликлиника» семи учреждений здравоохранения г. Минска.

Всего в анализ включено 1545 медицинских работников, из них 120 человек (7,77%) – составляли мужчины, 1425 (92,23%) – женщины и 479 332 человек зоны обслуживания поликлинических организаций, из них 216 806 (45,23%) мужчин и 262 526 (54,77%) женщин. Доля лиц трудоспособного возраста в общем количестве обслуживаемого населения составила 72,7%.

В результате сравнительного анализа значений артериального давления и индекса массы тела среди медицинских работников и обслуживаемого взрослого населения:

1. Не выявлено существенных различий в показателях среднего систолического и среднего диастолического артериального давления у врачебного и среднего медицинского персонала, в том числе среди мужчин и женщин.

2. С возрастом у медицинских работников и обслуживаемого населения, отмечается тенденция к увеличению значений индекса массы тела.

3. Доля мужчин – медицинских работников с ИМТ > 25 кг/м² (то есть имеющих избыточную массу тела) ниже, чем мужчин в общей выборке обслуживаемого населения (47,6% и 60,6%, соответственно). Доля женщин – медицинских работников с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ > 25 кг/м²) составила 65,2% по сравнению с городскими женщинами (56,5%). Среднее значение ИМТ у среднего медицинского персонала в целом выше, чем у врачей.

Проведённая сравнительная оценка показателей первичной и общей заболеваемости среди медицинских работников и обслуживаемого населения позволила выявить следующее. Показатель первичной заболеваемости медицинских работников на 1000 человек за 2017 г. в 1,67 раза выше, чем аналогичный показатель у населения. В структуре первичной заболеваемости медицинских работников первое место занимают болезни органов дыхания 59,1% (444,0 на 1000 человек); на втором месте – болезни глаза и его придаточного аппарата – 7,7% (58,3 на 1000 человек), на третьем – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 7,1% (53,1 на 1000 человек), на четвертом и пятом – болезни мочеполовой системы – 6,9% (51,8 на 1000 человек) и болезни уха и сосцевидного отростка – 4,9% (36,9 на 1000 человек). В структуре первичной заболеваемости взрослого населения первое место занимают болезни органов дыхания 49,84% (224,6 на 1000 человек), на втором месте – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 13,84% (62,4 на 1000), на третьем – болезни мочеполовой системы – 8,17% (36,8 на 1000), на четвертом и пятом – болезни уха и сосцевидного отростка – 4,64% (20,9 на 1000) и болезни глаза и его придаточного аппарата – 4,53% (20,9 на 1000).



Наиболее высокая первичная заболеваемость выявлена у медицинских работников в возрасте 18-29 лет: в 30-44 лет относительный показатель первичной заболеваемости составляет 0,74, в 45-59 лет – 0,78, в 60-69 лет – 0,81, в 70 и более лет – 1,04 от данного показателя у возрастной группы 18-29 лет, принятого за единицу. Первичная заболеваемость у населения во всех возрастных группах значительно ниже, чем у медицинских работников. Первичная заболеваемость у населения наиболее высокая в возрасте 18-29 лет: она составляет в 30-44 лет – 0,54, в 45-59 лет – 0,59, в 60-69 лет – 0,54, в 70 и более лет – 0,55 от уровня в возрастной группе 18-29 лет, принятого за единицу. Эти данные свидетельствуют о том, что у медицинских работников и населения первичная заболеваемость наиболее высокая в возрастной группе 18-29 лет, наиболее низкая в возрастной группе 30-44 лет: в возрасте от 40 до 70 и более лет первичная заболеваемость у медицинских работников повышается, а у населения остается примерно на одном уровне и составляет примерно 50-60% от уровня в возрастной группе 18-29 лет.

Относительный показатель первичной заболеваемости у медицинских работников женщин выше аналогичного показателя у мужчин в среднем в 1,75 раза. Показатель общей заболеваемости медицинских работников на 1000 человек за 2017 г. в среднем в 1,73 раза выше (оба пола – 2337,9, мужчины – 1383,3, женщины – 2418,2), чем аналогичный показатель у населения (оба пола – 1355,0, мужчины – 982,7, женщины – 1662,6).

Наиболее частыми причинами общей заболеваемости (на 1000 человек) медицинских работников являются следующие: болезни органов дыхания – 734,8 (28,42%), болезни глаза и его придаточного аппарата – 458,6 (17,74%), болезни системы кровообращения – 353,6 (13,68%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 292,8 (11,32%), болезни мочеполовой системы 182,3 (7,05%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 143,6 (5,56%), новообразования 110,5 (4,27%).

У взрослого населения наиболее частыми причинами общей заболеваемости становятся болезни органов дыхания – 280,5 случаев на 1000 человек (20,70%), болезни системы кровообращения – 243,4 случая на 1000 человек (17,96%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 175,1 случаев на 1000 человек (12,92%), болезни глаза и его придаточного аппарата – 152,5 случая на 1000 человек (11,25%), болезни мочеполовой системы – 107,1 случаев на 1000 человек (7,90%).

Общая заболеваемость у населения во всех возрастных группах значительно ниже, чем у медицинских работников. Наиболее низкий уровень показателя общей заболеваемости у населения отмечен в возрастной группе 30-44 лет, у работников здравоохранения в возрасте 18-29 лет. Показатель общей заболеваемости медицинских работников с возрастом повышается в среднем в 1,56 раза по сравнению с данным показателем в возрастной группе 18-29 лет, принятым за единицу: в 70 и более лет он выше в 2,25 раза по сравнению с возрастной группой 18-29 лет. Среди медицинских работников мужчин данный

показатель увеличивается в возрасте 70 и более лет в 2,11 раза, у женщин – в 2,23 раза. Среди населения также отмечен рост показателя общей заболеваемости с возрастом в среднем в 1,15 раза, в возрасте 70 и более лет – рост в 2,02 раза, однако он ниже, чем у медицинских работников. Увеличение общей заболеваемости работников здравоохранения и взрослого населения с возрастом обусловлено преимущественным вкладом хронической патологии, диагностированной в предыдущие годы.

Показатель общей заболеваемости у медицинских работников женщин выше, чем у мужчин во всех возрастных группах в среднем в 1,75 раза. Среди населения общая заболеваемость женщин в среднем в 1,69 раза выше, чем у мужского населения. Во всех возрастных группах отмечается более высокий уровень общей заболеваемости у женского населения по отношению к мужскому как среди взрослого населения, так и среди работников здравоохранения.

Анализ заболеваемости показал, что острые заболевания зарегистрированы у 326,29‰ медицинских работников обоего пола, в том числе у мужчин – 222,22‰, у женщин – 334,86‰. Показатель заболеваемости хроническими заболеваниями для работников здравоохранения составил 617,34‰, у мужчин – 425,93‰, у женщин – 633,10‰. Острые и хронические заболевания установлены у 943,62‰ медицинских работников обоего пола, у мужчин – 648,15‰, у женщин – 967,96‰. Показатель заболеваемости впервые выявленными хроническими заболеваниями составил 52,15‰ у лиц обоего пола, мужчин – 18,52‰, женщин – 54,92‰. Эти данные свидетельствуют о большем числе острых и хронических заболеваний у работников здравоохранения женщин по сравнению с мужчинами.

Доля работников здравоохранения, у которых не выявлено заболеваний (показатель «индекса здоровья») составила 353,07‰, мужчин – 462,96‰, женщин – 344,01‰. Доля лиц, у которых не выявлено заболеваний практически не менялась в возрастных группах 18-44 лет. Снижение показателя «индекс здоровья» отмечено в возрастной группе 45-59 лет. Число лиц, у которых не выявлено заболеваний, снижается в возрастной группе 60-69 лет в 3,95 раза, а в возрасте более 70 лет в 19,74 раза по сравнению с возрастной группой 18-29 лет.

Сравнительная оценка показателей заболеваемости свидетельствует о том, что работники здравоохранения имеют более высокую по сравнению со взрослым населением заболеваемость с временной нетрудоспособностью. Число случаев временной нетрудоспособности в трудоспособном возрасте по данным за 2017 г. на 100 медицинских работников (34,62 случая) в 2,05 раза выше, чем у взрослого населения в целом (16,82 случая). Среднее число дней временной нетрудоспособности на 100 человек в трудоспособном возрасте у медицинских работников (343,7 дня) в 1,88 раза выше, чем у взрослого населения (182,22 дня). Средняя продолжительность случая временной нетрудоспособности в сравниваемых группах примерно одинакова (у медицинских работников 9,93 дня и 10,83 дня у населения).



В структуре причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью у медицинских работников первое место занимают болезни органов дыхания – 63,1%, на втором месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 10,12%, на третьем – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 6,39%, на четвертом и пятом – болезни глаза и его придаточного аппарата – 4,36% и болезни системы кровообращения – 3,43%, на шестом и седьмом – болезни органов пищеварения – 2,80% и болезни мочеполовой системы – 2,49%.

Структура причин заболеваемости с временной нетрудоспособностью у взрослого населения сходна с таковой у работников здравоохранения.

Сравнительный анализ показателей лабораторных исследований крови медицинских работников и взрослого населения показал следующее. Статистически значимых различий в уровне глюкозы и общего холестерина у врачей и у среднего медицинского персонала не установлено. С возрастом, как среди работников здравоохранения, так и среди взрослого населения отмечается увеличение доли лиц с повышенными уровнями глюкозы и холестерина в крови. Среди обследованных медицинских работников у 8,2% отмечен повышенный уровень глюкозы и у 65,2% – общего холестерина в крови. Среди обследованного населения повышенный уровень глюкозы выявлен у 9,2% и общего холестерина у 57,7%. Эти данные косвенно свидетельствуют о том, что среди обследованного населения и медицинских работников отмечается примерно одинаковая доля лиц с повышенным уровнем глюкозы и общего холестерина в крови, как в целом, так и в разных возрастных группах.

Заболеваемость и временная нетрудоспособность медицинских работников по должностям

Для решения поставленной задачи был сформирован информационный ресурс данных о 449 медицинских работниках трех учреждений здравоохранения г. Минска за весь период ведения амбулаторной медицинской документации по следующим показателям: пол, возраст, должность, квалификация, образование, специальность, стаж работы в данном учреждении, данные о временной нетрудоспособности, наличие хронического заболевания, наличие группы инвалидности, проведённые хирургические вмешательства. В результате анализа данных были получены следующие результаты.

Среди медицинских работников за период ведения амбулаторной медицинской документации перенесли острое заболевание 59,5% (267 человек), имеют хроническое заболевание – 32,7% (147 человек), болели и/или имеют хроническое заболевание – 68,6% (308 человек). В среднем на 1 человека из числа когда-либо болевших пришлось в среднем 4 заболевания и 41 день нетрудоспособности.

Наиболее длительные случаи временной нетрудоспособности зарегистрированы в классах: психические расстройства и расстройства поведения – 19 дней нетрудоспособности на 1 случай, новообразования – 18 дней, травмы и

отравления – 17 дней. Первое место в структуре случаев заболеваемости с временной нетрудоспособностью занимают болезни органов дыхания, на втором месте – травмы, на третьем – болезни костно-мышечной системы, на четвертом и пятом – болезни системы кровообращения и болезни мочеполовой системы.

В структуре хронической заболеваемости на первое место вышли болезни системы кровообращения, на второе – болезни глаза и его придаточного аппарата, на третье – болезни эндокринной системы, на четвертое – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на пятое и шестое – болезни органов дыхания и болезни органов пищеварения. Заболеваемость с временной нетрудоспособностью выше у женщин в 1,7 раз, чем у мужчин; хроническая заболеваемость выше в 4,4 раза.

Среди мужчин лидируют случаи заболеваемости с временной нетрудоспособностью по следующим причинам: болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и психические расстройства; среди женщин – болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни костно-мышечной системы и болезни системы кровообращения.

Основной причиной хронической заболеваемости с временной нетрудоспособностью у мужчин являются болезни глаза и его придаточного аппарата; у женщин – болезни системы кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Суммарно по всем классам болезней с возрастом растет заболеваемость с временной нетрудоспособностью, а также хроническая заболеваемость.

Наибольшее число случаев и дней временной нетрудоспособности от всех причин зафиксированы в категориях: руководитель/врач организационного профиля, врачи стоматологического профиля, фельдшеры, акушерки, медицинские сестры, рентгенлаборанты. Наибольшее число случаев острых и/или хронических заболеваний с временной нетрудоспособностью отмечено у 100% руководителей/врачей организационного профиля, у 85,7% рентгенлаборантов, у 79,1% врачей стоматологического профиля, что указывает на то, что работники данных специальностей и должностей имеют более высокую заболеваемость. Наиболее высокий показатель хронической заболеваемости с временной нетрудоспособностью зарегистрирован у рентгенлаборантов, медицинских сестер, руководителей/врачей организационного профиля и врачей медико-диагностического профиля.

Заключение. Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний у медицинских работников несколько ниже, чем у всего городского населения страны. Первичная и общая заболеваемость и связанная с ней временная нетрудоспособность медицинских работников выше, чем у взрослого населения. Среди должностей медицинских работников наиболее уязвимыми являются представители руководящего состава, врачи организационного профиля, рентгенлаборанты и врачи стоматологического профиля.

Список литературы.



1. Условия труда и состояние здоровья работников здравоохранения / И. В. Суворова [и др.]; РНПЦ гигиены, Республиканский комитет Белорусского профсоюза работников здравоохранения. – Минск: Проф-Пресс, 2014. – 176 с.
2. Профессиональное здоровье работников здравоохранения амбулаторно-поликлинического звена / И. В. Суворова [и др.] // Здоровье и окружающая среда : сб. науч. тр. / МЗ РБ, Респ. науч.-практ. центр гигиены. Бел.науч. о-во гигиенистов; редкол. : Л.В. Половинкин [и др.]. – Минск: РНМБ, 2012. – Вып. 20. – С. 109 – 114.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь : офиц. стат.сб. за 2016 г. – Минск : ГУ РНПЦ МТ, 2017. – 277 с.
4. Организация STEPS в Беларуси (Принцип поэтапной реализации мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, разработанный Всемирной организацией здравоохранения) / И.И.Новик [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2(91). – С. 16 – 27.
5. Финальный отчет Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» [Электронный ресурс] / Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>. – Дата доступа 30.05.2018.
6. Формирование репрезентативной выборки для STEPS-исследования в Республике Беларусь / Бондаренко Н.Н. [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №2(95). – С.30 – 38.
7. Профессиональное здоровье работников здравоохранения амбулаторно-поликлинического звена / И. В. Суворова [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / МЗ РБ, Респ. науч.-практ. центр гигиены. Бел.науч. о-во гигиенистов; редкол.: Л.В. Половинкин [и др.]. - Минск: РНМБ. 2012. - Вып. 20. - С. 109-114.

УДК: 613.2-057.36

ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНОВ — ВАЖНЫЙ ВЕКТОР СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПИТАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Новоселов С.А.¹, Кузнецов С.М.¹, Лопатин С.А.²

¹ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный экономический университет

Реферат. Недостатком норм продовольственного обеспечения, используемых в ВС РФ в настоящее время, является практически полное отсутствие в них продуктов, обогащенных биологически активными веществами, витаминно-минеральных комплексов, а также фитопротекторов, пробиотиков и эубиотиков. Система организации питания личного состава ВС РФ в целом нуждаются в дальнейшем совершенствовании, что должно быть гармонизировано с концепцией государственной политики в области здорового питания населения. Новая модель продовольственного обеспечения должна базироваться не на достигнутых ранее показателях развития сельского

хозяйства, а на учете физиологических потребностей современного россиянина в адекватном питании в обычных и экстремальных условиях. Использование функциональных и обогащенных продуктов в питании военнослужащих – перспективное направление совершенствования продовольственного обеспечения ВС РФ.

Ключевые слова: питание военнослужащих, функциональные пищевые продукты, медико-технические требования.

Актуальность. Современной научной основой для планирования и организации питания населения РФ являются Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения Российской Федерации, которые базируются на положениях Концепции оптимального питания:

- энергетическая ценность рациона человека должна соответствовать величине его суточных энергозатрат;
- количество основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов), поступающих с пищей, должно соответствовать суточным физиологическим потребностям организма человека;
- суточный рацион должен содержать необходимое количество витаминов, и минеральных веществ;
- содержание биологически активных веществ в пище должно соответствовать их адекватным уровням потребления.

Гигиена питания, как научно-практическое направление современной профилактической медицины, постоянно развивается. С течением времени меняются представления и о векторах дальнейшего развития продовольственного обеспечения в РФ, постоянно изобретаются новые и совершенствуются существующие виды продукции пищевой промышленности. Так, большие возможности для совершенствования рационов питания открываются, например, при использовании ДНК-технологий. Современные возможности молекулярной генетики, биохимии и физиологии в ближайшем будущем позволят проводить оценку предполагаемых потребностей человека в энергии и питательных веществах по результатам анализа его генома, а в случае обнаружения отдельных неблагоприятных аллелей конкретных генов или их комбинаций - составлять специальные рационы питания, позволяющие предотвратить или компенсировать возможный дефицит определенных метаболитов и нутриентов. Таким образом, по результатам генетического тестирования станет возможна разработка пищевых рационов, адаптированных к конкретному геному и ориентированных на обратную закономерность (не только гены определяют восприимчивость к пище, но и, сама пища может воздействовать на гены, «включая» и «выключая» их, вызывая тем самым изменения в использовании организмом информации, записанной в ДНК) [1].

Существующая в настоящее время система организации питания личного состава ВС РФ также может быть усовершенствована на основании недавних



разработок и открытий, произошедших в различных областях современной науки. При нормировании качества питания военнослужащих следует учитывать различные алиментарные концепции, включая теорию адекватного питания, сформулированную А.М. Уголевым, а также холистическую теорию питания Е.И. Ткаченко.

Цель и задачи. Действующие в настоящее время нормы продовольственного обеспечения личного состава Вооруженных сил (ВС) РФ в целом соответствуют суточным физиологическим потребностям организма военнослужащего в основных нутриентах и энергии. Однако в современных экономических условиях задача организации полноценного, высококачественного питания, соответствующего основным принципам гигиенического, физиологического и экологического нормирования, с целью дальнейшего укрепления здоровья военнослужащих, повышения их работо- и боеспособности не теряет своей актуальности. Общим недостатком норм продовольственного обеспечения, используемых в ВС РФ в настоящее время, является практически полное отсутствие в них продуктов, обогащенных биологически активными веществами, витаминно-минеральных комплексов, а также фитопротекторов, пробиотиков и эубиотиков. Между тем, включение в суточные рационы питания различных категорий военнослужащих современных функциональных пищевых продуктов могло бы скорректировать их химический (в первую очередь минеральный и витаминный) состав в соответствии с современными научными представлениями об основных физиологических и патогенетических механизмах развития заболеваний, развивающихся в результате военно-профессиональной деятельности [5].

В армии США регулярно проводятся мероприятия по улучшению организации питания личного состава и повышения качества пищи с целью улучшения физического и психологического состояния военнослужащих как в мирное время, так и при выполнении боевых задач в экстремальных условиях. Основой для совершенствования рационов питания личного состава армии США становятся как результаты научных (в том числе и лабораторных) исследований, так и опыт применения действующих норм продовольственного обеспечения в реальных боевых условиях. Так, изменение продуктового состава наиболее употребляемого в ВС США пайка MRE (Meal, Ready to Eat) произошло после его использования в ходе боевых действий армией США в Ираке и Афганистане. При совершенствовании указанной нормы продовольственного обеспечения учитывались и результаты опросов военнослужащих, высказавших свои пожелания и рекомендации, основанные на опыте участия в боевых действиях [6].

Возможно, по примеру иностранных армий в системе организации продовольственного обеспечения ВС РФ также необходимо учитывать вкусовые предпочтения личного состава, которые могут быть выявлены путем анкетирования. При анкетировании военнослужащих, проходящих службу по призыву, проведенном в ЗВО в 2015 г., 63 % опрошенных высказали пожелание дополнительно включить в рацион соки натуральные, 45 % - фрукты, 27 % -

молочные продукты, 16 % - сладости и кондитерские изделия. Изучение их биохимического статуса показало наличие дефицита эссенциальных микронутриентов (витаминов и минеральных веществ), что негативно повлияло на иммунобиологическую реактивность и приводило к росту заболеваемости [6].

Основываясь на опыте ВС США, результатах исследований отечественных ученых, и современных научных представлениях о пищеварении и особенностях метаболизма в организме лиц, выполняющих тяжелую физическую работу в экстремальных условиях, можно сделать вывод, что нормы продовольственного обеспечения, а также система организации питания личного состава ВС РФ в целом нуждаются в дальнейшем совершенствовании, что должно быть гармонизировано с концепцией государственной политики в области здорового питания населения, основными задачами которой являются:

- расширение отечественного производства основных видов продовольственного сырья, отвечающего современным требованиям качества и безопасности;

- развитие производства пищевых продуктов, обогащенных незаменимыми нутриентами (в том числе, продуктов функционального назначения и биологически активных добавок к пище, используемых для питания в организованных коллективах (трудовых, образовательных и др.));

- разработка и внедрение в сельское хозяйство и пищевую промышленность инновационных технологий, включая био- и нанотехнологии;

- совершенствование организации питания в организованных коллективах;

- совершенствование лечебного питания в лечебно-профилактических организациях, как неотъемлемой части лечебного процесса;

- разработка образовательных и просветительских программ для различных групп населения по вопросам рационального питания;

- мониторинг состояния питания населения.

Основные направления развития системы продовольственного обеспечения населения РФ были сформулированы на конференции «Продовольственная стратегия России в условиях глобализации (2011-2031 гг.)», в ходе которой экспертное сообщество сделало вывод, что современная мировая модель производства продовольствия, в основе которой — интенсивное зерновое хозяйство, высокопродуктивное животноводство и птицеводство, исчерпала свои возможности по дальнейшему расширению. Указанная модель, функционирует в течение последних десятилетий в России, США, Бразилии и некоторых других странах, обладающих достаточным количеством земельных, технологических, финансовых и иных ресурсов. В настоящее время в России настало время заложить основы новой модели продовольственного обеспечения, параметры которой будут базироваться не на достигнутых ранее показателях развития сельского хозяйства, а на учете физиологических потребностей современного россиянина в адекватном питании с целью сохранения его трудоспособности, здоровья, а также продуктивного долголетия.



При этом не вызывает сомнения необходимость сохранения для организации здорового питания современного человека роли продуктов растительного происхождения, которые (в основном, за счет большого количества возделываемых агрокультур) тысячелетиями преобладали в рационе человека. В этом аспекте остается актуальной задача сохранения и широкого использования генетических ресурсов растений, используемых в качестве обязательного слагаемого полноценного питания. Отличительной особенностью растений является наличие у них огромного множества метаболических путей, приводящих к образованию разнообразных химических соединений, которые как квази-эссенциальные факторы питания, служат неисчерпаемым источником биологически активных ингредиентов, перспективных для использования в продуктах функционального и специального назначения [3].

Перед совершенствованием существующей системы организации продовольственного обеспечения ВС РФ с учетом основных положений предлагаемой модели необходимо будет ответить на следующие вопросы [4]:

- как и в каком направлении будут в ближайшее время развиваться отечественное сельскохозяйственное производство и пищевая промышленность (предполагаемые объемы, структура, мощности переработки);
- какие регионы РФ будут (уже являются) поставщиками основных видов продовольственного сырья;
- как и за счет каких ресурсов в ближайшее время будет наполняться национальный продовольственный рынок РФ.

Кроме указанных вопросов, необходимо провести всестороннюю оценку пищевых продуктов, производимых в РФ и поставляемых на ее территорию из других государств, с целью формирования сбалансированных рационов питания, способствующих сохранению здоровья и активного долголетия населения страны и личного состава ВС РФ. Одной из целей внедрения новой модели продовольственного обеспечения населения РФ (личного состава ВС РФ) является распространение доступной информации (возможно, в форме социальной рекламы), руководствуясь которой, каждый человек сможет корректировать свое питание, питьевой режим, физическую и интеллектуальную нагрузку, а также образ жизни в целом. Учитывая современный ритм жизни, непростую экологическую обстановку, возросший объем информационной и эмоциональной нагрузки, современному человеку нужны новые продукты, возможно, с меньшей калорийностью (например, для лиц, ведущих малоподвижный образ жизни), занимающие меньший объем, но одновременно более плотные по своей консистенции, обладающие в своем составе всеми необходимыми для жизни нутриентами. Подобными, характеристиками (за исключением сниженной калорийности) должны обладать также продукты, входящие в состав индивидуальных и малогабаритных рационов питания, используемых в ВС РФ. Среди существующей в настоящее время пищевой продукции под описание, приведенное выше, подходит группа так называемых специальных (обогащенных) пищевых продуктов. К сожалению, сейчас ассортимент таких

продуктов, выпускаемых отечественной пищевой промышленностью, сравнительно невелик.

Необходимость улучшения качественного состава существующего продовольственного сырья (готовых блюд и пищевых рационов) привела к созданию ряда пищевых и биологически активных добавок к пище (БАДов). Возможно, на каком-то этапе указанные добавки (препараты) смогут решить проблему улучшения качественного состава питания современного человека. Однако «...человек не пожелает долго питаться БАДами и начнет создавать новые, сбалансированные по важнейшим нутриентам продукты, которые будут иметь приятные вкус, запах, цвет и текстуру» [2]. Вероятно уже в ближайшем будущем станет возможным производство новых пищевых продуктов, разработанных с учетом индивидуальных, в том числе и генетических особенностей человека, а также его образа жизни. Технологии производства продовольственного сырья (пищевых продуктов) постепенно будут усложняться и совершенствоваться, пищевые компоненты станут извлекать как из традиционного, так и из ранее неиспользуемого сырья растительного, животного, а также искусственного происхождения. Таким образом, в скором времени следует ожидать существенного увеличения ассортимента «функциональных» пищевых продуктов, поступающих, в том числе, и на снабжение ВС РФ.

Согласно ГОСТ-Р 52349-2005, функциональный пищевой продукт это - продукт, предназначенный для систематического употребления в составе пищевых рационов всеми возрастными группами здорового населения, снижающий риск развития ряда заболеваний, сохраняющий и улучшающий здоровье за счет наличия в его составе физиологически функциональных пищевых ингредиентов. Физиологически функциональные пищевые ингредиенты — вещества (комплекс веществ) животного, растительного, микробиологического, минерального происхождения (или идентичные натуральным), при систематическом употреблении в количествах, составляющих от 10 до 50 % от физиологической потребности, обладающие способностью оказывать благоприятный эффект на обмен веществ человека. К физиологически функциональным пищевым ингредиентам также могут быть отнесены живые микроорганизмы (пробиотики).

Недавние исследования, проведенные в области гигиены питания человека, подтверждают, что введение в рацион питания функциональных пищевых продуктов значительно улучшает его качественный состав. То есть функциональные пищевые продукты должны дополнять традиционное питание, а не противопоставляться ему, так как свое действие они оказывают только на фоне разнообразного здорового питания. Функциональные пищевые продукты могут производиться из продовольственного сырья натурального происхождения в том числе и путем его обогащения или извлечения нежелательных компонентов. Так, за последние годы отмечены улучшения в области пищевой ценности хлебобулочных изделий и молочных продуктов, продуктов детского питания, а также безалкогольных напитков. Во Всероссийском научно-



исследовательском институте птицеводства активно разрабатывается производство «функционального» яйца, обогащенного селеном, жирными Омега-3 кислотами, каротиноидами и йодом. Уже в настоящее время, несколько птицеводческих предприятий Татарстана для улучшения минерального состава яичной продукции используют корма, обогащенные органическими соединениями йода. В настоящее время наибольшее распространение среди населения получили функциональные пищевые продукты, обогащенные витаминами, минеральными веществами, пищевыми волокнами, липидами, антиоксидантами, фитосоединениями, полезными видами нормальной микрофлоры кишечника (пробиотиками) и необходимыми для ее усиленного размножения веществами (пребиотиками).

Для расширения производства пищевых продуктов функционального назначения предприятия пищевой промышленности страны должны обладать инновационным оборудованием, применение которого обеспечивает:

- снижение диффузионных процессов при производстве полуфабрикатов и готовых пищевых продуктов, что способствует увеличению сохранности водо- и солерастворимых белков, витаминов, экстрактивных и ароматических веществ;
- щадящий режим тепловой обработки, снижающий вероятность потери термолабильных компонентов (водорастворимых витаминов и аминокислот);
- механическое, термическое, а также химическое щажение;
- улучшение органолептических показателей кулинарной продукции (внешний вид, цвет и сохранение ароматических веществ, сочности, консистенции, а также появление новой вкусовой гаммы).

Выводы. Химический состав и энергетическая ценность суточного рациона питания военнослужащих, а также возможные несоответствия этих показателей физиологическим потребностям организма человека в современных условиях военно-профессиональной деятельности являются значимой причиной для совершенствования медико-технических (медико-биологических технических) требований к рационам питания личного состава ВС РФ.

Суточный рацион военнослужащего должен включать более 100 макро- и микронутриентов в достаточном количестве, что зачастую невозможно обеспечить, используя только традиционные пищевые продукты. Кроме того, в современных условиях военно-профессиональной деятельности повышается потребность организма практически во всех незаменимых нутриентах. Поэтому необходимо расширить рацион числа за счет функциональных пищевых продуктов питания, поставляющих организму указанные вещества в необходимом количестве. Использование функциональных и обогащенных продуктов в питании военнослужащих – перспективное направление совершенствования продовольственного обеспечения ВС РФ.

Усовершенствованная система динамического контроля за статусом питания (в том числе, и биохимическим) личного состава ВС РФ должна предоставлять оперативную информацию об изменениях, происходящих в организме военнослужащих в результате соответствия (несоответствия)

суточных рационов питания физиологическим потребностям организма человека в условиях военно-профессиональной деятельности (что является областью ответственности врачей-гигиенистов, а также врачей войскового звена).

Необходимо проведение дополнительных научных исследований, направленных на изучение актуальных аспектов военно-профессиональной деятельности: физиологических, психологических, биохимических, генетических и др. факторов, влияющих на показатели индивидуального здоровья личного состава ВС РФ, а также особенностей службы в различных родах и видах войск, которые могут оказывать влияние на величину физиологических суточных потребностей организма человека в основных пищевых веществах и энергии;

Основными направлениями совершенствования системы организации питания личного состава ВС РФ в современных условиях должны стать:

- разработка технических требований к типовому перечню продуктов и продовольственному сырью, предназначенных для организации питания военнослужащих;
- разработка и обоснование ассортиментного перечня пищевых продуктов и продовольственного сырья, отвечающего современным требованиям, предъявляемым к организации питания военнослужащих;
- разработка руководящих документов, регламентирующих качество продуктов продовольственного сырья, применяемых в национальной системе стандартизации;
- создание системы оценки (подтверждения) соответствия пищевой продукции ведомственным требованиям, что позволит создать специальный знак соответствия, реестры производителей, выполняющих специальные требования МО РФ, принимать меры государственной поддержки таких производителей.

Список литературы.

1. Еделев Д.А., Сидоренко М.Ю., Перминова М.А. Нутригеномика как важный фактор при проектировании рациона питания человека. Пищевая промышленность. 2011; 4: 14-17.
2. Заключение // Будущее продовольственной системы России (в оценках экспертного сообщества) / Под ред. В.Ф. Лищенко. М.: Экономика; 2014: 297- 309.
3. Красильников В.Н. Концептуальные аспекты пищевой инженерии продуктов функционального и специализированного назначения. Генетические ресурсы растений и здоровое питание: потенциал зерновых культур: Матер. конф. FOODLIFE 2018. СПб.: 2018: 18-21.
4. Лищенко В.Ф. Введение. Будущее продовольственной системы России (в оценках экспертного сообщества) / Под ред. В.Ф. Лищенко. М.: Экономика; 2014: 5-10.
5. Романчиков С.А., Коновалова И.А., Субботина Т.И., Сметанин А.Л. Теоретические и методические подходы к разработке медико-технических требований к рационам питания военнослужащих. Продовольственное обеспечение



Вооруженных Сил Российской Федерации на современном этапе: проблемы и пути их решения: Сб. научных статей конф. СПб.: ВА МТО; 2014: 103-109.

6. Русаков В. Коллективные и индивидуальные пайки для военнослужащих ВС США. Зарубежное военное обозрение. 2014; 3: 29-35.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОРИЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОФИЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ УЧЕНИКОВ ЛИЦЕЯ №179 САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Обуховская А.С.

ГБОУ лицей №179, Санкт-Петербург

В стратегии развития системы образования Санкт-Петербурга «Петербургская школа 2020» делается акцент на необходимости развития профильного и предпрофильного обучения в общеобразовательных учреждениях [1]. Организация профильного обучения определена требованиями закона «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ и ФГОС основного общего образования.

Цель и задачи профильного обучения: обеспечить углубленное изучение профильных предметов; создать условия для дифференциации содержания образования старшеклассников с построением индивидуальных образовательных маршрутов; обеспечить преемственность между общим и профессиональным образованием; более эффективно подготовить выпускников ОУ к освоению программ высшего профессионального образования; развивать значимые для профессиональной деятельности профессионально важные качества.

Идея профильного обучения созвучна требованиям современного мира на получение по избранному профилю более глубоких и разносторонних теоретических и прикладных знаний, реализацию деятельности исследовательского характера, формирование гибких навыков (soft skills), более успешное продолжение образования в Вузе.

Реалии времени таковы, что в настоящее время возросла потребность вузов в абитуриентах, обладающих качественными базовыми и углубленными знаниями, достигнувших личностных, предметных и метапредметных результатов, подготовленных к осознанному выбору профессии и возможности реализации жизненных планов; понимающих значимость знаний для профессиональной деятельности человека и общества; мотивированных на образование и самообразование в течение всей жизни [2].

Профилизация деятельности школы позволяет формировать группы мотивированных обучающихся, но у многих из них отсутствует понимание, видение того, чем им придется заниматься в будущей профессиональной деятельности. Поэтому ранее погружение в профессию значимо и актуально. Учащийся сможет «примерить» на себя то, чем ему предстоит заниматься в дальнейшей жизни.

И в этом состоит специфика профильного обучения, одна из идей которого – вовремя помочь обучающему не сделать ошибку в выборе своей

образовательной траектории, жизненного пути. Особенно это важно для ребят, будущий вид деятельности которых связан с медициной. Профессия врача, как говорил А. П. Чехов, – это подвиг: «Она требует чистоты души помыслов».

Как помочь ребятам осознать, понять, принять и следовать требованиям к личности врача? Как им сформировать единое целое, объединив «хочу», «могу», «знаю», «понимаю»? Ответ – уклад образовательного учреждения, образовательная программа, сотрудничество с СЗГМУ им. И. И. Мечникова, что способствует созданию условий для развития познавательных мотивов естественно-научной, медицинской направленности, стимулированию конвергентного мышления, умения обучающихся ставить цели, обосновывать и достигать их, выяснять причинно-следственные связи, искать наиболее рациональные способы решения проблем.

В формировании будущей личности врача особое значение имеют занятия на разных кафедрах университета, где ребята изучают модульные программы: анатомия человека, латинский язык, блок медицинских предметов, включающих введение в хирургию (десмургия), введение в терапию. Работает школа оказания первой помощи при неотложных состояниях, угрожающих жизни. Ребята знакомятся с музеем «История медицины», клиниками университета.

Известно, что увлеченный, любящий свое дело педагог (в нашем случае преподаватели кафедр) «заражает» обучающихся интересом, оптимизмом, стимулирует внутреннюю мотивацию – интерес к познанию, развитию знаний, самообразованию, к процессу решения задачи (проблемы). На вопрос: «Кто может помочь ребятам осознать роль врача в жизни каждого человека?» Ответ один – врач. Поэтому роль изучения предметов анатомии, латинского языка и др. на кафедрах университета, общение с профессорско-преподавательским составом переоценить невозможно.

Мощным стимулом для определения и верного выбора образовательного маршрута являются и практики в клиниках университета, где обучающиеся приобретают собственный опыт общения, наблюдения за больными людьми; анализируют свои личностные качества (милосердие, толерантность, желание помочь и понять), могут осознать, как важна теоретическая основа для практической деятельности.

Еще одно направление деятельности – участие обучающихся в конференциях СЗГМУ им. И. И. Мечникова, когда они слушают, анализируют и благодаря пусть небольшому, но знанию медицинской (анатомия, биология, латинский язык, коммунальная гигиена) терминологии вовлекаются в дальнейший процесс развития познания, формирования компетентностей.

Профилизации обучающихся способствует интерактивное образовательное пространство лицея, включающее урочную и внеурочную деятельность. Активно разрабатываются бинарные и интегрированные уроки, способствующие интеграции предметов естественно-научного блока (профильных предметов) с содержанием медицинской направленности. Внеурочная деятельность включает клубы: клуб старшеклассников (проектные и исследовательские работы



экологической и медицинской направленности), клуб «Высокие технологии и экология» (инновационные технологии в медицине и экологии), клуб «Наномир. Нанотехнологии». [3]

Технологическое поле образовательно-формирующего взаимодействия в клубах: проекты (как инструмент инновационного развития образования), кейс - технологии (кейс-study, традиционные кейсы, иллюстративные, организационные, бизнес - кейсы), учебно-исследовательские, научно-исследовательские, игровые технологии, дебаты, эмоционально значимые встречи, мозговой штурм, критическое мышление, эдьютеймент. Анализ внеклассной деятельности, в том числе клубной, свидетельствует, что у учеников формируется личный опыт сотрудничества, сострадания, опыт работы в учебных, исследовательских, социальных проектах, опыт самоорганизации, опыт продуктивной деятельности, опыт изобретательства, межпредметная интеграция. Происходит формирование личностных, предметных и метапредметных результатов.

Всё это свидетельствует о создании эффективной школы, соответствующей требованиям современного мира, в которой решается ряд задач: разработана стратегия управления креативной образовательной организацией; стимулируется и организовано гибкое профессиональное, соответствующее требованиям времени, обучение педагогического коллектива; развивается творческий потенциал учителя; обеспечивается развитие творческого, личностного потенциала ученика, раскрытие его индивидуальных наклонностей и возможности себя реализовать в профессии, социуме; созданы активные деятельностные пробы, помогающие обучающимся осознанно выбрать образовательный маршрут, профессию, соответствующую их наклонностям и возможностям; формируются межпредметные связи и межпредметная интеграция; созданы условия для овладения навыками обучения в течение всей жизни в системе формального и неформального образования; развивается электронное и дистанционное обучение, сетевое взаимодействие; реализуется модульный принцип представления образовательных программ и внедрение их в образовательный процесс; соблюдаются условия для развития здоровьесберегающей и здоровьесозидающей образовательной среды; осуществляется непрерывная обратная связь со всеми субъектами образовательного процесса (ученики – учителя - родители), социальными партнёрами, коллегами.

Решение перечисленных задач требует определенного уклада лица, материально-технические, кадровые ресурсы, ценностно-смысловые убеждения учителей, учеников, родителей, инновационные подходы (личностно-ориентированные, практико-ориентированные). Реализуются современные педагогические технологии: проекты, исследования, кейс-технологии, sta-студии, science slam, open space и др. Работа в режиме инновационных технологий, форм и методов обучения, представление опыта работы учителей и проектно-исследовательской деятельности обучающихся на конференциях говорит о том,

что уклад школьной жизни отличается высоким уровнем активности субъектов образовательного процесса, общей заинтересованностью в продуктивном сотрудничестве, разнообразии форм совместной деятельности.

Насколько эффективно решаются поставленные задачи и работает образовательное учреждение можно судить по внешней и внутренней экспертизе. Одной из форм как внешней, так и внутренней экспертизы является научно-практическая конференции, олимпиады, конкурсы разного уровня; результаты ЕГЭ, поступление и успешное обучение в СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Таким образом, сотрудничество СЗГМУ им. И. И. Мечникова с ГБОУ лицеем №179 помогает обучающимся сделать осознанный выбор дальнейшей образовательной траектории и принять обоснованное решение при выборе профессии, ВУЗа.

Список литературы.

1. Стратегия развития системы образования Санкт-Петербурга 2011–2020 гг. «Петербургская Школа 2020»
2. Образование в течение всей жизни. Системная инженерия. От теории к практике. Под редакцией Обуховской А. С. СПб.: изд-во ВВМ, 2018.-252с. ISBN 978-5-9651-1179-4
3. Проектная и исследовательская деятельность. Проблемы. Поиски. Решения. / А. С. Обуховская. -СПб: ИнформМед, 2016.-140с.

УДК-364.2

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ В ПРАКТИКЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Омельченко А.В., Потрикеева О.Л
МГТУ им. Г.И. Носова, г. Магнитогорск

Аннотация. В статье рассматривается роль информационных ресурсов в процессе самореализации личности в сфере здоровьесбережения, что повышает значимость обучения лиц пожилого возраста в условиях здоровьесберегающей деятельности, способствующей их саморазвитию, самосовершенствованию и самоактуализации путем развития умений и навыков разрешения трудных жизненных ситуаций в условиях новых жизненных обстоятельств и требований к адаптации. Критерием социально-психологического здоровья выступает информационная интеграция пожилых людей в общество через формирование информационной компетентности, определяющейся как стимулятор изменения качества жизни и основной фактор проявления социальной активности и включенности пожилых людей в социокультурные процессы.

Ключевые слова: пожилые люди, социальная работа, информационные ресурсы, информационная компетентность, здоровьесбережение, здоровье, качество жизни.



Современные процессы трансформации социально-демографической структуры российского общества определяются устойчивой тенденцией старения населения, что повышает актуальность изучения проблемы здоровьесбережения лиц старшего поколения. В данной ситуации наиболее значимым представляется предметное рассмотрение существующих подходов к решению данной проблемы в разрезе социальной работы и медицины.

Здоровьесбережение в широком смысле рассматривается как соединение двух составляющих, а именно, здоровья и сбережения. В свою очередь здоровье, с социологической точки зрения, определяется как состояние организма человека в виде живой системы, характеризующееся полной ее уравновешенностью с внешней средой и отсутствием каких-либо выраженных изменений, связанных с болезнью. Также здоровье может трактоваться и как состояние полного физического, душевного и социального благополучия [8].

Необходимо отметить, что в определении здоровья прослеживается наличие взаимосвязи социологии и медицины, последняя из которых рассматривает категорию здоровья как способность человека к оптимальному физиологическому и психологическому функционированию. Согласно данному определению О.А. Рагимова выделяет в структуре здоровья следующие компоненты [7, с.44]:

1) соматическое здоровье, представляющее собой основу биологических программ индивидуального развития человека, опосредованную доминирующими базовыми потребностями личности на определенном этапе развития;

2) физическое здоровье, выражающееся в уровне роста и развития внутренних органов и систем органов, основу которого составляют морфологические внутренние ресурсы и резервы организма, обеспечивающие его адаптационные реакции к условиям окружающей среды;

3) психическое здоровье, отражающее состояние психики человека, выражающее общий душевный комфорт и определяющееся биологическими и социальными потребностями и возможностями их удовлетворения, что обеспечивает человеку адекватную поведенческую реакцию;

4) нравственное здоровье, включающее комплекс характеристик мотивационной и потребностной сфер жизнедеятельности человека, основой которых является система его ценностных установок и мотивов поведения в социуме.

Ряд исследователей, таких как Н.Н. Блинов и Е.В. Демин (1990), отмечают роль здоровья как одного из основных компонентов качества жизни и ключевого условия активности личности в обществе. По их мнению, здоровье отражает собой уровень качества адаптации организма к внешней среде и является результатом взаимодействия человека и среды жизнедеятельности, в которой происходит его формирование под влиянием внутренних и внешних факторов, включающих природные и социальные.

В документах Всемирной организации здравоохранения здоровье рассматривается в качестве интегральной характеристики качества жизни, одновременно зависящей от всех его составляющих компонентов. На основании этого существующая концепция ВОЗ предполагает переход от медицинской модели здоровьесбережения к социальной модели, основу которой составляет деятельность, направленная не только на лечение, но также и на сохранение здоровья и профилактику заболеваний [6, с. 37].

По утверждению З.Ж. Арстангалиевой, суть здоровьесбережения заключается в процессе сохранения и укрепления здоровья, предполагающим преобразование интеллектуальной и эмоциональной сфер личности, а также повышение ценностного отношения к здоровью путем осознания личной ответственности [1, с. 672].

Не менее значимым в вопросе рассмотрения понятия здоровьесбережения является определение, данное М.Б. Волковой (2005), согласно которому под здоровьесбережением понимается система действий по улучшению собственного здоровья или здоровья социального окружения. В соответствии с представленным определением, очевидно, что процесс здоровьесбережения пожилых людей должен осуществляться при тесном взаимодействии с социальной средой, учреждениями здравоохранения и социального обслуживания.

Сегодня очень трудно представить жизнедеятельность современного человека без использования информационно-коммуникационных технологий и сети Интернет, позволяющих осуществлять поиск необходимой информации по различным вопросам. Кроме этого, существующая система социальной защиты пожилых граждан представляет собой процесс взаимодействия путем новых коммуникационных каналов, в частности электронных порталов предоставления государственных услуг, что требует наличие у клиентов необходимых навыков их использования. В данной ситуации в отношении людей пожилого возраста наблюдается их исключенность из информационного пространства, обусловленная низким материально-экономическим статусом, отсутствием навыков и готовности использования информационных ресурсов.

Переход российского общества к информационному типу, являющийся закономерной тенденцией, предъявляет новые требования к процессу адаптации пожилых людей, от степени которой зависит уровень их социально-психологического здоровья. Критерием информационной интеграции пожилых людей в общество выступает информационная компетентность, определяющаяся как стимулятор изменения качества жизни и основной фактор проявления их социальной активности и включенности в социокультурные процессы, что способствует формированию достаточного уровня социально-психологического здоровья [2, с. 307].

Информационная компетентность, с позиции Б.Х. Висаитовой, понимается как сформированность умений и навыков свободно оперировать информацией в любом виде при помощи средств информационных технологий, а также находить



новые оптимальные пути решения возникающих проблемных ситуаций в любой сфере жизнедеятельности [4, с. 74]. Данное понятие может рассматриваться также в следующей трактовке: качество личности, выражающееся в совокупности знаний, умений и ценностного отношения к эффективному осуществлению различных видов информационной деятельности путем использования новых информационных технологий для решения социально значимых задач. Структура информационной компетентности включает следующие элементы, представленные в виде сформированных умений [3, с. 94]:

- осуществления поиска информации;
- систематизации полученной информации;
- интерпретации информации;
- ориентации в различных информационных потоках;
- осуществления критической оценки и анализа наиболее значимой и второстепенной информации;
- использования полученной информации для планирования и реализации деятельности в соответствии с существующей ситуацией.

Не менее значимым компонентом информационной компетентности является информационная культура, представляющая собой информационное мировоззрение и систему знаний и умений, обеспечивающих осуществление целенаправленной самостоятельной деятельности по удовлетворению индивидуальных информационных потребностей и социальную защищенность личности в условиях постоянно развивающегося информационного общества.

Информационную компетентность пожилых людей следует рассматривать как сформированность знаний, умений и навыков использования электронно-информационных объектов, таких как компьютер, Интернет, мобильный телефон, электронные пластиковые карты, платежные и интерактивные справочные системы [2, с. 308].

Следует заметить, что социальное и психическое состояние лиц пожилого возраста характеризуется искаженным восприятием окружающей действительности, снижением социальной активности, изменением системы мотивации и повышенным уровнем психоэмоционального напряжения, что приводит к снижению самооценки и как следствие этого социально-психологической дезадаптации. Происходящие изменения в физическом и психическом здоровье пожилого человека, обусловленные процессом старения, а также изменения его социального статуса в результате прекращения или ограничения трудовой деятельности и психологической адаптации к новым условиям жизни требуют необходимости разработки новых подходов и форм социальной работы с данной возрастной группой.

Большинством исследований подтверждается значимость образовательных технологий в процессе самореализации личности в сфере здоровьесбережения, что повышает значимость обучения лиц пожилого возраста в условиях здоровьесориентированной деятельности, способствующей их саморазвитию, самосовершенствованию и самоактуализации путем развития

навыков разрешения трудных жизненных ситуаций в условиях новых жизненных обстоятельств и требований к адаптации. В частности, решение проблемы здоровьесбережения пожилого населения предполагает внедрение в систему социального обслуживания технологии дополнительного образования в сфере использования потенциала информационных ресурсов с учетом индивидуальных потребностей личности, направленной на формирование информационной компетентности, что позволит повысить уровень социально-психологического здоровья данной категории лиц.

Кроме этого, увеличение спроса пожилых людей на использование потенциала информационных ресурсов связано с ростом спроса на получение информации в сфере сохранения здоровья, в частности, медицинских знаний и практических сведений по вопросам здоровья, здорового питания, получения качественного медицинского обслуживания. Соответственно, использование возможностей информационных ресурсов путем формирования запросов в сетевое пространство позволит пожилым людям удовлетворить большую часть своих потребностей [5, с. 526].

Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что организация обучения пожилых людей умениям и навыкам использования возможностей информационных ресурсов для удовлетворения значимых социальных потребностей на базе учреждений социального обслуживания населения может служить компенсирующей моделью социальной и психологической адаптации к новым условиям жизнедеятельности как фактора повышения здоровья и качества их жизни.

Таким образом, изучение вопросов здоровьесбережения пожилого населения представляется в настоящее время одной из актуальных проблем медико-социальной направленности, обусловленной неуклонным увеличением численности людей пожилого и более старшего возрастов в социально-демографической структуре российского общества. Пожилые люди определяются как быстрорастущая группа населения, характеризующаяся снижением уровня физического и психического здоровья по мере увеличения возраста, что делает их особо уязвимыми к воздействию социальной среды. В связи с этим здоровье рассматриваемой группы населения и связанное с ним качество их жизни ставятся в центр изучения подходов к здоровьесбережению лиц данной возрастной категории в проблемном поле социальной работы и медицины, предполагающих интеграцию пожилых людей в полноценную социальную жизнь средствами информационных ресурсов, что обеспечит повышение уровня социально-психологического здоровья, а также будет способствовать улучшению качества их жизни.

Список литературы.

1. Арстангалиева, З.Ж. Здоровьесбережение пожилых людей как проблема социологии и медицины (обзор) [Текст] / З.Ж. Арстангалиева, Е.В. Чернышкова, С.В. Андриянов // Саратовский научно-методический журнал. – 2014. – № 4. – С. 670-674.



2. Асланова, О.А. Социальное самочувствие пожилых людей в современном информационном обществе [Текст] / О.А. Асланова // Общество и право. – 2011. – № 4 (36). – С. 307-310.
3. Виноградова, Т.С. Информационная компетентность: проблемы интерпретации [Текст] / Т.С. Виноградова // Человек и образование. – 2012. – № 2 (31). – С. 92-98.
4. Висаитова, Б.Х. Понятие информационной компетентности [Текст] / Б.Х. Висаитова // Наука, образование и культура. – 2016. – № 12 (15). – С. 73-75.
5. Гасанов, М.А. Эмоциональный статус и сетевое благополучие пожилых людей в России [Текст] / М.А. Гасанов, Э.А. Гасанов, В.В. Гузырь // Успехи естественного естествознания. – 2015. – № 1-3. – С. 521-527..
6. Дартау, Л.А. Теоретико-управленческое обоснование возможности участия граждан РФ в деятельности по охране здоровья [Текст] / Л.А. Дартау, А.Р. Стефанюк // Труды Института системного анализа РАН. – 2016. – № 2. – С. 32-43.
7. Рагимова, О.А. Теоретические основы определения понятия здоровья [Текст] / О.А. Рагимова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2009. – № 2. – С. 41-47.
8. Социологический словарь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://znachenieslova.ru/slovar/sociologic/zdorove> (дата обращения: 17.03.2019 г.).

УДК 614.2, 615.03

**ОПЫТ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ КРУПНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА С
ПОМОЩЬЮ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

Павлыш А.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Реферат. *Представлены данные об эффективности специализированного лекарственного противоопухолевого лечения (химиотерапии), средней длительности лечения и осложнениях в зависимости от диагноза, стадии заболевания, возраста и пола пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО).*

Ключевые слова: *злокачественные новообразования, химиотерапия, онкология, показатели работы*

Актуальность. Оценка состояния противоопухолевого лекарственного лечения (химиотерапии) в специализированном медицинском учреждении представляет большой интерес, так как химиотерапия - один из ведущих элементов в комплексном лечении злокачественных опухолей. Эффективность противоопухолевого лечения оценивают на основании изучения целого ряда показателей, из которых чаще всего используют беспрогрессивную 5-летнюю выживаемость. В то же время, в значительном ряде случаев для оценки эффективности химиотерапии может оказаться достаточным изучение динамики

некоторых других показателей (например, ответа опухоли на лечение). Показателями оценки состояния химиотерапевтической помощи в специализированном медицинском учреждении также целесообразно рассматривать длительность стационарного этапа лечения и наличие осложнений, связанных с применением противоопухолевых лекарственных препаратов, с учетом диагноза, стадии заболевания, возраста и пола пациентов.

Цель. Оценить эффективность специализированного лекарственного противоопухолевого лечения (химиотерапии), среднюю длительность лечения и осложнения от химиотерапии в зависимости от диагноза, стадии заболевания, возраста и пола пациентов Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» (ГКОД) за период наблюдения (2008-2011 гг.).

Материалы и методы. Оценка показателей проведена по материалам 2127 историй болезни пациентов, получавших химиотерапию на базе Санкт-Петербургского государственного учреждения здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер» (ГКОД). Из них 63,1 % лечились в химиотерапевтическом отделении (среди мужчин – 94,6 %, среди женщин – 54,4 %), 35,3 % - в маммологическом (среди женщин – 45,0 %), остальные 1,6 % – в других отделениях (колопроктологическом, торакальном).

Результаты. Ведущим показателем для оценки состояния специализированного противоопухолевого лечения (химиотерапии) является эффективность лечения. Эффективность лечения мы определяли, как ответ опухоли на лечение, по следующим параметрам: регрессия (полная, частичная, общая), стабилизация и прогрессия процесса (прогрессирование заболевания).

В среднем регрессия опухоли отмечалась у 8,0% пациентов (полный ответ - у 0,8% пациентов, частичный ответ – у 6,8%, общий ответ – у 0,2% пролеченных). Почти у половины больных (48,4%) удалось достичь стабилизации процесса, однако у 8,7% пациентов отмечалась прогрессия, несмотря на проведенное лечение, а у каждого третьего пациента (35%) эффект от лечения в анализируемых источниках не был указан, т.к. лечение на этом этапе еще не было завершено (таблица 1).

Мы изучили влияние некоторых факторов на эффективность лечения. Прежде всего, мы рассмотрели зависимость эффективности лечения от локализации ЗНО (таблица 1). При раке молочной железы регрессия отмечена у 10,3 % пациенток, а стабилизация процесса достигнута более чем в половине случаев – 57,6 %.

Таблица 1

Эффективность лечения при различных локализациях ЗНО (в процентах)

Диагноз	Эффективность (ответ на лечение) %						
	Регрессия			стабили зация	прогресс ия	не указа но	Итог о
	Полн ая	частичн ая	общ ая				
рак молочной железы	1,2	8,7	0,4	57,6	8,7	23,4	100,0
колоректальный рак	0,6	6,4	0,2	43,1	8,9	40,8	100,0
рак желудка	-	-	-	27,0	5,4	67,6	100,0
рак поджелудочной железы	-	-	-	58,3	-	41,7	100,0
рак печени	-	-	-	100,0	-	-	100,0
рак предстательной железы	-	-	-	50,0	14,7	35,3	100,0
прочие ЗНО	-	-	-	45,5	4,5	50,0	100,0
В среднем	0,8	6,8	0,2	48,4	8,7	35,0	100,0

У пациентов с колоректальным раком регрессия отмечена в 7,2% случаев, стабилизация процесса – у 43,1%, прогрессия – у 8,9%. При других локализациях регрессии заболевания не отмечено, стабилизации процесса удалось добиться у всех больных раком печени, у 58,3% больных раком поджелудочной железы, у половины больных раком предстательной железы и у 27% больных раком желудка. Чаще всего прогрессия опухолевого процесса была отмечена при раке предстательной железы (14,7%).

Вторым исследуемым фактором, влияющим на эффективность лечения, была стадия заболевания, определяемая по системе TNM.

Полностью достичь стабилизации процесса удалось у пациентов с T1N1M1, у 90 % – с T2N0M0, у 81,5 % – с T1N2M0 и у 77,1 % – с T1N0M0; более чем у половины пациентов – с T1N2M0, T3N0M1, T3N1M1, T3N2M1 и T3N2M1 (таблица 2). Вместе с тем, высокий (18,2 – 20%) удельный вес прогрессии процесса отмечен у больных с T3N0M1, T3N0M0 и T3N0M1 стадиями ЗНО. Для того, чтобы оценить влияние каждого фактора, формирующего стадию заболевания, на достижение эффекта от лечения мы определили ответ опухоли на лечение дифференцированно для каждого из показателей системы TNM.

Таблица 2

Эффективность лечения при различных факторах, формирующих стадию заболевания (%)

Стадия по TNM	Эффективность (ответ на лечение)							Итого
	Регрессия				стабилизация	прогрессия	не указан о	
	полная	частичная	общая	всего				
T1	-	-	-	-	82,3±4,3	5,1±2,5	12,6±3,7	100,0
T2	2,2±1,0	10,2±2,0	1,3±0,7	13,7±2,3	50,0±3,3	8,8±1,9	27,4±3,0	100,0
T3	-	4,9±1,3	-	4,9±1,3	48,5±3,1	7,1±1,6	39,5±3,0	100,0
T4	0,4±0,2	7,4±0,8	0,2±0,1	8,0±0,8	47,3±1,5	8,5±0,8	36,3±1,4	100,0
p T1-T4	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,001	p>0,05	-	-
N0	0,8±0,4	8,4±1,2	0,4±0,3	9,6±0,7	49,8±2,3	5,6±1,0	35,0±2,2	100,0
N1	1,1±0,5	6,3±1,1	-	7,4±1,2	49,1±2,3	8,5±1,3	35,0±2,2	100,0
N2	-	6,5±0,9	0,4±0,2	6,9±0,9	49,5±1,8	9,6±1,1	33,9±1,7	100,0
p N0-N2	p>0,317	p>0,317	-	p<0,05	p>0,317	p<0,01	-	-
M0	0,5±0,2	8,5±0,9	0,5±0,2	9,5±1,0	50,4±1,6	7,1±0,8	32,8±1,5	100,0
M1	0,5±0,2	5,2±0,8	-	5,7±0,8	48,5±1,8	9,3±1,0	36,4±1,7	100,0
pM0-M1	-	p<0,01	-	p<0,01	p>0,317	p>0,05		
Прочие	1,6±0,6	6,0±1,1	-	7,6±1,3	44,2±2,4	11,1±1,5	37,0±2,3	100,0
В среднем	0,8±0,2	6,8±0,5	0,2±0,1	7,8±0,2	48,5±1,1	8,7±0,6	35,0±1,0	100,0

Статистически значимые различия ($p<0,01$) выявлены:

- в показателе стабилизации процесса – в зависимости от глубины прорастания опухоли,
- в показателе прогрессии процесса – в зависимости от наличия метастазов в 4 и более регионарных лимфатических узла,
- в показателе регрессии процесса – в зависимости от всех факторов, формирующих стадию заболевания (таблица 2).

Третьим фактором, проанализированным с точки зрения эффективности лечения, была линия химиотерапии. При анализе эффективности лечения в зависимости от линии химиотерапии установлено, что наибольший удельный вес регрессии опухоли (11%) и наименьший (6,9%) – прогрессии заболевания достигался при использовании первой линии химиотерапии (таблица 2).

Одинаковая частота регрессии отмечена при проведении третьей и четвертой линии ХТ (9,5 и 9,6% соответственно). При использовании третьей



линии несколько чаще (13,7 и 11,5% соответственно) отмечалась прогрессия процесса, однако статистически эти различия были не существенны ($p>0,317$).

Безусловно, одним из основных показателей для оценки состояния специализированного противоопухолевого лечения является длительность стационарного лечения. Средняя длительность лечения в ГКОД составила 5,8 дней. Она значительно колебалась в зависимости от пола, возраста и социального положения пациентов, локализации ЗНО и состояния пациента, от характера и линии химиотерапии, объема проведенного лечения (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных по длительности лечения в ГКОД (%)

Признак	Сгруппированные сроки стационарного лечения (дни)					Всего	Средний срок лечения
	1	2-4	5-7	8-9	10 и более		
В среднем	5,6	40,1	38,3	5,9	10,1	100,0	5,8±0,1
Пол							
Мужчины	0,6	38,7	47,4	3,3	10,0	100,0	6,0±0,3
Женщины	7,0	40,4	35,8	6,6	10,1	100,0	5,6±0,1
Возраст							
20-29 лет	34,4	18,7	28,1	9,4	9,4	100,0	4,6±0,38
30-39 лет	15,6	39,4	31,2	9,2	4,6	100,0	4,8±0,27
40-49 лет	5,4	41,6	39,8	6,2	7,0	100,0	5,4±0,13
50-59 лет	4,9	40,1	38,5	5,5	11,0	100,0	5,9±0,11
60-69 лет	4,5	40,8	36,8	5,5	12,4	100,0	6,1±0,15
70 лет и старше	1,4	36,9	48,9	5,7	7,1	100,0	5,8±0,19
Социальное положение							
Работающие	8,2	45,0	33,1	5,7	8,0	100,0	5,3±0,1
Пенсионеры, инвалиды	4,3	37,4	41,2	6,0	11,2	100,0	6,1±0,09
Прочие	-	40,0	40,0	-	20,0	100,0	6,2±0,76
Диагноз							
Рак молочной железы	15,5	45,7	21,7	6,0	11,1	100,0	5,3±0,16
Колоректальный рак	-	37,0	49,6	5,6	7,9	100,0	5,94±0,1
Рак желудка	-	43,2	43,2	8,2	5,4	100,0	5,1±0,25
Рак поджелудочной железы	-	-	-	-	100,0	100,0	13,7±0,63
Рак печени	-	-	-	50,0	50,0	100,0	10,0±0,56
Рак легкого немелкоклеточный	11,8	32,3	17,7	8,8	29,4	100,0	7,0±0,7
ЗНО ЦНС и НС	-	42,9	28,6	-	28,6	100,0	8,5±1,6
ЗНО без уточнения локализации	-	54,5	27,3	9,1	9,1	100,0	5,45±0,3

Химиотерапия							
монотерапия	10,0	21,7	22,7	6,3	9,3	100,0	5,0±0,16
Полихимиотерапия	4,2	35,8	43,7	5,8	10,5	100,0	6,1±0,08
лечебная	4,8	47,7	35,5	5,3	6,7	100,0	5,24±0,07
Адъювантная	23,4	25,7	28,8	4,1	18,0	100,0	6,6±0,37
Неoadъювантная	-	69,6	30,4	-	-	100,0	4,4±0,1
Состояние больного							
индекс Карновского >70%	-	38,5	46,1	-	15,4	100,0	6,7±0,7
индекс Карновского 50%-70%	-	-	-	-	-	0,0	
индекс Карновского <50%	-	20,0	80,0	-	-	100,0	5,4±1,7
статус по ECOG 0	-	66,7	33,3	-	-	100,0	4,0±0,7
статус по ECOG 1	-	40,0	20,0	-	40,0	100,0	7,0±1,17
статус по ECOG 2	-	30,6	44,6	7,4	17,4	100,0	6,85±0,14
статус по ECOG 3	7,7	40,7	36,2	6,4	8,9	100,0	5,6±0,1
статус по ECOG 4	6,4	48,2	36,8	3,4	5,2	100,0	5,1±0,15
Линия химиотерапии							
Первая	2,2	36,6	45,0	6,2	10,0	100,0	6,0±0,11
Вторая	3,9	40,7	39,0	7,5	8,9	100,0	5,67±0,1
Третья	3,9	49,3	35,1	3,6	8,1	100,0	5,4±0,15
четвертая и более	3,8	55,8	25,0	5,8	9,6	100,0	4,9±0,31
Количество циклов							
1-2	10,5	42,1	28,9	5,3	13,2	100,0	6,0±0,63
3-4	54,2	37,7	30,6	4,2	10,3	100,0	5,0±0,15
5-6	5,8	36,1	44,1	3,8	10,2	100,0	5,76±0,1
7-8	0,3	48,1	38,7	6,6	6,3	100,0	5,42±0,13
9-10	2,2	30,8	43,2	13,0	10,8	100,0	6,36±0,3
11-12	-	55,3	29,4	3,5	11,8	100,0	6,37±0,34
13 и более	0,5	39,2	34,4	11,6	14,3	100,0	7,15±0,34

Большинство пациентов получали химиотерапию 2-4 дня (40,1 %) и 5-7 дней (38,3 %); только каждый десятый (10,1 %) лечились в ГКОД 10 дней и более. У женщин, у пациентов моложе 39 лет, у работающих, у получавших монохимиотерапию, адъювантную химиотерапию был выше удельный вес лечившихся в дневном стационаре (1 день). Сроки лечения выше среднего были при проведении адъювантной химиотерапии, при проведении 9 и более циклов химиотерапии, при состоянии пациента по шкале ECOG 1 и 2 (индексе Карновского более 70 %). При раке молочной железы средний срок лечения составил 5,3 дня, при колоректальном раке – 5,94 дня.

И, наконец, несомненно важным показателем, характеризующим состояние медицинской помощи с использованием химиотерапии, является наличие



связанных с ней осложнений (нежелательных реакций). Мы разделили их на две группы: осложнения, требующие коррекции (диарея, нейтропения, анемия) и не требующие коррекции (слабость, тошнота).

У 88% больных, получавших химиотерапию, не было указаний на наличие осложнений, требующих коррекции (таблица 4). У 12% больных, имевших такие осложнения, в том числе осложнения со стороны системы крови в целом отмечены у 11,7% больных (анемия – у 6,3%, нейтропения – у 5,4%) и в 0,3% случаев – диарея. Выше этого показателя гематологические осложнения были у лиц в возрасте 30-39 лет, при проведении моно - и лечебной химиотерапии. При раке молочной железы такие осложнения составили 15,3%, при колоректальном раке – 10,5% (таблица 4).

Таблица 4

Распределение больных по наличию осложнений (%)

Признак	Осложнения, требующие коррекции				Всего	Осложнения, не требующие коррекции		
	диарея	нейтропения	анемия	Нет		слабость	тошнота	нет
В среднем	0,3	5,4	6,3	88,0	100,0	36,3	24,9	38,8
Пол								
Мужчины	-	3,0	4,1	92,8	100,0	24,0	21,7	54,3
Женщины	0,4	6,1	6,9	86,6	100,0	39,9	25,8	34,3
Возраст								
20-29 лет	-	3,1	-	96,9	100,0	9,4	-	90,6
30-39 лет	-	4,6	11,0	84,4	100,0	36,2	9,6	55,2
40-49 лет	0,3	2,8	7,0	89,9	100,0	32,0	21,9	46,1
50-59 лет	-	5,2	8,3	86,5	100,0	41,4	23,0	35,6
60-69 лет	0,7	7,3	4,2	87,7	100,0	34,4	31,5	34,1
70 лет и старше	-	5,7	2,1	92,2	100,0	36,6	29,1	34,3
Социальное положение								
Работающие	0,3	4,5	7,6	87,6	100,0	38,1	18,3	43,6
Пенсионеры, инвалиды	0,3	5,8	5,6	88,2	100,0	35,3	28,3	36,4
Прочие	-	20,0	0,1	80,0	100,0	-	-	-
Диагноз								
Рак молочной железы	0,8	6,8	7,5	84,9	100,0	49,1	22,0	28,9
Колоректальный рак	-	4,7	5,8	89,4	100,0	29,4	27,0	43,6
Рак желудка	-	8,1	5,4	86,5	100,0	8,1	46,0	45,9
Рак поджелудочной железы	-	8,3	-	91,7	100,0	50,0	-	50,0
Рак печени	-	-	-	100,0	100,0	100,0	-	-

Рак легкого немелкоклет очный	-	5,9	2,9	91,2	100,0	76,5	23,5	-
-------------------------------------	---	-----	-----	------	-------	------	------	---

ЗНО ЦНС и НС	-	-	-	100,0	100,0	100,0	-	-
ЗНО н/у	-	-	9,1	90,9	100,0	31,8	-	68,2
Химиотерапия								
монотерапия	1,1	8,2	8,4	82,3	100,0	53,2	19,3	27,0
полихимиоте рапия	-	4,1	5,6	90,3	100,0	31,7	25,5	42,8
лечебная	0,4	7,2	8,2	84,1	100,0	43,6	33,8	22,6
Адъювантна я	-	1,8	2,8	95,5	100,0	32,8	14,0	53,1
Неoadъюван тная	-	-	-	100,0	100,0	78,3	-	21,7

Заключение. Таким образом, принимая во внимание показатели эффективности химиотерапии следует отметить, что регрессии злокачественных новообразований удавалось достигнуть при начальных стадиях заболевания; возможность стабилизации процесса в значительной степени определялась глубиной прорастания опухоли, а прогрессирование – наличием метастазов. Длительность лечения большинство пациентов (78,4 %), получавших химиотерапию, составляла от 2 до 7 дней. Лица женского пола, пациенты моложе 39 лет, работающие, получающие химиотерапию в адъювантном и монорежиме чаще ограничивались получением химиотерапии в стационаре дневного пребывания (1 день). Осложнения от лечения, не требующие коррекции, встречались у 61,2% больных, требующие коррекции – у 12%.

Список литературы:

1. Колбин А. С., Курылев А. А., Павлыш А.В., Проскурин М. А., Балыкина Ю. Е. Научный анализ исходов в онкологии. Особенности фармакоэкономической экспертизы. Медицинские технологии. Оценка и выбор.- №2. – 2012г. -с.87-93
2. Павлыш А.В., Вишняков Н.И., Шапиро К.И. Факторы, влияющие на эффективность химиотерапии онкологических больных. Организационные, правовые и экономические проблемы здравоохранения Российской Федерации и пути их решения: Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Новосибирск: 2013г. – с.133-136.
3. Павлыш А.В. Фармакоэкономическая оценка эффективности химиотерапии в системе онкологической помощи : дисс. док. мед. наук : 14.03.06,14.02.03 / Павлыш Андрей Владиславович; Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ, - С-Пб., 2016. -254 с.



4. TNM классификация злокачественных опухолей. Перевод и редакция проф. Н.Н.Блинова, Международный противораковый союз, 6 издание, Эскулап, 2003.
5. Karnofsky D, Burchenal J, The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod C, ed. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. New York, NY: Columbia University Press; 1949:191–205 [Karnofsky D, Burchenal J, The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod C, ed. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. New York, NY: Columbia University Press; 1949:191–205]
6. Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655 [Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655]

УДК: 614.1:616.2-006.04:314.14(470.11)

**СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Панфилов И.Д., Пивоварова Г. М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье проведен анализ причин смерти и динамики стандартизованных показателей смертности от злокачественных новообразований органов дыхания среди населения Архангельской области и Северо-Западного федерального округа за 2008-2017 годы.

Ключевые слова: смертность, органы дыхания, Архангельская область, злокачественные новообразования, онкологические заболевания, Северо-Западный федеральный округ.

Актуальность. В наше время около половины всех злокачественных новообразований выявляются на III-IV стадии, чем, частично обусловлено их второе место в структуре причин смерти населения Российской Федерации [1]. На это было обращено внимание в указе Президента Российской Федерации В. В. Путина от 7 мая 2018 г. N 204, где была поставлена цель - снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения) [2].

Цель. Изучить стандартизированные показатели смертности от злокачественных новообразований органов дыхания среди населения Архангельской области (АО) и Северо-Западного федерального округа (СЗФО) за период с 2008 по 2017 год для разработки рекомендаций.

Материалы и методы. Данные Федеральной Службы Государственной статистики, Архангельскстат, санитарно-статистический, аналитический методы. Для обработки данных использовались программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты. Анализ причин смертности совокупного населения на территории Архангельской области показал, что в 2017 году основной причиной смерти являлись болезни органов кровообращения (56,46%), на втором месте в структуре причин смертности находились злокачественные (18,2%). Среди умерших от всех злокачественных новообразований доля мужского населения составила 54%, женского населения 46%.

Стандартизированный показатель смертности от всех злокачественных новообразований по АО составил 124,05 на 100 тысяч населения, среди мужского населения 188,38 на 100 тысяч населения, женского- 88,34 на 100 тысяч населения, следовательно, уровень смертности среди мужчин от всех новообразований превышает смертность среди женщин в 2,13 раз, данное соотношение среди населения СЗФО составляет 1,84.

Таблица 1

Динамика стандартизированного показателя смертности от всех злокачественных новообразований среди населения Архангельской области и Северо-Западного федерального округа на 100 тысяч населения за период с 2008 по 2017 год

Смертность	Года									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
АО	125,48	133,84	128,16	132,52	129,16	135,83	126,06	123,73	127,37	124,05
СЗФО	131,98	133,57	131,38	127,29	125,2	124,85	124,87	124,14	121,6	119,56

Смертность от всех злокачественных новообразований среди населения Архангельской области за 2017 год составляет 124,05 на 100 тысяч населения, что превышает аналогичный показатель среди населения СЗФО (119,56 на 100 тысяч человек) на 3,76%. В динамике с 2008 по 2017 гг. данный показатель среди населения АО снизился на 1,14%, в то время как аналогичный показатель среди населения СЗФО снизился на 9,41%. В 2008 году смертность от всех новообразований по Архангельской области была ниже, чем среди населения СЗФО на 4,92%. Стандартизированный показатель смертности среди населения СЗФО превышает показатель среди населения России за 2008 год на 5,91%, и за 2017 год на 9,72%.

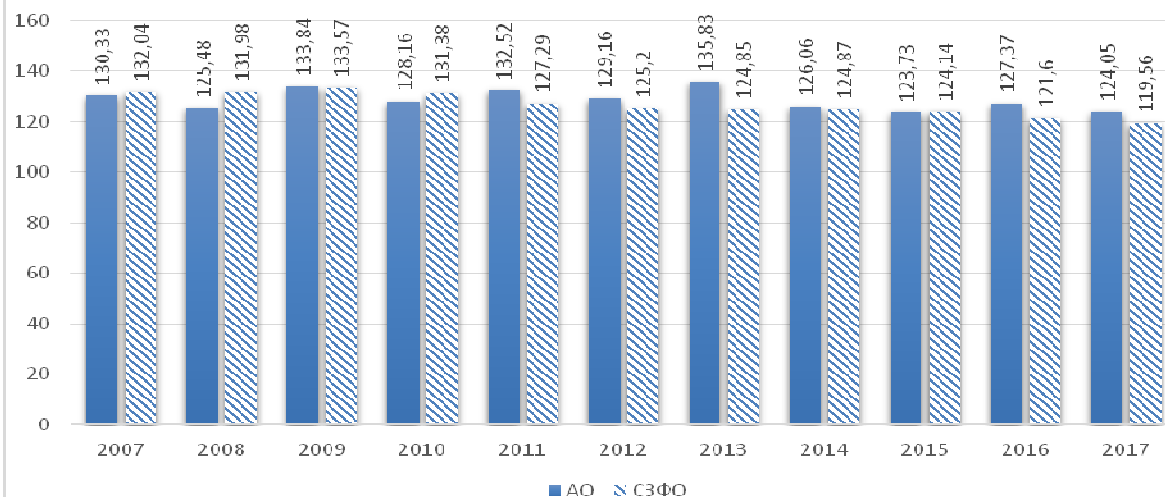


Рисунок 1. Динамика стандартизированного показателя смертности от всех злокачественных новообразований среди населения Архангельской области и Северо-Западного федерального округа на 100 тысяч населения за период с 2008 по 2017 год.

В структуре причин смертности от злокачественных новообразований среди населения АО за 2017 год установлено, что наибольший удельный вес составляют злокачественные новообразования органов пищеварения – 46%, на втором месте – злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки – 20%, на третьем – Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей – 10%.

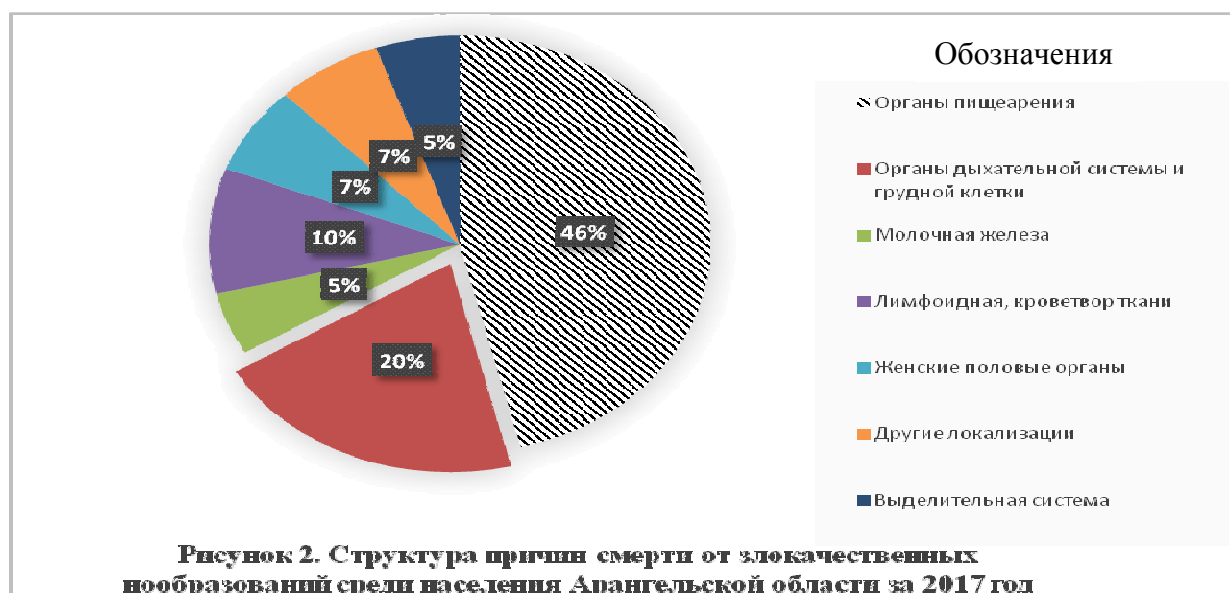


Рисунок 2. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди населения Архангельской области за 2017 год

Таблица 2

Структура причин смерти от злокачественный новообразований органов дыхания и грудной клетки среди населения Архангельской области и Северо-Западного федерального округа за 2017 год

Новообразования	АО		СЗФО	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Гортани	35	6,4	416	7,3
Трахеи, бронхов, легких	501	92,6	5146	90
Другие дыхательной системы и грудной клетки	5	1	152	2,7
Всего	541	100%	5714	100%

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований органов дыхания среди населения АО за 2017 год преобладают злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких – 92,6%, на втором месте злокачественные новообразования гортани 6,4%. В структуре причин смерти от злокачественных новообразований органов дыхания среди населения СЗФО за 2017 год преобладают злокачественные новообразования трахеи, бронхов и



легких – 90%, на втором месте злокачественные новообразования гортани 7,3%. При распределении умерших от злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки по полу среди населения АО за 2017 год установлено, что доля среди мужского населения составила 83,18%, а среди женского – 16,82%. Аналогичные показатели среди населения СЗФО за 2017 год составляют соответственно 78,23% и 21,67%.



Таблица 3

**Динамика стандартизированного показателя смертности от
новообразований гортани среди населения Архангельской области и Северо-
Западного федерального округа на 100 тысяч населения за период с 2008 по
2017 год**

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Стандартизированный показатель смертности на 100 тысяч населения по АО	2,08	1,92	1,52	1,97	1,44	1,63	1,62	1,62	1,3	1,62
Стандартизированный показатель смертности на 100 тысяч населения по СЗФО	2,03	1,97	2,08	1,77	1,91	1,78	1,76	1,7	1,51	1,7

Стандартизированный показатель смертности от злокачественных новообразований гортани среди населения АО за период с 2008 года по 2017 год уменьшился на 22,12 % (таблица 3). Аналогичный показатель среди населения СЗФО с 2008 года по 2017 год уменьшился на 16, 25%. В 2008 году стандартизированный показатель смертности на 100 тысяч населения среди населения АО был выше на 2,4% аналогичного показателя среди населения СЗФО, и в 2017 году данный показатель среди населения СЗФО превысил аналогичный среди населения АО на 4,71%. Стандартизированный показатель смертности населения от новообразований гортани среди населения России за 2017 год составляет 1,65 на 100 тысяч населения, превышает аналогичный показатель среди населения АО на 1, 82% и меньше показателя среди населения СЗФО на 2,94%.

Среди умерших от злокачественных новообразований гортани среди населения АО за 2017 год доля мужского населения составила 91,43%, а доля женского населения 8,57%. Аналогичные показатели среди населения СЗФО за 2017 год составляют соответственно 94,71% и 5,29%.

Второй важной группой в структуре причин смерти от злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки являются злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого. Стандартизированный показатель смертности среди населения АО на 2017 год составляет 24,18 на 100 тысяч населения, аналогичный показатель среди населения СЗФО составляет 19,62 на 100 тысяч населения, данный показатель для АО превышает значения для СЗФО на 18,86%. Стандартизированный показатель смертности от злокачественных

новообразований трахеи, бронхов и легкого среди населения России за 2017 год составляет 19,13 на 100 тысяч населения, что на 2,5% меньше аналогичного показателя среди населения СЗФО.

Таблица 4

Динамика стандартизированного показателя смертности от новообразований трахеи, бронхов, легкого среди населения Архангельской области и Северо-Западного федерального округа на 100 тысяч населения за период с 2008 по 2017 год

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Стандартизированный показатель смертности на 100 тысяч населения по АО	23,0	24,81	25,77	23,4	29,01	24,51	25,64	23,61	22,12	24,18
Стандартизированный показатель смертности на 100 тысяч населения по СЗФО	22,14	22,32	22,4	21,1	21,23	20,52	20,95	20,53	19,81	19,62

При изучении данного показателя в динамике установлено, что за период с 2008 по 2017 гг. стандартизированный показатель смертности по АО уменьшился на 4,88% (таблица 4). Аналогичный показатель среди населения СЗФО с 2008 по 2017 гг. уменьшился на 11,38%. Среди умерших от злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легкого среди населения АО за 2017 год доля мужчин составила 82,63%, а доля женщин 17,37%. Аналогичные показатели среди населения СЗФО за 2017 год составляют соответственно 77,5% и 22,5%.

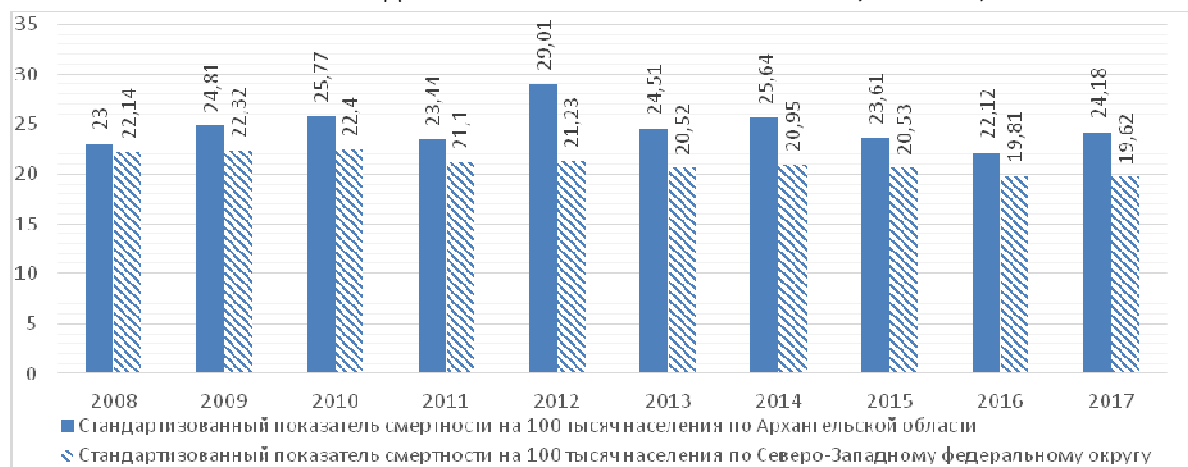


Рисунок 4. Динамика стандартизированного показателя смертности от новообразований трахеи, бронхов и легких среди населения Архангельской области и Северо-Западного федерального округа на 100 тысяч населения за период с 2008 по 2017 год.



Заключение. В результате проведенного исследования выявлено, что стандартизированный показатель смертности от всех злокачественных новообразований среди населения АО составил 124,05 на 100 тысяч населения, данный показатель выше аналогичного по СЗФО на 3,76%. Уровень смертности среди мужчин от всех новообразований среди населения АО превышает смертность среди женщин в 2,13 раз.

Анализ причин смертей от всех злокачественных новообразований среди населения АО за 2017 год показал, что наибольший удельный вес составляют злокачественные новообразования органов пищеварения – 46%, на втором месте – злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки – 20%, на третьем – злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей – 10%.

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки среди населения АО за 2017 год первое место занимают злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого (92,6%), на 2 месте – злокачественные новообразования гортани (6,4%). В распределении умерших от всех злокачественных новообразований среди населения АО за 2017 год по полу удельный вес мужчин составляет 83,18%, а женщин – 16,82%.

Стандартизированный показатель смертности от злокачественных новообразований гортани среди населения АО за период с 2008 года по 2017 год уменьшился на 22,12 % и составил 1,62 на 100 тысяч населения, что на 4,7% меньше аналогичного показателя по СЗФО. В распределении умерших от злокачественных новообразований гортани среди населения АО за 2017 год по полу удельный вес мужчин составляет 91,43%, а женщин 8,57%.

Стандартизированный показатель смертности от злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легкого среди населения АО за период с 2008 года по 2017 год уменьшился на 4,88% и составил 24,18 на 100 тысяч населения, что на 18,86% выше аналогичного показателя по СЗФО. В распределении умерших от злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легкого среди населения АО за 2017 год по полу удельный вес мужчин составляет 82,63%, а женщин 17,37%.

Для решения проблем онкологических заболеваний был принят план мероприятий по реализации Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период [2], она предусматривает к 2030 году выполнение следующих **условий**: совершенствование нормативно-правового регулирования организации онкологической помощи и реализации прав граждан на охрану здоровья по вопросам профилактики, раннего выявления, доступности и качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях; внедрение скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний; укрепление трёхуровневой системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включая развитие инфраструктуры и модернизацию материально-технической базы; обеспечение всеобщего охвата

пациентов с онкологическими заболеваниями качественными и доступными лекарственными препаратами и 26 терапевтическими средствами и системами направленной доставки лекарственных веществ; укрепление кадрового потенциала онкологической службы; полномасштабная информатизация онкологической службы и создание национальной системы мониторинга состояния онкологической помощи; развитие систем медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в том числе детям; укрепление финансового обеспечения реализации Национальной стратегии, внедрение инновационных организационно-правовых и финансовых инструментов в работу профильных медицинских организаций; реализация региональных программ и стратегий по борьбе с онкологическими заболеваниями и федеральных проектов.

Список литературы.

1. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. N 204. В редакции Указа Президента Российской Федерации от 19.07.2018 г. N 444 // Официальные сетевые ресурсы президента России. — 2018.
2. План мероприятий по реализации Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года. Д. А. БОРИСОВ. V ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ профильной комиссии по специальности «онкология» Минздрава России.
3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. 250 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. 250 с.
5. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2017. 250 с.

УДК 376.016:796 + 615.825-053.4

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Петух О.В., Калюжин В.Г.

Белорусский государственный университет физической культуры, г. Минск, РБ

Аннотация. В статье подробно описаны адаптированные для лиц с нарушением психического развития тесты для оценки уровня развития статического и динамического равновесия, ориентации в пространстве.



Приводится коррекционно-развивающая программа развития равновесия у детей с задержкой психического развития, дается анализ полученных результатов применения разработанной программы.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, равновесие, задержка психического развития, дети.

Актуальность. Задержка психического развития является одной из наиболее распространенных форм психической патологии. Задержка психического развития – это особый вид аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития [2]. Чаще она выявляется с налом обучения, когда обнаруживается недостаточность знаний и представлений об окружающем мире, незрелость эмоциональной сферы и мотивации, нарушение произвольного поведения, отставание в развитии речи. Адаптивная физическая культура (АФК) и адаптивный спорт занимают одно из ведущих мест в подготовке лиц с нарушениями интеллекта к самостоятельной жизни, способствуют коррекции психофизического развития и являются важным средством их успешной социальной адаптации и интеграции [1].

Основной отличительной особенностью занятий АФК является содействие максимальному приспособлению (адаптации) к окружающей действительности через формирование стойких практически необходимых умений, навыков и способов деятельности, позволяющих успешнее адаптироваться к дальнейшей жизни в обществе [3]. Наличие психических нарушений может привести к серьезным проблемам физического и двигательного развития. Однако на сегодняшний день адаптивное физическое воспитание лиц с задержкой психического развития нуждается в серьезном методическом обосновании процесса развития физических качеств [5].

Многочисленные исследования показали, что лица с задержкой психического развития, имеют трудности в усвоении навыков статического и динамического равновесия, ориентации в пространстве и нуждаются в систематическом целенаправленном обучении [4]. У лиц данной категории двигательные нарушения рассматриваются не как болезнь, а как несформированность двигательных навыков, что диктует о разработке и проведению дополнительных коррекционных занятий [2].

Аналитический обзор литературных данных по данной проблеме показывает, что пограничность психо-физического состояния, многогранность характеристик дизонтогенеза, требуют специальных условий психолого-педагогического сопровождения их развития. В этом отношении адаптивное физическое воспитание рассматривается как важная образовательная дисциплина. Ее первостепенными задачами является укрепление здоровья, гармоничное физическое развитие, полноценное формирование двигательной базы [6].

С раннего возраста происходит закладка фундамента для формирования полноценной двигательной базы человека. Наличие нарушений на этом этапе

развития может привести к серьезным проблемам физического и двигательного развития. Однако на сегодняшний день адаптивное физическое воспитание лиц с задержкой психического развития нуждается в серьезном методическом обосновании процесса развития физических качеств [2].

Для лиц с задержкой психического развития является закономерным нарушение в сформированности всех проявлений координационных способностей. Педагоги-исследователи констатируют более низкий уровень способности к согласованию двигательных действий, ориентировке в пространстве и удержанию равновесия. Равновесие – это возможность сохранять устойчивое положение во время выполнения многих движений и поз [1].

Цель и задачи исследования. Цель работы – выявление влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие равновесия у детей 5–6 лет с задержкой психического развития.

Для решения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Определить особенности развития равновесия у детей 5–6 лет с задержкой психического развития.
2. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу, направленную на развитие равновесия у детей с задержкой психического развития.
3. Оценить эффективность влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие равновесия у детей 5–6 лет с задержкой психического развития.

Материалы и методы. Для определения динамики развития равновесия (статического, динамического равновесия и ориентации в пространстве), испытуемым был предложен ряд контрольно-педагогических тестов:

Тесты для определения СТАТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ:

Проба Ромберга. Испытуемый стоит сомкнув ступни ног вместе, руки вытянуты вперед пальцы немного разведены, глаза закрыты. При потере равновесия проба прекращается. Определяется время устойчивого стояния в данной позе в секундах.

Проба Ромберга «Пяточно-носочная». Испытуемый стоит так, чтобы ноги были на одной линии, при этом пятка одной ноги касается носка другой ноги, руки вытянуты вперед. Определяется время устойчивого стояния в данной позе в секундах.

Тест «Стойка на одной ноге». Испытуемый стоит на одной ноге, вторая согнута в коленном и тазобедренном суставе и развернута наружу. Пятка согнутой ноги касается колена опорной ноги, руки на пояс, глаза открыты. Учитывается время устойчивого стояния в данной позе в секундах.

Тест «Ласточка». Испытуемый стоит ноги вместе, колени выпрямлены. Поднять руки в стороны до уровня плеч. Опираясь на опорную ногу при наклоне туловища вперед, ребенок поднимает вторую ногу вверх до уровня таза, спина прямая – параллельно линии пола, руки разведены в стороны – помогают



сохранять равновесие. Учитывается время устойчивого стояния в данной позе в секундах.

Тесты для определения ДИНАМИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ:

Тест «Ходьба по линии». Данный тест выполняется в спортивном зале с ковровым покрытием. На ковровое покрытие фиксируется лента длиной 5 метров, шириной 7 сантиметров, жёлтого цвета. Испытуемый идет по прямой линии 5 метров вперёд обычным шагом до конца, возвращается и идёт обратно руки на пояс. Учитывается время (в секундах) прохождения по линии.

Тест «Ходьба по линии боком». Данный тест выполняется в спортивном зале с ковровым покрытием. На ковровое покрытие фиксируется лента длиной 5 метров, шириной 7 сантиметров, жёлтого цвета. Испытуемый идет 5 метров по ленте правым боком вперёд, затем идет обратно 5 метров левым боком вперёд. Спина прямая, руки на пояс. Учитывается время (в секундах) прохождения 10 метров линии.

Тест «Ходьба по скамье». Для проведения данного теста используется гимнастическая скамья длиной 4 метра, шириной 24 сантиметра. Испытуемый идет по гимнастической скамье обычным шагом, руки за голову, спина прямая. Учитывается время (в секундах) через сколько сойдёт со скамьи.

Тест «Ходьба по линии с закрытыми глазами». Данный тест выполняется в спортивном зале с ковровым покрытием. На ковровое покрытие фиксируется лента длиной 5 метров, шириной 7 сантиметров, жёлтого цвета. Испытуемый с закрытыми глазами идет по прямой линии 5 метров вперёд обычным шагом, руки на поясе. Измеряется, на сколько сантиметров испытуемый отклонился от линии на финише.

Тесты для определения ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ:

Тест «Выполнение команд с закрытыми глазами». Данный тест выполняется в спортивном зале с ковровым покрытием. На ковровое покрытие фиксируется круг-липучка диаметром 8 сантиметров, красного цвета. Испытуемый становится на круг, руки на пояс, глаза закрыты и выполняет команды: 2 шага вперёд, 1 шаг вправо, 3 шага назад, 1 шаг влево, 1 шаг вперёд. Выполнив все команды, испытуемый должен оказаться на круге. Измеряется, на сколько сантиметров ребёнок на финише отклонился от стартового круга.

Тест «Челночный бег 3×10 метров». На одной стороне зала располагаем 3 кубика размером 6×6 сантиметров, весом 200 грамм, на другой стороне ставим стул. Испытуемый берёт один кубик, бежит с ним на другую сторону зала, кладёт кубик на стул, возвращается за вторым и также за третьим. Фиксируется результат в секундах.

Тест «Бег зигзагом». Данный тест проводится в спортивном зале, располагаем 6 кубиков размером 6×6 сантиметров. Первый кубик – линия старта, которая является и линией финиша, от линии старта на расстоянии 1, 2, 3, 4 и 5

метров располагаем остальные кубики. По команде испытуемый бежит зигзагом туда и обратно, обегая кубики. Фиксируется результат в секундах.

Результаты. Дети 5–6 лет, принявшие участие в эксперименте были разделены на две группы (экспериментальную и контрольную) по 8 человек в каждой. Были разработаны и подобраны тесты при помощи которых проведено тестирование уровня развития равновесия до начала занятий АФК в экспериментальной и контрольной группах.

Для сравнения уровня развития равновесия нами так же были обследованы 16 здоровых человек. С ними были проведены те же тесты, что и с лицами с задержкой психического развития.

Нами выполнен анализ научно-методической литературы по проблеме исследования и определена методология постановки педагогического эксперимента. Затем был проведен педагогический эксперимент для обоснования эффективности разработанной нами программы. Для экспериментальной группы нами была разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на развитие равновесия у лиц с задержкой психического развития. Контрольная группа в это время занималась по основной программе. Занятия по адаптивной физической культуре проводились в спортивном зале два раза в неделю по 25 минут.

АФК включала в себя необходимый минимум упражнений: упражнения для воспитания двигательных качеств, упражнения для профилактики нарушений осанки, плоскостопия, упражнения для развития равновесия, упражнения с различным инвентарем. Наряду с основными корригирующими упражнениями в комплекс АФК включались упражнения прикладного характера: ползание, ходьба, бег, прыжки. Эти упражнения используются как общеукрепляющие, а также для ликвидации отставания психомоторного развития путем повышения двигательной активности и эмоционального тонуса на занятиях АФК.

В экспериментальной группе в дополнение к штатным занятиям АФК дети занимались по составленной нами коррекционно-развивающей программе (два раза в неделю по 25 минут ср. пт.), которая включает в себя упражнения, подвижные игры, релаксационные упражнения, домашнее задание для развития равновесия. Предложенная нами коррекционно-развивающая программа построена на основании анализа литературных источников и направлена на развитие равновесия у лиц с задержкой психического развития.

Цель коррекционно-развивающей программы – создание условий для развития равновесия у детей 5–6 лет с задержкой психического развития.

Задачи программы: способствовать развитию статического, динамического равновесия, ориентации в пространстве; повысить уровень координации движений; улучшить психоэмоциональное состояние; способствовать развитию творческой активности, пространственного мышления, фантазии; воспитание уважительного отношения к своему и чужому труду.

Коррекционно-развивающая программа состоит из 3 этапов развития физического качества (равновесия), которые должны проходить в строгой



последовательности: этап начального разучивания (1–3 неделя); этап углубленного разучивания (4–6 неделя); результирующий этап (7–9 неделя).

Каждое занятие, входящее в предложенную нами программу, решало несколько задач, а именно: развитие статического и динамического равновесия; развитие ориентации в пространстве; улучшение психоэмоционального состояния.

После каждого занятия давалось домашнее задание для самостоятельного выполнения, оно включало в себя элементы, разученные на занятиях в качестве закрепления нового материала. Правильность проведения домашних заданий контролировалась нами по видеозаписям, присылаемых на viber.

В таблицах 1–3 мы проводим сравнительную характеристику детей до и после начала проведения занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 1

Влияние занятий по разработанной коррекционно-развивающей программе на показатели статического равновесия у детей с задержкой психического развития

ТЕСТЫ	До начала	После окончания	t _{набл.}	t _{крит.}	P
Проба Ромберга, (с)	7,1±0,91	11,8±1,12	3,19	2,86	<0,01
Проба Ромберга пят.-носочн., (с)	5,1±0,62	9,9±0,60	5,49	3,88	<0,001
Стойка на одной ноге, (с)	5,1±0,37	9,5±0,78	5,07	3,88	<0,001
«Ласточка», (с)	5,3±0,52	9,1±0,52	5,26	3,88	<0,001

Прослеживается положительная динамика развития статического равновесия у детей после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Данные таблицы 1 однозначно доказывают статистически достоверно выраженное улучшение показателей развития статического равновесия.

Таблица 2

Влияние занятий по разработанной коррекционно-развивающей программе на показатели динамического равновесия у детей с задержкой психического развития

ТЕСТЫ	До начала	После окончания	t _{набл.}	t _{крит.}	P
Ходьба по линии, (с)	20,3±0,47	19,1±0,27	2,14	2,09	<0,05
Ходьба по линии боком, (с)	25,5±0,49	22,8±0,68	3,22	2,86	<0,01
Ходьба по скамейке, (с)	11,5±0,51	10,3±0,24	2,16	2,09	<0,05
Ходьба по линии с з/глазами, (с)	19,0±0,90	16,8±0,53	2,15	2,09	<0,05

Отмечается улучшение развития динамического равновесия у лиц с задержкой психического развития после проведения цикла занятий по

разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Полученные данные таблицы 2 показывают статистически достоверное улучшение показателей.

Таблица 3

Влияние занятий по разработанной коррекционно-развивающей программе на показатели ориентации в пространстве у детей с задержкой психического развития

ТЕСТЫ	До начала	После окончания	t _{набл.}	t _{крит.}	P
Шнуровка, (с)	22,1±1,16	17,9±1,13	2,17	2,09	<0,05
Челночный бег, (с)	13,2±0,43	12,1±0,25	2,11	2,09	<0,05
Бег зигзагом, (с)	12,5±0,35	11,5±0,27	2,27	2,09	<0,05

Прослеживается положительная динамика развития ориентации в пространстве у лиц экспериментальной группы после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Из полученных данных таблицы 3 видно статистически достоверное улучшение показателей развития ориентации в пространстве. По результатам, зафиксированным в таблицах 1–3, можно сказать, что развитие статического, динамического равновесия и ориентации в пространстве у лиц с задержкой психического развития после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе значительно улучшилось. Сравнительный анализ итоговой эффективности развития равновесия у лиц с задержкой психического развития в экспериментальной группе показал статистически достоверное улучшение всех показателей. Улучшение статического равновесия на 66–94%, динамического равновесия на 5,9–10,6% и ориентации в пространстве на 8,3–19%. В то же время в контрольной группе, занимавшейся по стандартной программе динамика показателей осталась практически на прежнем уровне.

В структуре данного дефекта очень важно своевременно обнаружить отклонения в развитии и оказать необходимую помощь. Раннее начало занятий физическими упражнениями позволяет укрепить сохранные двигательные функции, предупредить появление вторичных нарушений, приобрести двигательный опыт для самостоятельных занятий.

Крепкий и физически развитый человек не только в меньшей степени подвержен заболеваниям, но и более активно развивается психически. Именно поэтому необходимо укреплять здоровье, совершать тренировки физиологических функций организма, интенсивно формировать движения, локомоторные навыки и физические качества, нужные для гармоничного и полноценного развития личности. Проведение дальнейших исследований позволит усовершенствовать разработанную коррекционно-развивающую программу.



Выводы. Разработанная нами коррекционная программа эффективно развивает равновесие у лиц с задержкой психического развития. Статистически достоверно увеличились показатели тестов развития равновесия на 5,9–94%. Это позволяет рекомендовать разработанную нами коррекционно-развивающую программу для дополнительных занятий по адаптивной физической культуре у лиц с задержкой психического развития.

Список литературы:

1. Калюжин, В.Г. Физическая подготовка лиц с особенностями психического развития / В.Г. Калюжин, О.В. Петух // Современные тенденции и актуальные вопросы развития стрелковых видов спорта: Материалы Всеросс. с междунар. участием науч.-практич. конф. на базе ВГИФК / [под ред. О.Н. Савинковой, М.М. Кубланова]. – Воронеж : Изд-во «Элист», 2018. – С. 187–192.
2. Калюжин, В.Г. Направленное развитие равновесия у дошкольников с задержкой психического развития / В.Г. Калюжин, О.В. Петух // Перспективные направления в области физической культуры, спорта и туризма: Материалы VIII всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием (г. Нижневартовск, 23–24 марта 2018 г.) / Отв. ред. Л.Г. Пашенко – Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гос. ун-та, 2018. – С. 207–212.
3. Калюжин, В.Г. Индивидуально-дифференцированная программа развития равновесия у лиц с особенностями психического развития / В.Г. Калюжин, О.В. Петух / Физическая культура и спорт в образовательном пространстве вуза: сборник науч. трудов II Междунар. науч.-практич. конф. (заоч. форма) / под общ. ред. М.С. Леонтьевой. – Тула: Изд-во ТулГУ, 2018. – С. 198–203.
4. Петух, О.В. Адаптивное физическое воспитание равновесия в сохранении здоровья детей с задержкой психического развития / О.В. Петух // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века: материалы 18 Междунар. науч. конф., 17–18 мая 2018 г., г. Минск, Республика Беларусь: в 3 ч. / Междунар. гос. экол. ин-т им. Сахарова Бел. гос. ун-та; редкол.: А.Н. Батян [и др.]; под ред. проф. С.А. Маскевича, проф. С.С. Позняка. – Минск: ИВЦ Минфина, 2018. – Ч. 3. – С. 258–260.
5. Петух, О.В. Методика формирования равновесия у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития / О.В. Петух, В.Г. Калюжин // Современные проблемы спорта, физического воспитания и адаптивной физической культуры: материалы III Междунар. науч.-практ. конф. (г. Донецк, 9 февраля, 2018 г.) / под ред. Л.А. Деминской; ДИФКС. – Донецк, 2018. – С. 580–586.

УДК:614.1:314.14(470.341)

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2017 ГОДЫ

Пивоварова Г.М., Аркунова Д.Е.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье представлен анализ динамики основных медико-демографических показателей в населении Нижегородской области в период с 2007 по 2017 год.

Ключевые слова: Нижегородская область, демография, рождаемость, смертность, младенческая смертность, брачность, разводимость.

В настоящее время вопрос демографии остро стоит как в России в целом, так и в регионах отдельно. Сокращение общей численности населения, снижение рождаемости и увеличение смертности являются основными проблемами демографии на современном этапе развития общества, так как именно демография является своеобразным показателем политических и социально-экономических изменений, как на уровне субъектов, так и на уровне Российской Федерации. Согласно указу президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2018 года №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» перед правительством страны стоят следующие задачи: обеспечение естественного устойчивого роста численности населения, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7 и снижение младенческой смертности до 4,5‰.

Нижегородская область является регионом с неблагоприятной демографической ситуацией, так как численность населения снижается, и соотношение рождаемости и смертности всё ещё свидетельствует о естественной убыли населения.

Целью исследования является анализ динамики демографических показателей в Нижегородской области за 2007-2017 годы.

Материалы и методы исследования. Основными методами исследования являются санитарно-статистический, аналитический и другие.

Объектом исследования стало население Нижегородской области.

Результаты. Медико-демографическая ситуация, которая сложилась в Нижегородской области в период с 2007 по 2017 год, характеризуется следующими изменениями: увеличением рождаемости, снижением смертности, в том числе младенческой смертности. Однако общая численность населения за данные 10 лет значительно сокращается ввиду активных миграционных процессов (на 3,95%).

Брак также является предметом исследования демографии, являясь формой отношений между мужчиной и женщиной. Брачность – процесс образования супружеских пар в популяции.



Таблица 1

Динамика брачности в Нижегородской области в 2007-2017 годах

Год \ Показатель	Брачность	Коэффициент наглядности, %
2007	8,1	100,0
2008	7,8	96,3
2009	7,7	95,1
2010	7,9	97,5
2011	8,6	106,2
2012	8,2	101,2
2013	8,2	101,2
2014	8,3	102,5
2015	7,8	96,3
2016	6,6	81,5
2017	7,1	87,65

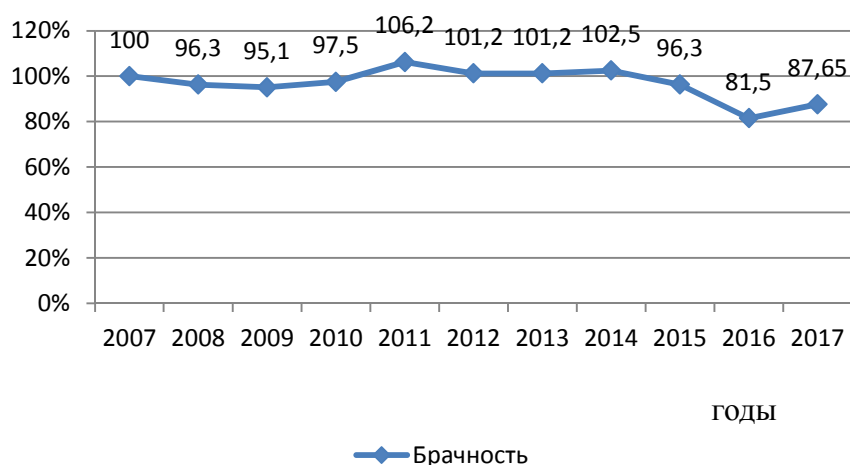


Рисунок 1. Динамика брачности в Нижегородской области на 2007-2017 года (коэффициент наглядности)

При анализе вышеуказанной диаграммы установлено, что брачность в Нижегородской области за последние 10 лет упала на 12,35%. Для определения зависимости уровня рождаемости от брачности воспользуемся методом линейной корреляции Пирсона. При расчете коэффициента линейной корреляции получается -0,03. Связь между данными двумя признаками отрицательная обратная слабая. При уровне значимости 0,03 связь является статистически незначимой и недостоверной. Разводимость также является показателем демографической ситуации в регионе. Данное понятие включает в себе процесс распада супружеских пар вследствие расторжения брака.

Таблица 2

Динамика разводимости в Нижегородской области в 2007-2017 годах

Год	Показатель	Разводимость	Коэффициент наглядности, %
2007		5,6	100,0
2008		5,2	92,86
2009		5,1	91,07
2010		4,6	81,14
2011		4,7	83,9
2012		4,5	80,35
2013		4,0	71,4
2014		4,9	87,5
2015		4,1	73,2
2016		4,0	71,4
2017		4,2	75,0

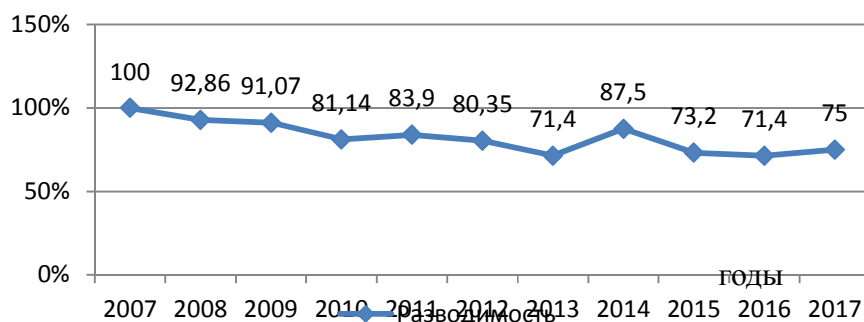


Рисунок 2. Динамика разводимости в Нижегородской области на 2007-2017 года (коэффициент наглядности)

Анализируя вышеуказанную диаграмму, можно сделать вывод, что разводимость в Нижегородской области за последние 10 лет упала на 25%. Для определения зависимости уровня рождаемости от разводимости воспользуемся методом линейной корреляции Пирсона. При расчете коэффициента линейной корреляции получается -0,53. Связь между данными двумя признаками отрицательная обратная средней силы. При уровне значимости 0,53 связь является статистически незначимой и недостоверной.

Рождаемость является одним из основных медико-демографических показателей. Анализируя показатели рождаемости в Нижегородской области за 2007-2017 года можно отметить, что уровень рождаемости увеличился на 7,1% (таблица 1, рисунок 1). Однако, к сожалению, в регионе до сих пор остается тенденция к сохранению регрессивного типа возрастной структуры населения, так как население в возрасте 0-14 лет составляет 15,8%, 15-49 лет – 46,4%, более 50 лет – 37,76%.

Смертность также является медико-демографическим показателем. При анализе смертности в Нижегородской области в период с 2007 по 2017 год установлено, что уровень смертности снизился на 19,7% (таблица 3), что говорит об улучшении уровня развития системы здравоохранения. Однако, Нижегородская область является регионом с высоким уровнем первично выявленных гастритов и дуоденитов, особенно в возрасте от 0 до 14 лет.

Таблица 3
Динамика рождаемости и смертности в Нижегородской области за 2007-2017
года

Показатель \ Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Рождаемость, ‰	9,9	10,6	10,9	10,9	11,0	11,8	11,8	11,9	12,3	11,9	10,6
Коэффициент наглядности, %	100,0	107,1	110,1	110,1	111,1	119,2	119,2	120,2	124,2	120,2	107,1
Смертность, ‰	18,3	18,2	17,5	17,9	16,4	16,1	15,9	15,9	11,5	15,4	14,7
Коэффициент наглядности, %	100,0	99,5	95,6	97,8	89,6	88,0	86,9	86,9	62,8	84,1	80,3

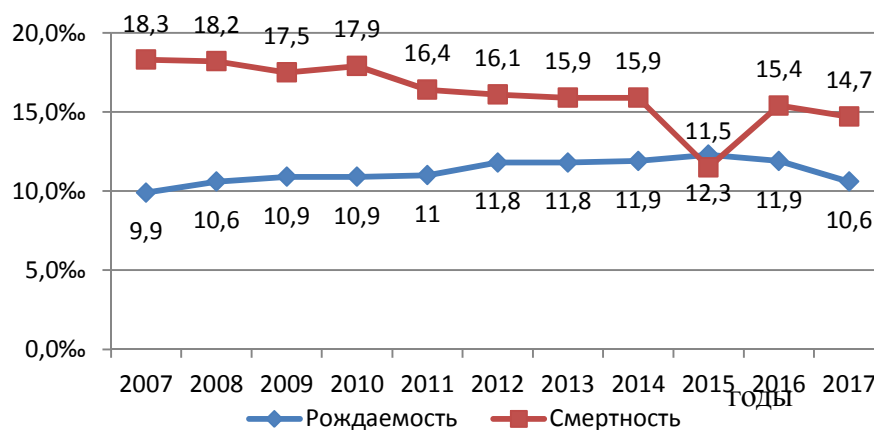


Рисунок 3. Динамика рождаемости и смертности в Нижегородской области за 2007-2017 года

Уровень рождаемости в Нижегородской области в 2008-2016 годах низкий, а в 2007 и 2017 очень низкий. Уровень смертности в Нижегородской области в 2007-2014 и 2016 высокий, а в 2015 и 2017 – средний.

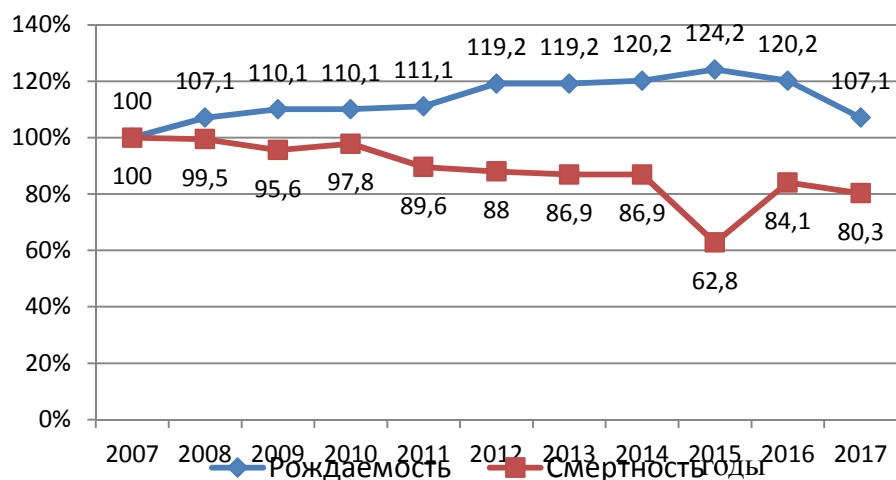


Рисунок 4. Динамика рождаемости и смертности в Нижегородской области за 2007-2017 года (коэффициент наглядности)

При анализе вышеуказанного графика можно сделать следующий вывод: в динамике за 10 лет наблюдаются следующие изменения: рождаемость повысилась на 7,1%, смертность снизилась на 19,7% (Рисунок 4).

Младенческая смертность является одним из базовых показателей демографии, который показывает смертность среди детей младше одного года. По данному показателю можно судить об общем состоянии здоровья населения и уровне жизни региона.

Таблица 4

Динамика младенческой смертности в Нижегородской области за 2007-2017 года

Год	Показатель	Младенческая смертность	Показатель наглядности, %
2007		9,67	100,0
2008		8,257	85,4
2009		8,65	89,45
2010		7,9	81,7
2011		7,0	72,4
2012		8,8	91,0
2013		8,4	86,87
2014		7,7	79,63
2015		6,9	71,35
2016		6,5	67,22
2017		5,4	55,84



Уровень младенческой смертности в Нижегородской области в 2007-2017 года низкий.

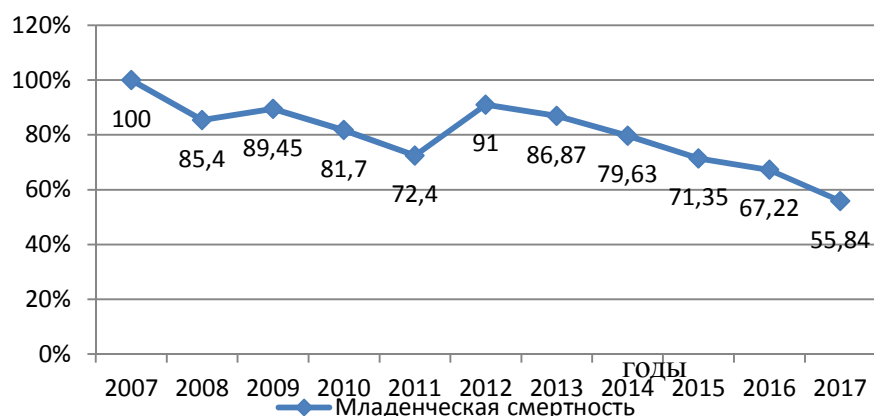


Рисунок 5. Динамика младенческой смертности в Нижегородской области за 2007-2017 года (коэффициент наглядности)

Анализируя вышеуказанную диаграмму, можно заметить, что за 10 лет младенческая смертность снизилась на 44,16%, что свидетельствует о качестве и доступности медицинской помощи женщинам и детям, а также о реакции субъекта на изменения в экономике, на уровень социального развития общества. Ожидаемая продолжительность жизни населения является важнейшим медико-демографическим показателем. В Нижегородской области данный показатель за 2007-2017 годы увеличился на 6,3 года (таблица 5).

Таблица 5

Динамика ожидаемой продолжительности жизни в Нижегородской области за 2007-2017 годы

Год \ Показатель	Ожидаемая продолжительность жизни	Коэффициент наглядности, %
2007	65,6	100,0
2008	66,1	100,7
2009	67,1	102,3
2010	67,0	102,1
2011	68,5	104,4
2012	69,0	105,2
2013	69,4	105,8
2014	69,5	105,9
2015	70,2	107,0
2016	70,8	107,9
2017	71,9	109,6

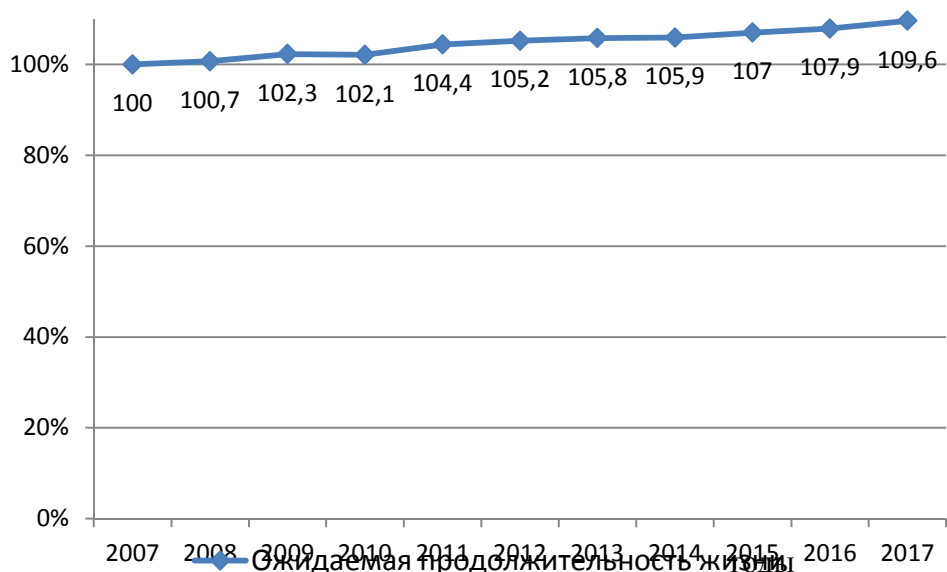


Рисунок 6. Динамика ожидаемой продолжительности жизни в нижегородской области за 2007-2017 годы

При анализе диаграммы (рисунок 6) установлено, что ожидаемая продолжительность жизни в Нижегородской области за 2007-2017 годы увеличилась на 9,6% (таблица 5, рисунок 6).

Выводы. В результате анализа медико-демографических показателей в Нижегородской области за 2007-2017 год было отмечено, что уровень рождаемости увеличился на 7,1%, в то время как уровень смертности снизился практически на 20%. Младенческая смертность также снизилась на 44,16%. Также в ходе исследования было отмечено отсутствие взаимосвязи между уровнем рождаемости и брачностью в регионе. Однако была отмечена отрицательная обратная связь средней силы между уровнем рождаемости и разводимостью, но она является статистически недостоверной. Уровень брачности в регионе снизился на 13,35%. Уровень разводимости снизился на 25%. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 9,6%. В регионе всё также сохраняется тенденция естественной убыли населения, что и решается правительством нижегородской области в концепции демографического развития.

Список литературы.

1. Указ президент Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная



служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018.-268 с.

3. Постановление от 24 июля 2014 года № 484 «Об утверждении Концепции демографического развития Нижегородской области на 2014-2025 годы»

4. **Нижегородская область** в цифрах. 2012: Крат.стат.сб. Н60 /Нижегородстат - Нижний Новгород, 2012. - 434 с.

5. **Нижегородская область** в цифрах. 2013: Крат.стат.сб. Н60 /Нижегородстат - Нижний Новгород, 2013. - 416 с.

6. **Нижегородская область** в цифрах. 2014: Крат.стат.сб. Н60 /Нижегородстат - Нижний Новгород, 2014. - 396 с.

7. **Нижегородская область** в цифрах. 2016: Крат.стат.сб. Н60 /Нижегородстат - Нижний Новгород, 2016. - 367 с.

УДК 314.48

**АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО
ОКРУГА ЗА 2012-2017 ГГ.**

Пивоварова Г.М., Васильев А.С.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Реферат. В данной статье проанализированы структура причин смерти и динамика стандартизованных показателей смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения за 2012-2017 годы среди населения Дальневосточного федерального округа, определены субъекты риска.

Ключевые слова: смертность населения, структура причин умерших, злокачественные новообразования, органы пищеварения, Дальневосточный федеральный округ.

Актуальность. Онкологические заболевания являются одной из серьезнейших проблем современности. В послании президента Российской Федерации Федеральному Собранию 2018 года В.В. Путин заявил: «Предлагаю реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлечь к решению этой задачи науку, отечественную фарминдустрию, провести модернизацию онкоцентров, выстроить современную комплексную систему от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения, которая позволит защитить человека».

В 2017 году злокачественные новообразования в общей структуре причин смерти населения России занимают второе место 15,9%, после болезней системы кровообращения. Около 40% впервые выявленных злокачественных новообразований имеют III-IV стадию заболевания, что обуславливает достаточно высокий показатель одногодичной летальности (22,5%) [5].

Цель. Провести анализ уровня смертности и динамики стандартизованных показателей смертности от злокачественных новообразований органов

пищеварения за 2012-2017 годы среди населения Дальневосточного федерального округа, определить субъекты риска.

Материалы и методы. Использовались отчетные документы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, обработанные медико-статистическим методом с помощью программ Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Среди умерших в Дальневосточном федеральном округе от всех злокачественных новообразований доля мужского населения составила 54,8%, женского населения – 45,2%. Стандартизованный показатель смертности среди всего населения Дальневосточного федерального округа от всех злокачественных новообразований в 2017 году составил 121,9 на 100 тысяч населения, среди женского населения – 90,8 на 100 тысяч населения, а среди мужского населения – 174,7 на 100 тысяч. Уровень стандартизованных показателей смертности среди мужчин в 1,9 раз выше, чем среди женщин.

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году злокачественные новообразования болезней органов пищеварения занимают 36,5%, среди мужского населения – 36,4%, среди женского – 36,8% (рисунок 1-3).

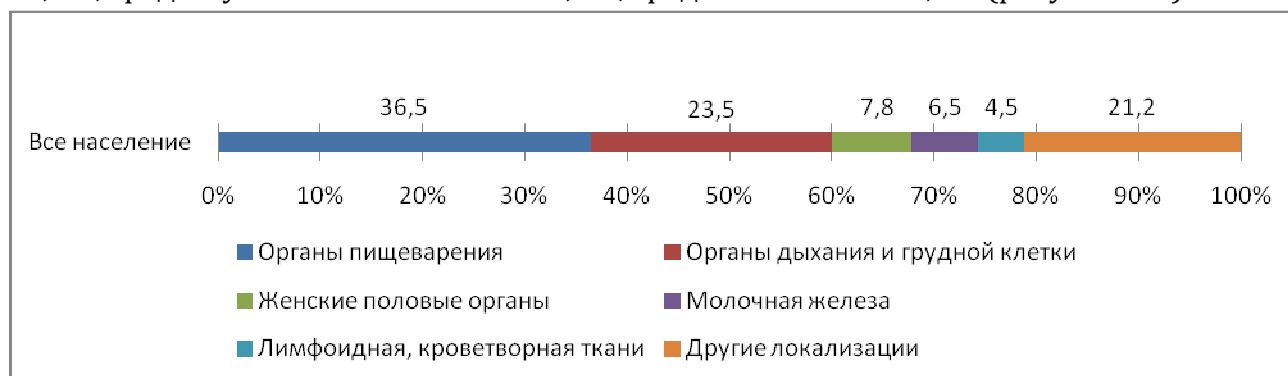


Рисунок 1. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году

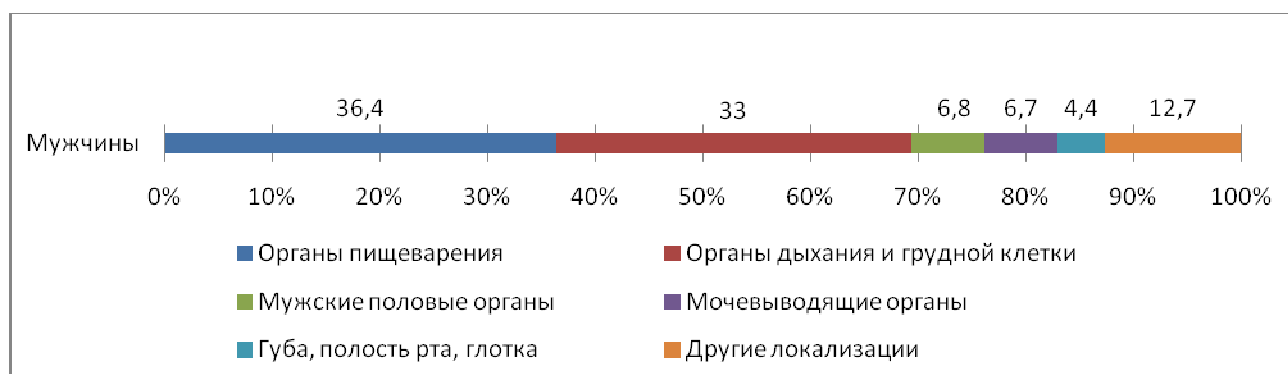


Рисунок 2. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди мужского населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году

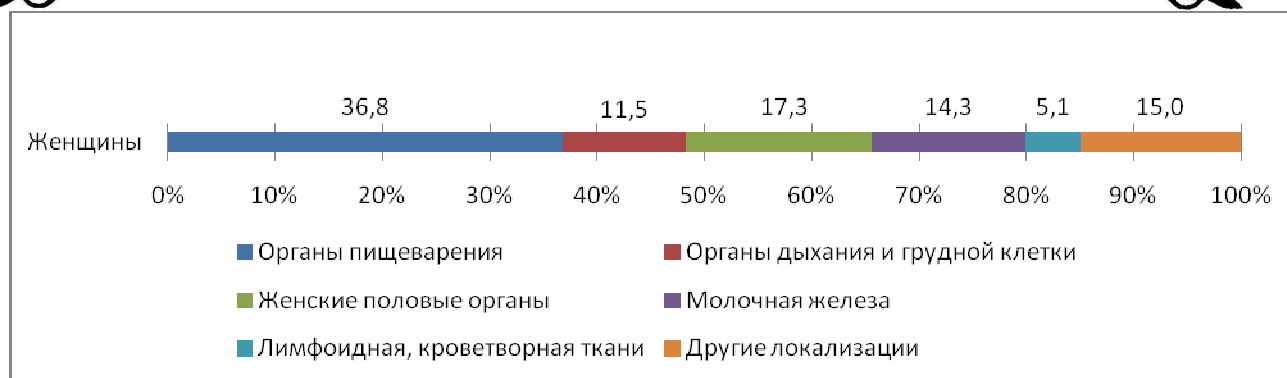


Рисунок 3. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди женского населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения всего населения Дальневосточного федерального округа за 2017 год наибольший удельный вес занимают злокачественные новообразования желудка – 25,7%, на втором месте – злокачественные новообразования ободочной кишки (18,3%), а злокачественные новообразования поджелудочной железы занимают третье место – 16,2%. В 2017 году среди всего населения Дальневосточного федерального округа стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка составил 11,1 на 100 тысяч населения, от злокачественных новообразований ободочной кишки – 7,76 на 100 тысяч населения, от злокачественных новообразований поджелудочной железы – 7,13 на 100 тысяч населения.

Среди мужского населения наибольшую долю занимают злокачественные новообразования желудка – 29,2%, злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков – 15,4%, а злокачественные новообразования поджелудочной железы – 14,8%. В 2017 году среди мужского населения Дальневосточного федерального округа стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка занимает наибольший уровень и составил 18,37 на 100 тысяч населения, на втором месте - злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков – 9,84 на 100 тысяч населения, на третьем месте - злокачественные новообразования поджелудочной железы – 9,4 на 100 тысяч населения.

Среди женского населения наибольший удельный вес занимают злокачественные новообразования ободочной кишки и составляют 24,3%, на втором месте - злокачественные новообразования желудка – 21,5%, третьем месте занимают злокачественные новообразования поджелудочной железы – 17,8%. В 2017 году среди женского населения Дальневосточного федерального округа стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки занимает наибольший уровень и составил 7,34 на 100 тысяч населения, второе место занимают злокачественные новообразования желудка – 6,68 на 100 тысяч населения, на третьем месте -

злокачественные новообразования поджелудочной железы – 5,58 на 100 тысяч населения.

В динамике за 2012-2017 годы стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований среди всего населения Дальневосточного федерального округа уменьшился на 7,2%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований среди населения Дальневосточного федерального округа составил 121,91 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (108,97 на 100 тысяч) на 11,9%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от всех злокачественных новообразований наиболее высокий, по сравнению с уровнем показателя среди населения Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: среди населения Сахалинской области на 12,8% (137,52 на 100 тыс.), среди населения Магаданской области на 12% (136,64 на 100 тыс.), среди населения Приморского края на 5,2% (128,23 на 100 тысяч).

В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Сахалинской области на 11%, в Магаданской области на 5,4%, в Приморском крае на 4,6% (рисунок 4).

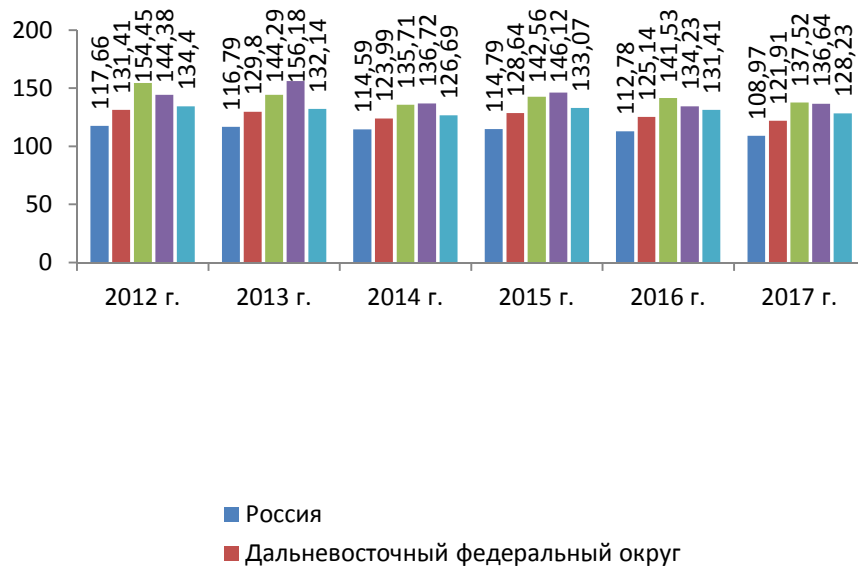


Рисунок 4. Динамика смертности от всех злокачественных новообразований за 2012-2017 годы (стандартизованные показатели на 100 тысяч всего населения) в Российской Федерации, ДВФО и субъектах риска.

В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода среди населения Дальневосточного федерального округа уменьшился на 1%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода среди



населения Дальневосточного федерального округа составил 3,6 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (2,7 на 100 тысяч) на 33,3%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода наиболее высокий, по сравнению с уровнем показателя среди населения Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: в Чукотском автономном округе на 193% (10,55 на 100 тыс.), в Сахалинской области на 74,7% (6,29 на 100 тыс.), в Республике Саха (Якутия) на 33,3% (4,8 на 100 тысяч).

В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска увеличился: в Сахалинской области на 3,8%; уменьшился: в Чукотском автономном округе на 50,8%, в Республике Саха (Якутия) на 25,6% (рисунок 5).



Рисунок 5. Динамика смертности от злокачественных новообразований пищевода за 2012-2017 годы (стандартизованные показатели на 100 тысяч всего населения) в Российской Федерации, ДВФО и субъектах риска.

В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка среди населения Дальневосточного федерального округа уменьшился на 17,8%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка среди населения Дальневосточного федерального округа составил 11,1 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (10,3 на 100 тысяч) на 7,8%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка наиболее высокий, по сравнению с уровнем показателя среди населения Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: в Сахалинской области на 33,4% (14,8 на 100 тыс.), в Магаданской области на 10,8% (12,3 на 100 тыс.), в Приморском крае на 3,2% (11,46 на 100 тысяч).

В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Сахалинской области на 11,1%, в Магаданской области на 21,8%, в Приморском крае на 17,7% (рисунок 6).



Рисунок 6. Динамика смертности от злокачественных новообразований желудка за 2012-2017 годы (стандартизованные показатели на 100 тысяч всего населения) в Российской Федерации, ДВФО и субъектах риска.

В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки среди населения Дальневосточного федерального округа увеличился на 5,1%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки среди населения Дальневосточного федерального округа и России одинаковый и составил 7,8 на 100 тысяч населения. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки наиболее высокий, по сравнению с уровнем показателя среди населения Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: в Чукотском автономном округе на 76,9% (13,7 на 100 тыс.), в Магаданской области на 30,2% (10,1 на 100тыс.), в Амурской области на 10% (8,5 на 100 тысяч). В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Магаданской области на 13,6%; увеличился: в Чукотском автономном округе на 133%, в Амурской области на 9,9% (рисунок 7).

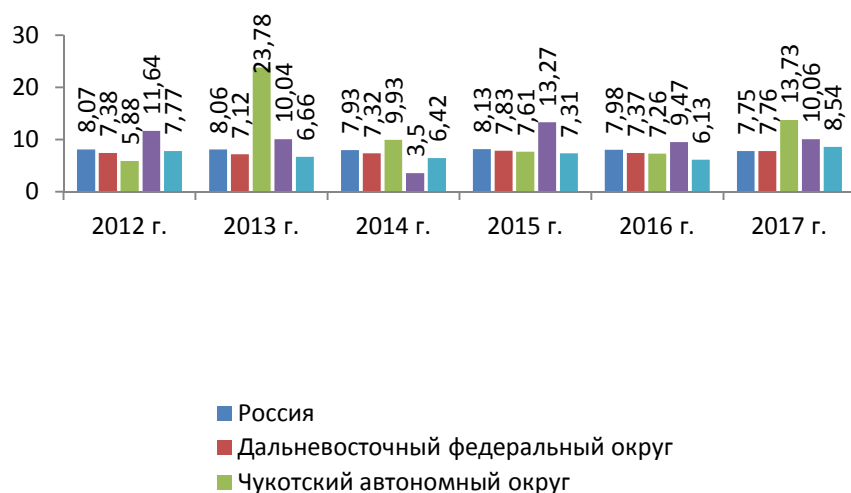


Рисунок 7. Динамика смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки за 2012-2017 годы (стандартизованные показатели на 100 тысяч всего населения) в Российской Федерации, ДВФО и субъектах риска.

Заключение. В результате проведенного исследования выявлено, что в структуре причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году злокачественные новообразования болезней органов пищеварения занимают 36,5%, среди мужского населения – 36,4%, среди женского – 36,8%.

Злокачественные новообразования желудка занимают первое место в структуре причин смерти от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения среди мужского населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году, однако среди женского населения первое место занимают злокачественные новообразования ободочной кишки. Второе место среди мужского населения Дальневосточного федерального округа занимают злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков, среди женского населения - злокачественные новообразования желудка. Среди мужского и женского населения Дальневосточного федерального округа третье место занимают злокачественные новообразования поджелудочной железы.

При оценке показателей смертности от всех злокачественных новообразований было установлено, в 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований среди населения Дальневосточного федерального округа выше показателя в России на 11,9%.

Сахалинская область, Магаданская область, Приморский край являются субъектами риска в Дальневосточном федеральном округе по показателю смертности от всех злокачественных новообразований в 2017 году.

По показателю смертности от злокачественных новообразований пищевода субъектами риска являются: Чукотский автономный округ, Сахалинская область, Республика Саха (Якутия).

По показателю смертности от злокачественных новообразований желудка субъектами риска являются: Сахалинская область, Магаданская область, Приморский край. По показателю смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки субъектами риска являются: Магаданская область, Чукотский автономный округ, Амурская область.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от всех злокачественных новообразований выше показателя среди населения Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: среди населения Сахалинской области, Магаданской области, Приморского края. В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Сахалинской области на 11%, в Магаданской области на 5,4%, в Приморском крае на 4,6%.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода среди населения Дальневосточного федерального округа выше показателя в России на 33,3%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода выше показателя Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: в Чукотском автономном округе, в Сахалинской области, в Республике Саха (Якутия). В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска увеличился: в Сахалинской области на 3,8%; уменьшился: в Чукотском автономном округе на 50,8%, в Республике Саха (Якутия) на 25,6%.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка среди населения Дальневосточного федерального округа выше показателя в России на 7,8%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка выше показателя Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: в Сахалинской области, в Магаданской области, в Приморском крае. В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Сахалинской области на 11,1%, в Магаданской области на 21,8%, в Приморском крае на 17,7%.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки среди населения Дальневосточного федерального округа и России одинаковый и составил 7,8 на 100 тысяч населения. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки выше показателя Дальневосточного федерального округа, в трех субъектах, а именно: в Чукотском автономном округе, в Магаданской области, в Амурской области. В динамике за 2012-2017 года стандартизованный показатель смертности среди населения



субъектов риска уменьшился: в Магаданской области на 13,6%; увеличился: в Чукотском автономном округе на 133%, в Амурской области на 9,9%.

Для решения данных проблем в Российской Федерации внедряется Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», который предполагает: разработка 85 региональных программ борьбы с онкологическими заболеваниями; популяционная профилактика развития онкологических заболеваний; проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению; финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения; организация сети центров амбулаторной онкологической помощи в 85 субъектах Российской Федерации; переоснащение сети региональных медицинских организаций оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц) в 85 субъектах Российской Федерации; развитие сети федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями, в том числе создание федеральных центров протонной терапии; создание 18 (федеральных и межрегиональных) референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических исследований и лучевых методов исследований; кадровое обеспечение онкологической службы; внедрение региональной централизованной системы «Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями»; новое строительство и реконструкция.

Список литературы:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2012-2017 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2013-2018. – илл. – 250 с.;
2. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю., Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Титова И.А., Харькова Т.Л., Чумарина В.Ж., Шубочкина Е.М. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2017. – 170 с.;
3. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю., Андреев Е.М., Воробьева О.Д., Денисенко М.Б., Елизаров В.В., Иванова А.Е., Ионцев В.А., Любова Г.А., Рахманинова М.В., Харькова Т.Л., Чудиновских О.С., Чумарина В.Ж. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. Сб./ Росстат. – М., 2017. – 263 с.;
4. Паспорт Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», 2018 год
5. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию»;
6. Указ Президента РФ № 204 от 7 мая 2018 года «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

УДК:614.1:618.19-006.04:314.14(470.23)

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРО – ЗАПАДНОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Пивоварова Г.М., Ермаков Г.О., Свирко К.С.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт – Петербург

Реферат. В данной статье проанализированы структура заболеваемости злокачественными новообразованиями за 2012-2017 годы среди населения Северо – Западного федерального округа и Ленинградской области, приведена статистика заболеваемости злокачественными новообразованиями молочных желез среди населения.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, онкологические заболевания, Ленинградская область, федеральный округ, молочные железы

Актуальность. Онкологические заболевания - проблема, которую ученым не удается полностью решить до сих пор. А значит, она остается актуальной. Недостаточность методов диагностики онкологических заболеваний, в частности молочных желез, только лишь усугубляет данную проблему. Особое внимание следует обратить на то, что большинство онкобольных обращается за помощью уже в поздние стадии болезни. Анализ некоторых показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения Ленинградской области и Северо-Западного федерального округа позволяет рассмотреть динамику процессов, сделать соответствующие выводы, а в дальнейшем разработать методы диагностики данной патологии.

Цель. Проанализировать некоторые показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения Северо – Западного федерального округа и Ленинградской области за период с 2012-2017гг. для разработки методов профилактики данной патологии.

Материалы и методы. Для исследования данной темы использовались статистические данные, представленные в книгах «Злокачественные новообразования в России в 2012-2017 гг.». Статистическая обработка полученного материала проводилась в программе Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты. Среди заболевших в Северо – Западном федеральном округе злокачественными новообразованиями доля женского населения составила - 56,6%, доля мужского составила – 43,4%. Стандартизованный показатель первичной заболеваемости всеми возможными злокачественными новообразованиями на территории Северо-Западного федерального округа за 2017 год составил – 252,52 на 100 тысяч населения, среди женского населения – 241,04 на 100 тысяч населения, а среди мужского – 289,19 на 100 тысяч населения (уровень стандартизованных показателей первичной заболеваемости среди мужского населения на 20% выше, чем среди женского).

Среди заболевших в Ленинградской области злокачественными



новообразованиями доля женского населения – 53,8%, а среди мужского – 46,2%. Стандартизованный показатель первичной заболеваемости всеми возможными злокачественными новообразованиями на территории Ленинградской области за 2017 год составил – 181,69 на 100 тысяч человек, среди женского населения – 166,81 на 100 тысяч населения, а среди мужского населения – 216,27 на 100 тысяч населения (уровень первичной заболеваемости среди мужского населения на 29,6% выше, чем среди женского).

В структуре заболеваний населения злокачественными новообразованиями на территории Северо-Западного Федерального округа в 2017 году злокачественные новообразования молочных желез составляют 11,6%, среди женского населения – 20,4%, среди мужского населения – 0,14%

Анализируя структуру заболеваний населения злокачественными новообразованиями среди всего населения за 2017 год на территории Северо-Западного Федерального округа, было установлено, что новообразования молочных желез составляют 11,6 %, трахеи и бронхов – 9,7%, желудка – 6,7%, ободочной кишки – 7,7%, предстательной железы – 5,9%, прямой кишки – 4,87%, тела матки – 4,11%, лимфатической и кровеносной ткани – 5,1%, других органов – 34,36%, кожи (кроме меланомы) – 9,96%.

На территории Северо – Западного федерального округа в структуре заболеваний населения злокачественными новообразованиями среди мужского населения за 2017 год на территории Северо-Западного Федерального округа установлено, что новообразования молочных желез составляют 0,14 %, трахеи и бронхов – 17,2%, желудка – 8,4%, ободочной кишки – 7,1%, предстательной железы – 13,6%, прямой кишки – 5,56%, лимфатической и кровеносной ткани – 5,49%, других органов – 34,63%, кожи (кроме меланомы) – 7,88%.

В структуре заболеваний населения злокачественными новообразованиями среди женского населения за 2017 год на территории Северо-Западного Федерального округа установлено, что новообразования молочных желез составляют 20,4 %, трахеи и бронхов – 4%, желудка – 5,4%, ободочной кишки – 8,2%, прямой кишки – 4,3%, тела матки – 7,27%, лимфатической и кровеносной ткани – 4,8%, других органов – 34,13, кожи (кроме меланомы) – 11,5%. Анализируя структуру заболеваний населения злокачественными новообразованиями на территории Ленинградской области в 2017 году злокачественные новообразования молочных желез составляют 11,7%, среди женского населения – 21,62%, среди мужского населения – 0,1%.

В структуре заболеваний населения злокачественными новообразованиями среди всего населения за 2017 год на территории Ленинградской области установлено, что новообразования молочных желез составляют 11,7 %, трахеи и бронхов – 10,88%, желудка – 7,34%, ободочной кишки – 7,55%, предстательной железы – 6,04%, прямой кишки – 4,9%, тела матки – 4,15%, лимфатической и кровеносной ткани – 3,6%, других органов – 34,41%, кожи (кроме меланомы) – 9,43%.

На территории Ленинградской области в структуре заболеваний населения

злокачественными новообразованиями среди мужского населения за 2017 год установлено, что новообразования молочных желез составляют 0,1 %, трахеи и бронхов – 19,04%, желудка – 9,57%, ободочной кишки – 7,3%, предстательной железы – 13,1%, прямой кишки – 5,58%, тела матки – 0%, лимфатической и кровеносной ткани – 4,03%, других органов – 33,58%, кожи (кроме меланомы) – 7,7%.

Анализируя структуру заболеваний населения злокачественными новообразованиями среди женского населения за 2017 год на территории Ленинградской области, было установлено, что новообразования молочных желез составляют 21,62 %, трахеи и бронхов – 3,8%, желудка – 5,42%, ободочной кишки – 7,74%, предстательной железы – 13,6%, прямой кишки – 4,31%, тела матки – 7,70%, лимфатической и кровеносной ткани – 3,20%, других органов – 35,53%, кожи (кроме меланомы) – 10,88%.

Среди заболевших злокачественными новообразованиями молочной железы доля женского населения составила – 99,4%, а среди мужского – 0,6%. Среди всего населения Северо-Западного Федерального округа стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы в 2017 году составил 31,37 на 100 тысяч населения, среди женского населения 54,06 на 100 тысяч населения, а среди мужского 0,43 на 100 тысяч населения.

Среди заболевших злокачественными новообразованиями молочной железы доля женского населения составила 99,5%, а среди мужского 0,5%. Среди всего населения Ленинградской области стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы в 2017 составил – 22,67 на 100 тысяч населения, среди женского населения – 39,82 на 100 тысяч населения, а среди мужского населения – 0,26 на 100 тысяч населения.

Стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями на территории Северо-Западного федерального округа за 2012 год составил - 224,8 на 100 тысяч населения, а среди населения Ленинградской области – 189,02 на 100 тысяч населения. В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель среди населения Северо-Западного федерального округа увеличился на 12,3%, а среди населения Ленинградской области уменьшился на 3,9% (рисунок 1). В 2017 году стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения Ленинградской области составил – 181,69 на 100 тысяч населения, что ниже показателя по Северо-Западному федеральному округу (252,52 на 100 тысяч населения) на 28%

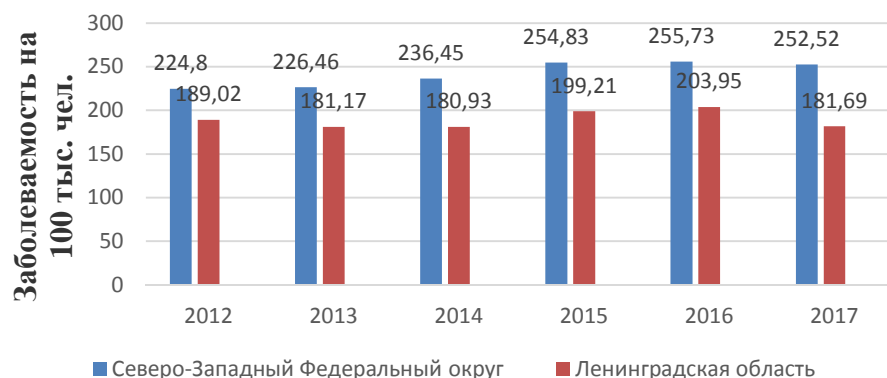


Рисунок 1. Динамика первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями за 2012-2017 годы на территории Северо-Западного федерального округа и Ленинградской области. (Стандартизованный показатель)

В 2012 году стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы на территории Северо-Западного федерального округа составил – 27,51 на 100 тысяч населения, а среди населения Ленинградской области – 23,78 на 100 тысяч населения. В динамике за 2012-2017 годы данный показатель увеличился среди населения Северо-Западного федерального округа на 14%, а среди населения Ленинградской области уменьшился на 4,7% (рисунок 2). В 2017 году стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы среди населения Ленинградской области составил 22,67 на 100 тысяч населения, что ниже показателя по Северо-Западному федеральному округу (31,37 на 100 тысяч населения) на 27,7%.



Рисунок 2. Динамика первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы за 2012-2017 годы на территории Северо-Западного федерального округа и Ленинградской области. (Стандартизованный показатель)

Заключение. В результате проведенного исследования было выявлено, что стандартизованные показатели первичной заболеваемости всеми возможными злокачественными новообразованиями в 2017 году среди мужского населения выше, чем среди женского на 20% на территории Северо-Западного Федерального округа и на 29,6% среди населения Ленинградской области.

В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями на территории Северо-Западного Федерального округа в 2017 году злокачественные новообразования молочной железы занимают 11,6%, среди женского населения – 20,4%, среди мужского населения – 0,14%.

В структуре первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями на территории Ленинградской области в 2017 году злокачественные новообразования молочной железы занимают 11,7%, среди женского населения – 21,62%, среди мужского населения – 0,1%.

При оценке показателей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями было выявлено, что стандартизованный показатель за 2017 год на территории Ленинградской области ниже, чем показатель населения Северо-Западного федерального округа на 28%.

В 2017 году стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными образованиями молочной железы среди населения Ленинградской области ниже, чем показатель среди населения Северо-Западного федерального округа на 27,7%.

В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель первичной заболеваемости всеми возможными злокачественными новообразованиями среди населения Северо -Западного федерального округа увеличился на 12,3%, а среди населения Ленинградской области уменьшился на 3,9%.

В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы увеличился среди населения Северо-Западного федерального округа на 14%, а среди населения Ленинградской области уменьшился на 4,7%.

Для решения вопросов, связанных с онкологическими заболеваниями, был разработан план мероприятий по реализации Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года, который предполагает: совершенствование нормативно-правового регулирования организации онкологической помощи; внедрение скрининговых программ (СП) для раннего выявления онкологических заболеваний; укрепление трёхуровневой системы оказания медицинской помощи больным с ОЗ, включая развитие инфраструктуры и модернизацию МТБ; обеспечение всеобщего охвата пациентов с ОЗ качественными и доступными лекарственными средствами и терапевтическими средствами и системами направленной доставки лекарственных веществ; укрепление кадрового потенциала онкологической службы; полномасштабная информатизация онкологической службы и создание национальной системы мониторинга состояния онкологической помощи; развитие систем медицинской реабилитации и паллиативной медицинской



помощи больным с ОЗ, в том числе детям; укрепление финансового обеспечения реализации Национальной стратегии, внедрение инновационных финансовых инструментов; совершенствование первичной профилактики ОЗ на популяционном уровне за счёт расширения взаимодействия с представителями СМИ, гражданского общества и частного сектора; реализация региональных программ по борьбе с ОЗ и федеральных проектов.

Так же для решения проблем, связанных с онкологическими заболеваниями, в Российской Федерации внедряется Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», который **предполагает**: разработку 85 региональных программ борьбы с онкологическими заболеваниями; популяционная профилактику развития онкологических заболеваний; проведение информационно – коммуникационной кампании, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению; финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения; организацию сети центров амбулаторной онкологической помощи в 85 субъектах Российской Федерации; переоснащение сети региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц) в 85 субъектах Российской Федерации; развитие сети федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями, в том числе создание федеральных центров протонной терапии; создание 18 (федеральных и межрегиональных) рефернс-центров иммуногистохимических, патоморфологических исследований и лучевых методов исследований; внедрение региональной централизованной системы "Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями"; кадровое обеспечение онкологической службы; новое строительство и реконструкция.

Список литературы:

1. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. N 204. В редакции Указа Президента Российской Федерации от 19.07.2018 г. N 444 // Официальные сетевые ресурсы президента России. — 2018.
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 г. (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2014. 250 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2015. 250 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2014 - 2017 гг. (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2016-2018. 250 с.
5. План мероприятий по реализации Национальной стратегии по борьбе с

онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года.

6. Д.А. БОРИСОВ. V ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ профильной комиссии по специальности «онкология» Минздрава России.

УДК 37.09

ИЗУЧЕНИЕ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К МИКРОБИОЛОГИИ В ВУЗАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

¹Пунченко Е.В., ²Бороухина И.О., ²Голец К.О.

¹Университет ИТМО, ²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. Взаимосвязь тревожности и адаптации доказана в работах ведущих психологов. Поэтому представляет интерес изучения уровня тревожности студентов в зависимости от методологии проведения практических занятий. В добровольном анонимном исследовании приняли участие студенты трех ВУЗов Санкт-Петербурга, у которых микробиология входит в круг изучаемых дисциплин на младших курсах. Несмотря на разную методологию в проведении практических занятий, ситуативная тревожность студентов достоверно не различалась. Однако тенденция в развитии успешной адаптации к предмету отмечалась у тех студентов, кто активно осваивал практические навыки.

Ключевые слова: адаптация, ситуативная тревожность, обучение, микробиология.

Актуальность. Адаптация – это процесс приспособления человека к изменяющимся условиям окружающей среды. В результате она должна привести к оптимальному функционированию организма. Однако, если процессы адаптации нарушаются, возникают дополнительные сложности в освоении новой деятельности, в том числе и нового предмета, крайней степенью выраженности которых является нарушение регуляции.

Отрицательная роль тревожности в процессах адаптации впервые была доказана в диссертационном исследовании Кузнецовой О.В. [1]. Хотя предположения о том, что тревожность мешает успешной адаптации к новым условиям окружающей среды высказывали психологи, начиная с прошлого века: Д. Рошер (1998 г.), С. Адельсон (2002 г.), Т. Ларсон (2005 г.). При этом необходимо различать тревожность как состояние и тревожность как свойство личности. Ситуативная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокий уровень тревожности прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

Реформы, которые происходят в современном образовании, - введение профессиональных стандартов, требования к качеству образования, внедрение



новых форм преподавания, конкуренция ВУЗов, - делают проблему еще более актуальной. Адаптация в высшей школе рассматривается как комплексное понятие, включающее в себя социальный, психологический, психофизический, педагогический и профессиональный компоненты [2]. Тревога же, как ощущение неопределенной угрозы, изменяет поведение студента и мешает ему усваивать новый материал.

Цель исследования – изучить процессы адаптации к новой для студентов дисциплине (микробиологии) в трех ВУЗах Санкт-Петербурга.

Задачи исследования:

1. Разработать анкету по процедуре проведения практических занятий по микробиологии.
2. Подобрать опросник для изучения тревожности и провести с его помощью обследование.
3. Проанализировать полученные данные и сделать выводы.

Материалы и методы. В добровольном анонимном обследовании приняли участие студенты Университета ИТМО, направление подготовки «Биотехнология» (11 человек), СЗГМУ им. И.И. Мечникова (16 человек) и ПСПбГМУ им. И.П. Павлова (8 человек), направление подготовки «Лечебное дело». На первом этапе испытуемые отвечали на вопросы авторской анкеты о процедуре проведения занятия. Были выбраны занятия практического типа, так как они проводятся в малых группах и требуют активного участия студентов. Известно, что незапланированная замена преподавателя на практическом занятии отрицательно сказывается на самочувствии студентов [3], поэтому исследование проводили через месяц после начала изучения новой дисциплины, при этом если преподаватель в течение этого времени менялся, такие испытуемые из исследования исключались. На втором этапе студенты заполняли опросник по изучению ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина [4] до и после пройденного занятия. На заключительном этапе, проанализировав полученные данные, составили памятку для преподавателей высшей школы по оптимальному проведению практического занятия.

Результаты. Как показали данные анкетирования студентов, процедура проведения практических занятий по микробиологии значительно различается в ВУЗах. Так, в Университете ИТМО занятия по микробиологии входят в дисциплину «Введение в специальность» и проводятся тем же преподавателем, который читает лекционный курс. На каждом занятии студент под контролем преподавателя выполняет индивидуальную экспериментальную работу, задачи которой - овладеть навыками микроскопии и посева. При возникновении вопросов студент всегда может попросить помощи преподавателя. Также обязательным является подготовка и защита реферата на одну из предложенных преподавателем тем. В Университете внедрена и действует бально-рейтинговая система, которая мотивирует студентов посещать все занятия и сдавать лабораторные работы в срок.

Занятие по микробиологии у студентов ПСПбГМУ им. И.П. Павлова включает в себя обязательный устный опрос всех присутствующих студентов по теме нового занятия с выставлением оценок; полученная неудовлетворительная оценка означает пересдачу во внеурочное время. После объяснений преподавателя около двух часов отводится на самостоятельное заполнение протокола, который защищается студентом на оценку в конце урока. Раз в месяц проводятся промежуточные контрольные по пройденному материалу. План практических занятий включает в себя отработку навыков микроскопии на готовых препаратах. Студенты считают преподавателя строгой, но хорошо преподающей материал. Обстановку на занятие описывают вполне комфортной.

В СЗГМУ им. И.И. Мечникова в начале занятия проводится письменный опрос по пройденной теме, а также проверяются тесты, которые студент решает во внеурочное время. Разбор новой темы с преподавателем сопровождается заполнением протокола, но при этом студенты накануне урока самостоятельно по лекциям знакомятся с материалом, чтобы на занятии можно было поддерживать диалог с преподавателем. Практическая работа, начатая на первом занятии, объединена общей темой, в результате окончания которой студент должен научиться получать изолированные колонии, проверить чистоту культуры, провести ее идентификацию и выдать ответ о чувствительности к антимикробным препаратам. После пройденного раздела проводится зачетное занятие, которое состоит из тестирования и устного ответа по вопросам. Так как самостоятельный разбор тем учебным планом не предусмотрен, то весь материал разбирается на лекциях и практиках. Тренировочные тесты и вопросы для подготовки размещены в дистанционной системе moodle, к которой у студентов есть доступ в любое время.

Проанализировав данные, полученные с помощью методики Спилбергера-Ханина, получили следующее:

1. у студентов Университета ИТМО перед началом занятий самый низкий уровень тревожности (45 ± 3) среди изученных групп, после занятий он снижается до 43 ± 4 ; высокий уровень тревожности до занятия зарегистрирован у 18%;

2. у 87% студентов ПСПбГМУ им. И.П. Павлова высокая тревожность до занятий, который составляет 53 ± 8 и снижается до 48 ± 7 к концу занятий;

3. у 77% студентов СЗГМУ высокая тревожность до занятий, который составляет 49 ± 5 и снижается до 43 ± 8 к концу занятий.

Только у одного студента – учащегося СЗГМУ им. И.И. Мечникова – практически в два раза снизились значения до и после занятия (47 и 27 соответственно); у всех остальных студентов баллы различались незначительно. Однако, студентов с высоким уровнем тревожности до занятий было в два раза больше, чем в конце занятий.

Практически всегда уровень ситуативной тревожности коррелировал с уровнем личностной тревожности.

Заключение. Несмотря на различные подходы к проведению практических занятий по микробиологии, ситуативная тревожность у студентов до и после



практического занятия статистически не различается. Также не обнаружено различий по уровню тревожности среди студентов разных ВУЗов, что, возможно, объясняется малой выборкой. Преобладание студентов с высоким уровнем ситуативной тревожности как в начале, так и в конце практического занятия говорит о незакончившихся процессах адаптации к новой дисциплине. Хорошим признаком служит тот факт, что у более 85% студентов Университета ИТМО и СЗГМУ им. И.И. Мечникова по шкале «ситуативная тревожность» к концу занятия набрали меньше баллов, чем по шкале «личностная тревожность», в то время как у студентов ПСПбГМУ им. И.П. Павлова таких меньше 60%. Таким образом, можно сделать вывод, что практическая работа, выполняемая самостоятельно каждым студентом, создает условия для успешной адаптации к изучаемому предмету.

Список литературы:

1. Кузнецова О.В. Взаимосвязь уровней тревожности и механизмов адаптации личности в период юности. Автореферат диссертации кандидат психологических наук, 2009.
2. Боднар Э.Л., Шахматова Е.П. Личностная тревожность и состояние одиночества как критерии вузовской адаптации студентов // Педагогическое образование в России. 2015. №7. С. 189-194.
3. Пунченко О.Е., Косякова К.Г., Рищук С.В. Зависимость психоэмоционального состояния студентов медицинского вуза от адаптации к преподавателю. Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. 2016. 4: 9с. [Электронный ресурс]. (URL: <http://elmag.uran.ru:9673/magazine/Numbers/2016-4/Articles/POE-2016-4.pdf>).
4. Практикум по дифференциальной психодиагностике профессиональной пригодности. Учебное пособие / Под общ. ред. В.А. Бодрова. - М.: ПЕР СЭ. 2003 - 768 с. (Современное образование)/

УДК 376.016:796 - 053.5 + 616.89

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Радченко О.С., Калюжин В.Г.

Белорусский государственный университет физической культуры, Минск

Аннотация. Работа посвящена одной из актуальнейших тем адаптивной физической культуры, выявлению средств и методов, способствующих коррекции развития равновесия у лиц с нарушениями речи. Приведены результаты сравнения уровня развития равновесия у здоровых и больных лиц. Описана разработанная коррекционная развивающая программа для нормализации уровня развития лиц с нарушениями речи.

Ключевые слова: коррекционная развивающая программа, равновесие, нарушения речи.

Актуальность. Важнейшая психическая функция, присущая только человеку – речь. На основе речи и ее смысловой единицы – слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие воображение, память, мышление. Основной коммуникативной функции, которая осуществляется посредством того или иного языка, является речь.

Когда у человека сохранен слух, не нарушен интеллект, но имеются значительные речевые нарушения, которые не могут не сказаться на формировании всей его психики, говорят об особой категории аномальных людей с речевыми нарушениями.[1].

Отечественный и зарубежный опыт, научные исследования, показывают, что чем раньше начата медико-психолого-педагогическая реабилитация, тем она более эффективна. Развивающийся, формирующийся организм более пластичен и чувствителен к воздействию физических упражнений, коррекции и компенсации двигательных и психических нарушений [4].

Под двигательно-координационными способностями понимаются способности быстро, точно, целесообразно, экономно и находчиво решать двигательные задачи (особенно сложные и возникающие неожиданно).

Равновесия и его развитие зависит от способности удерживать устойчивое положение тела, оно заключается в устойчивости позы в статических положениях и ее балансировке во время перемещения [2].

Упражнения на координацию движений и в равновесии применяются для тренировки вестибулярного аппарата, неврологических заболеваний, нарушениях речи и др. Выполняются в основных исходных положениях: обычная стойка, на узкой площади опоры, стоя на одной ноге, на носках, с открытыми и закрытыми глазами, с предметами и без них [3].

Форма и содержание проведения занятия должны быть связаны с основной деятельностью ребенка (игровой, учебной), а его возраст должен определять подбор неречевого и речевого материала, методику работы, индивидуальный подход.

Необходимо учитывать личностные особенности страдающего нарушениями речи. Это позволяет вести систематическую, целенаправленную работу по коррекции его поведения, эмоционально-волевых проявлений с целью его социальной адаптации [4].

Цель и задачи исследования. Цель работы – выявление влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие равновесия у лиц с нарушениями речи.

Для решения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Определить особенности развития равновесия у лиц с нарушениями речи.
2. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу, направленную на развитие равновесия у лиц с нарушениями речи.
3. Оценить эффективность влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие равновесия у лиц с нарушениями речи.



Методы исследования. Развитие равновесия проводилось в трёх направлениях: Статическое равновесие, динамическое равновесие, неустойчивое равновесие.

Уровень развития равновесия у взятых нами под наблюдение лиц определялся по следующим тестам:

Тесты для определения СТАТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ ТЕЛА

Тест «Стойка на носках». Цель: определение статического равновесия. Методика: испытуемый становится прямо, приподнимается на носки, руки на поясе, глаза закрыты. Оценка: фиксируется время устойчивости в данной стойке.

Тест «Фламинго». Цель: определение статического равновесия. Методика: испытуемый становится на правую ногу, левая согнута в колене и прижата стопой к внутренней стороне колена опорной ноги, руки на поясе, глаза закрыты. Оценка: определяется время устойчивости в этой позе.

Тест «Ласточка». Цель: определение статического равновесия. Методика: на толчковой ноге, другая отведена назад в тазобедренном суставе на 90°, туловище в наклоне вперед, руки в стороны, глаза открыты. Оценка: определяется время удержания равновесия в данной позе.

Проба Ромберга (усложненная). Цель: определение статического равновесия. Методика: испытуемый стоит с опорой на две ноги (пятки вместе, носки немного врозь), глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы несколько разведены. Оценка: определяется время (в сек) устойчивости в данной позе.

Проба «пяточно-носочная». Цель: определение статического равновесия. Методика: испытуемый должен стоять так, чтобы ноги его были на одной линии, при этом пятка одной ноги касается носка другой ноги, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы разведены. Оценка: фиксируется время устойчивости в данной позе.

Тесты для определения ДИНАМИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ ТЕЛА

Тест «Повороты влево-вправо». Цель: определение динамического равновесия. Методика: за спиной испытуемого стоит фишка-конус, это начало дистанции. Закрыв глаза, испытуемый по команде начинает двигаться в следующем направлении: 2 шага вперед – поворот налево – 2 шага вперед – поворот направо – 2 шага вперед – поворот направо – 2 шага вперед – поворот направо – 4 шага вперед – стоп. Вернуться в точку, с которой начиналась дистанция. Оценка: отмечается расстояние, на которое испытуемый отклонился на финише по отношению к фишке (в см).

Тест «Бег вперед-назад». Цель: определение динамического равновесия. Методика: дистанция 5 метров, начало дистанции и ее конец обозначены фишками. Испытуемый должен пробежать вперед и вернуться назад спиной. Оценка: кол-во времени, которое ушло на преодоление дистанции.

Тест «Ходьба по ленте». Цель: определение динамического равновесия. Оборудование: лента длиной 3 м, шириной 5 см. Методика: положить на пол,

ленту закрепив ее. Испытуемый, стоя, спина прямая, руки в стороны для балансирования. Аккуратно ступать по ленте, ставя пятку одной ноги перед носком другой. Оценка: фиксируется время прохождения по ленте.

Тест «Перешагивание». Цель: сохранение динамического равновесия. Оборудование: лента (длина – 3 м, ширина – 5 см), кубики размером 10×10 см. Методика: закрепить на полу ленту, расположить на ней кубики на расстоянии 30 см. Стоя, спина прямая, руки в стороны для балансирования, глаза открыты. Необходимо как можно быстрее пройти по ленте перешагнув все кубики, не сдвинув их с места до конца ленты и обратно. Оценка: фиксируется время прохождения дистанции.

Тест «Мостик прямо». Цель: сохранение динамического равновесия. Оборудование: гимнастическая скамейка (ширина 10 см). Методика: по команде испытуемый становится на скамейку и проходит до конца скамейки, прыгнув с нее. Оценка: время прохождения (в сек).

Тест «Мостик боком». Цель: сохранение динамического равновесия. Оборудование: гимнастическая скамейка (ширина 10 см). Методика: по команде испытуемый становится на скамейку боком и приставными шагами проходит до конца скамейки, прыгнув с нее. Оценка: время прохождения (в сек).

Тесты для определения НЕУСТОЙЧИВОГО РАВНОВЕСИЯ ТЕЛА

Тест «Ловля мяча на двух ногах». Цель: определение равновесия в неустойчивом положении тела. Оборудование: резиновый мячик (диаметр 15-20 см, вес 300-310г). Методика: стоя на полу, взяв в руки мяч, по команде испытуемый начинает подбрасывать его и ловить. Если мяч не удалось поймать, то дается следующий, без остановки секундомера. Оценка: фиксируется количество словленных мячей за 1 мин.

Тест «Ловля мяча на одной ноге». Цель: определение равновесия в неустойчивом положении тела. Оборудование: резиновый мячик (диаметр 15-20 см., вес 300-310г). Методика: одна нога опорная, другая согнута в коленном суставе на 45°. Взяв в руки мяч, по команде испытуемый начинает подбрасывать его и ловить. Если мяч не удалось поймать, то дается следующий, без остановки секундомера. Оценка: фиксируется количество словленных мячей за 1 мин.

Тест «Массажная подушка». Цель: определение равновесия в неустойчивом положении тела. Оборудование: массажная подушка (вес 2,5 кг). Методика: встать двумя ногами на балансирующий диск и удерживать тело, разведя руки в стороны с закрытыми глазами. Оценка: фиксируется время удержания равновесия.

Результаты исследования. Лица принявшие участие в эксперименте были разделены на две группы (экспериментальную и контрольную) по 10 человек в каждой. Были разработаны и подобраны тесты при помощи которых проведено тестирование уровня развития равновесия до начала занятий АФК в экспериментальной и контрольной группах.



Для сравнения уровня развития равновесия нами так же были обследованы 20 здоровых лиц. С ними были проведены те же тесты, что и с лицами с патологией речи.

Нами выполнен анализ научно-методической литературы по проблеме исследования и определена методология постановки педагогического эксперимента. Затем был проведен педагогический эксперимент для обоснования эффективности разработанной нами программы. Для экспериментальной группы нами была разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на развитие равновесия у лиц с нарушениями речи. Контрольная группа в это время занималась по основной программе. Занятия по адаптивной физической культуре проводились в зале два раза в неделю по 25 минут.

АФК включала в себя необходимый минимум упражнений: упражнения для воспитания двигательных качеств, упражнения для профилактики нарушений осанки, плоскостопия, упражнения для развития координации движений, упражнения с предметами и без. Наряду с основными корригирующими упражнениями в комплекс АФК включались упражнения прикладного характера: ползание, ходьба, бег, прыжки, метание. Эти упражнения используются как общеукрепляющие, а также для ликвидации отставания психомоторного развития путем повышения двигательной активности и эмоционального тонуса на занятиях АФК.

В экспериментальной группе в дополнение к штатным занятиям АФК лица занимались по составленной нами коррекционно-развивающей программе (два раза в неделю по 15 минут вт. чт.), которая включает в себя отдельные элементы креативных телесно-ориентированных практик для развития равновесия.

Предложенная нами коррекционно-развивающая программа построена на основании анализа литературных источников и направлена на развитие равновесия у лиц с нарушениями речи.

Цель коррекционно-развивающей программы – создание условий для развития равновесия статического, динамического у лиц с нарушениями речи.

Задачи программы: развитие статического, динамического и неустойчивого равновесия; развитие творческой активности, пространственного мышления, фантазии; формирование навыков исполнительского мастерства; воспитание уважительного отношения к своему и чужому труду.

Для развития равновесия использовались следующие предметы и инвентарь: гимнастическая скамейка, набивные мячи, фишки, массажная подушка. КРП включает три этапа, которые должны проходить в строгой последовательности: этап начального разучивания (1–3 неделя); этап углубленного разучивания (4–6 неделя); результирующий этап (7–9 неделя).

Каждое занятие, входящее в предложенную нами программу, решало несколько задач, а именно: развитие статического равновесия; развитие динамического равновесия; развитие равновесия в неустойчивом положении; улучшение психоэмоционального состояния. После каждого занятия давалось домашнее задание для самостоятельного выполнения под контролем родителей,

оно включало в себя элементы, разученные на занятиях в качестве закрепления нового материала.

Основанием для использования в коррекционной программе креативных телесно-ориентированных практик и сюжетно-ролевых игр послужило то, что игра является одним из важных условий воображаемой ситуации, при которой происходит преобразование образов, накопленных в представлениях в действия. Игры позволяют осуществлять оценку и анализ своих действий и сопоставляя их с реальными действиями в жизни.

Чтобы удостовериться, что исследуемые лица с нарушениями речи по своим физическим возможностям и развитию равновесия отличаются от своих здоровых сверстников были проведены контрольные тесты.

В таблицах 3.7–3.9 мы проводим сравнительную характеристику лиц экспериментальной группы до и после начала проведения занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 3.7

Динамика развития статического равновесия у лиц ЭГ при проведении занятий по разработанной КРП

ТЕСТЫ	До начала	После	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Стойка на носках, с	5,2±0,89	10,1±0,76	4,20	3,65	<0,001
«Фламинго», с	3,2±0,49	8,1±0,33	8,26	3,65	<0,001
«Ласточка», с	2,0±0,31	4,8±0,26	6,83	3,65	<0,001
Проба Ромберга усложненная, с	9,8±0,26	14,5±0,48	8,62	3,65	<0,001
Проба пяточно-носовая, с	3,8±0,41	8,6±0,39	8,47	3,65	<0,001

По данным таблицы 3.7 прослеживается положительная динамика развития статического равновесия у детей ЭГ при проведении занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 3.8

Динамика развития динамического равновесия у лиц ЭГ при проведении занятий по КРП

ТЕСТЫ	До начала	После	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Повороты влево-вправо, см	60,9±5,88	45,8±3,15	2,27	2,04	<0,05
Бег вперед-назад, с	8,4±0,48	5,6±0,23	5,28	3,65	<0,001
Ходьба по ленте, с	11,1±0,55	7,1±0,37	6,02	3,65	<0,001
Перешагивание, с	5,9±0,37	4,2±0,21	4,02	3,65	<0,001
Мостик прямо, с	5,0±0,22	3,9±0,25	3,32	2,75	<0,01
Мостик боком, с	6,6±0,17	4,8±0,21	6,61	3,65	<0,001

Полученные данные таблицы 3.8 показывают статистически достоверное улучшение показателей. Отмечается улучшение развития динамического равновесия у лиц экспериментальной группы после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.



Таблица 3.9

Сравнение параметров неустойчивого равновесия у лиц экспериментальной группы при проведении занятий

ТЕСТЫ	До начала	После	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Ловля мяча на 2 ногах, раз	6,1±0,40	7,5±0,28	2,86	2,75	<0,01
Ловля мяча на 1 ноге, раз	1,8±0,34	4,7±0,27	6,59	3,65	<0,001
Равновесие на подушке, с	19,1±1,26	26,0±1,20	4,03	3,65	<0,001

По результатам, зафиксированным в таблицах 3.7–3.9, можно сказать, что развитие равновесия у лиц с нарушениями речи после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе значительно улучшилось.

Выводы. Разработанная нами коррекционная программа эффективно развивает равновесие у лиц с нарушениями речи.

В результате применения предложенной нами коррекционно-развивающей программы в экспериментальной группе статистически достоверно улучшились показатели развития равновесия, что позволяет рекомендовать данную программу для использования у лиц с нарушениями речи на занятиях по адаптивной физической культуре.

Специальными исследованиями доказано, что лица с дефектами развития чаще, чем их нормально развивающиеся сверстники, имеют физическую ослабленность, нарушения осанки, повышенную склонность к инфекционным заболеваниям.

Большую роль в коррекционной работе играют занятия адаптивной физической культурой. Как известно, физическая культура в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях осуществляется в тесной связи с умственным, нравственным, эстетическим воспитанием трудовым обучением и не только способствует коррекции психофизического развития, но и является одним из средств успешной социальной реабилитации и интеграции лиц в обществе [6].

Список литературы:

1. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / Н.Л. Литош. – М.: Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.
2. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта: учебное пособие / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.
3. Попов, С.Н. Физическая реабилитация: учебное пособие / С.Н. Попов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 608 с.
4. Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры / Л. В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
5. Веневцев, С.И. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушениями интеллекта средствами АФК / С.И. Веневцев, А.А. Дмитриев. – М.: Советский спорт, 2004. – 104 с.

УДК 614

**СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВОГО
УРОВНЯ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЛЕНИНГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Ризаханова О.А.¹, Гречушникова М.И.²

¹ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

²Комитет по социальной защите населения Ленинградской области, Санкт-Петербург

Реферат. В статье рассматриваются актуальные вопросы состояния кадрового потенциала учреждений здравоохранения первого уровня (участковых и районных больниц). На примере медицинских организаций первого уровня Ленинградской области, используя сведения о штате учреждений и проведя анкетирование медицинского персонала, данные проведенного исследования позволили выявить проблемы кадрового потенциала, оценить значимость критериев удовлетворенности от профессиональной деятельности для самих медицинских работников.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения, участковые больницы, районные больницы, кадровый потенциал, медицинский персонал, удовлетворенность от профессиональной деятельности.

Актуальность. Профилактическая медицина, как и все здравоохранение в целом, должны строить свою деятельность на принципах профессионализма, гуманизма и этики. Основные вопросы медицинской этики: врач и общество, отношение медицинских работников к здоровому и больному человеку: взаимоотношения с людьми, окружающими больного; медицинская тайна; взаимоотношения медицинских работников: этика обучения медицине и усовершенствование знаний; этика научных исследований; внешний вид медицинских работников. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий и прогресса медицины. В настоящее время уже является аксиомой, что медицинская помощь не может быть полноценной, если самый высокопрофессиональный врач не обладает этическими качествами.

Тем более интересно, как сами медицинские работники оценивают свой этический, профессиональный и кадровый потенциал, какие проблемы в учреждениях здравоохранения первого уровня (участковые и районные больницы) они считают наиболее актуальными, насколько они удовлетворены своей профессиональной деятельностью.

Целью исследования было изучить мнение практикующих врачей и среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения первого уровня (участковых и районных больниц) о профессиональных и социальных критериях удовлетворенности от их трудовой деятельности и необходимых мероприятиях по совершенствованию кадрового потенциала областного здравоохранения



Ленинградской области.

Материалы и методы исследования. В рамках исследования был произведен ретроспективный анализ анкетного опроса медицинского персонала учреждений здравоохранения первого уровня, проведенного в ноябре 2018 года.

Для оценки, совместно с отделом государственных стационарных учреждений и альтернативной гражданской службы комитета по социальной защите населения Ленинградской области, были разработаны стандартизованные анкетные формы. Структуры анкеты были удобны для анализа и просты в заполнении, что позволило применить ее для любой категории респондентов.

Комплексное анкетирование осуществлялось среди врачей и среднего медицинского персонала «Каменногорской городской больницы», являющейся составной частью ГБУЗ ЛО «Светогорская районная больница», а также «Елизаветинской участковой больницы» и «Сиверской районной больницы», являющимися составной частью ГБУЗ ЛО "Гатчинская клиническая межрайонная больница".

Результаты и обсуждение. В анкетировании приняли участие 42 респондента: 28 врачей и 14 специалистов со средним медицинским образованием.

Для проведения подробного анализа кадровых характеристик отдельно анализировалась взаимосвязь возраста и занимаемой должности респондентов.

В результате исследования выяснилось, что кадровый потенциал очень низок, так как 74,3% врачей являются пенсионерами. Из них четверо - в преклонном возрасте (старше 70 лет), 12 женщин - в возрасте старше 55 лет. Среди лиц 45 – 54 лет двое мужчин являются пенсионерами по выслуге лет.

Возрастные характеристики среднего персонала имеют схожую тенденцию: 57,2% медицинских сестер являются пенсионерами. Из них одна - в старше 70 лет.

Средний возраст врачей - 57 лет, среднего медицинского персонала 49 лет.

Стаж работы по специальности до 30 лет имеют 16 специалистов, а более 30 лет – 26 специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Далее, проводился анализ профессиональной удовлетворенности респондентов. Показатели общей удовлетворенности составили всего 59,5% (25 человек из 42) медицинского персонала, 14,3 % удовлетворены занимаемой должностью и профессиональной составляющей частично, 2 специалиста со средним образованием не получают удовлетворения от своей профессиональной деятельности. Еще один настораживающий факт, к сожалению, 21,4% респондентов вообще не смогли определиться в ответе на этот вопрос.

У 23 врачей (82% респондентов) работа и должность полностью или частично совпадает с их желаниями и профессиональными амбициями, 5 докторов (1 пенсионного возраста) затруднялся с ответом.

У специалистов со средним медицинским образованием ситуация «более сложная», только 57% медицинских сестер (8 респондентов) удовлетворены в

своих профессиональных амбициях, 4 -затрудились с ответом и 2 респондента выразили неудовлетворенность от своей профессиональной деятельности.

Эти показатели не могут не настораживать органы управления здравоохранением, так как дефицит среднего персонала в медицинских организациях первого уровня (районных и участковых больниц) наиболее выражен.

Среди причин неудовлетворенностью своей работой указаны следующие:

- высокая загруженность;
- изношенность техники;
- плохая оснащенность специализированных кабинетов;
- чрезмерное количество отчетов и бумажной работы;
- отсутствие клинического мышления у коллег.

Одним из важных компонентов исследования являлась самооценка медицинскими работниками эффективности своей деятельности. Из опрошенных респондентов 82% (23 врача) оценили эффективность своей деятельности в настоящих условиях на 4 (по пятибалльной системе), 5 врачей отнесли к оценке своей деятельности более критично (оценка 3 из 5). Однако, такие невысокие критерии самооценки могут служить потенциалом для профессионального роста.

Средний медицинский персонал оценивает свою деятельность выше: 3 специалиста оценили свою профессиональную эффективность по наивысшему баллу, остальные 47,4% оценили свою деятельность на 4, и только один специалист поставил себе «удовлетворительно».

Причинами, мешающими в работе, были указаны (в порядке значимости):

- низкая доступность современных методов диагностики, затягивающих процесс установления диагноза (длительный лист ожидания на КТ-обследование, отсутствие в учреждении возможностей анализа на липидограмму, гликированный гемоглобин, гормоны щитовидной железы и проч.);
- большая трата рабочего времени на заполнение бумаг и большая нагрузка на врача в час;
- плохая оснащенность специализированных кабинетов, изношенность имеющейся техники;
- нехватка врачебного и среднего медицинского персонала;
- плохая обеспеченность современными (дорогостоящими) лекарственными препаратами;
- неудовлетворенность квалификацией коллег.

Заключение. В настоящее время, не смотря на разнообразные государственные программы поддержки и развития медицинских кадров, в учреждениях здравоохранения первого уровня Ленинградской области отмечается низкий кадровый потенциал: имеется не укомплектованность штатов, большой процент врачей и медицинских сестер пенсионного возраста, отсутствие молодых специалистов.

Более того, высокий уровень профессиональной неудовлетворенности среди среднего медицинского персонала. Причины такой ситуации медицинский



персонал связывает с высокой загруженностью, изношенностью техники, плохой оснащенностью специализированных кабинетов, чрезмерной «бумажной работой», сокращающей время общения с пациентом; низкой квалификацией коллег. Что характерно, ни в одном из ответов не было претензий к уровню оплаты их труда.

Интересными были данные по самооценке своей профессиональной деятельности: средний балл среди врачей $3,82 \pm 0,29$. В качестве препятствующих отличному выполнению обязанностей они указали следующие факторы: низкая доступность современных методов диагностики, плохая оснащенность оборудованием и изношенность имеющейся техники, нехватка врачебного и среднего медицинского персонала, плохая обеспеченность современными лекарственными препаратами, как стационаров, так и аптек в рамках ДЛО, низкая квалификация персонала. Самооценка среднего персонала оказалась более высокой $4,25 \pm 0,37$ балла.

Безусловно, результаты этой работы подтверждают необходимость использовать все возможные ресурсы управления здравоохранением для решения кадровых вопросов учреждений здравоохранения первого уровня, которые обеспечивают первичной медико-санитарной помощью население области. Первоочередными задачами являются: формирования штата, привлечение персонала к расширению своих обязанностей, используя возможности различных механизмов материального стимулирования и оценки эффективности и качества работы, привлечение молодых специалистов, с обеспечением их совместно с администрацией населенных пунктов жилплощадью и заинтересовав их обучением по требуемым для учреждения направлениям.

Эти вопросы оптимизации являются насущными не только для Ленинградской области, это общие проблемы учреждений здравоохранения первого уровня (районных и участковых больниц) в РФ. Безусловно, органами управления учреждений здравоохранения и органами исполнительной власти в области охраны здоровья граждан области уже много сделано, внедряются федеральные и региональные программы развития здравоохранения области. При этом нужно помнить, что привлечение внимания к проблеме и текущая оценка ситуации крайне необходима, для мониторинга программ оптимизации здравоохранения, и данный формат опроса респондентов и анализа полученных результатов может помочь в корректировке принимаемых организационно-управленческих решений.

Список литературы:

1. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья: методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / В.А. Ананьев. - СПб.: Речь, 2007. - 320 с.
2. Бирюков, С. А. Муниципальное здравоохранение в зеркале статистики и в оценках пациентов / С. А.Бирюков, Л. В. Кокорина, В. В. Шкарин // Социология города. 2009. - № 1. - С. 3-11.

3. Еругина М.В., Кром И.Л., Ермолаева О.В., Ковалев Е.П., Бочкарева Г.Н. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.

4. Хабибуллин Т. Р., Кирюшкина А. Н. Аспекты взаимосвязи профессионального выгорания и удовлетворённости работой у медико-санитарных работников // Молодой ученый. — 2015. — №18. — С. 295-298.

5. Хетагурова, А.К. Этико-деонтологические аспекты в работе сестринского персонала / А.К. Хетагурова // Сестринское дело. - 2003. - №6. - С. 34-35.

УДК:613.955:316.624

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ)

Рогова В.А., Горелик М.Л., Шкатов М.М., Бондарева В.С., Гасанова А.В., Самодова И.Л.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В исследовании изучены особенности физического, психоэмоционального и социального функционирования старшеклассников, использующих компьютер и интернет для длительного времяпровождения. Установлены особенности интернет-зависимости обучающихся. Выявлены факторы риска, влияющие на длительность пребывания подростков в сети.

Ключевые слова: зависимое поведение, интернет-зависимость, факторы риска, школьники, здоровье.

Актуальность исследования. Благодаря бурному развитию компьютерных технологий и Интернету с каждым годом всё большее количество подростков проводит своё свободное время в социальных сетях, за просмотром разных фильмов и сериалов, за игрой в компьютерные игры. Ряд исследований в сфере образования и воспитания подрастающего поколения показывают, что целенаправленное использование экранных обучающих технологий и компьютерных игр может служить для молодёжи, с одной стороны, средством электронного обучения, а с другой, средством активной эмоциональной разрядки и релаксации. Компьютерные технологии можно успешно использовать для развития творческого и комбинаторного мышления детей и школьников, для компенсации речевых нарушений, развития навыков письменной речи и сенсомоторики у подростков. Многими авторами отмечены так же и негативные последствия бесконтрольного, со стороны родителей и некомпетентных учителей, увлечения детей, подростков и молодёжи компьютерными играми, культивирующие потребность и стереотипы экранного восприятия жизни: сужение круга интересов, уход от социальной реальности в виртуальный мир, развитие компьютерной аддикции, пагубное влияние компьютерной зависимости на физическое развитие и здоровье подростков, неадекватное поведение в реальном мире, отшельничество и суицидные настроения. Доказано, что компьютерная зависимость у подростков сужает сферу их эмоциональных



познавательных интересов и отношений, у подростков теряется потребность в межличностных контактах со сверстниками, формируется аддиктивная личность невротика. Исследования показали, что в период с 2006 по 2010 год удельный вес подростков, проводящих за компьютером не менее трех часов каждый день, увеличился в четыре раза (с 5,7% до 21,7%), в 2018 году уже более половины (56,0%) детей постоянно находятся в Сети. Таким образом, широкое распространение компьютерной зависимости в современном обществе и потребность социума в защите от нее и поиску эффективных методов профилактики компьютерной зависимости подтверждает актуальность настоящего исследования.

Ряд исследователей считают, что интернет-зависимость оказывает негативное влияние на состояние человека, так как приводит к нарушению работы нервной системы и изменению состояния сознания: нарушению сна, утрате способности к углублённому аналитическому мышлению и ухудшению долговременной памяти, возникновению импульсивности и неспособности к интеллектуальной работе и обучению. Установлено, что избыточное общение в интернете приводит к утрате социальных навыков, встреча с новыми людьми вызывает стресс, возникают сложности со знакомствами, зависимые конфликтны, чувствуют себя одинокими и непонятыми. Выявлено, что возникают нарушения эмоционально-волевой сферы – избыточная тревожность, агрессивность, враждебность, депрессия, снижаются сила воли, стрессоустойчивость, самооценка, уверенность в себе; зависимые теряют способность брать на себя ответственность за свои действия; мотивация избегания неудач доминирует над мотивацией достижения успеха. Результаты исследования показали, что длительное нахождение за компьютером и использование гаджетов опасно развитием заболеваний позвоночника и суставов и нарушением зрения; среди людей с интернет-зависимостью риск возникновения других видов аддикций выше по сравнению с людьми без неё. Таким образом, интернет-зависимость приводит к значительному ухудшению здоровья и качества жизни и утрате личностных и профессиональных навыков, необходимых для эффективной учёбы. Определение факторов риска развития интернет-зависимости позволит разработать профилактические мероприятия по своевременному выявлению обучающихся со склонностью к зависимости, предотвращению её возникновения и прогрессирования.

Материалы и методы. Исследование проведено в ГБОУ Лицей №150 г. Санкт-Петербурга, среди обучающихся 10 классов (n=30), с помощью опросника изучения интернет-зависимости Чена, а также программе изучения зависимого поведения.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что проводят слишком времени в интернете 37,65% опрошенных. Установлено, что чувствуют себя некомфортно, если не пользуются интернетом в течение определенного периода времени 35,82% опрошенных. Выявлено, что 30,77% считают, что всё больше и больше времени проводят в сети.

Результаты выявили, что 34,25% опрошенных чувствуют беспокойство и раздражение, когда Интернет отключён или недоступен; 27,87% опрошенных чувствуют себя полным сил, пребывая онлайн, несмотря на предварительную усталость. Выявлено, что 39,02% остаются в сети в течение более длительного времени, чем намеревались, хотя и планировали «зайти ненадолго». Анализ оценки влияния на отношения показал, что лишь 9,3% старшеклассников считают, что использование интернет влияет на отношения с людьми, большая часть (46,5%) думают, что интернет не влияет на отношения.

Установлено, что часть (30,19%) опрошенных спали меньше 4-х часов из-за того, что «зависали» в Интернете; выявлено, что 34,78% опрошенных полностью согласны, что за последние шесть месяцев (или за последний год) стали гораздо больше времени проводить в Сети.

Результаты показали, что 15,38% опрошенных не переживают, что не будут пользоваться Интернетом какой-то период времени, 30,77% слабо расстроятся из-за возможности прекращения пользоваться Интернетом, 23,08% будут переживать прекращения пользоваться Интернетом, а 30,77% пользователей Интернета сильно расстроятся из-за прекращения возможности пользоваться Интернетом.

Выявлено, что 22,41% старшеклассников безболезненно преодолевают желание зайти в Интернет, однако 13,79 % опрошенных согласны, что не могут справиться с желанием зайти в Интернет.

Установлено, что более половины (51,22%) обучающихся не замечают, что Интернет заменяет им личные встречи с друзьями, 39,02% нерегулярно, но замечают, что встречи с друзьями все чаще проходят в сети Интернет, и только 9,76% замечают, что все чаще и чаще Интернет заменяет им личные встречи с друзьями.

Оценка физического дискомфорта показала, что более половины (57,5%) старшеклассников утверждают, что не испытывают дискомфорта после сидения в Интернете, у 25,0% опрошенных иногда болит спина, 7,5% утверждают, что частенько замечают дискомфорт после сидения в Интернете, а 10,0% всегда испытывают физический дискомфорт от посещения Интернета.

Выявлено, что значительная часть (28,0%) просыпаются с мыслью об использовании Интернет с момента просыпания утром, 24,56% обучающихся думают об этом нерегулярно, 21,0% почти регулярно думают о заходе в Интернет с утра.

Анализ конфликтных ситуаций выявил, что 34,04% опрошенных считают, что не приводит к возникновению конфликтных ситуаций в школе или на работе, 46,81% допускают возможность возникновения неприятностей в школе или на работе, а 19,15% допускают, что пребывание в Интернете приводит к возникновению неприятностей в школе или на работе.

Установлено, что чуть менее половины старшеклассников (42,42%) полностью согласны, что после пребывания в Сети в течение определенного



времени они ощущают, что упускают что-то, лишь 15,15% опрошенных не согласны, что пребывание в сети дает ощущения упущенного времени.

Выявлено, что 25,93% опрошенных не верят, что использование Интернета сокращает общение с членами семьи, 37,04% слабо верят, что использование Интернета сокращает общение с членами семьи, 22,22% допускают, что общение с членами семьи сокращается из-за пользования Интернетом, а 14,81% согласны, что Интернет сокращает время общения с членами семьи.

Установлено, что 23,21% опрошенных не согласны, что Интернет мешает им отдыхать, 39,29% допускают возможность меньшего отдыха из-за использования Интернета, 16,07 % опрошенных считают, что использование Интернета все-таки уменьшает их отдых, а 21,43% уверены, что из-за использования Интернета они действительно меньше отдыхают. Анализ показал, что у 21,83% опрошенных не возникает желание снова войти в Интернет, после его отключения, 42,47% посещает желание снова зайти в Интернет, 16,36% могут иногда справиться с желанием снова зайти в Интернет, а 14,55% даже отключившись от Интернета, снова хотят войти в Сеть.

Результаты исследования показали, что 24,56% опрошенных считают свою жизнь полную радости и без Интернета, однако 21,05% уверены, что жизнь была бы безрадостной без Интернета.

Выявлено, что 38,64% опрошенных считают, что пребывание в Интернет не как не связано с негативными последствиями на физическое самочувствие, 54,55% слабо верят, что пребывание в Интернете влияет на физическое самочувствие и только 6,82% опрошенных уверены, что пребывание в Интернете негативно влияет на физическое самочувствие.

Установлено, что 23,64% старшеклассников уверены, что могут меньше тратить времени в Интернете, 40,0% допускают мысль о том, что они могут меньше тратить времени в Интернет, 21,82% опрошенных частично допускают, что они хотят меньше тратить время в Интернете и лишь 14,55% считают, что необходимо стараться меньше тратить времени в Интернете, хотя данная затея часто безуспешна.

Выявлено, что 34,69% обучающихся не допускают мысли спать меньше, чтобы провести больше времени в Интернете, 28,57 % допускают, что все же обычно меньше спят из-за того, что хотят больше времени провести в Интернете, а для 36,73% стало обычным спать меньше, чтобы провести больше времени в Интернете.

Анализ показал, что 43,48% школьников не думают, что для получения удовлетворения необходимо проводить больше времени в Интернете, 21,74% допускают мысль, что для получения удовольствия, как раньше, им приходится все больше сидеть в Интернете, 26,09% считают, что для удовлетворения, как раньше им необходимо больше времени в Сети и лишь 8,7% полностью согласны, что чтобы получить то же удовольствие, что и раньше, им необходимо проводить всё больше времени в Интернете.

Выявлено, что 61,54% опрошенных считают, что Интернет никак не влияет на физиологическую потребность в еде в определенное время, 20,51% допускают, что могут не поесть в нужное время из-за нахождения в сети Интернет, 7,69% частично уверены, что не получается поесть в нужное время из-за Интернета, а 10,26% уверены, что Интернет влияет на прием пищи в нужное время.

Установлено, что 34,0% старшеклассников считают, что посиделки в Интернете допоздна не влияют на самочувствие днем, 36,0% обучающихся допускают такую мысль, часть опрошенных (6,0%) считают, что в большинстве случаев, задержки допоздна в Интернете могут влиять на усталость днём, а 24,0% опрошенных считают, что посиделки допоздна в Интернете влияют на усталость днём.

Заключение. Результаты исследования позволили выявить особенности различных видов физического, психоэмоционального, социального функционирования старшеклассников, использующих компьютер и интернет для длительного времяпровождения. Анализ данных показал, что часть старшеклассников понимают особенности влияния использования интернет на их физическое самочувствие, особенности адаптации, психоэмоциональное поведение, социализацию. Однако большая часть обучающихся не считают, что длительное времяпровождение у компьютера каким-то образом влияет на работоспособность, состояние физического самочувствия, особенности общения и взаимодействия в социуме. Выявление факторов риска позволяет разработать мероприятия по профилактике зависимого поведения подрастающего поколения от компьютерной и интернет-зависимости.

Список литературы:

1. Борисова О. В. Интернет-зависимость среди студентов России и Германии / О. В. Борисова, А. А. Игнатьева // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 6-1. – С. 76.
2. Зюзь Д. Интернет-зависимость студенческой молодёжи. / Д. Зюзь, Л. Колодинский // Инновационное образование и экономика. – 2016. – Т. 1. – № 21. – С. 71-76.
3. Иванова А.М. Особенности коммуникативных навыков и самооценки у студентов с интернет-зависимостью / А. М. Иванова, Л. Д. Хома // Научные исследования и разработки молодых учёных. – 2015. – № 5. – С. 89-92.
4. Ларионова С. О. Интернет-зависимость у студентов – вопросы профилактики / С. О. Ларионова, А. С. Дегтерев // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 2. – С. 232-239.
5. Личностная сфера подростков, склонных к развитию компьютерной зависимости: учебно-методическое пособие / Т.В. Коваль, В.В. Барцалкина, И.М. Слободчиков, Г.В. Бурменская. – Москва; Издательство ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – 136 с.
6. Михайлова Л.В. Социально-психологические характеристики интернет-зависимости среди студентов / Л.В. Михайлова // Вестник современных исследований. – 2017. – № 2-1 (5) – С. 136-140.



7. Особенности общения студентов, склонных к интернет-зависимому поведению /Т. В. Тарасова [и др.] // Тенденции развития науки и образования. – 2018. – №34-2. – С. 44-49.
8. Титова В. В. Интернет-зависимость: причины и механизмы формирования, диагностика, подходы к лечению и профилактике. / В. В. Титова, А. Л. Катков, Д. Н. Чугунов // Педиатр. – 2014. – Т. 5. – № 4. – С. 132-139.
9. Тулегенова А. Г. Игровая интернет-зависимость в студенческой среде. / А. Г. Тулегенова // Проблемы современного педагогического образования. – 2014. – № 45-5. – С. 292-299.
10. Шелюк О. Н. Психологические факторы формирования интернет зависимости / О.Н. Шелюк // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2018. – № 1 (14). – С. 41-42.

УДК [614.2:614.812]

ИМПЕРАТИВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ростовцев В.Н.¹, Терехович Т.И.¹, Снегирь А.В.²

¹Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. В статье предложено два системных решения для развития здравоохранения, которые касаются радикального повышения мощности непосредственно доступной врачу общей практики диагностической базы и перехода на более высокий уровень информатизации рабочего процесса общей врачебной практики. Совместно эти решения способны стать технологическим прорывом в системе первичной медицинской помощи населению.

Ключевые слова: здравоохранение, первичная медицинская помощь, общая врачебная практика, функциональная спектрально-динамическая диагностика, информатизация.

Введение. Среди множества актуальных задач отрасли всегда можно выделить несколько ключевых, а среди них – одну, которая имеет ранг императива. В отрасли здравоохранения имеются системные проблемы, которые требуют системных решений. В числе этих проблем высокая избыточная смертность среди населения трудоспособного возраста, неуклонное увеличение вложений в отрасль здравоохранения, которое не приводит к существенному повышению эффективности деятельности отрасли в смысле снижения показателей заболеваемости и смертности населения, а также низкая удовлетворенность населения качеством и доступностью первичной медицинской помощи, особенно диагностической.

Главными задачами здравоохранения являются повышение продолжительности жизни и повышение доли здоровых трудоспособных лиц среди населения. Их решение предполагает рассмотрение ряда частных задач, в том числе задач ранней диагностики и своевременного начала лечения заболеваний, индивидуально-семейной первичной профилактики заболеваний и аномалий развития, а также задач расширенного воспроизводства здоровья в поколениях.

Развитие технологий ранней диагностики и, соответственно, раннего лечения заболеваний, особенно широко распространенных, – это ключ к повышению эффективности и качества первичной медицинской помощи населению, а, в конечном итоге, и всей системы лечебно-диагностической помощи населению. Организация индивидуально-семейной профилактики заболеваний и аномалий развития это важнейшая задача отрасли здравоохранения, решение которой способно реально обеспечить значительное снижение первичной заболеваемости. В систему индивидуально-семейной профилактики заболеваний и аномалий развития должны входить:

- все виды профилактического консультирования, включая добрачное консультирование на основе диагностики генетических рисков,
- прегравидарное консультирование на основе диагностики онтогенетических рисков,
- антенатальное консультирование на основе диагностики рисков периода беременности,
- оздоровительно-профилактическое консультирование (с рождения и всю жизнь) на основе диагностики индивидуальных системных и нозологических рисков.

Что касается расширенного воспроизводства здоровья в поколениях, то это не столько отраслевая, сколько общесистемная задача, то есть задача для всей социально-политической системы здравоохранения.

В области создания информационно-технологических систем, в том числе различных медико-технологических систем, включая диагностические, необходимо различать инфраструктурные и системные решения. К инфраструктурным решениям относятся общеотраслевые информационные системы (централизованные или децентрализованные), которые преследуют цель обеспечения наиболее эффективной эксплуатации медико-технологических систем. Решения, которые обеспечивают максимальную эффективность на уровне конечного результата при минимальных затратах, принято называть системными. К системным решениям могут принадлежать, как организационные, так и медико-технологические решения, имеющие максимальное соотношение эффективность/стоимость и оказывающие непосредственное влияние на медико-демографический результат деятельности отрасли здравоохранения. Для примера, система электронного рецепта является важным, но не является системным решением, поскольку не влияет на конечный результат функционирования системы здравоохранения.



В первом приближении, эффективность системы здравоохранения отражают показатели заболеваемости и смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте.

В рамках отраслевых технологий, наибольшее влияние на эти показатели оказывает качество первичной медицинской помощи.

Качество медицинской помощи напрямую связано с ее эффективностью. При прочих равных условиях качество медицинской помощи на 90% определяет ее эффективность, а остальные 10% определяет комфортность для пациента условий оказания медицинской помощи. При этом известно, что, согласно закону духовно-демографической детерминации, степень влияния духовного (психосоциального) давления на популяцию в несколько раз превышает степень влияния медицинской помощи на медико-демографические показатели [1].

Организация первичной медицинской помощи на основе общей врачебной практики является сегодня первым примером системного решения в здравоохранении. Введение общей врачебной практики само по себе – это лишь первый шаг на пути реализации ряда системных решений в здравоохранении. Последующие шаги должны обеспечивать неуклонное повышение качества первичной медицинской помощи.

Основная часть. Общая врачебная практика – это ключевая технология современной системы здравоохранения. Врач общей практики является центральной фигурой в технологическом поле оказания первичной медицинской помощи и качество его работы целиком определяет качество первичной медицинской помощи населению.

Качество работы врача общей практики, зависит от четырех основных переменных:

- квалификации врача,
- мощности непосредственно доступной врачу диагностической базы,
- уровня информатизации рабочего процесса,
- уровня мотивации врача.

Врач общей практики по определению должен обладать достаточно широкой квалификацией. Для иллюстрации этого утверждения приведем классификацию основных медицинских технологий.

Основные медицинские технологии включают:

1. **Доклинические технологии:** методы и средства доклинической диагностики; на уровне индивидуального риска; на уровне латентной стадии развития заболевания; на уровне появления первых признаков (симптомов) заболевания; индивидуальной первичной профилактики; организационно-режимной (режимы питания, бодрствования и сна, труда и отдыха и др.); нелекарственной; лекарственной.

2. **Клинические технологии:** клиническая диагностика; на уровне клинически проявленного заболевания; на уровне осложнения заболевания; на уровне рецидива заболевания.

2.2. **Лечение:** нелекарственное; лекарственное; хирургическое; реанимация; мануальная; аппаратная; лекарственная.

3. **Постклинические технологии:** реабилитация; организационно-режимная; нелекарственная; лекарственная; хирургическая; индивидуальная вторичная профилактика; организационно-режимная; нелекарственная; лекарственная.

Из приведенной классификации основных медицинских технологий видно, что врач общей практики должен иметь определенные компетенции во всех классах и подклассах основных медицинских технологий, за небольшими исключениями. Следует обратить внимание, что популяционная и групповая профилактика заболеваний относятся, соответственно, к популяционным и групповым технологиям, а к медицинским технологиям по определению относятся только технологии индивидуальной работы с пациентом.

Необходимость широкой квалификации врача общей практики предъявляет особые требования к организации системы непрерывного повышения его квалификации. Не углубляясь в проблему непрерывного повышения квалификации, заметим, что для врачей общей практики ведущую роль будут играть курсы дистанционного обучения.

Главным способом повышения качества работы врача общей практики является увеличение мощности непосредственно доступной врачу диагностической базы. Диагностическая база, которая сегодня непосредственно доступна врачу общей практики, мала и категорически недостаточна.

Из современных диагностических технологий для общей врачебной практики наиболее подходит технология Функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики), которую осуществляют с помощью Комплекса медицинского спектрально-динамического (КМСД) [2]. ФСД-диагностика обеспечивает решение задач доклинической и клинической диагностики по всем системам организма. Она отличается мобильностью и оперативностью (время обследования составляет 1 мин. и время диагностики составляет 3 – 5 мин. на одну систему организма). Надежность ФСД-диагностики 95%.

Врачу общей практики ФСД-диагностика предоставляет следующие основные возможности:

- диагностики индивидуальных рисков на разных этапах медицинской помощи – от прегравидарного до гериатрического [3],
- оздоровительно-профилактического консультирования,
- быстрой диагностики, что особенно важно для инфекционных заболеваний [4],
- ранней (доклинической) диагностики распространенных заболеваний [5],
- мобильной общей врачебной практики [6],
- теледиагностики [7].

Также, ФСД-диагностика показала высокую эффективность при диспансеризации [8].



Использование ФСД-диагностики в режиме теледиагностики увеличит отношение эффективность/стоимость, обеспечит идеальную мобильность и возможность принимать участие в диагностическом процессе (на уровне записи и передачи диагностических данных) помощнику врача общей практики и медицинской сестре.

Одновременность ФСД-диагностики по ряду систем организма пациента делает простой и удобной интеграцию диагностической информации. Необходимо подчеркнуть, что интеграция доступной диагностической информации является первым условием повышения качества принимаемых клинических решений. Вторым по важности условием повышения качества принимаемых клинических решений является возможность выбора комPLEMENTАРНЫХ (индивидуально эффективных) лекарственных препаратов. Таковую возможность также предоставляет ФСД-диагностика. Третье по значимости условие повышения качества принимаемых клинических решений – это оптимизация терапевтической программы (состава и последовательности медикаментозных назначений), в частности, – исключение из терапевтической программы несовместимых лекарственных средств.

Применение ФСД-диагностики в общей врачебной практике станет вторым после введения общей врачебной практики примером системного решения в здравоохранения.

Важным способом повышения качества работы врача общей практики является достижение нового уровня информатизации рабочего процесса общей врачебной практики. Существующее Автоматизированное рабочее место (АРМ) врача общей практики уже устаревает технологически. Вместе с тем, опыт эксплуатации АРМ врача общей практики будет исключительно полезен при создании нового Программно-технологического комплекса общей врачебной практики (ПТК ОВП) с интеллектуальной поддержкой технологического процесса.

ПТК ОВП должен интегрировать информацию при работе с основными технологическими средствами, включая информационные потоки, формируемые:

1. На персональном компьютере в кабинете врача,
2. На планшете врача,
3. На планшетах помощника врача и медицинской сестры,
4. При теледиагностике, в том числе с применением ФСД-диагностики,
5. При телеконсультировании,
6. При работе с информационно-справочными системами,
7. При обработке запросов пациентов.

Соответственно задачам, ПТК ОВП должны быть включены в общую сеть на основе веб-технологий. Это обеспечит их интеграцию с веб-версиями информационных систем, создаваемых для поликлиник и районных больниц, в том числе функционирующих на основе облачных технологий.

Важной функциональной компонентой ПТК ОВП должна стать подсистема поддержки принятия клинических решений на основе интеграции диагностических данных.

ПТК ОВП позволит существенно повысить качество первичной медицинской помощи населению и составит важную часть отраслевой системы электронного здравоохранения.

В итоге ПТК ОВП станет третьим системным решением в здравоохранении.

Мотивация врача и других членов команды врача общей практики является существенным фактором повышения качества и эффективности общей врачебной практики, которая является базовой отраслевой технологией.

Задача создания системы мотивации команд общей врачебной практики является актуальной для руководства отрасли.

Важна также и мотивация населения не только на здоровый образ жизни, но и на регулярный контроль здоровья, в том числе на диспансеризацию. Можно предположить, что, если человек будет знать, что контроль его здоровья будет действительно эффективным и при этом займет у него всего несколько минут, то это будет хорошей мотивацией систематического контроля здоровья. Такую возможность предоставляет ФСД-диагностика.

Актуальна также задача разработки системы контроля качества (СКК) работы команды общей врачебной практики. СКК работы команды должна включать три основных раздела:

1. Организационно-техническое качество ресурсов (качество технологического обеспечения команды).
2. Качество работы команды.
3. Качество результатов работы команды.

Первый раздел призван отражать качество технологических условий работы команды относительно некоторого технологического эталона. По сути, этот раздел характеризует одновременно и команду, и руководство учреждения в плане их усилий по технологическому (кадровому, организационному, диагностическому, информационному, лекарственному, транспортному и техническому) обеспечению работы команды.

Второй раздел СКК должен отражать качество технологического процесса работы команды. В состав основных показателей качества работы команды должны входить: соблюдение стандартов, процентные доли времени, которое затрачено на различные аспекты деятельности команды и соответствующие оценки.

Третий раздел должен содержать результирующие динамические оценки, включая оценки динамики основных медико-демографических показателей прикрепленного населения, основных технологических показателей работы команды и социально-экономических показателей деятельности за последние 3 - 5 лет.

Помимо СКК не следует забывать и о непрерывном улучшении качества, которое в своей основе направлено на предотвращение ошибок и улучшение качества.

Заключение. Первичная медицинская помощь населению составляет основу деятельности отраслевой системы здравоохранения. Она является



главной и определяющей для процесса формирования конечной медицинской и социальной эффективности этой деятельности. В силу своей ключевой позиции первичная медицинская помощь оказывает системное влияние на все иные виды медицинской помощи. Переход к общей врачебной практике является системным достижением, в отличие от множества иных организационных и медико-технологических достижений, которые являются локальными.

Опережающее технологическое развитие первичной медицинской помощи на основе общей врачебной практики – актуальнейшая задача отрасли.

Обоснованные в статье два новых системных решения касаются радикального повышения мощности непосредственно доступной врачу общей практики диагностической базы (с помощью ФСД-диагностики) и перехода на новый, более высокий уровень информатизации рабочего процесса общей врачебной практики (с помощью ПТК ОВП). Совместно эти решения способны стать технологическим прорывом в системе первичной медицинской помощи населению и, как следствие, в системе здравоохранения в целом. При этом они не требуют крупных вложений, так как ФСД-диагностика является готовым отечественным продуктом, а ПТК ОВП имеет локальный прототип (АРМ врача общей практики).

В итоге можно утверждать, что организационное и технологическое развитие общей врачебной практики имеет ранг императива развития здравоохранения.

Список литературы:

1. Гундаров, И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России / И. А. Гундаров. - М.: Центр творчества «Беловодье», 2001. - 352 с.
2. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]/Режим доступа: <http://www.kmsd.su>. – Дата доступа: 09.09.2009.
3. Ростовцев, В. Н. Этапы медицинской помощи /В.Н.Ростовцев //Здравоохранение.- 2015.- №6. С. 48-51.
4. Ростовцев В.Н. Технология экспресс-диагностики на основе спектрально-динамического метода. / В.Н.Ростовцев // Здравоохранение.-2014.- №4. С.47-50.
5. Ростовцев В.Н. Решение проблемы ранней диагностики / В.Н. Ростовцев // Справочник врача общей практики (СВОП). -2016.- №4. - С. 10-15
6. Ростовцев, В. Н. Мобильная общая врачебная практика / В.Н. Ростовцев // Справочник врача общей практики (СВОП).- 2016. - №9. - С. 44-48.
7. Ростовцев В.Н. Концепция комплексного проекта «Теледиагностика» / В.Н.Ростовцев // Вести института современных знаний. – 2014.-№1. – С. 64-67.
8. Ростовцев В.Н. Диагностический скрининг в системе диспансеризации / В.Н. Ростовцев, Т.И. Терехович, А.Н. Линдеров, И.Б. Марченкова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-2018.- № 2 (95). С. 39 – 46.

УДК: 616.98:578.828(470.24)

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Рыжая А.М., Морозько П.Н.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация. Проведен анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Новгородской области за период с 1990 по 2017 годы. За данный период отмечается рост ВИЧ-инфицированных. Резкое увеличение ВИЧ-инфицированных регистрировалось в 2001 (230 случаев) и в 2012 (382 случая) годах. Рост ВИЧ-инфекции в целом отмечается среди населения и по России. В Новгородской области самый высокий показатель ВИЧ-инфекции в 2017 году зарегистрирован в Маловишерском районе. Самый низкий показатель зарегистрирован в Маревском районе. Чаще болеют лица в возрасте 30–39 лет, лица мужского пола. Преимущественно выявляются ВИЧ-инфицированные при обращении в поликлинику по клиническим показаниям.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, профилактика, Новгородская область, заболеваемость.

Актуальность. Проблема изучения вопросов эпидемиологии и профилактики ВИЧ-инфекции нарастает по мере развития эпидемии на территории Российской Федерации [3]. Распространение ВИЧ-инфекции значительно увеличивает расходные статьи национальных бюджетов, приводит к возникновению бюджетного дефицита и усиливает зависимость пострадавших стран от дополнительной донорской помощи на цели развития, что свидетельствует о значительном негативном воздействии на темпы экономического роста [5]. Поскольку СПИД поражает преимущественно трудоспособное население среднего возраста, эта болезнь ухудшает социальное положение остальных членов семьи, обостряя проблемы бедности и социального неравенства в обществе [1]. Несмотря на то, что эпидемия ВИЧ-инфекции охватила практически весь земной шар, ее развитие в разных регионах имеет все же свои специфические особенности, своевременное выявление, изучение и познание которых может сыграть значительную роль в выборе правильного подхода к осуществлению эффективного противодействия распространению эпидемии [2].

Цель. Провести анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Новгородской области.

Материалы и методы. Данные ГОБУЗ «Новгородский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер» [4]. Для обработки данных использовались программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. С 1990 по 2017 годы в Новгородской области было зарегистрировано 3492 случая ВИЧ-инфекции. По данным авторов [2] первые случаи заболевания на территории Новгородской области были зафиксированы в 1990 году причем заражение произошло половым путем за



границей РФ. С 1991 по 1999 регистрировались единичные случаи ВИЧ-инфекции. Однако в 2000 году было выявлено 40 случаев ВИЧ-инфекции (рис. 1). Резкий рост числа ВИЧ-инфицированных наблюдался в 2001 году (230 случаев), что связано с увеличением количества наркоманов среди населения Новгородской области [2].

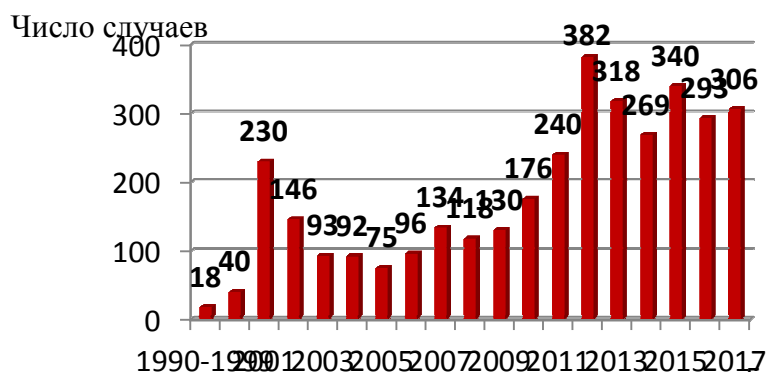


Рис. 1. Число выявленных случаев ВИЧ-инфицированных за 1990 -2017 годы (абсолютное количество)

В 2012 был зарегистрирован скачок заболеваемости в Новгородской области (47,7 случаев на 100 тысяч населения). Данный подъем уже связан с выявлением поздних случаев ВИЧ-инфекции [2]. Показатели заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией в Новгородской области с 2004 г. по 2011 г. не превышали показатели по РФ (рис. 2). Однако с 2012 по 2013 годы показатель заболеваемости заметно вырос по сравнению с РФ и составил в 2013 году 53,4 случая на 100 тысяч населения. В последующие годы не наблюдалось превышение показателей заболеваемости на территории Новгородской области относительно РФ.

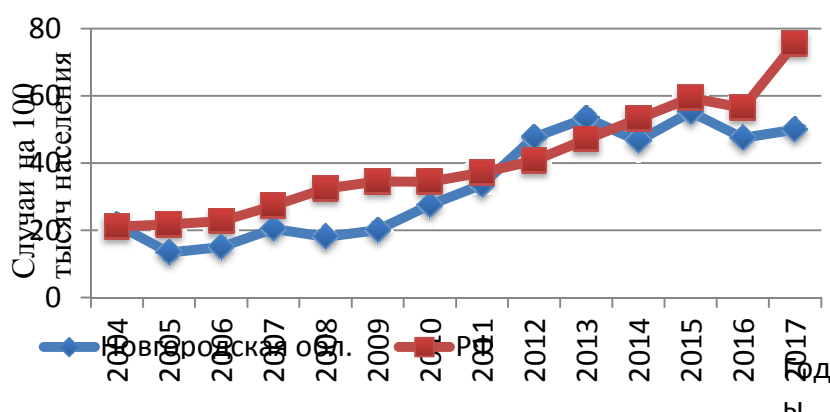


Рис. 2. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией населения Новгородской области и Российской Федерации за 2004-2017 годы (случаев на 100 тысяч населения).

Показатель заболеваемости населения в Новгородской области в 2017 году составил 50,0 случаев на 100 тыс. населения и превышал таковой показатель за 2016 г. на 4,8%. Самый высокий показатель заболеваемости зарегистрирован в Маловишерском районе (157,7 случаев на 100 тысяч населения), наиболее низкий – в Маревском районе (23,2 случая на 100 тысяч населения) (рис. 3).

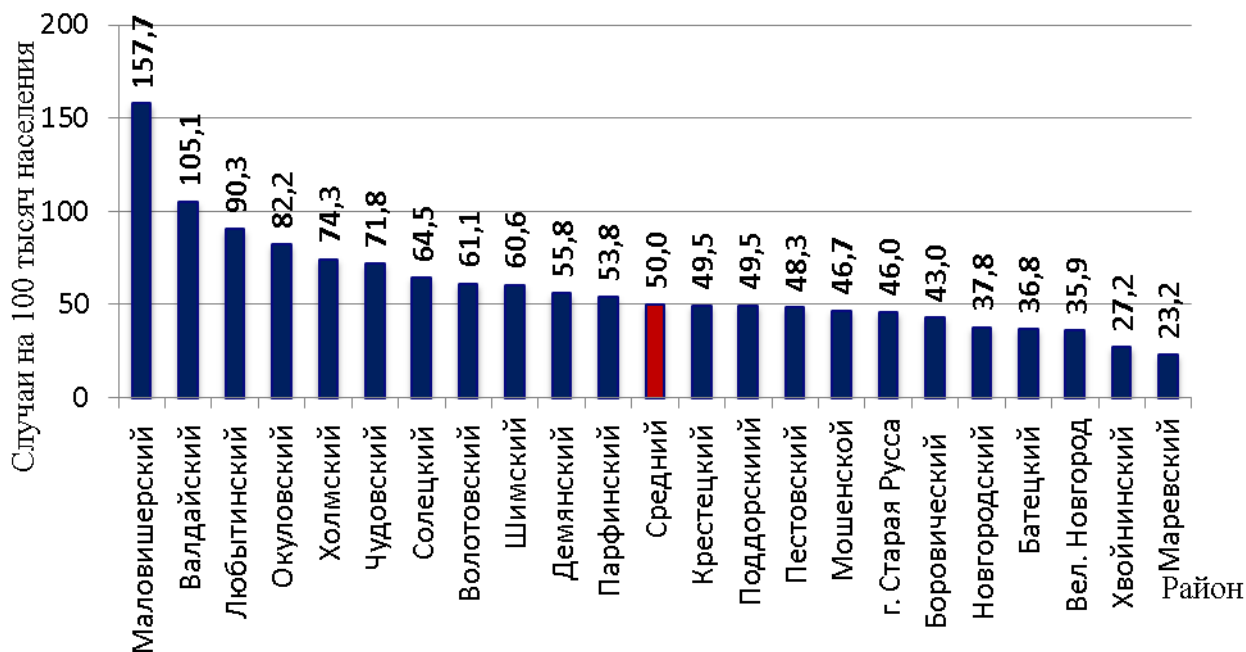


Рис. 3. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией по административным территориям Новгородской области в 2017 г. (случаев на 100 тыс. человек).

Проведено изучение зависимости ВИЧ-инфекции от путей заражения. В 2001 году 77,0% случаев заражения произошло парентеральным путем, 12,0% – половым путем (рис. 4). Однако в 2017 году половой путь заражения стал преобладающим и составил 84,1%, а доля инъекционного заражения снизилась до 11,4% (рис. 5).

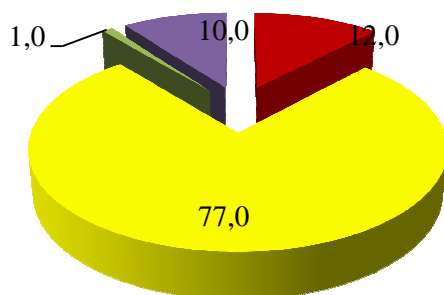


Рис. 4. Распределение случаев ВИЧ-инфекции в зависимости от путей заражения за 2001 год (%).

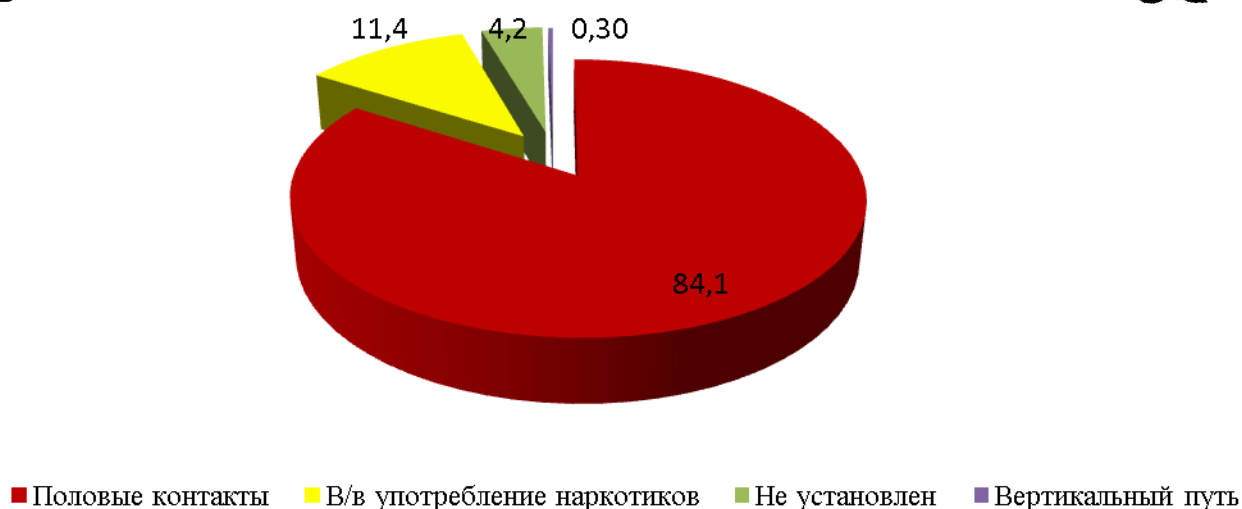


Рис. 5. Распределение случаев ВИЧ-инфекции в зависимости от путей заражения за 2017 год (%)

Анализ структуры выявленных ВИЧ-инфицированных в зависимости от возраста за 2017 год показал, что наибольшую долю инфицированных составляют лица старших возрастов: 30-39 лет – 43,5 %, 40-49 лет – 23,9%. Меньшую долю инфицированных составляют лица молодого возраста: до 19 лет – 1,9% (рис. 6).

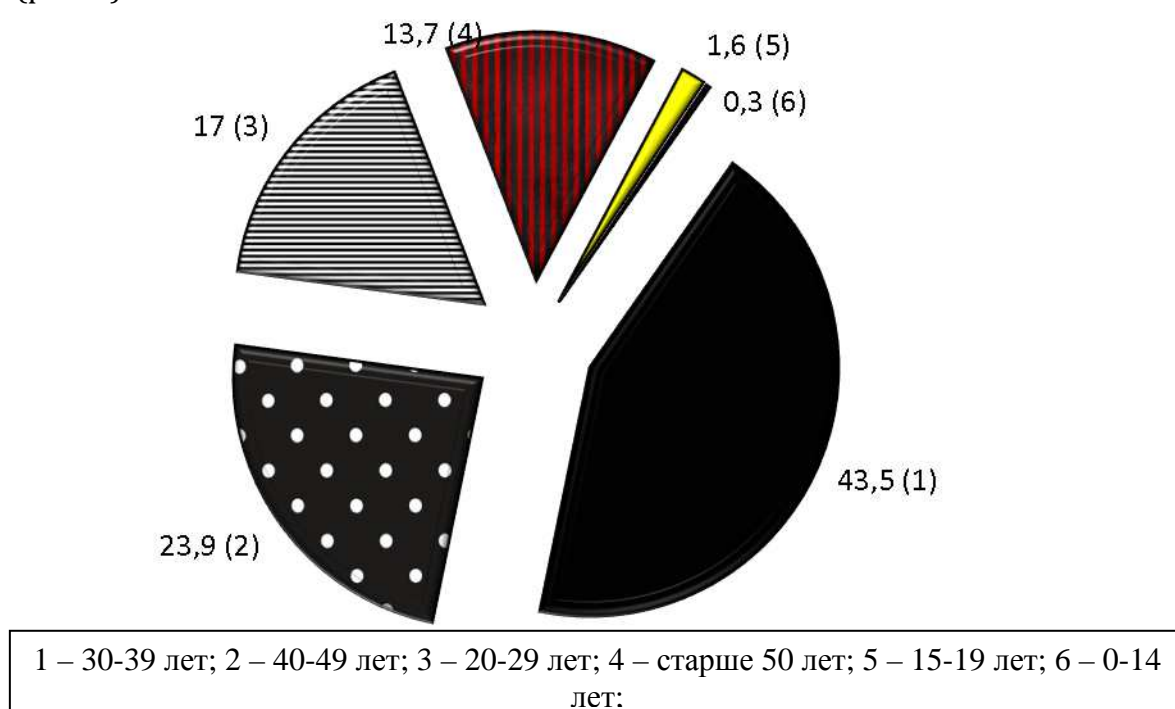


Рис. 6. Распределение выявленных ВИЧ-инфицированных в 2017 г. в зависимости от возраста (в %).

При анализе структуры заболеваемости по половому признаку среди ВИЧ-инфицированных за 2001-2017 годы было выявлено, что доля инфицированных

женщин возросла с 23,0% в 2001 году до 59,0% в 2007 году и далее снизилась до 40,0% в 2017 году (рис. 7). Среди инфицированных преобладала доля мужчин от 77,0% в 2001 году до 41,0% в 2007 году. С 2007 года по 2017 год доля инфицированных мужчин увеличивалась до 60,0%.

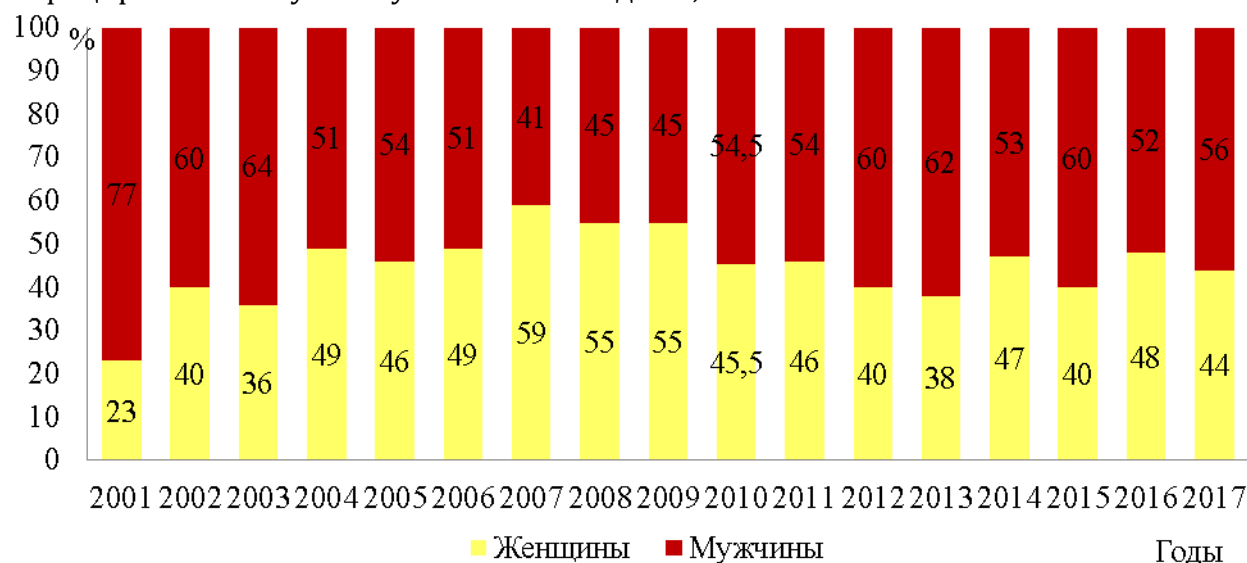


Рис. 7. Распределение ВИЧ-инфицированных в Новгородской области в зависимости от пола за 2001-2017 годы (в %).

Распределение ВИЧ-инфицированных по причинам обследования при установлении первичного диагноза следующее: обследованные по клиническим показаниям составили 52,3%, контактные лица – 11,4%, лица, находящиеся в местах лишения свободы – 9,8%, беременные – 8,8% и прочие – 15,3% (рис. 8). Небольшую долю составляют доноры – 1,0 %, наркоманы – 0,7% и больные венерическими заболеваниями – 0,7%.

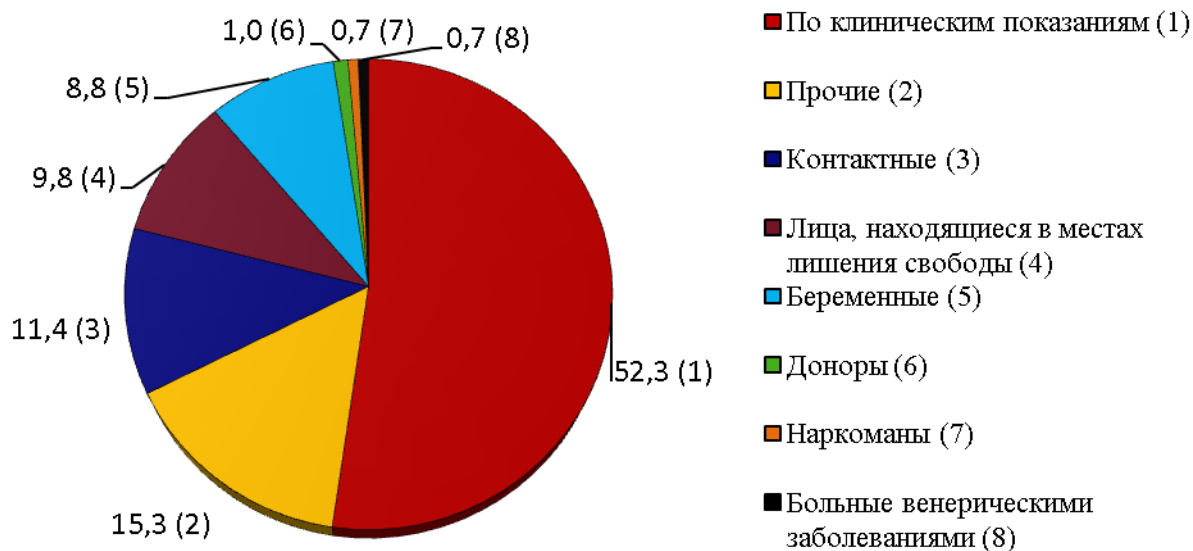


Рис. 8. Распределение выявленных ВИЧ-инфицированных в Новгородской области по причине обследования за 2017 год (в %).



Показатель смертности от ВИЧ-инфекции в 2017 году увеличился по сравнению с 2016 годом на 55,7% и составил 37,5 случаев на 100 тысяч населения, а по сравнению с 2002 годом увеличился в 53,5 раз (рис. 9).

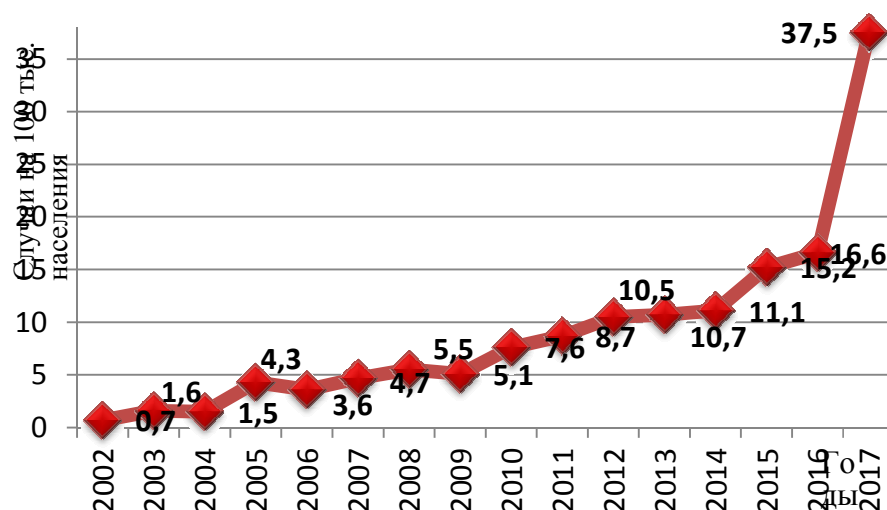


Рис. 9. Смертность от ВИЧ-инфекции в Новгородской области за 2002-2017 годы (случаев на 100 тыс. населения).

В Новгородской области возросло количество детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, начиная с 2002 года (рис. 10). В 2017 году родилось 49 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, из них диагноз «ВИЧ-инфекция» был поставлен 1 ребенку.

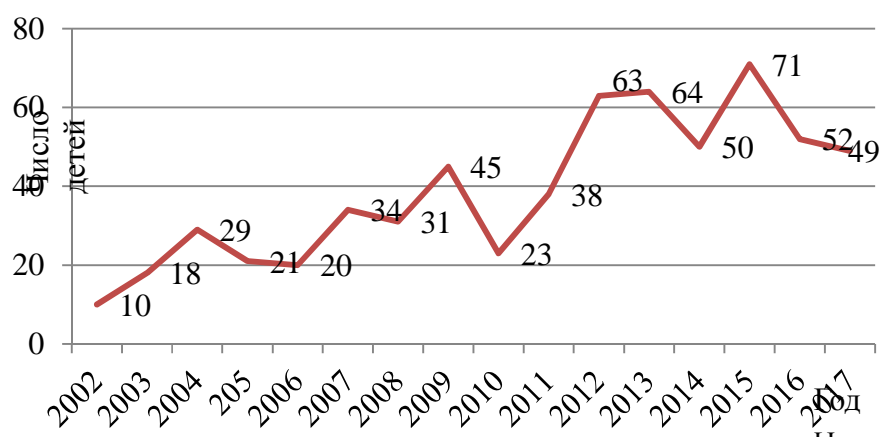


Рис. 10. Динамика числа родившихся детей от ВИЧ-инфицированных женщин в Новгородской области за 2002-2017 годы (абсолютное количество).

Заключение. Со времени регистрации ВИЧ-инфекции в Новгородской области наблюдается тенденция к росту заболеваемости. Высокая доля ВИЧ-инфицированных приходится на лиц в возрасте 30-39 лет, что связано с превалированием полового пути передачи инфекции. Среди всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных преобладала доля лиц мужского пола. Первичные ВИЧ-инфицированные лица чаще всего выявляются при обращении в поликлинику по клиническим показаниям. Самый высокий показатель заболеваемости в 2017г. зафиксирован в Маловишерском районе Новгородской, самый низкий – в Маревском районе. С каждым годом увеличивается число рождений детей от ВИЧ-инфицированных женщин.

Список литературы:

1. Азовцева, О.В. Профилактика вич-инфекции в молодежной среде. / О.В. Азовцева. // Вестник Новгородского государственного университета. – 2016. – №1(92). – С. 61.
2. Азовцева, О.В. Особенности распространения ВИЧ-инфекции в Новгородской области. / О.В. Азовцева, Г.С. Архипов, Е.И. Архипова // Вестник Новгородского государственного университета. – 2014. – № 78. – С. 77-80.
3. Аклеев, А.А. Преемственность в изучении ВИЧ-инфекции в Южно-Уральском государственном медицинском университете. / А.А. Аклеев, А.В. Аксенов, И.В. Красильникова, О.В. Пешиков, М.В. Пешикова, Л.И. Ратникова, Е.В. Тур, С.А. Шип, Н.М. Шлепотина. // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – № 3(14) т.1. – С. 4.
4. Данные ГОБУЗ «Новгородский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер». / Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Новгородской области в 2015 году». – 2016.
5. Онищенко, Г.Г. ВИЧ-инфекция — проблема человечества. / Г.Г. Онищенко. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2009. № 1. Т.1. – С.5-9.

УДК 796

**УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ СРЕДСТВАМИ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

Савенко М.А., Сокарева Г.В.

Санкт-Петербургский Государственный университет гражданской авиации,
г. Санкт-Петербург

Аннотация: Формирование различных моделей двигательной активности позволяет в процессе занятий учитывать индивидуальные особенности студентов, осуществлять прогнозирование оздоровительного воздействия, обеспечивать стратегию образования в области здорового образа жизни.

Ключевые слова: здоровье молодого населения, двигательная активность, оценка индивидуальных возможностей студентов.



В ежегодных государственных докладах сообщается, что здоровье молодого населения страны в последние годы ухудшается. Констатируется, что к окончанию школы число здоровых детей не превышает 10-12%. Отмечается нарушение здоровья разной степени у 80% студентов.

В настоящее время активизировались исследования, касающиеся проблемы здоровья людей молодого возраста. Работы таких ученых, как: М.Г. Колесникова, Г.А. Кураев, Г.Л. Апанасенко и др., не только в медицине, но и в психологии, педагогике, в области социальных наук.

Проблема здоровья студентов становится актуальной, когда осуществляется переход от массового унифицированного образования к дифференцированному, ориентированному на конкретного человека.

Поэтому остро поставлены частные задачи:

1. Обеспечение психологической и физической безопасности занимающихся физической культурой молодых людей;
2. Диагностика физической подготовленности студентов.

Объектом нашего исследования является система оздоровительных занятий гимнастикой айкуне и их влияние на показатели физической подготовленности занимающихся по этой системе молодых людей. В исследовании участвовали студенты 1 курса СПб Государственного университета гражданской авиации: основная группа (12 девушек) в возрасте от 17 до 20 лет.

Цель исследования: Обоснование эффективности использования методики занятий гимнастикой айкуне с оздоровительной направленностью.

Достижение спортивных результатов стимулирует дальнейшее совершенствование спортивной деятельности, открывает новые пути развития личности спортсмена и межличностных отношений в спортивных коллективах, способствует формированию жизненно важных психических качеств и двигательных навыков [1].

Айкуне, как метод лечебной физкультуры, рекомендовал Комитет здравоохранения Санкт-Петербурга.

Аналоги системы айкуне по терапии заболеваний позвоночника и опорно-двигательного аппарата есть во многих странах. Например, китайская гимнастика цигун или индийская йога. Принципами являются: оздоровление через натяжение позвоночника и психологическая концентрация.

На занятиях ставится конкретная задача: реализовать заложенные в человеке возможности и оздоровить его организм. Принцип занятий: если есть мышцы – нужно сделать их сильными, есть связки – сделать их эластичными, суставы – более подвижными, сухожилия – более выносливыми. Все органы должны функционировать полноценно.

Во время выполнения упражнений человек соединяет разум и тело. И весь организм работает в гармонии и сбалансированно. Это самый главный принцип айкуне. Используем генетически заложенные ресурсы, активизируем внутренние мышцы и делаем тело более устойчивым, работоспособным.

Соответственно активно функционирует сердечно-сосудистая система, сосуды освобождаются от шлаков. За счет улучшения кровообращения восстанавливаются ткани.

Такой техникой раньше владели воины-сыныкшы, врачеватели военно-кочевой медицины. Это опыт тюрков, предков казахов.

Апробацию гимнастика прошла в Научно-исследовательском институте общей патологии и экологии человека Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук в 1998 году. В 2005-м - в Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и в НИИ имени Бехтерева. На научной конференции по проблемам физического воспитания в Евразийском университете имени Гумилева. Айкуне сейчас изучают на предмет внедрения в образовательные и спортивные учреждения.

С виду гимнастика айкуне выглядит, как набор обычных упражнений. Но когда готовили борцов, стрелков, наездников, воинов-палуанов, вне зависимости для спортивных состязаний или же для войны, тренеры-наставники подходили к этому очень основательно. Отрабатывали с ними технику движений, готовили тело, но на этом их задачи заканчивались. Когда хотели перевести бойца или спортсмена на более высокий уровень, на раскрытие его внутренних резервов, то за работу брались уже люди из категории наставников-устазов, те, кто владел техниками расширения возможностей человека, кто давал определенный психонастрой, которого обычным путем достигнуть не удавалось. Сейчас это называют тренингами личностного роста. В наше время в мире подобному же обучают бойцов секретных спецподразделений. Помимо физической подготовки им преподают техники раскрытия внутреннего ресурса, чем десятикратно увеличивают возможности организма.

Известно, что свойства нервной системы отражаются на психическом состоянии человека, динамике его деятельности, влияют на особенности вегетативного реагирования в тех или иных условиях, которые определяют при этом психофизиологические проявления. Еще И.П. Павлов указал, что наиболее выносливыми по отношению к жизненным нагрузкам являются люди сангвистического типа. При этом понятие выносливости включает не только свойства нервной системы, но и выносливость других органов и систем.

Необходимо вспомнить, что В.П. Казначеев (1979) предложил классификацию отличий по характеру протекания адаптивных процессов: на «спринтеров» (процессы развиваются, интенсивно протекают, а адаптивные сдвиги кратковременные) и «стайеров» (процессы медленно развиваются, не очень интенсивные, но продолжительно сохраняют адаптивные изменения), причем последние лучше адаптируются к новым условиям существования.

Каждый человек в конкретных условиях жизнедеятельности отвечает на разнообразные раздражители разной физиологической реакцией. Это зависит от психофизиологических свойств человека. К ним относятся:



уравновешенность нервных процессов, нервно-эмоциональная устойчивость, умственная и физическая работоспособность и выносливость, другие.

Индивидуальные психофизиологические свойства человека определяют его характер и поступки во время воздействия на него различных факторов внешней среды. Согласно И.П. Павлову (1932), основное значение в определении индивидуальности играет центральная нервная система (ЦНС), благодаря которой осуществляются процессы возбуждения и торможения. Дополнительно И.П.Павлов определил еще три исключительно человеческих типа высшей нервной деятельности (ВНД), которые учитывают соотношение двух сигнальных систем. Типу с преобладанием первой сигнальной системы он дал название «художественный», со второй – «умственный», если преобладания нет – «средний».

В соответствии с научными разработками (М.В. Макаренко, 1996), к свойству ВНД относится и такое, как функциональная подвижность нервных процессов. Оно характеризуется минимальной скоростью переработки информации разной степени сложности, которая является результирующей величиной скоростных возможностей нервной системы.

Приведенные особенности индивидуальных свойств человека, безусловно, имеют одно из главных значений в проявлении физиологических реакций, которые сопровождают то или иное психическое состояние.

Критериями оценки силы нервных процессов (или работоспособности), как следует из современных представлений (М.В. Макаренко, 1996), являются:

- 1) качество выполнения задания по переработке информации возрастающей сложности;
- 2) количество переработанной информации согласно дифференцированию положительных верных и отрицательных неверных раздражителей за определенное время, которое определяется в процессе работы в режиме «обратной связи».

Психологи этот баланс определяют с помощью тестов, которые учитывают дифференцировку силы, расстояния, времени. Если исключить соответствующий сигнальный контроль и определить результат, то если он больше установленного – преобладает возбуждение, если он меньше – преобладает торможение. Но это также является физиологической методикой, так как измеряются физиологические показатели: усилия мышц, амплитуды движений, воспроизведение временных интервалов [2].

На занятиях по системе айкуне студенты познакомились с новым видом гимнастики, освоили умение сосредоточиться на выполняемых упражнениях, получили навыки развития физических качеств.

Физическая тренировка оказывает положительное воздействие на организм молодого человека. Она регулирует работу функциональных систем, повышает активность обменных процессов и работоспособность. Правильно и интересно организованные занятия физической культурой стимулируют дальнейшее совершенствование студентов, открывают новые пути развития

личности, способствуют формированию жизненно важных психических качеств и двигательных навыков.

Список литературы:

1. Давиденко Д.Н., Григорьев В.И. Психофизиологические основы функциональных состояний: Учебное пособие. – СПб: Изд-во СПб ГУЭФ, 2005.
2. Дубровский В.И. Спортивная медицина: Учебник для ВУЗов/ В.И. Дубровский. – М., ЛАДОС, 2005.

УДК 796

**ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКИМИ
УПРАЖНЕНИЯМИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ**

Савенко М.А., Сокарева Г.В.

Санкт-Петербургский Государственный университет гражданской авиации,
г. Санкт-Петербург

Аннотация: Формирование привычки к систематической физической активности имеет большое значение для поддержания здоровья. Поэтому необходимо формировать у учащейся молодежи установку на мотивацию к регулярным занятиям физическими упражнениями.

Ключевые слова: физическое совершенствование, систематическая физическая активность.

Развитие новых технологий, влияние больших психоэмоциональных нагрузок на организм создает негативный фон, при котором возрастает значимость показателей здоровья и физического состояния человека. Именно с помощью двигательной активности, рационально организованных занятий физической культурой можно поддерживать психофизический потенциал, повышать работоспособность и резервы адаптации.

В современных условиях к уровню здоровья человека предъявляются большие требования. Практически перед каждым со временем встает проблема его сохранения. Поэтому важно знать, что нужно делать, чтобы на долгие годы сохранить высокий уровень активности.

Интенсивно развиваются процессы интеграции физической культуры и спорта в экономику, здравоохранение и другие виды социальной жизни. Для современного человека важно понимание общественной и личной ценности феноменов физической культуры и спорта. Нет ни одной сферы человеческой деятельности, не связанной с физической культурой и спортом.

Для сознательного отношения к двигательной деятельности необходимо овладение теоретическими знаниями и новыми двигательными умениями, обучать самостоятельно пользоваться технологиями и программами здорового образа жизни.

Для обеспечения практической деятельности это:



- подбор адекватного содержания, методов и организационных форм физической культуры на основе индивидуально-личностных возможностей;
- постепенный переход к личной активности и самовоспитанию: самоконтроль, самонаблюдение и самооценка.

Физическое упражнение является основным специфическим средством, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающегося студента, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные и профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи.

Объектом нашего исследования является система спортивно-оздоровительных занятий танцевальной гимнастикой и их влияние на показатели физической подготовленности. В исследовании участвовали студентки 1 курса СПб Государственного университета гражданской авиации: группа 15 человек (девушки) в возрасте от 17 до 19 лет.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы: теоретический анализ, опрос (интервью, беседы, анкетирование), педагогические наблюдения, педагогическое тестирование физического развития и физической подготовленности студентов.

Проводилось тестирование с использованием следующих тестов: динамометрия правой и левой руки, прыжок в длину толчком двух ног, для оценки скоростно-силовых качеств; степ-тест, для определения выносливости; проба Ромберга, для характеристики координационных способностей; тест на гибкость; оценивалось самочувствие и настроение.

При проведении занятий старались соблюдать один из главных принципов оздоровительной физической культуры - адекватность содержания физической подготовки и ее условий индивидуальному состоянию занимающихся студенток.

В процессе исследования обнаружено, что при посещении занятий танцевальной гимнастикой все девушки отметили улучшение состояния здоровья; 58,3% – повышение работоспособности; 34,6 % – улучшение телосложения; 16% – повышение самооценки; 27 % – отметили, что стали спокойнее и уравновешеннее.

Психофизическое оздоровление следует рассматривать как социально-педагогическую систему, формирующую у занимающегося сознательное отношение к занятиям физическими упражнениями, определенные морально-этические восприятия их, потребность в здоровом образе жизни. Соответствующее построение ее содержания и режима, регулярную активность в использовании научно обоснованных принципов и средств оздоровления – в целом обеспечивающих активность жизненных позиций и осознанность своей личной значимости и социальной полезности [1].

Именно функциональное состояние определяет отношение индивида к самой необходимости оздоровления. Это должно подкрепиться осознанностью возможности и вероятной результативностью оздоровления. Они составляют

первый уровень мотивации, которая обеспечит возникновение интереса к оздоровлению и выбору того или иного вида средства.

Уровень двигательной подготовленности студентов может определяться:

- с помощью обобщенных показателей (выполнения нормативных требований или спортивных результатов);
- с помощью двигательных тестов на быстроту, силу, выносливость, подвижность в суставах и оценивания техники физических упражнений.

По сопоставлению показателей тестирования и оценки техники исполнения можно обоснованно вводить коррективы в педагогический процесс.

Освоение двигательных умений, развитие физических качеств достигается за счет многократного повторения упражнений.

Проявляя сознательную активность, возникают мотивационные стимулы, необходимость проявления внимания. Активность центральной нервной системы возрастает. Происходят изменения функционального состояния физиологических систем, которые обеспечивают ответные реакции организма.

Понятие функционального состояния широко используется в физиологии и других науках. Так как в разных сферах деятельности человека успешность обучения, творчества, здоровья зависит от функционального состояния его организма.

Функциональное состояние – неперенная составная часть любой деятельности, так как последняя не может осуществляться в отдельности от состояния. Эффективность деятельности, в свою очередь, всегда зависит от функционального состояния [2].

Изменение функционального состояния (частоты сердечных сокращений, кровяного давления, режима дыхания, кожно-гальванической реакции, мышечного тонуса, скоростных характеристик двигательных ответов, и др.) зависят не только от возбудимости головного мозга, но и от его свойств реактивности, лабильности, других. Это легло в основу оценки через комплекс этих реакций.

В процессе адаптации организма к задаваемым нагрузкам функциональные резервы органов и систем организма реализуются в соответствии с особенностями мышечной деятельности. Процесс повышения функциональной готовности сводится к совершенствованию механизмов адаптации и формированию более высоких функциональных резервов.

Состояние здоровья человека в конечном итоге определяется количеством и мощностью его адаптационных резервов. В основе механизмов адаптации организма к различным факторам среды лежат процессы, связанные с обменом веществ, изменениями физиологических и биохимических параметров.



Процессы адаптации человека зависят от величины физиологических резервов организма. Приспособительная реакция к новым условиям представляет собой процесс перестройки функциональных систем, направленный на поддержание адекватного состояния организма.

Основные потребности здорового человека: физиологические, потребности в безопасности, в уважении, то есть в выражении присущих личности способностей. Основное внимание уделяется соматическому здоровью человека, которое несомненно зависит от социальных и психических факторов, но имеет конкретное определение.

Американский психолог А. Маслоу [Маслоу А., 1999] полагает, что здоровый человек – это прежде всего счастливый, живущий в гармонии с самим собой, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но первым ни на кого не нападающий. Одним из основных элементов понятия здоровье является нормальное функционирование организма.

При создании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) был утвержден Устав, в котором была сделана попытка в общей форме определить термин – здоровье. «Здоровье – это не только отсутствие болезни и повреждения, но и благополучие человека в социальном, психическом и соматическом отношениях».

В последние годы в мировой научной литературе обсуждается концепция здоровья, предлагающая для его оценки показатели: 1) количество никогда не болевших; 2) долгожителей при хорошем самочувствии и т.д. Новая концепция уточняет существующую, усиливает ее социальную компоненту, ориентирует на распределение ответственности за охрану здоровья между обществом, индивидом, медицинскими работниками [3].

Одним из важнейших элементов профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения, является распространение физической культуры и спорта

С точки зрения оптимальности жизнедеятельности, выделяются следующие критерии здорового стиля жизни:

- организационный (наличие у личности полноценной жизненной стратегии, восприятие жизни в единстве прошлого, настоящего и будущего);
- гигиенический (рациональный режим труда и отдыха, оптимальный двигательный режим, соблюдение правил личной гигиены);
- коммуникативно-деятельностный (богатая палитра различных видов деятельности, регулярная оздоровительная деятельность, способность к продуктивному общению, поисково-творческая активность);
- адаптационно-ролевой (гармоничное протекание процессов социализации и индивидуализации, гибкость в поведении и общении, конгруэнтность) [2].

Физические упражнения улучшают общее состояние и настроение. Положительные эмоции, возникающие под влиянием упражнений, повышают тонус организма и укрепляют нервную систему. Именно от психологического

настрою, если сделать этот период жизни наполненным общением, посильным трудом – зависит качество жизни.

Система физкультурного образования любой группы населения страны развивалась в конкретных исторических условиях. Это определяет сверхзадачу – овладение основными ценностями физической культуры максимально возможным числом людей.

Практическое здравоохранение должно располагать широкой сетью учреждений различного типа, где могла бы быть оказана квалифицированная помощь специалистами, проведено обследование, даны рекомендации по питанию, физическим нагрузкам и образу жизни. Комплекс мероприятий должен стать мощным фактором в решении важнейшей задачи – предупреждение заболеваний.

Главная цель изменений, происходящих в обществе: повышение качества услуг, которые соответствуют потребностям людей. Поэтому ставятся задачи:

1. Диагностика физической подготовленности и резервов адаптации.
2. Создание специализированных консультационных пунктов.
3. Подготовки кадров, обеспечение гигиенической грамотности населения.

Наиболее существенные интегральные медико-биологические элементы здоровья, на которые указал Казначеев В.П. в 1983 году :

- уровень и гармоничность физического и психического развития;
- физическая и умственная работоспособность;
- уровень неспецифической резистентности и иммунной защиты;
- уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

В настоящее время пересматриваются сложившиеся подходы к оценке значимости физической культуры и спорта в современном обществе. Новые социально-экономические условия развития общества ставят перед физкультурно-спортивным движением на первый план проблемы смысла и стиля жизни, формирования личности спортсмена.

Только оптимальная физическая нагрузка благоприятно влияет на функциональное состояние центральной нервной системы: повышается умственная работоспособность и подвижность нервных процессов.

Без сведений о физической работоспособности нельзя судить о состоянии здоровья, о социально-гигиенических условиях жизни людей. Работоспособность зависит от нескольких факторов: наследственных, приобретенных в процессе жизни и способов регуляции деятельности в конкретных условиях.

В спортивной деятельности мы имеем дело со специальной работоспособностью человека, под которой понимают реальные функциональные возможности организма человека к эффективному выполнению конкретной мышечной деятельности.



Бег, плавание, подвижные и спортивные игры являются средством коррекции физических и психических способностей. Это полезно для коррекции равновесия, быстроты реакции и переключения, дифференцировки усилий, расстояния, ритма и темпа движений, ориентировки в пространстве, мелкой моторики, осанки, подвижности в суставах, развития внимания, воображения.

Таким образом, очень важно для студентов, что физические упражнения, обладают осознанными целенаправленными действиями. Они развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют волю, характер, поведение. Являются одним из средств духовного развития человека. Они влияют одновременно на организм и личность.

В педагогическом процессе физические нагрузки воздействуют на человека через его психическую сферу. Это совокупность психических свойств и способностей к самоорганизации в реакциях на внешние и внутренние побуждения. В научных исследованиях получены результаты, свидетельствующие о большой значимости формирования комплекса психических свойств человека средствами физической культуры (Козлов Е. Г., Родионов А.В., Стивенс С., Теплов Б.М., Черникова О.А.).

Именно физическая тренировка оказывает мощное воздействие на организм человека. Она способна улучшить здоровье и психическое состояние: регулировать работу организма, повысить активность, работоспособность, улучшить настроение, повысить физические кондиции: увеличить силу, выносливость мышц, развить гибкость и координационные способности.

Список литературы:

1. Апанасенко Г.Л. Модифицированный алгоритм оценки физических возможностей/ Г.Л. Апанасенко, Ю.П. Баландин, В.С. Генералов // Медицина. Спорт. Здоровье. Олимпиада: Материалы Всероссийского научного форума. – М., 2004.
2. Граевская Н.Д. Спортивная медицина: Курс лекций и практические занятия: Учеб. пособие для студентов вузов/ Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. - М.: Сов. спорт, 2004.
3. Давиденко Д.Н., Григорьев В.И. Психофизиологические основы функциональных состояний: Учебное пособие. – СПб: Изд-во СПб ГУЭФ, 2005.

УДК376.016:796 - 053.5

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Сакович Л.А., Калюжин В.Г.,

Белорусский государственный университет физической культуры, г. Минск, РБ

Аннотация. Работа посвящена одной из актуальнейших тем адаптивной физической культуры, выявлению средств и методов, способствующих коррекции

развития ориентации в пространстве у лиц с нарушением зрения. Приведены результаты сравнения уровня развития ориентации в пространстве у здоровых и больных людей. Описана разработанная коррекционная развивающая программа для нормализации уровня развития ориентации в пространстве лиц с нарушением зрения.

Ключевые слова: коррекционная развивающая программа, ориентация в пространстве, лица, нарушение зрения.

Актуальность. Ориентация в пространстве – одна из актуальных и труднейших проблем, входящих в сферу социальной адаптации людей с нарушением зрения. Успешности интеграции человека со зрительной патологией во многом зависит от его способности самостоятельно ориентироваться в быту, на улицах населенного пункта, в общественных местах.

Недостатки в развитии пространственной ориентации, имеющиеся у лиц с нарушением зрения, ограничивают в дальнейшем их самостоятельность и активность во всех сферах деятельности. Многочисленные исследования показали, что лица с нарушениями зрения спонтанно, самостоятельно не могут овладеть навыками пространственного ориентирования, а нуждаются в систематическом целенаправленном обучении [4].

Роль зрительного анализатора в психическом развитии человека велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у людей значительные затруднения в познании окружающего мира, ограничивает общественные контакты и возможности для занятия многими видами деятельности [1].

В связи с трудностями, возникающими при зрительной патологии, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в подвижных играх, нарушается координация и точность движения.

Люди с нарушением зрения нуждаются в профилактической и коррекционной работе, направленной на нормализацию двигательных функций. Эта работа должна предусматривать комплексный характер, т.е. оказывать положительное влияние на все ослабленные функции человека, обеспечивая наилучшие условия его жизнедеятельности и развития [3].

Адаптивное физическое воспитание строится с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей людей, а также с учетом эмоциональной насыщенности [5].

В работе с данной категорией лиц использовались различные методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия материала, были некоторые различия в приемах. Они изменялись в зависимости от физических возможностей человека, запаса знаний и умений, наличие предыдущего зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки, умения пользоваться остаточным зрением [2].



Цель и задачи исследований. Цель работы – изучить влияние разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие ориентации в пространстве у лиц с нарушением зрения.

Для решения цели исследования были поставлены следующие задачи:

- 1) определить особенности развития ориентации в пространстве у лиц с нарушением зрения;
- 2) разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу по развитию ориентации в пространстве у лиц с нарушением зрения;
- 3) установить эффективность влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие ориентации в пространстве у лиц с нарушением зрения.

Материалы и методы. Оценку состояния развития ориентации в пространстве мы проводили с помощью разработанных нами следующих тестов:

Тесты для определения СТАТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ:

Тест «Стойка с закрытыми глазами». Методика: испытуемый становится с опорой на две ноги (пятки вместе, носки врозь). По команде испытуемый закрывает глаза, руки вытягивает вперед, пальцы несколько разведены. Оценка: определяется время и степень устойчивости в данной позе (стоит неподвижно или качается) в секундах.

Тест «Стойка с открытыми глазами». Методика: испытуемый стоит на одной ноге, пятка другой касается коленной чашечки опорной ноги. По команде испытуемый вытягивает руки вперед, пальцы несколько разведены. Учитывается время удержания равновесия в секундах. Оценка: определяется время и степень устойчивости в данной позе (стоит неподвижно или качается) в секундах.

Тест «Пяточно-носочная проба». Методика: испытуемый должен стоять так, чтобы ноги его были на одной линии, при этом пятка одной ноги касается носка другой ноги, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы разведены. Учитывается время удержания равновесия в секундах. Оценка: определяется время и степень устойчивости в данной позе (стоит неподвижно или качается) в секундах.

Тесты для определения ДИНАМИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ

Тест «Проход по ломаной линии». Оборудование: использовался рисунок орнамента ковра в виде линии (3 метра – вперед, 2 метра – вбок, 3 метра – назад), шириной 30 см бежевого цвета в виде буквы П. Методика: до начала движения подается кратковременный звуковой сигнал хлопком. Испытуемый должен пройти по ломаной линии П-образной формы, как можно быстрее. Оценка: измерялось время прохождения ломаной линии в секундах.

Тест «Проход по прямой линии». Оборудование: на тканую дорожку наполненную синтепоном длиной 2 метра 40 см положить пластмассовые кубики диаметром 10 см×10 см красного, желтого и синего цветов в два ряда в количестве 6 штук, расстояние от начала дорожки до первой пары 40 см, от

первой до второй – 80 см, от второй до третьей – 80 см, от третьей до конца дорожки – 40 см. Методика: до начала движения подается звуковой сигнал хлопком. Испытуемый делал 2 шага, переступал первую пару кубиков, делал еще 2 шага и так проходил до конца линии. Оценка: измерялось время прохождения прямой линии в секундах.

Тест «Попадание в след». Оборудование: на прямой линии разложить следы сделанные из цветного картона желтого, красного и синего цветов длиной 20 см в количестве 12 штук на расстоянии друг от друга 20 см. Методика: испытуемый шагает по следам, расположенных на полу и старается попасть своей стопой в след. Оценка: измерялось время прохождения в секундах.

Тесты для определения ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ

Тест «Прыжки «Зайчонок». Оборудование: использовался рисунок орнамента ковра в виде линии (3 метра – вперед, 2 метра – вбок, 3 метра – назад), шириной 30 см бежевого цвета в виде буквы П. Методика: испытуемый осуществляет прыжки на двух ногах по ломаной линии П-образной формы. Оценка: оценивалось время прыжков по ломаной линии в секундах.

Тест «Попадание в цель». Оборудование: обруч диаметром 66 см положить на два стула, расстояние от пола до обруча 50 см, расстояние между стульями 44 см. Методика: испытуемый выполняет броски мяча диаметром 18 см в обруч, удобным для него способом, расстояние от линии до мишени 3 метра. Оценка: фиксировалось количество попаданий из 15 попыток.

Тест «Попадание в корзину». Оборудование: корзина высотой 30 см, диаметром 35 см и 15 мячей диаметром 6 см. Методика: испытуемый выполняет броски мяча в корзину, удобным для него способом, расстояние от линии броска до мишени 1,5 метра. Оценка: фиксировалось количество попаданий из 15 попыток.

Тест «Змейка вперед». Оборудование: на отрезке 4 метра находятся 6 кеглей высотой 20 см, расположенных на расстоянии 50 см друг от друга желтого, синего и зеленого цветов. От линии старта до первой стойки и от последней стойки до линии финиша расстояние 1 метр. Методика: контрольный отрезок испытуемый должен пробежать «змейкой» лицом вперед. Оценка: учитывается время пробега отрезка в секундах.

Тест «Змейка боком». Оборудование: на отрезке 4 метра находятся 6 кеглей высотой 20 см, расположенных на расстоянии 50 см друг от друга желтого, синего и зеленого цветов. От линии старта до первой стойки и от последней стойки до линии финиша расстояние 1 метр. Методика: контрольный отрезок испытуемый должен пробежать «змейкой» боком. Оценка: учитывается время пробега отрезка в секундах.

Тест «Перепрыгивание». Оборудование: на ковровом покрытии параллельно друг другу лежат 6 гимнастических палочек длиной 73 см, расстояние между палочками 50 см. Методика: испытуемый перепрыгивает через



палочки на двух ногах. Оценка: учитывается время перепрыгивания через палочки в секундах.

Тест «Пролезть под дугой». Оборудование: дуги располагаются «елочкой» по 3 штуки слева и справа на расстоянии 50 см друг от друга. 1, 2, 3 дуги высотой по 40 см, 5 – 52 см, 6 – 59 см. Методика: испытуемый становится на четвереньки перед первой дугой и проползает зигзагом на четвереньках под каждой дугой по очереди. Оценка: учитывается время проползания всех шести дуг в секунда

Результаты. Люди, принявшие участие в эксперименте были разделены на две группы (экспериментальную и контрольную) по 10 человек в каждой. Были разработаны и подобраны тесты при помощи которых проведено тестирование уровня развития ориентации в пространстве до начала занятий АФК в экспериментальной и контрольной группах.

Для сравнения уровня развития ориентации в пространстве нами так же были обследованы 20 здоровых людей. С ними были проведены те же тесты, что и с лицами с патологией зрения.

Нами выполнен анализ научно-методической литературы по проблеме исследования и определена методология постановки педагогического эксперимента. Затем был проведен педагогический эксперимент для обоснования эффективности разработанной нами программы. Для экспериментальной группы нами была разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на развитие ориентации в пространстве у лиц с патологией зрения. Контрольная группа в это время занималась по основной программе. Занятия по адаптивной физической культуре проводились в зале два раза в неделю по 20 минут.

АФК включала в себя необходимый минимум упражнений: упражнения для воспитания двигательных качеств, упражнения для профилактики нарушений осанки, плоскостопия, упражнения для развития ориентации в пространстве, упражнения с фитболами.

Наряду с основными корригирующими упражнениями в комплекс АФК включались упражнения прикладного характера: ползание, ходьба, бег, прыжки, метание. Эти упражнения используются как общеукрепляющие, а также для ликвидации отставания психомоторного развития путем повышения двигательной активности и эмоционального тонуса на занятиях АФК.

В экспериментальной группе в дополнение к штатным занятиям АФК лица с нарушением зрения занимались по составленной нами коррекционно-развивающей программе (два раза в неделю по 20 минут).

Предложенная нами коррекционно-развивающая программа построена на основании анализа литературных источников и направлена на развитие ориентации в пространстве у лиц с патологией зрения.

Программа состоит из 3 этапов развития физического качества (ориентации в пространстве). Каждый этап состоит из 3 недель, который содержит упражнения различного уровня сложности: от простых до сложных, затем до более сложных и затем, до дифференцированных.

В каждом 3 недельном цикле упражнений (этапе) было 5 видов упражнений: упражнения на ориентацию в пространстве, дыхательные упражнения, эстафеты, подвижные игры, фитбол-гимнастика для домашнего задания (состоит из 3 этапов, каждый этап из 6 упражнений). Из каждого вида берём по 3–4 упражнения.

В таблицах 1–3 мы проводим сравнительную характеристику лиц с нарушением зрения до и после начала проведения занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Прослеживается положительная динамика развития ориентации в пространстве лиц с нарушением зрения после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Данные таблиц однозначно доказывают статистически достоверно выраженное улучшение показателей развития ориентации в пространстве.

Таблица 1

Динамика развития статического равновесия у лиц экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

ТЕСТЫ	До начала	После окончания	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Стойка с закрыт.глазами, с	46,7±3,70	58,5±4,18	2,11	2,09	<0,05
Стойка с открыт.глазами, с	8,7±2,77	16,3±2,07	2,20	2,09	<0,05
Пяточно-носочная проба, с	23,3±4,95	37,5±4,42	2,14	2,09	<0,05

По данным таблицы 1 прослеживается положительная динамика развития статического равновесия у лиц ЭГ при проведении занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 2

Динамика развития динамического равновесия у лиц экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

ТЕСТЫ	До начала	После окончания	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Проход по ломаной линии, с	8,5±0,45	6±0,27	4,74	3,88	<0,001
Проход по прямой линии, с	6,2±0,58	4,8±0,26	2,19	2,09	<0,05
Попадание в след, с	7,1±0,67	4,8±0,21	3,25	2,86	<0,01

Полученные данные таблицы 2 показывают статистически достоверное улучшение показателей. Отмечается улучшение развития динамического равновесия у лиц экспериментальной группы после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.



Таблица 3

Динамика развития ориентации в пространстве у лиц экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

ТЕСТЫ	До начала	После окончания	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Прыжки «зайчонок», с	11,7±0,55	6,8±0,38	7,38	3,88	<0,001
Попадание в цель, раз	7,4±1,08	10,7±0,98	2,26	2,09	<0,05
Попадание в корзину, раз	4,9±0,78	8,6±0,91	3,10	2,86	<0,01
«Змейка» вперед, с	7,6±1,00	5,3±0,45	2,11	2,09	<0,05
«Змейка» боком, с	10,2±1,28	6,6±1,03	2,18	2,09	<0,05
Перепрыгивание, с	6,5±0,63	5±0,27	2,18	2,09	<0,05
Пролететь под дугой, с	10,4±0,79	7,7±0,57	2,78	2,09	<0,01

По результатам, зафиксированным в таблицах 1–3, можно сказать, что развитие ориентации в пространстве у лиц с нарушением зрения после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе значительно улучшилось. Таким образом, можно сказать, что разработанная нами экспериментальная программа эффективно развивает ориентацию в пространстве у лиц с нарушением зрения.

Сравнительный анализ итоговой эффективности развития ориентации в пространстве у лиц с патологией зрения в экспериментальной группе показал статистически достоверное улучшение показателей тестов от 22,6% до 87,3%.

В контрольной группе зафиксировано сокращение времени на выполнения заданий от 1,47% до 31,3%.

Выводы. В результате изучения было установлено что у лиц с нарушением зрения уровень развития ориентации в пространстве значительно ниже, чем у здоровых людей того же возраста и нуждается в дополнительном целенаправленном развитии. Статистически достоверно увеличились показатели тестов развития ориентации в пространстве на 22–87%. Это позволяет рекомендовать разработанную нами коррекционно-развивающую программу для дополнительных занятий по адаптивной физической культуре у лиц с нарушением зрения.

Список литературы:

1. Калюжин, В.Г. Программа развития ориентации в пространстве у дошкольников с нарушением зрения / Перспективные направления в области физической культуры, спорта и туризма: материалы VIII всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием (г. Нижневартовск, 23–24 марта 2018 г.) / Отв. ред. Л.Г. Пашенко. – Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гос. ун-та, 2018. – С. 223–227.

2. Сакович, Л.А. Адаптивное физическое воспитание ориентирования в пространстве в сохранении здоровья детей с депривацией зрения / Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века: материалы 18 Междунар. науч. конф., 17–18 мая 2018 г., г. Минск, Республика Беларусь: в 3 ч. / Междунар. гос. экол. ин-т им. Сахарова Бел.гос. ун-та; редкол. : А.Н. Батын [и др.]; под ред.

проф. С.А. Маскевича, проф. С.С. Позняка. Ч. 3. – Минск: ИВЦ Минфина, 2018.– С. 264–266.

3. Сакович, Л.А. Программа развития ориентации в пространстве у дошкольников с нарушением зрения / Актуальные проблемы в области физической культуры и спорта: Материалы Всеросс. с междунар. участием науч.-практич. конф., посвящ. 85-летию ФГБУ СПбНИИФК (27-28 сент. 2018 г.), Санкт-Петербург. В 2 тт., т. 2. – СПб: ФГБУ СПбНИИФК, 2018. – С. 131–134.

4. Сакович, Л.А. Развитие ориентирования в пространстве у детей со зрительной депривацией / Ценности, традиции и новации современного спорта: материалы Междунар. науч. конгр., Минск, 18–20 апр. 2018 г.: в 2 ч. / Белорус. гос. ун-т физ. культуры; редкол.: С.Б. Репкин, Т.А. Морозевич-Шилюк (гл. ред.) [и др.]. Ч. 2. – Минск: БГУФК, 2018. – С. 171–173.

5. Сакович, Л.А. Физическая подготовка лиц при нарушениях зрения / Современные тенденции и актуальные вопросы развития стрелковых видов спорта: материалы Всеросс. с междунар. участием науч.-практич. конф. на базе ВГИФК / [под ред. О.Н. Савинковой, М.М. Кубланова]. – Воронеж : Изд-во «Элист», 2018. – С. 218–224.

УДК:614.2:314.14(470.23-25)

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Самсонова Т.В.¹, Самодова И.Л.¹, Мариничева Г.Н.¹, Фартукова С.Р.²

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

²ГБОУ лицей № 150 Калининского района Санкт-Петербурга

Аннотация. На современном этапе совершенствования российского здравоохранения актуальным является изучение показателей заболеваемости и разработка организационно-профилактических мероприятий для их снижения. В статье проведена оценка частоты общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения у населения разных возрастных групп Санкт-Петербурга на основании анализа данных государственного доклада "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году", медицинского информационно-аналитического центра за 2017 год.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, общая заболеваемость, заболеваемость болезнями системы кровообращения.

Актуальность. На современном этапе совершенствования российского здравоохранения актуальным является изучение показателей заболеваемости и разработка организационно-профилактических мероприятий для их снижения. Анализ показателей заболеваемости является важнейшим этапом разработки государственных программ, которые направлены на совершенствование ранней диагностики, профилактики и лечения заболеваний [2]. В структуре смертности населения болезни системы кровообращения занимают первое место [1,3].



Цель исследования. Анализ показателей общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения населения различных групп населения Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Для анализа показателей заболеваемости использовались данные государственного доклада "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году", медицинского информационно-аналитического центра за 2017 год.

Результаты. В 2017 году более высокие показатели первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения – 53,8‰ (в СПб – 28,7 ‰, в РФ – 31,7 ‰) установлены в Красногвардейском районе.

По данным медицинского информационно-аналитического центра динамика первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в Санкт-Петербурге свидетельствует об увеличении показателей с 18,8 ‰ в 2014 году до 28,7 ‰ в 2016 году (Рисунок 1).

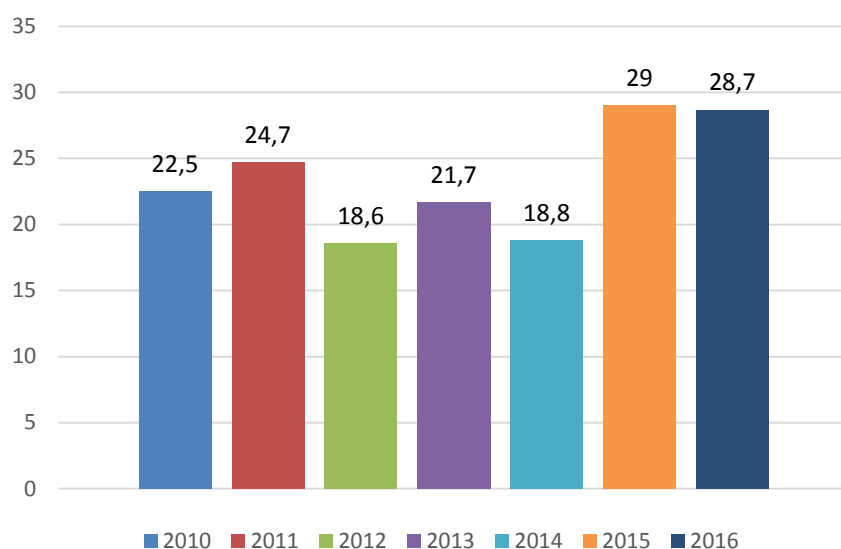


Рисунок 1 – Динамика показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в Санкт-Петербурге с 2010 по 2016 гг. (‰)

Среди детского населения Санкт-Петербурга до 14 лет показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2017 г. по сравнению с 2016 г. снизился на 3,2 %, а показатель первичной заболеваемости уменьшился на 10,5 % (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения среди детского населения Санкт-Петербурга с 2016 по 2017 гг. (‰)

Среди подросткового населения Санкт-Петербурга до (15-17 лет) показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2017 г. по сравнению с 2016 г. снизился на 6,5 % , а показатель первичной заболеваемости снизился на 5,3 % (Рисунок 3).

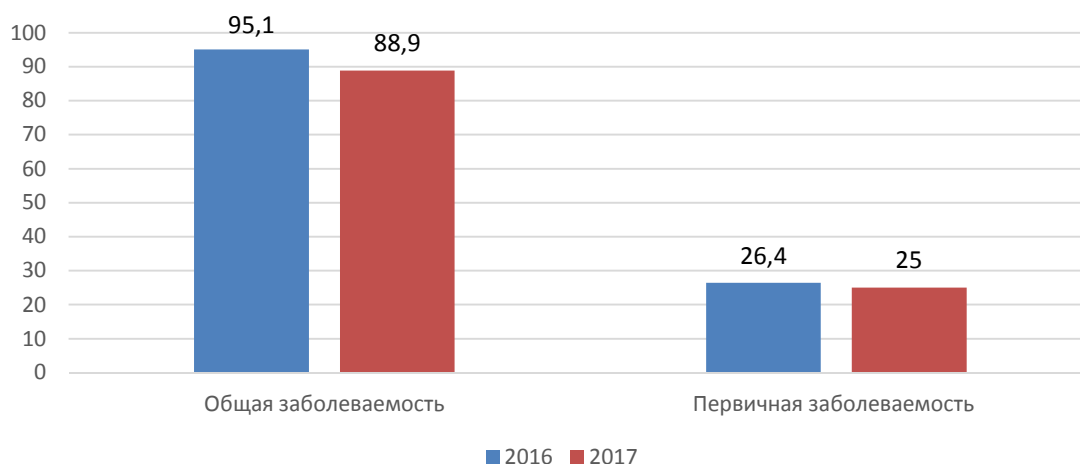


Рисунок 3 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения среди подросткового населения (15-17 лет) Санкт-Петербурга с 2016 по 2017 гг. (‰)

Среди взрослого населения Санкт-Петербурга показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2017 г. по сравнению с 2016 г. увеличился на 1,0 % , а показатель первичной заболеваемости снизился на 6,6 % (Рисунок 4).

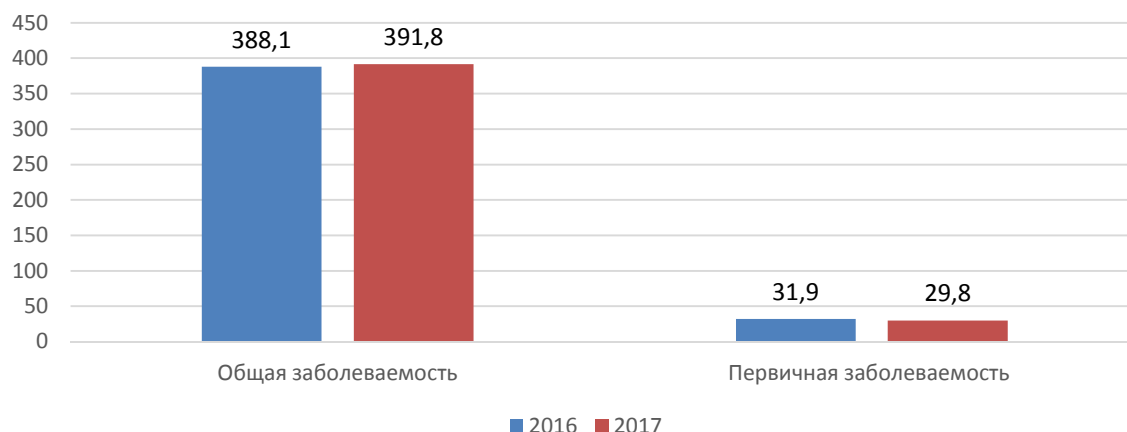


Рисунок 4 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения среди взрослого населения (18 лет и старше) Санкт-Петербурга с 2016 по 2017 гг. (‰)

Среди населения Санкт-Петербурга старше трудоспособного возраста показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2017 г. по сравнению с 2016 г. снизился на 0,4 %, а показатель первичной заболеваемости снизился на 17,6 % (Рисунок 5).

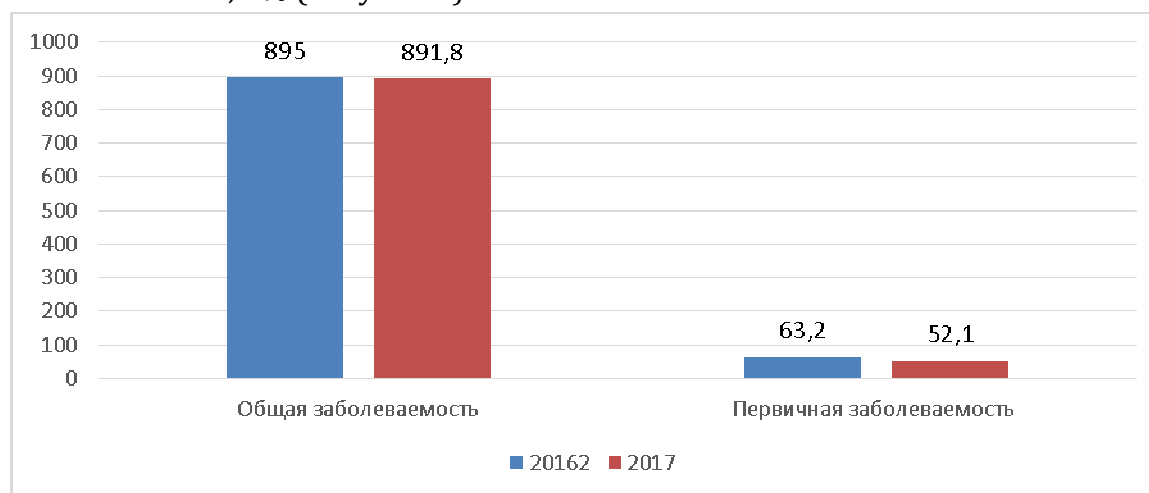


Рисунок 5 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения среди населения Санкт-Петербурга старше трудоспособного возраста с 2016 по 2017 гг. (‰)

Заключение. В Красногвардейском районе Санкт-Петербурга показатели первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения (53,8‰) превышали показатели в СПб (28,7 ‰) и в РФ (31,7 ‰). Динамика первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в Санкт-Петербурге свидетельствует об увеличении показателей с 18,8 ‰ в 2014 году до 28,7 ‰ в 2016 году. При этом в 2017 году по сравнению с 2016 годом показатели общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения снизились среди различных групп населения Санкт-Петербурга: среди детского населения до 14

лет – на 3,2 % и 10,5 % соответственно; среди подросткового населения (15-17 лет) – на 6,5 % и 5,3 %, а среди населения старше трудоспособного возраста – на 0,4 % и 17,6 % соответственно. А среди взрослого населения Санкт-Петербурга показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2017 г. по сравнению с 2016 г. увеличился на 1,0 %.

Анализ показателей общей и первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга позволяет сформулировать и обосновать предложения по развитию региональных программ, направленных на профилактику, раннюю диагностику и лечение различных заболеваний.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году – 265 с.
2. Иванов, Д.О. Современные особенности здоровья детей мегаполиса / Д.О. Иванов, В.И. Орел // Медицина и организация здравоохранения. – 2016 г. – Т. 1., № 1 (1). – С. 6-11.
3. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2017 году и основные задачи на 2018 год.- СПб.: СПб ГБУЗ МИАЦ, 2018. – 429с.;
4. Петрова, Н.Г., Кротов К.Ю., Вчерашний Д.Б. Динамика и прогноз заболеваемости и смертности от рака предстательной железы в Санкт-Петербурге / Н.Г. Петрова, К.Ю. Кротов, Д.Б. Вчерашний // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2015 – Т. 22, № 3. – С. 25-28.

УДК:614.2:314.14(470.23-25)

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Самсонова Т.В.¹, Самодова И.Л.¹, Мариничева Г.Н.¹, Москальонова П.А.²,
Манакова С.Е.¹*

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург
²ГБОУ лицей № 150 Калининского района Санкт-Петербурга

Аннотация. Анализ и оценка медико-демографических показателей заболеваемости по обращаемости являются одной из важнейших задач для оценки состояния здоровья населения. В работе проведена оценка частоты и структуры общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы у населения разных возрастных групп Санкт-Петербурга на основании анализа данных статистической формы № 12 за 2016 год, государственного доклада "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году", медицинского информационно-аналитического центра за 2017 год.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, общая заболеваемость, заболеваемость болезнями нервной системы.



Актуальность. На современном этапе совершенствования российского здравоохранения актуальным является изучение показателей заболеваемости и разработка организационно-профилактических мероприятий для их снижения [3]. Анализ показателей заболеваемости является важнейшим этапом разработки государственных программ, которые направлены на совершенствование ранней диагностики, профилактики и лечения заболеваний. Динамика заболеваемости болезнями нервной системы свидетельствует об увеличении показателей [1, 2, 4].

Цель исследования. Анализ показателей общей и первичной заболеваемости населения различных групп населения Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Для анализа показателей заболеваемости использовались данные государственного доклада "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году", медицинского информационно-аналитического центра за 2017 год, годовая статистическая отчетная форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2016 год.

Результаты. Согласно данным государственного доклада "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году" в Калининском районе Санкт-Петербурга показатели первичной заболеваемости болезнями нервной системы (18,8‰) превышали показатели в СПб (17,4 ‰) и в РФ (15,2 ‰).

По данным медицинского информационно-аналитического центра динамика первичной заболеваемости болезнями нервной системы в Санкт-Петербурге свидетельствует об увеличении показателей с 13,5 ‰ в 2012 году до 17,4 ‰ в 2016 году (Рисунок 1). Прирост первичной заболеваемости болезнями нервной системы в 2016 г. к 2015 г. составил 2,1%.



Рисунок 1 – Динамика показателей первичной заболеваемости болезнями нервной системы в Санкт-Петербурге с 2010 по 2016 гг. (‰)

Среди детского населения Санкт-Петербурга до 14 лет показатель общей заболеваемости болезнями нервной системы в 2016 г. по сравнению с 2015 г. увеличился на 7,9 % , а показатель первичной заболеваемости уменьшился на 2,9 % (Рисунок 2).

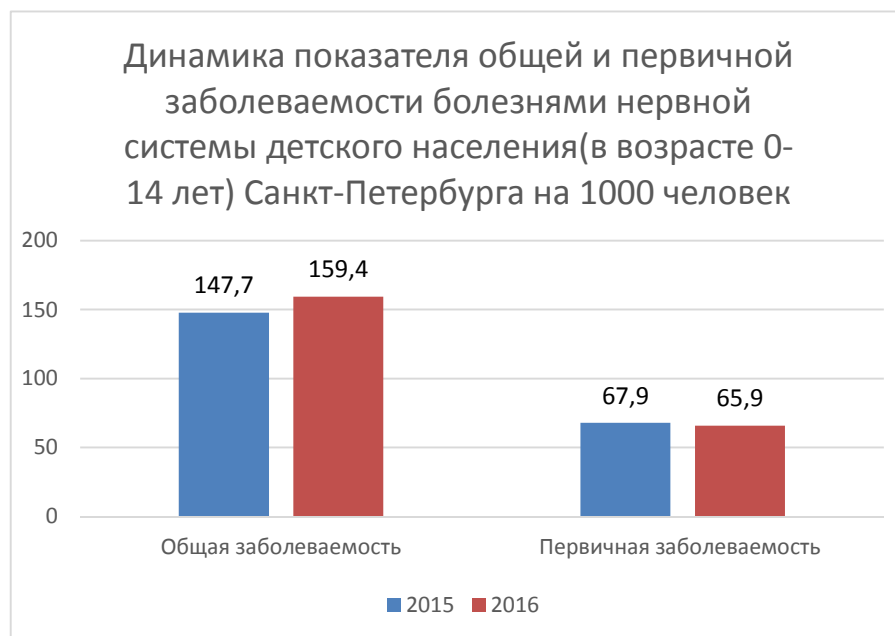


Рисунок 2 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди детского населения Санкт-Петербурга с 2015 по 2016 гг. (‰)

Среди подросткового населения Санкт-Петербурга до (15-17 лет) показатель общей заболеваемости болезнями нервной системы в 2016 г. по сравнению с 2015 г. снизился на 0,3%, а показатель первичной заболеваемости увеличился на 2,9 % (Рисунок 3).

При этом в структуре инвалидности детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет в Санкт-Петербурге в 2017 году болезни нервной системы занимают второе место (23,9%) после психических расстройств и расстройств поведения (32,8%).

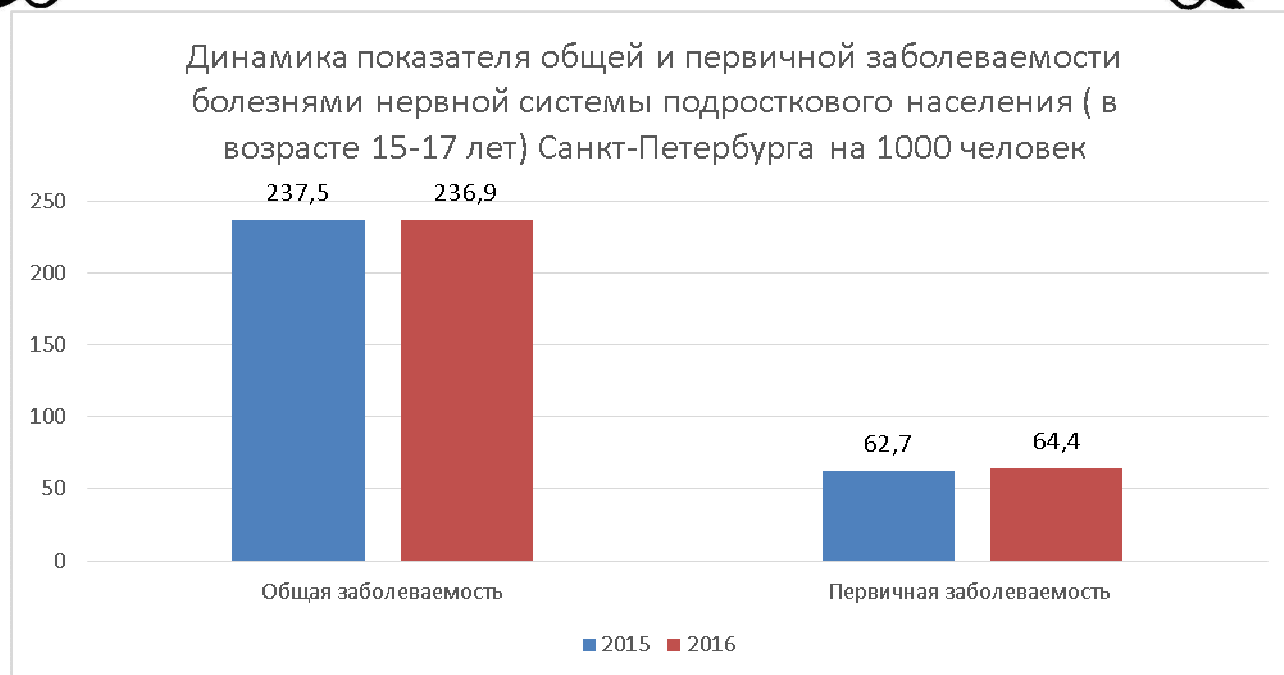


Рисунок 3 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди подросткового населения (15-17 лет) Санкт-Петербурга с 2015 по 2016 гг. (‰)

Среди взрослого населения Санкт-Петербурга показатель общей заболеваемости болезнями нервной системы в 2016 г. по сравнению с 2015 г. снизился на 4,3 % , а показатель первичной заболеваемости увеличился на 2,4 % (Рисунок 4).

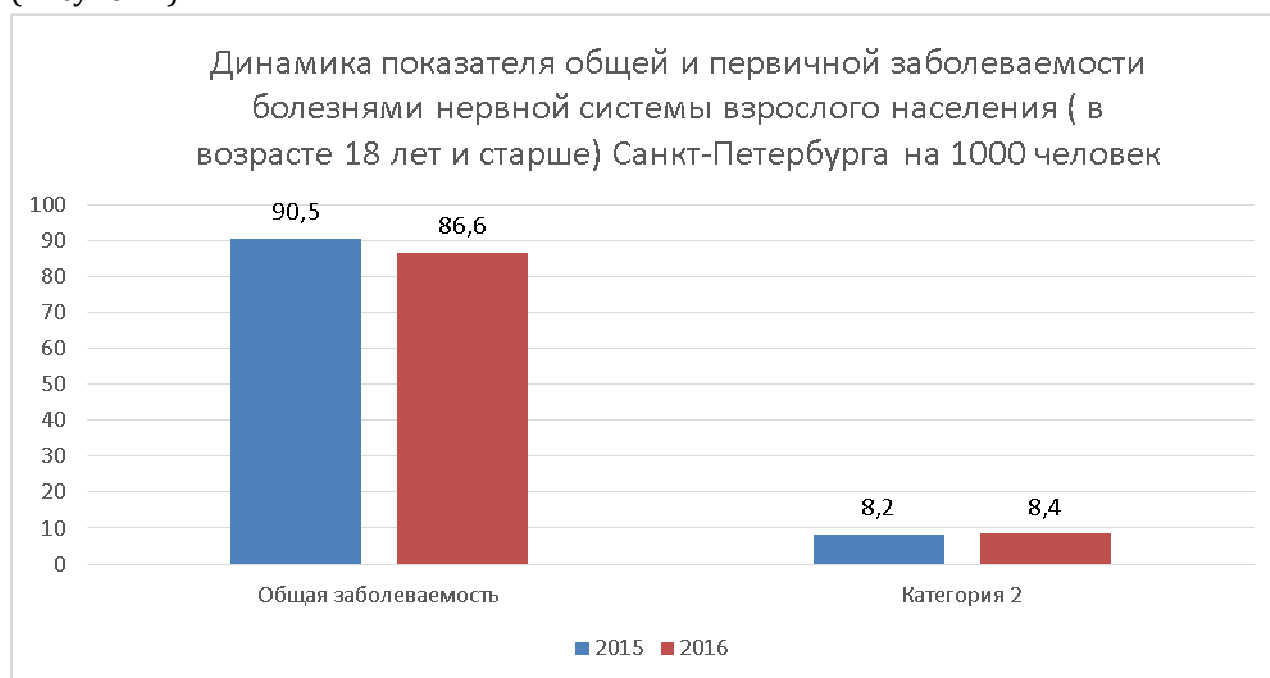


Рисунок 4 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди взрослого населения (18 лет и старше) Санкт-Петербурга с 2015 по 2016 гг. (‰)

Среди населения Санкт-Петербурга старше трудоспособного возраста показатель общей заболеваемости болезнями нервной системы в 2016 г. по сравнению с 2015 г. снизился на 4,5 %, а показатель первичной заболеваемости увеличился на 11,3 % (Рисунок 5).

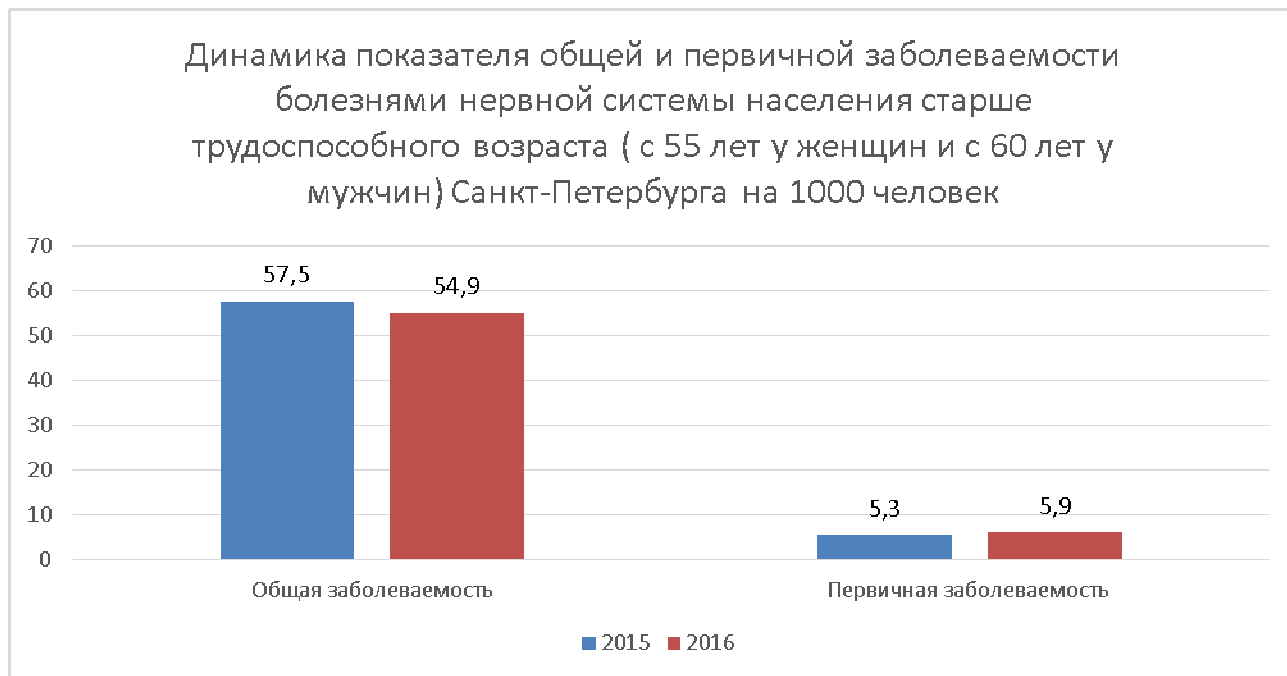


Рисунок 5 – Динамика показателей общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди взрослого населения (18 лет и старше) Санкт-Петербурга с 2015 по 2016 гг. (‰)

Анализ годовой статистической формы № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации" Санкт-Петербурга за 2016 год показал, что среди детей от 15 до 17 лет включительно в структуре общей заболеваемости болезни нервной системы составили 6,6 %, а в структуре первичной заболеваемости – 3,3 %.

В структуре общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди детей от 15 до 17 лет преобладали расстройства вегетативной (автономной) нервной системы (70,6 % и 65,3 % соответственно), эпизодические и пароксизмальные расстройства (9,2 % и 12,3 %), эпилепсия (2,8 % и 2,0 %), поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (2,3 и 3,9 %), церебральный паралич и другие паралитические синдромы (2,0 % и 0,1 % соответственно) и др.

Среди взрослого населения в структуре общей заболеваемости болезни нервной системы составили 3,9 %, а в структуре первичной заболеваемости – 1,2 % в 2016 году. В структуре общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди взрослого населения преобладали расстройства



вегетативной (автономной) нервной системы (64,3 % и 56,0 % соответственно), поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (11,5 и 24,6 %), эпизодические и пароксизмальные расстройства (5,2 % и 9,3 %), экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (2,3 % и 1,3 %), эпилепсия (2,2 % и 1,1 %), демиелинизирующие болезни центральной нервной системы (1,7 % и 0,9 %), рассеянный склероз (1,4 % и 0,6 % соответственно) и др.

Среди населения старше трудоспособного возраста (с 55 у женщин и с 60 лет у мужчин) в структуре общей заболеваемости болезни нервной системы составили 1,7 %, а в структуре первичной заболеваемости – 0,8 % в 2016 году. В структуре общей и первичной заболеваемости болезнями нервной системы среди населения преобладали поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (24,8 % и 36,0 % соответственно), расстройства вегетативной (автономной) нервной системы (23,9 % и 32,2 %), эпизодические и пароксизмальные расстройства (7,2 % и 12,8 %), экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (5,7 % и 3,5 %), переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (2,8 % и 9,5 %), эпилепсия (2,7 % и 1,5 % соответственно).

Заключение. В Калининском районе Санкт-Петербурга показатели первичной заболеваемости болезнями нервной системы (18,8‰) превышали показатели в СПб (17,4 ‰) и в РФ (15,2 ‰). Динамика первичной заболеваемости болезнями нервной системы в Санкт-Петербурге свидетельствует об увеличении показателей с 13,5 ‰ в 2012 году до 17,4 ‰ в 2016 году. При этом в структуре инвалидности детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет в Санкт-Петербурге в 2017 году болезни нервной системы занимают второе место (23,9%). В структуре общей заболеваемости населения Санкт-Петербурга в 2016 году болезни нервной системы составили 6,6 % (среди детей от 15 до 17 лет), 3,9 % (среди взрослого населения) и 1,7 % среди населения старше трудоспособного возраста (с 55 у женщин и с 60 лет у мужчин).

Анализ показателей общей и первичной заболеваемости населения Санкт-Петербурга позволяет сформулировать и обосновать предложения по развитию региональных программ, направленных на профилактику, раннюю диагностику и лечение различных заболеваний.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2017 году – 265 с.
2. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2017 году и основные задачи на 2018 год.- СПб.: СПб ГБУЗ МИАЦ, 2018. – 429с.;
3. Капитонова, В.В. Анализ заболеваемости населения Ленинградской области болезнями органов дыхания / В.В. Капитонова, П.Н. Морозько // Мечниковские чтения-2018: материалы Всероссийской научно – практической студенческой конференции с международным участием. 25-26 апреля 2018 года / под ред. А.В.

Силина, С.В. Костюкевича. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. — С. 337-338.

4. Статистическая отчетная форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2016 год

5. Ресенчук, А.В. Заболеваемость населения Санкт-Петербурга болезнями мочевой системы / А.В. Ресенчук, К.И. Шапиро // Урологические ведомости. – 2017. – Т. 7., № 8. – С. 89.

УДК 613.88:37.012.6

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ И ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ КАК СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

*Сафина Н.С., Болиева М.Н., Дудниченко Т.А., Кахиани Е.И., Боярский К.Ю.,
Мельникова С.Е.*

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлены результаты анализа уровня информированности о методах контрацепции, как средстве профилактики абортов и заболеваний, передающихся половым путем и предпочтений в выборе средств контрацепции у 100 учащихся средних специальных и 58 учащихся высших учебных заведений, на основании анонимного анкетирования, проведенного в 2018-2019 г.г. в Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: контрацепция, акушерско-гинекологическая помощь, профилактика аборта, заболевания, передающиеся половым путем.

Актуальность. Раннее начало половой жизни, в сочетании с плохой информированностью о методах контрацепции, приводит к тому, что около половины всех беременностей оказываются нежеланными, и большая часть из них прерывается. Несмотря на доступность множества различных средств контрацепции, на сегодняшний день аборт по-прежнему воспринимаются значительным количеством российских женщин, как единственное средство предохранения от нежелательной беременности. По данным исследования, проведенного в 2012 г., в России более 4 млн женщин репродуктивного возраста (20–40 лет) и 57% из них не планируют беременность в ближайшие 3–5 лет и далее. при этом, по данным росстата, за 2015 г. в России было выполнено 848 тыс. абортов. одним из наиболее удручающих фактов является то, что, по этим данным, 70,3 тыс. абортов было сделано первобеременным, а 31,3 тыс. – женщинами в возрасте до 19 лет. Реалии нашего времени таковы, что каждая десятая жительница России начинает сексуальную жизнь в возрасте до 14 лет, а средний возраст первого полового контакта колеблется в различных регионах от 15,8 до 17,5 лет. У каждой четвертой сексуально активной девочки-подростка нет постоянного



полового партнера. доля аборт, выполненных подростками, остается на стабильно высоком уровне. Своевременно и правильно подобранные методы контрацепции способствуют снижению числа абортов. последние, к несчастью, неблагоприятно отражаются на здоровье женщины, т.к. практически каждый второй аборт приводит к таким тяжелым последствиям, как бесплодие, воспалительные процессы органов малого таза, хронический эндометрит, хронические тазовые боли. Все это способствует, даже при наступлении беременности в дальнейшем, невынашиванию и другим осложнениям беременности, росту перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

Цель и задачи исследования. Охарактеризовать основные методы и средства современной контрацепции; определить уровень информированности целевой аудитории о средствах контрацепции, являющихся методами профилактики аборта и заболеваний, передающихся половым путем и предпочтения целевой аудитории в выборе средств контрацепции.

Материалы и методы. Проведено анкетирование с использованием метода социологического опроса «Отношение молодежи к контрацепции» у 100 учащихся средних специальных и 58 учащихся высших учебных заведений. Для получения более полной и корректной информации опрос проводился анонимно, чтобы исключить нарушение принципов медицинской этики.

Современные способы контрацепции можно подразделить на хирургические (женская стерилизация и вазэктомия у мужчин) и нехирургические. К последним относятся гормональные препараты, внутриматочная контрацепция, барьерные методы — влагалищные спермицидные препараты (от греч. *sperma* — семя, лат. *caedere* — убивать) и механические методы (презервативы, диафрагмы, колпачки), методы, основанные на контроле фертильности. Какой метод предохранения от нежеланной беременности выбрать, каждая пара решает индивидуально и/или при консультации с врачом-гинекологом.

Выделим основные группы методов контрацепции в зависимости от механизма их действия.

1. Гормональная контрацепция:
 - комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы:
 - а) комбинированные оральные контрацептивы (КОК):
 - с синтетическими эстрогенами;
 - с аналогами натуральных эстрогенов.
 - б) парентеральные (влагалищное кольцо, кожный пластырь)
 - прогестиновые контрацептивы:
 - а) оральные
 - б) парентеральные (имплантат, внутримышечные инъекции, внутриматочная система)
2. Внутриматочные контрацептивы (ВМК):
 - медьсодержащие внутриматочные контрацептивы (спирали)
 - выделяющие гормоны (внутриматочная система).
3. Барьерная контрацепция:

- химическая (спермициды)
- механическая (презерватив, шеечный колпачок, влагалищная диафрагма, контрацептивная губка)
- 4. Методы, основанные на контроле фертильности:
 - прерванный половой акт
 - ритмические методы:
 - а) симптотермальный метод
 - б) календарный метод
 - метод лактационной аменореи.
- 5. Хирургическая стерилизация (осуществляется только в случаях, установленных приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 1993 г., №303):
 - мужская;
 - женская.

Результаты. По результатам исследования, возраст респондентов составил: до 25 лет – 77,6%, в интервале с 26 до 30 лет – 20,1%, старше 30 лет – 2,3%; при распределении по полу, 87 опрошенных (55%) составили лица женского пола и 71 (45%) – лица мужского пола. Время начала половой жизни у 55,2% относится к периоду от 18 лет и старше, у 22,4% – к возрасту от 16 до 17 лет, 5,2% начали половую жизнь в период с 14 до 15 лет и 17,2% не живут половой жизнью.

Понимание о контрацептивах, как о методе предупреждения беременности и средстве защиты от заболеваний, передающихся половым путем, отмечено у 86,2% опрошенных, при этом, представление о контрацепции, как о средстве, только предохраняющим от беременности, отмечено у 12% анкетированных, также 2,8% не знают, что такое контрацептивы. Положительное отношение к контрацепции высказали 86,2% респондентов (из них менее 5% не живут половой жизнью), 13,8% не задумывались об этом, т.к. не ведут половой жизни, что свидетельствует об отсутствии осознанного понимания важности вопроса о собственном репродуктивном здоровье.

Информированность аудитории опроса о различных методах контрацепции довольно высока: подавляющее большинство знает о методах экстренной контрацепции – 94,8% учащихся, о барьерных методах контрацепции знают 87,9%, о гормональных и внутриматочных методах – по 84,5%, о хирургическом методе – 74,1%, и, наконец, о химических методах – 58,6% опрошенных.

Среди предпочтений при использовании метода контрацепции были выявлены следующие особенности: две трети опрошенных используют барьерные методы контрацепции (67,2%), гормональными методами контрацепции пользуются 17,2% анкетированных учащихся, календарный метод применяют 15,5% учащихся, прерванный половой акт используют в качестве метода контрацепции 5,2% ответивших, экстренная контрацепция используется в 1,7% случаев; при этом, ни химические, ни внутриматочные методы контрацепции не используются в данном опросе ни одним из участников. Таким образом, опрошенные сочетают различные методы контрацепции, используя



высокоэффективные только в 17,2% случаев. В значительной степени выбор метода контрацепции участниками опроса основывается на доступности – в 41,4% случаев, на надежности и отсутствии побочных эффектов – в 34,5% случаев, по другим причинам – в 21,2% (неосознанный выбор). Это подтверждает предположение о недостаточно полном и достоверном понимании при выборе того или иного метода контрацепции

Интересные данные были получены при обсуждении источников получения информации о методах контрацепции: наибольшее число опрошенных отдало предпочтение средствам массовой информации (СМИ) и материалам, полученным в интернете – 62,1%, чуть меньше количество опрошенных (60,3%) отметило, что источником информации являются врачи, в 25,9% случаев – родители учащихся, в 22,4% случаев источниками информации являлись сверстники и в 15,5% – партнер или партнерша анкетировемого. Необходимо отметить, что 65,5% опрошенных хотели бы получать информацию о контрацепции в учебных заведениях, от родителей и врачей, в равной мере; только в 20,7% случаев анкетировемые хотели бы получать такую информацию из СМИ, в 13,8% – от партнера или партнерши, в 10,3% – от сверстников. Из анализа данных ответов можно сделать вывод о недостаточно высоком уровне доверия к медицинским работникам при получении информации о методах контрацепции, о необходимости наличия более достоверной и адекватной информации о контрацепции в доступных как для учащихся, так и для их родителей, СМИ, интернете и социальных сетях, а также о целесообразности проведения постоянной просветительской работы по методам выбора контрацепции в учебных заведениях. Последний тезис нашел свое подтверждение в данных нашего анкетирования, выявившего, что 93,7% респондентов считают необходимым проведение в школах, училищах, институтах и других учебных заведениях, семинаров о современных методах контрацепции, о профилактике абортов и заболеваний, передающихся половым путем, о социально-педагогическом воспитании репродуктивного поведения учащихся.

Какую роль играют амбулаторные учреждения при определении метода контрацепции? При анализе полученных данных выявлено, что 81% опрошенных не обращались в женскую консультацию или в поликлинику с целью выбора метода контрацепции; При этом, среди 19% обратившихся с подобным вопросом, только в 17,2% случаев (3,3% от общего количества!) было назначено обследование. Следовательно, наибольшей проблемой в настоящий момент является недопустимо низкий охват целевой аудитории предложением помощи в выборе метода контрацепции на амбулаторном этапе. Что еще более печально – только каждому шестому, из обратившихся за подобной помощью, было предложено обследование с целью адекватного выбора метода контрацепции. Таким образом, существует колоссальный разрыв между пониманием учащимися роли врачебного сообщества в выборе метода контрацепции и готовностью врачей амбулаторного звена оказать реальную помощь даже тем, кто уже

обратился в амбулаторные учреждения за консультацией по поводу выбора методов контрацепции.

Каким же образом при первом половом контакте анкетлируемые использовали информацию о методах контрацепции? При опросе нами были получены следующие данные: среди 46,5% случаев использования при первом половом контакте того или иного метода контрацепции, предпочтение было барьерным методам, что составило 41,4% случаев, в 3,4% случаев применялись оральные контрацептивы, в 1,7% случаев – экстренная контрацепция, при этом 36,2% опрошенных вообще не использовали ни один из методов контрацепции. Необходимо отдельно отметить, что 86,2% опрошенных знают о барьерной контрацепции, как о средстве защиты от заболеваний, передающиеся половым путем, но при этом, только 41,4% участвующих в анкетировании использовали данный метод при первом половом акте. Удивительным является тот факт, что в 6,9% случаев опрошенные считают, что могут защититься от заболеваний, передающиеся половым путем, применяя методы экстренной контрацепции, в 1,7% случаев – применяя гормональные контрацептивы; вообще не имеют представления о том, какой метод контрацепции защищает от заболеваний, передающихся половым путем, 12,1% анкетлируемых. Следовательно, учащиеся не имеют полного и надежного представления об особенностях заболеваний, передающиеся половым путем, или надеются на честность партнера, или партнерши.

Очень интересные закономерности были отмечены при анализе информации об отношении к искусственному аборту: 44,8% опрошенных отметили положительное отношение к данному методу прерывания беременности, мотивируя это, как отсутствием социально-экономических условий для воспитания детей, так и наличием, в ряде случаев, медицинских противопоказаний для вынашивания беременности, в частности – пороков развития плода. При этом, 55,2% опрошенных, с отрицательным отношением к искусственному аборту, отметили его неблагоприятные последствия для репродуктивного потенциала женщины, а также наличие у них особенностей морально-этического отношения к данному методу прерывания беременности.

Следовательно, для увеличения доли респондентов осознанного выбора метода контрацепции, с целью исключения роли социально-экономического фактора при выборе методики контрацепции, необходимо увеличить охват целевой аудитории полной и достоверной информацией для формирования здорового репродуктивного поведения до начала половой жизни.

Заключение. Полученные в результате анонимного анкетирования данные с использованием метода социологического опроса «Отношение молодежи к контрацепции» у 100 учащихся средних специальных и 58 учащихся высших учебных заведений свидетельствует о необходимости проведения в школах, училищах, институтах и других учебных заведениях семинаров о современных методах контрацепции, о профилактике абортов и заболеваний, передающиеся половым путем. Необходимо отдельно отметить, что



информированность аудитории не всегда коррелирует с её репродуктивным поведением: так, 86,2% опрошенных знают о барьерной контрацепции как о средстве защиты от заболеваний, передающиеся половым путем, но при этом, только 41,4% участника использовали данный метод при первом половом акте. Таким образом, с целью профилактики распространения заболеваний, передающиеся половым путем, необходимо на доступном уровне расширять знания учащихся как из предполагаемых групп риска, так и среди впервые вступающих в половой контакт. Способы социально-педагогического воспитания репродуктивного поведения учащихся необходимо начинать применять не позднее раннего подросткового возраста, т.е. на уровне учащихся 4 – 6 классов средних школ.

В 2016 г. международная коллегия специалистов CARE (в переводе с англ. «ЗАБОТА») из 13 стран, занимающаяся профессиональным исследованием вопросов сексуального и репродуктивного здоровья в подростковом возрасте, разработала рекомендации по консультированию девочек-подростков и молодежи по вопросам контрацепции, принятые ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения описывает ориентированные на молодежь услуги здравоохранения как доступные, равноправные, приемлемые, уместные, исчерпывающие, эффективные и действенные для молодых людей. На практике это означает, что такие услуги должны находиться в удобном месте и иметь доступные часы работы, предлагать обслуживание без предварительной записи; оказываться отзывчивыми, неосуждающими, позитивными, квалифицированными и профессиональными сотрудниками-консультантами, относящимися к подросткам с уважением; быть исчерпывающими, предлагая полный пакет ухода; быть эффективными и обеспечивать учет информации для мониторинга эффективности. Внедрение данного подхода в российском здравоохранении позволит в значительной степени снизить негативные последствия от недостаточной информированности молодёжи по вопросам контрацепции и профилактики заболеваний, передающихся половым путём и повысить репродуктивный потенциал населения, в первую очередь, за счёт снижения количества абортов и их негативных последствий для репродуктивного здоровья женщин.

Список литературы:

1. Гормональная контрацепция. Клинические лекции / под ред. В. Н. Прилепской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 256 с.
2. Межевитинова Е.А. Барьерные методы контрацепции как профилактика развития инфекций, передающихся половым путем, и патологии шейки матки // Гинекология. — 2001. — Т. 3. - №4. - С. 37-39.
3. Мельникова С. Е., Кахиани Е. И., Дудниченко Т. А., Сафина Н.С. Гормональная контрацепция. Особенности контрацепции в подростковом возрасте: учебное пособие /. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова МЗ РФ, 2017. — 60 с.
4. Подзолкова Н. М., Роговская С. И., Колода Ю. А. Современная

контрацепция: новые возможности и критерии безопасности: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 128 с.

5. Радзинский В. Е., Хамошина М. Б. Алгоритм выбора метода контрацепции. Консультирование по контрацепции как основа персонифицированного выбора: информационный бюллетень. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2017. 20 с.

6. National Institute for Health and Care Excellence. Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25. NICE public health guidance 15, March 2014.

УДК 616.1:001]:005,218:614.2

ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАЗРАБОТКАХ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ БЕЛАРУСИ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 ГОДЫ

Сачек М.М., Малахова И.В., Дудина Т.В., Ёлкина А.И., Василевская М.Г.

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
Республика Беларусь, г. Минск,

Аннотация. На основе ежегодного мониторинга результативности медицинской науки Беларуси проанализирована эффективность научных разработок по вопросам качества жизни и здоровья населения республики. Представлена количественная и качественная характеристика всего массива выполняемых тем НИР за последние 5 лет, оценена эффективность внедрения результатов НИР по этим вопросам.

Ключевые слова. Медицинская наука, здоровье населения, мониторинг результативности, научные организации, организационные технологии, здравоохранение.

Актуальность. Развитие медицинской науки играет особую роль в медико-социальной системе охраны здоровья населения, являясь системообразующим фактором, оказывающим влияние на различные аспекты жизни общества и, в конечном итоге, на улучшение качества жизни населения [1]. Поэтому состояние медицинской науки определяется государственной политикой, формирующейся под влиянием демографических тенденций, состоянием здоровья населения и национального здравоохранения, уровнем социально-экономического развития государства, научным и образовательным кадровым потенциалом.

Качество жизни населения является комплексной и постоянно эволюционирующей и расширяющейся категорией, характеризующей в конечном итоге, комфортность существования человека. Качество жизни, связанное со здоровьем, также является интегральной характеристикой, основными показателями которого являются доступность и надлежащее качество оказываемой населению медицинской помощи и состояние здравоохранения. Поэтому современное здравоохранение республики ориентировано на внедрение



новых высокоэффективных медицинских технологий (НМТ), улучшающих качество медицинской помощи, оказываемой населению.

При этом важнейшим направлением его развития становится совершенствование организационных технологий, направленных на рациональное использование ресурсов на основе государственных минимальных социальных стандартов и перераспределении ресурсов на более эффективные и менее затратные виды медицинской помощи. Сегодня качество медицинского обслуживания напрямую зависит от качества отраслевой науки и является одним из важнейших условий улучшения здоровья и повышения качества его жизни.

В соответствии с национальной инновационной доктриной развития науки Республики Беларусь, устойчивое развитие экономики возможно только на основе императивов науки, то есть повышения эффективности коммерциализации результатов научного труда и трансфера новых технологий, в том числе медицинских. Другими словами, внедрение результатов научных исследований и разработок в практическое здравоохранение становится главным критерием эффективности медицинской науки.

Понятно, что эффект от реализации научных разработок в здравоохранении может быть значительно отсроченным, что осложняет оценку эффективности предлагаемых к внедрению практических рекомендаций и разработок. Тем не менее, постоянный мониторинг проводимых в рамках НИР научных исследований позволяет выявлять приоритетные и наиболее успешные направления исследования и дать научно-обоснованный прогноз их дальнейшего использования. Поэтому, с нашей точки зрения, количественная и качественная оценка всего массива научно-научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических разработок (НИОК(Т)Р), посвященных вопросам качества жизни и, прежде всего, сохранения и улучшения здоровья населения республики, выполняемых белорусскими учеными в последние годы, является важной для понимания эффективности современной медицинской науки и системы здравоохранения и определения направлений развития.

Цель и задачи. Целью работы было создание информационно-диагностической системы оценки результативности научных организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь и эффективности внедрения научных достижений в практическое здравоохранение.

Основная задача – дать характеристику всех выполняемых НИОК(Т)Р в сфере медицины и здравоохранения Беларуси, направленных на оценку и разработку предложений по улучшению здоровья и качества жизни населения республики за 2014-2018 годы.

Материалы и методы исследования. Материалами для решения этой задачи служили отчеты всех научно-исследовательских организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, информационные базы данных и реестры тем НИОК(Т)Р, выполненных и продолжающихся в научных организациях за последние 5 лет.

В работе использован системный аналитический метод исследования.

Результаты. По данным Белстата, 44,7% всех научных исследований в республике осуществляются за счет средств бюджета [2]. В сфере медицины и здравоохранения большинство научных исследований финансируются из бюджета и выполняются в рамках ГНТП, ОНТП и региональных программ (87,6%), перечень которых представлен ниже.

Перечень ГНТП, ОНТП и основных региональных программ в сфере медицины и здравоохранения, финансирующих научные исследования в Беларуси на период 2016 -2020 годы.

Государственная научно-техническая программа (ГНТП) «Новые методы оказания медицинской помощи»

- подпрограмма «Болезни системы кровообращения»
- подпрограмма «Хирургические заболевания»
- подпрограмма «Онкологические заболевания»
- подпрограмма «Трансплантация клеток, тканей и органов»
- подпрограмма «Инфекции и биологическая безопасность»
- подпрограмма «Внутренние болезни»

Отраслевые научно-технические программы (ОНТП)

1. Здоровье матери и ребенка — богатство общества
2. Здоровье и среда обитания
3. Реабилитация, экспертиза, предупреждение инвалидности

Государственные программы научных исследований (ГПНИ)

1. ГПНИ «Биотехнологии»
2. ГПНИ «Фундаментальные и прикладные науки – медицине»,
 - подпрограмма «Трансляционная медицина и патология»
 - подпрограмма «Диагностика и терапия заболеваний»
 - подпрограмма «Новые технологии купирования заболеваний»
3. ГПНИ «Конвергенция-2020»

Региональные научно-технические программы (РНТП)

1. РНТП «Инновационное развитие Брестской области»
2. РНТП «Инновационное развитие Витебской области»
3. РНТП «Инновационное развитие Гомельской области»
4. РНТП «Устойчивое инновационное развитие Гродненской области»
5. РНТП «Инновационное развитие Минской области»
6. РНТП «Инновационное развитие Могилевской области»

Государственные программы (ГП)

1. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы
 - подпрограмма 1 «Семья и детство»
 - подпрограмма 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний»
 - подпрограмма 3 «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма»



- подпрограмма 4 «Туберкулез»
- подпрограмма 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции»
- подпрограмма 6 «Внешняя миграция»
- подпрограмма 7 «Обеспечение функционирования системы здравоохранения Республики Беларусь»

2. Государственная программа развития фармацевтической промышленности Республики Беларусь на 2016 - 2020 годы

- подпрограмма 1 «Разработка и производство новых лекарственных средств»
- подпрограмма 2 «Нормативная правовая база»
- подпрограмма 3 «Подготовка кадров для фармацевтической отрасли»

Приоритетные направления научно-технической деятельности в Республике Беларусь на 2016–2020 годы сформированы во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 22 апреля 2015 года № 166 и утверждены Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 153 от 25 февраля 2016 года на 2016–2020 годы. Соответственно, медицина и фармация, медицинская техника, био- и наноиндустрия, информационно-коммуникационные технологии в долгосрочном периоде в республике остаются приоритетными направлениями деятельности белорусских ученых.

Считается, что достижения медицины по улучшению показателей здоровья определяются эффективностью переноса теоретических знаний в практическое здравоохранение (трансляция знаний) и передачей (внедрением) новых медицинских технологий (трансферт технологий) отечественных и наиболее эффективных зарубежных высокотехнологичных методов профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации, прежде всего, социально значимых заболеваний. Можно сказать, что трансляция знаний и трансферт медицинских технологий являются основными механизмами освоения достижений медицины [3-5], а создание и развитие передовых медицинских технологий и внедрение в практику инновационных продуктов, созданных на их основе и направленных на сохранение и улучшение здоровья и качества жизни населения, становятся главной целью республиканской медицинской науки.

Соответственно, важнейшими научными задачами по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» в республике становится разработка научно обоснованного долгосрочного плана совершенствования организационной структуры здравоохранения и оптимизации управленческих технологий на основе ежегодного мониторинга достижений науки и отрасли здравоохранения. Решение всех этих сложных задач возложено на научные, образовательные и научно-практические учреждения Министерства здравоохранения Республики Беларусь и учреждения медико-биологического отделения Национальной академии наук.

Ежегодно в РНПЦ МТ на основании отчетных материалов, предоставляемых в Минздрав, проводится оценка и анализ результативности всех научных

организаций системы Минздрава. В соответствии с выделяемыми объемами финансирования НИОК(Т)Р в соответствии с Инструкцией «Об оценке результатов научной деятельности государственных медицинских (фармацевтических) научных организаций», утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.12.2014 № 1236 оценивается реальный вклад ученых в отраслевую науку и практическое здравоохранение. Технология этой работы подробно изложена в публикации [6].

На начало 2019 года сеть государственных научных медицинских (фармацевтических) учреждений, сложившаяся за последние годы, включала 26 организаций. Это 5 учреждений, реализующих программы высшего медицинского (фармацевтического) образования (4 медицинских университета - Белорусский, Витебский, Гомельский, Гродненский) и программы дополнительного образования взрослых (Белорусская академия последипломного образования), 15 Республиканских научно-практических центров (РНПЦ), 3 научно-практических центра (НПЦ) (Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены»; Государственное предприятие «НПЦ ЛОТИОС» и Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»). С 2017 года еще три организации - РУП «Белмедпрепараты», УЗ «Национальная антидопинговая лаборатория» и ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов» – аккредитованы как научно-исследовательские.

Сегодня более 9,5 % от числа всех белорусских исследователей работают в сфере медицинской науки. Более 3700 научных работников занимаются научной деятельностью, причем более половины из них (57,36 %) имеют ученые степени и звания. Свыше 1000 человек продолжают работу над докторскими и кандидатскими диссертациями. Надо отметить, что в Беларуси удалось сохранить сильные школы по различным направлениям медицинской науки, в том числе и по специальности общественное здоровье и здравоохранение.

На рис.1 представлена структура всех НИОК(Т)Р, выполнявшихся в научных организациях системы Минздрава за период с 2014 по 2018 годы. Большинство тем НИР, включенных в этот анализ, были посвящены оценке состояния здоровья населения, вопросам гигиенического нормирования, повышения качества диагностики, лечения и реабилитации пациентов при актуальных для республики заболеваниях.

К примеру, в 2018 году это были 803 НИОК(Т)Р, результаты которых включали обязательную разработку новых методик (методов) исследования, создание импортозамещающей продукции, новых лекарственных средств, приборов и технологий, тест-систем и наборов для лабораторного анализа, способов и алгоритмов диагностики, лечения и реабилитации, часть из которых после клинической апробации в дальнейшем включаются в протоколы диагностики и лечения, то есть совершенствованию оказания медицинской помощи населению.

При этом из общего массива тем НИР за 2014-2018 годы 165 НИОК(Т)Р (20,5%) были посвящены непосредственно вопросам оценки здоровья и качества



жизни населения республики, включая вопросы медицинской социологии, профилактики и пропаганды здорового образа жизни. В частности, в 2018 году в рамках выполнения тем НИР разработано и утверждено Минздравом 345 новых методов и медицинских технологий (инструкций по их применению), в практику же организаций здравоохранения внедрено 799 методов и технологий.

Кроме того, подготовлены и утверждены 523 наименования нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи, включая протоколы диагностики и лечения, а также санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы. Разработано и получено разрешение на серийный выпуск 78 наименований медицинских изделий, лекарственных средств, диагностикумов, при этом налажен выпуск 106 наименований медицинских изделий. Следует отметить, что отечественные диагностикумы составляют около 30 % используемого в республике перечня медицинских изделий диагностического назначения. В результате освоения выпуска разработанных лекарственных средств доля отечественных препаратов на рынке республики составляет в стоимостном выражении 56,4 %. При этом предприятия фармацевтической промышленности экспортируют продукцию, созданную на основе научных разработок белорусских ученых в 32 страны мира.

Характерно, что за последние три года наиболее результативными в плане разработки и внедрения результатов в практику здравоохранения и образовательный процесс были исследования по «клинической лабораторной диагностике», «общественному здоровью и здравоохранению», «гигиене и эпидемиологии», «онкологии» и «кардиологии».

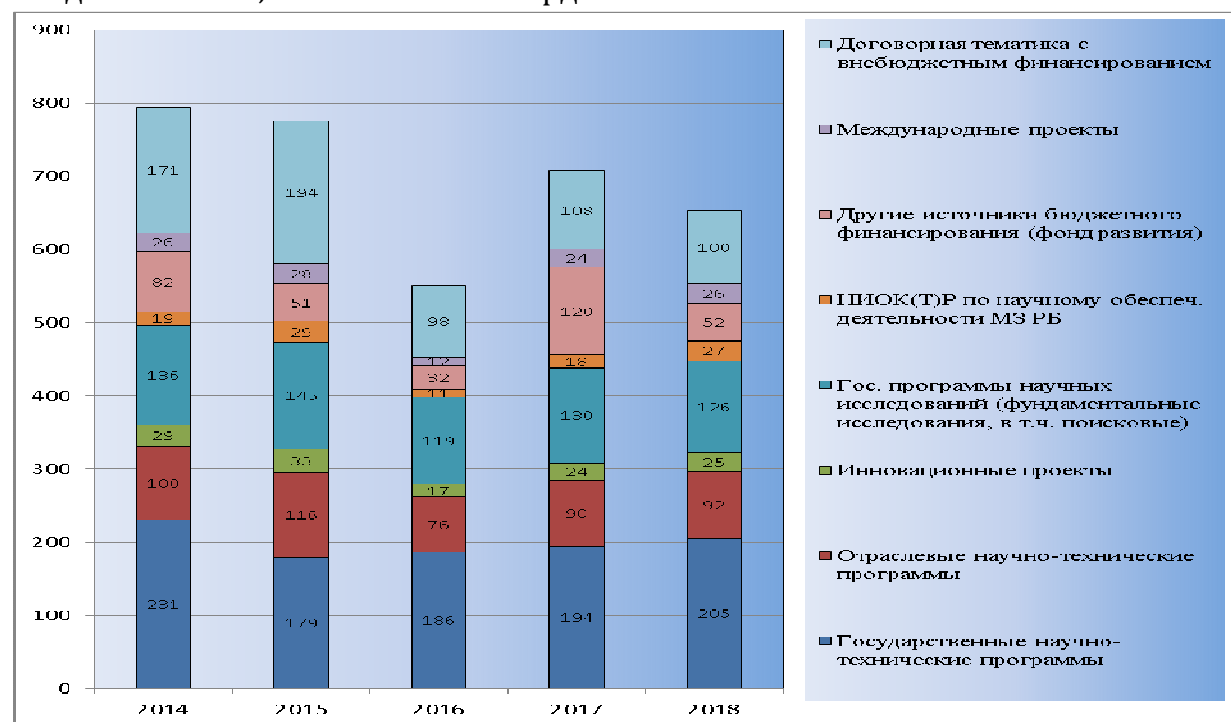


Рисунок 1. Структура НИОК(Т)Р, выполняемых в научно-исследовательских организациях системы Минздрава Республики Беларусь за период 2014 – 2018 годы

На рис. 2 представлена динамика количества разработанных и утвержденных инструкций по применению НМТ, разработанных в рамках выполнения тем НИР и уже внедренных методов и технологий за последние 5 лет.

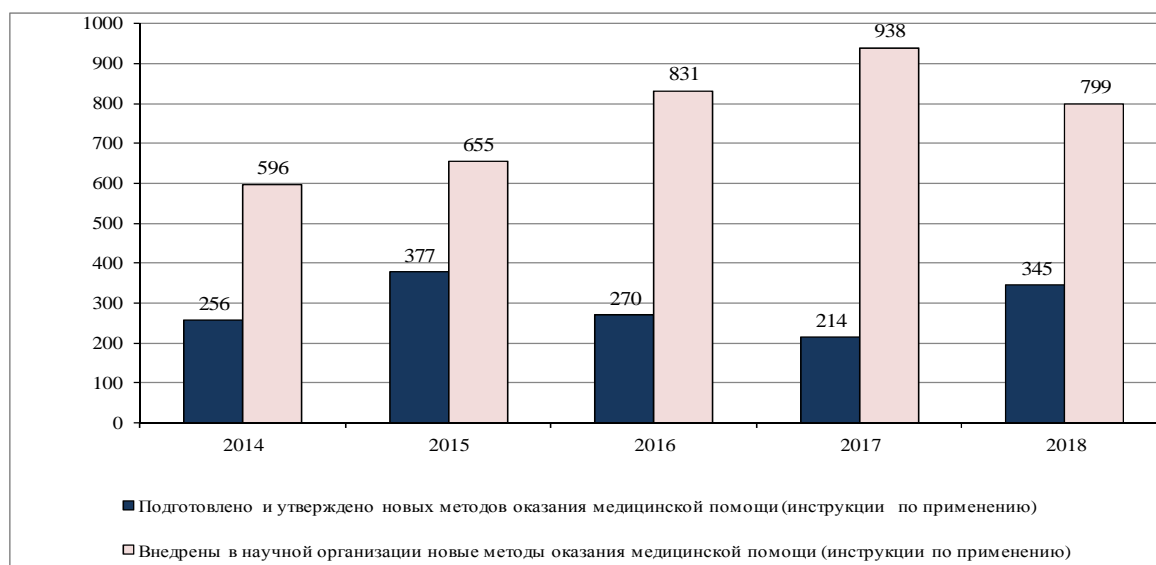


Рисунок 2. Динамика количества подготовленных в НИО МЗ РБ и внедренных в практику здравоохранения инструкций по применению НМТ за период 2014-2018 годы

При этом, как правило, ежегодно внедряются разработки, полученные за три предыдущих года.

Для убедительности приведенной количественной характеристики достижений ученых-медиков республики в качестве примеров приводятся некоторые уникальные методы и технологии оказания медицинской помощи, разработанные и внедренные в практическое здравоохранение республики в последние годы, значительно улучшающие как организацию оказания медицинской помощи, так и ее результаты.

Учеными БелМАПО совместно с НП ООО «Медбиотех» разработана технология трехмерной реконструкции нижней и медиальной стенок глазницы на основе выходных файлов мультиспиральной компьютерной томографии для устранения посттравматических дефектов и деформаций глазницы и глазничного органоккомплекса, позволяющая точно определять размеры и форму костного дефекта. Технология дает возможность планирования реконструктивного вмешательства и максимально точного восстановления геометрии поврежденной зоны.

В Минском научно-практическом центре хирургии, трансплантологии и гематологии, РНПЦ «Кардиологии» и РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова в трансплантологии, торакальной, гепатобилиарной и кардиоваскулярной хирургии успешно используется инновационный подход – вместо синтетических протезов и аллогraftов для протезирования и реконструкции сосудистого русла — криосохраненные сосудистые и девитализированные аллогraftы, обладающие высокой



биосовместимостью, обеспечивающие оптимальные гемодинамические показатели, исключающие необходимость длительного приема антикоагулянтов, отлично моделирующиеся и обладающие низким риском инфицирования, что дает возможность их использования у детей, включая новорожденных. Созданы банки криосохраненных и девитализированных аллогraftов, позволяющие отказаться от использования дорогостоящих зарубежных синтетических протезов.

Благодаря технологиям, разработанным в **РНПЦ «Кардиология»** и совместно с другими организациями сегодня республика входит в число лидеров по количеству проводимых высокотехнологичных операций. Ежегодно в стране выполняется порядка 51,7 органных трансплантаций на 1 млн. населения. Беларусь по этому показателю является лидером не только на постсоветском пространстве, но и опережает многие европейские страны.

Разработка и внедрение в практику методов оказания медицинской помощи с использованием стволовых клеток позволяет активно применять их в кардиологии, эндокринологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии, гематологии, онкологии и других областях медицины.

Новое слово в медицине - использование при хирургическом лечении пациентов с опухолевым поражением трахеи в **РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова** ревааскуляризированного тканеинженерного протеза, полученного путем заселения очищенной матрицы донорской трахеи эпителиоцитами и преддифференцированными хондроцитами.

В РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии при лечении ряда онкологических заболеваний используются так называемые, CAR-T клетки. В основе метода лежит генетическая модификация лимфоцитов пациента *ex vivo* с целью доставки в клетки искусственного рецептора, специфичного к определенному опухолевому антигену. Этот терапевтический подход адаптивной клеточной иммунотерапии опухоли включает ряд сложных биотехнологических методов, не использовавшихся ранее в клинической практике в стране.

В республике разработаны методы лечения лекарственно устойчивого туберкулеза с помощью стволовых клеток крови — материала костного мозга, принадлежащего самому пациенту, ранее не применяемые в Беларуси.

На базе **РУП «Белмедпрепараты»** создается проект по созданию крупнейшего в СНГ производства противоопухолевых препаратов в виде порошков и составов для инъекций.

В РНПЦ травматологии и ортопедии разработаны и внедрены методы хирургической коррекции и стабилизации деформации позвоночника при патологическом кифозе; метод лечения пациентов с вертельными переломами проксимального отдела бедренной кости и отечественная конструкция для его осуществления; метод хирургической стабилизации грудного и поясничного отделов позвоночника с применением многофункционального отечественного фиксатора позвоночника с биологически инертным покрытием и др.

В РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения разработаны способы моделирования структуры процессов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, проводится комплекс работ по созданию системы электронного здравоохранения и внедрения системы поддержки принятия клинических решений на основе информационно-коммуникационных технологий, в том числе телеконсультирования пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи. Продолжается внедрение технологии «Электронный рецепт».

Это далеко не полный перечень конечной продукции, созданной по результатам научной и научно-технической деятельности ученых в последнее время, помогающей улучшать качество оказания медицинской помощи, здоровья и жизни различных категорий пациентов. Многие из этих разработок сегодня применяются в повседневной практике врача и организаций здравоохранения, обеспечивая решение важнейших задач отрасли - сохранение и укрепление здоровья, повышение продолжительности жизни и улучшение ее качества.

Заключение. Активное внедрение результатов научных исследований и разработок в практическое здравоохранение подтверждает эффективность отечественной медицинской науки и здравоохранения. Благодаря НМТ профилактики, диагностики и лечения при многих болезнях снижаются показатели заболеваемости, инвалидности, смертности, частоты осложнений, временной утраты трудоспособности, сокращаются сроки и объемы обследований, необходимых для постановки диагноза, уменьшаются затраты на оказание медицинской помощи. В конечном итоге - это благоприятно сказывается на качестве здоровья и продолжительности жизни людей, дает косвенный экономический эффект благодаря снижению трудопотерь, сокращению сроков лечения пациентов, предотвращению смертности и инвалидности в трудоспособном возрасте, уменьшению числа направлений на лечение за пределы страны.

Другими словами, благодаря научным достижениям и тесной связи науки, образования и практики в сфере медицины и здравоохранения за сравнительно небольшой промежуток времени системе здравоохранения удалось существенно улучшить качество оказания медицинской помощи населению - важнейшей составляющей, обеспечивающей уровень здоровья и жизни населения республики.

Список литературы.

1. Решетников А.В. Социология медицины: руководство - Москва: ГЭОТАР — Медиа, 2010. - С.22.
2. Наука и инновационная деятельность в Республике Беларусь // Национальный Статистический комитет Республики Беларусь. Статистический сб. - Минск. - 2017. - 138 с.
3. Титов В.В. Трансфер технологий. Учебное пособие для заочного курса "Технологический менеджмент". - 2000. - 167с.



4. Винсент К.О. Норманн Г.Е. Инновации в системе здравоохранения: концептуальная модель//журн. Инновации в государственном секторе. -2010.- №15.-С.1 -15.
5. Canadian Institutes for Health Research (2009) About Knowledge Translation. Ottawa, Canada: CIHR.- 57 p.
6. Сачек М.М., Филонюк В.А., Малахова И.В., Дудина Т.В., Ёлкина А.И., Василевская М.Г. Исследовательская активность и результативность ученых-медиков Беларуси за период 2010-2016 гг.//Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2017.- №4.-С.4-15.

УДК [614.2:009.11:614.75/.83]:316.776 (476)

**ЭНДОКРИННЫЕ РАЗРУШИТЕЛИ И РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ: ПЕРВЫЕ ШАГИ
К ИЗУЧЕНИЮ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

*Сачек М.М., Малахова И.В., Щербинская И.П., *Ильюкова И.И., **Салко О.Б.*

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», г. Минск, РБ
*Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены», г. Минск, Республика Беларусь
**ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. *Окружающая среда имеет важное значение для поддержания здоровья и благополучия людей. Будучи ресурсом для выживания и развития человека и общества в целом, она может быть и источником болезней. Применение химических веществ в мире возрастает в среднем на 40 000 тонн ежегодно. Наряду с малоопасными и неопасными химическими веществами в оборот поступают химические вещества, вредные для здоровья человека. Некоторые из них и/или их смеси даже при воздействии в низких дозах обладают способностью нарушать функции эндокринной системы, приводя к нарушениям здоровья индивидуума, его потомства. Эндокринные разрушители (дизрапторы) – одна из причин развития хронических неинфекционных заболеваний у трудоспособного населения. Предотвращение их воздействия является одним из приоритетов Европейского региона ВОЗ.*

Ключевые слова: *Химические вещества, эндокринные разрушители, дизрапторы, неинфекционные заболевания, эндокринные болезни, мониторинг, экспозиция, уязвимые группы населения, общественное здравоохранение, учебная программа.*

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена наличием пробелов в знаниях о негативном воздействии эндокринных разрушителей (далее – ЭР) на здоровье человека, а также трудностями по минимизации последствий этих процессов.

Данные научных исследований в последние три десятилетия свидетельствуют о том, что отдельные химические вещества, известные как эндокринные разрушители, могут взаимодействовать на рецепторном уровне с клетками эндокринной системы, изменяя ее функцию (функции), и увеличивая риск развития эндокринозависимых заболеваний. Некоторые эндокринные разрушители являются естественными метаболитами, тогда как другие представляют собой синтетические химические вещества, обнаруживаемые в окружающей среде, товарах народного потребления, в том числе в товарах для детей, средствах личной гигиены, косметике, продуктах питания, электронике, лекарственных средствах.

В Республике Беларусь информация о влиянии ЭР на организм человека практически отсутствует. Первым шагом в заполнении этого пробела стала реализация проекта «Развитие субрегионального сотрудничества учреждений здравоохранения с целью укрепления потенциала и обмена информацией для решения проблем воздействия опасных химических веществ на здоровье населения в Беларуси и Украине». Информация, накопленная в результате его выполнения, позволила приблизиться к оценке проблемы ЭР в республике и обоснованию направлений научных исследований и других мер, необходимых для принятия управленческих решений по предотвращению влияния этих опасных химических веществ на здоровье человека.

Цель исследования: разработать и внедрить платформу для обмена информацией на национальном и международном уровнях об эндокринных разрушителях в Республике Беларусь.

Для разработки платформы для обмена информацией на национальном уровне были поставлены следующие **задачи**:

разработать Положение о создании субрегиональной сети организаций здравоохранения с целью информирования широкой общественности о значимости эндокринных разрушителей как потенциальных индукторов эндокринных заболеваний и стимулирования научных разработок в данном направлении в Республике Беларусь;

разработать обучающую программу для специалистов общественного здравоохранения по воздействию эндокринных разрушителей на здоровье.

Материалы и методы. В работе использованы: аналитический, исторический, описательный методы исследования.

Результаты. В данной статье представлены некоторые результаты национального исследования «Развитие субрегионального сотрудничества учреждений здравоохранения с целью укрепления потенциала и обмена информацией для решения проблем воздействия опасных химических веществ на здоровье населения в Беларуси и Украине», реализованного в 2018 году при технической поддержке Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (далее – проект).

В рамках указанного проекта было разработано Положение о субрегиональной сети организаций «NETINFOCHEM» (далее – Сеть) для



содействия обмену информацией о влиянии химических веществ, нарушающих работу эндокринной системы, на здоровье человека. Деятельность Сети направлена на содействие сбору и распространению информации по данной проблеме.

Основными задачами Сети являются:

- ❖ сбор и обмен информацией о влиянии химических веществ, нарушающих работу эндокринной системы, между членами Сети;
- ❖ инициирование включения вопросов влияния химических веществ, нарушающих работу эндокринной системы, в программы научно-практических конференций и других форумов по вопросам здоровья и окружающей среды;
- ❖ распространение и пропаганда научных знаний о влиянии химических веществ, нарушающих работу эндокринной системы, на здоровье человека.
- ❖ содействие развитию научных исследований и разработок по вопросам здоровья в связи с воздействием химических веществ;
- ❖ содействие профессиональной подготовке и обучению по предотвращению и минимизации влияния химических веществ, нарушающих работу эндокринной системы, на здоровье человека;
- ❖ продвижение научной информации, необходимой для принятия управленческих решений по минимизации и предотвращению вредного влияния химических веществ на здоровье и разработке практических мер по их осуществлению.

Разработаны Требования к информации, распространяемой Сетью, и способы ее распространения.

Для администрирования и поддержки работы Сети определена базовая организация, в качестве которой в Республике Беларусь выступает республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены». Функции базовой организации включают: поддержание веб-страницы Сети, как платформы для информационного обмена; принятие мер по повышению эффективного взаимодействия заинтересованных сторон; привлечение новых членов для участия в Сети и расширения сферы ее действия; методическое и организационно-техническое обеспечения функционирования Сети; предоставление технических и человеческих ресурсов для обеспечения функционирования Сети экспертов.

В своей деятельности базовая организация руководствуется действующим законодательством страны нахождения. Базовая организация поддерживает контакты и при необходимости инициирует взаимодействие с техническими экспертами по химической безопасности Европейского регионального офиса ВОЗ.

Членами Сети могут быть учреждения/организации здравоохранения или их подразделения, сфера деятельности которых включает вопросы влияния химических веществ на здоровье человека; научные организации; межправительственные и неправительственные организации (профессиональные, общественные).

Сеть организаций «NETINFOCHEM» в Республике Беларусь включает учреждение, одним из подразделений которого является отдел медицинской статистики и мониторинга здоровья населения (Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения); учреждения гигиенического и экологического профиля (Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены», Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека и Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья); учебные заведения (Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусский государственный медицинский университет, Витебский ордена Дружбы народов государственный медицинский университет, Гомельский государственный медицинский университет, Гродненский государственный медицинский университет); организацию эндокринологического профиля (Республиканский центр эндокринологии на базе государственного учреждения «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»); организацию акушерско-гинекологического профиля (Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»); неправительственную организацию «Центр экологических решений», другие организации (Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Республиканский научно-практический центр психического здоровья).

Координация и укрепление взаимодействия всех заинтересованных сторон, включая научные сообщества, позволит ускорить накопление информации, необходимой для принятия управленческих решений по защите здоровья, особенно уязвимых групп населения и окружающей среды.

В рамках проекта была разработана учебная программа «Опасные химические вещества и их воздействие на здоровье человека», в которой содержатся материалы по изучению влияния опасных химических веществ, в том числе эндокринных разрушителей, на здоровье населения, мониторинга показателей здоровья и окружающей среды с ориентацией на разработку профилактических мероприятий для достижения экологического, санитарно-эпидемиологического благополучия и минимизации последствий негативного влияния химических веществ на здоровье населения. Программа предназначена для профессорско-преподавательского состава учреждений высшего базового и последипломного медицинского образования и специалистов практического здравоохранения: гигиенистов, эпидемиологов, онкологов, педиатров, эндокринологов, гинекологов, врачей общей практики.

Цель изучения - приобретение научных знаний об опасных химических веществах, включая эндокринные разрушители, их воздействии на здоровье населения и разработке мер, направленных на минимизацию рисков.

Задачи учебной программы состоят в формировании социально - личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:



- ❖ нормативной правовой и нормативной технической базы;
- ❖ современных технологий поиска информационных ресурсов, сбора, обработки, анализа, моделирования и хранения данных;
- ❖ взаимодействия с системами мониторинга;
- ❖ оценки информационных потребностей различных групп, изучении и прогнозировании их изменений;
- ❖ системы доведения информации до потребителей;
- ❖ методов приобретения и осмысления знаний о классификации, механизмах воздействия опасных химических веществ, ситуации по динамике заболеваемости, потенциально связанной с воздействием эндокринных разрушителей, общих требованиях по предотвращению воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды химической природы.

Учебная программа включает следующие разделы:

- ❖ основные термины и определения, историческая справка,
- ❖ классификация, идентификация, источники и механизм действия эндокринных разрушителей;
- ❖ загрязнение окружающей среды химическими веществами
- ❖ химические вещества в потребительских товарах, пищевой продукции и упаковке, пищевых добавках, медицинских изделиях и лекарственных средствах;
- ❖ нарушения здоровья, связанные с воздействием эндокринных разрушителей, наиболее уязвимые группы населения;
- ❖ оценка воздействия ЭР (мониторинг окружающей среды, биомониторинг);
- ❖ особенности организации и проведения научных исследований по выявлению эффектов воздействия эндокринных разрушителей на здоровье населения; эпидемиологические и эпигенетические исследования;
- ❖ социально-экономические эффекты и регулирование;
- ❖ международные процессы по регулированию обращения химических веществ.

Данная учебная программа апробирована в ходе республиканского научно-практического семинара и внедрена в медицинских университетах Республики Беларусь и в Белорусской академии последиplomного образования.

Заключение или выводы. Химические вещества все шире используются в современной жизни и являются важной частью национальной экономики многих стран, но неправильное управление их обращением ставит под угрозу достижение основных целей в области устойчивого развития. Для рационального регулирования обращения химических веществ и уменьшения их негативного воздействия на организм человека необходима политическая приверженность и укрепление национальных действий в каждом государстве, а также поиск и разработка совместных, эффективных действий на международном уровне.

Эндокринные разрушители являются очень стойкими и способны оставаться в воздухе, почве и воде десятки лет. Их воздействие может проявиться и через годы после контакта с человеком. Наиболее серьезные последствия

возникают при воздействии ЭР на плод в период беременности, в детском и подростковом возрасте, то есть в периоды интенсивного развития органов и систем и организма в целом. Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что эндокринные разрушители вносят вклад в развитие хронических заболеваний, в том числе, гормонально обусловленного рака, ожирения, диабета, заболеваний репродуктивной системы.

Проблема обращения химических веществ и их влияния на здоровье человека является актуальной в Республике Беларусь. Несмотря на то, что регулирование обращения химических веществ осуществляется в Республике Беларусь и страна присоединилась к Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях, подписала намерение о присоединении к Минаматской Конвенции о ртути, выполняет технические регламенты Таможенного союза, регламентирующие содержание вредных химических веществ в потребительских товарах, тем не менее, необходимо проведение масштабных эпидемиологических исследований для оценки связи состояния здоровья населения Республики Беларусь с воздействием опасных химических веществ, которые до настоящего времени не проводились. Доступны только некоторые сведения о распространенности эндокринных разрушителей в окружающей среде и отдельная информация об их присутствии в товарах и продуктах питания. Существуют проблемы по идентификации и признанию химических веществ как эндокринных разрушителей, поскольку для них характерно разнообразие механизмов действия на эндокринную систему.

Для улучшения систем сбора информации необходимо совершенствование систем мониторинга и законодательного регулирования обращения химических веществ.

Важное значение имеет повышение информированности медицинских работников о проблемах здоровья, потенциально связанных с воздействием эндокринных разрушителей, и осуществления защитных мер. Лица, принимающие решения, также должны иметь глубокие знания о потенциальном вреде, который представляют эндокринные разрушители для населения страны, и о мерах по предотвращению этого вреда. Обучение должно начинаться в медицинских университетах. Информация об эндокринных разрушителях должна быть доведена до всех категорий и профессиональных групп населения, подвергающихся их воздействию.

Результаты нашего исследования внесли вклад в повышение информированности медицинских работников и лиц, принимающих управленческие решения, путем разработки и внедрения Положения о субрегиональной сети организаций «NETINFOCHEM» для содействия обмену информацией о влиянии химических веществ, нарушающих работу эндокринной системы, на здоровье человека, создания сети организаций, разработки и внедрения учебной программы «Опасные химические вещества и их воздействие на здоровье человека».



Огромную роль в повышении информированности населения об опасности веществ, нарушающих работу эндокринной системы, об источниках их поступления в организм, механизмах воздействия на наиболее уязвимые группы населения играют общественные организации, в том числе через реализацию многочисленных проектов, направленных на обеспечение безопасности потребительских товаров, продвижение безопасных альтернатив, в том числе в сельском хозяйстве.

Учитывая рост объемов производства и использования химических веществ, негативные последствия для здоровья человека могут стать неизбежными, что требует решений на всех уровнях – глобальном, региональном и национальном. К ним относятся: укрепление законодательных механизмов, обеспечение ресурсами, разработка программ, направленных на стимулирование сотрудничества и обмен данными между учеными, правительственными и неправительственными организациями, а также создание и расширение международных механизмов сбора и предоставления информации, проведение научных консультаций заинтересованных сторон для разработки обоснованных и эффективных мер по минимизации воздействия эндокринных разрушителей на здоровье населения, и, особенно, его уязвимых групп.

Необходимы дальнейшие исследования для получения более глубоких знаний об их воздействии на организм человека и окружающую среду.

Совершенствование системы регулирования химических веществ приведет не только к снижению заболеваемости, улучшению благосостояния населения республики и сокращению расходов здравоохранения. Рациональное регулирование химических веществ является гарантом устойчивого развития экономики, повышения ее конкурентоспособности, укреплению доверия к безопасности товаров, произведенных в нашей стране.

Решение проблем минимизации последствий негативного влияния ЭР на здоровье человека будет способствовать достижению страной Целей устойчивого развития.

Список литературы:

1. World Health Organization. 2012. State of the Science of Endocrine-Disrupting Chemicals. Geneva: International Programme on Chemical Safety.
2. Trasande L, Zoeller R.T., Hass U, Kortenkamp A, Grandjean P, Myers JP, DiGangi J, Bellanger M, Hauser R, Legler J, Skakkebaek NE, Heindel JJ. Estimating Burden and Disease Costs of Exposure to Endocrine-Disrupting Chemicals in the European Union. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Mar 5;jc20144324. [Epub ahead of print].
3. Vandenberg LN, Hauser R, Marcus M, et al. Human exposure to bisphenol A (BPA). *Reprod Toxicol*. 2007; 24:139-177. doi: 10.1016/j.reprotox.2007.07.010.
4. Отчет о третьей сессии Международной конференции по регулированию химических веществ (МКРХВ). 17 сентября 2012 г.
5. Рахманин Ю.А., Сеницына О.О., Жолдакова З.И. Опасность разрушителей эндокринной системы, загрязняющих окружающую среду, для здоровья человека. – В кн.: «Современные методологические проблемы изучения,

оценки и регламентирования факторов окружающей среды, влияющих на здоровье человека». Мат. Межд. Форума Научн. совета Российской Федерации по экологии человека и гигиене окружающей среды, посв. 85-летию ФГБУ «НИИ ЭЧ и ГОС им. А.Н. Сысина» Минздрава России. Москва 2016. Том 1. С.7-11.

УДК 614.1

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА 2013-2017 ГГ.

Селиверстова А.А., Гоголева М.Н.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация: Проведен анализ официальной статистической отчетности за 5-летний период по распространенности и первичной заболеваемости бронхиальной астмы у детей в возрасте 0-14 лет в Северо-Западном федеральном округе. Определены области с наибольшей распространенностью бронхиальной астмы. Обозначены факторы риска, способствующие возникновению заболевания. Выявлены федеральные округа, где распространенность бронхиальной астмы среди детского населения превышает средние российские показатели.

Ключевые слова: бронхиальная астма, эпидемиология, дети, заболеваемость, болезни органов дыхания, общественное здоровье, качество жизни, важнейшие социально-значимые заболевания.

Актуальность: На современном этапе развития здравоохранения стратегически важным направлением являются мероприятия по минимизации управляемых факторов риска и снижению уровня заболеваемости среди различных групп населения. Актуальным является изучение распространенности и факторов риска формирования хронической патологии среди взрослых и детей.

Высоким остается уровень распространенности болезней органов дыхания, особенно таких, как бронхиальная астма (БА). Эти заболевания характеризуются длительным и нередко тяжелым течением с частыми рецидивами, которые требуют постоянного наблюдения и лечения. Значительный удельный вес населения (особенно молодого и среднего возраста) имеет выраженные клинические признаки бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма является важным социально-значимым заболеванием за счет своего широкого распространения. Более 334 млн. человек по всему миру имеют установленный диагноз БА, среди них 14% – дети (данные отчета Глобальной сети Астмы (The Global Asthma Network)). Распространенность БА чрезвычайно варьирует в разных странах и регионах, ее значение в различных популяциях составляет от 2 до 25,5%. Имеются достоверные доказательства того, что число больных бронхиальной астмой увеличивается повсеместно. В России же распространенность БА среди взрослого населения составляет от 2,2 до 7%, среди детей этот показатель выше и составляет 10%. Согласно наблюдениям фазы III



Международного исследования бронхиальной астмы и аллергии детского возраста (International Study of Asthma and Allergies in Childhood- ISAAC), распространенность симптомов БА у детей школьного возраста составила: у детей 6-7 лет – 11,1% - 11,6%, среди подростков 13-14 лет – 13,2% - 13,7%. Уровень заболеваемости БА, по результатам множества статистических исследований, имеет стабильный рост последние 30-40 лет.

Цель: Провести медико-статистический анализ динамики заболеваемости бронхиальной астмой среди детей от 0-14 лет в Северо-Западном федеральном округе за 2013-2017 гг.

Материалы и методы: Статистическая информация по заболеваемости населения Российской Федерации по основным классам болезней и по возрасту по материалам Росстата и ВОЗ за 2013-2017 г.г., санитарно-статистические методы, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Полученные результаты: Бронхиальная астма – это гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей в сочетании с их обратимой обструкцией. БА подразделяется на БА: с преобладанием аллергического компонента, неаллергическую, смешанную и неуточненную. Триггерами, ведущими к развитию заболевания или его обострения, могут быть аллергены, инфекции, холодный воздух, стресс, пыльца растений, плесень и табачный дым, а также различные аэрополлютанты, даже находящиеся в концентрациях допустимых гигиеническими нормативами. Поэтому многие источники свидетельствуют о том, что распространенность и течение БА у детей имеют ряд региональных особенностей, обусловленных состоянием окружающей среды и иными социальными факторами, характерными для данной местности.

Анализ данных в Российской Федерации по количеству зарегистрированных заболеваний БА среди детей 0-14 лет свидетельствует об общей тенденции к снижению БА. Так, в 2016 году этот показатель составил 1062,5 на 100 000 детского населения, а в 2017 - 1028,6. В процессе исследования была проведена оценка распространенности БА среди федеральных округов. Самый высокий уровень в 2017 году отмечен в Сибирском федеральном округе (1441,3 на 100000 населения), Северо-Западный федеральный округ на втором месте (1413,4 на 100000 населения), наименьший уровень в Северо-Кавказском федеральном округе (236,2 на 100000 детского населения). (Рис.1)

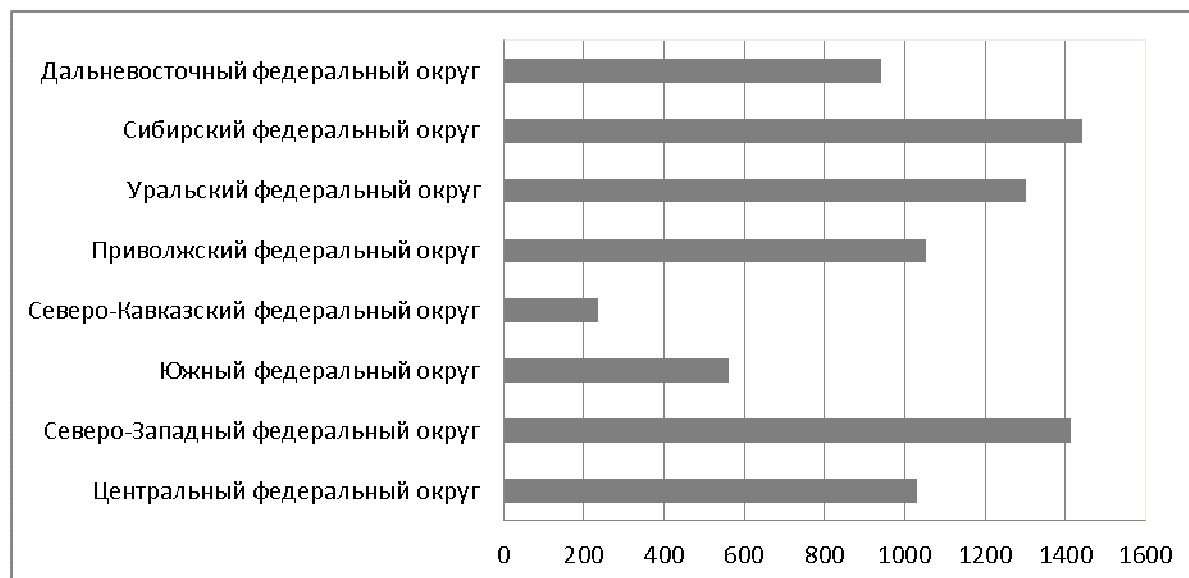


Рис. 1 Заболеваемость БА детей в возрасте 0-14 лет в субъектах РФ в 2017 году (на 100 000 детского населения)

Медико-статистический анализ заболеваемости бронхиальной астмой среди детей от 0-14 лет в Северо-Западном федеральном округе за 2013-2017 гг. показал, что наибольшее число детей с данным заболеванием было зарегистрировано в Новгородской области в 2013 году и составлял 2365,1 случай на 100 000 чел. В дальнейшем этот показатель стремительно снижался и в 2017 году уже составлял 1428,3 случая на 100 000 чел., что на 39,6% меньше. При этом количество детей с впервые поставленным диагнозом БА также заметно уменьшилось. В 2013 г. этот показатель составлял 634,4 случая на 100 000 чел. и являлся самым высоким в Северо-Западном федеральном округе за тот год, а в 2017 г. уже составлял 283,1 случай на 100 000. чел., что на 55,4% меньше. (Рис. 2)

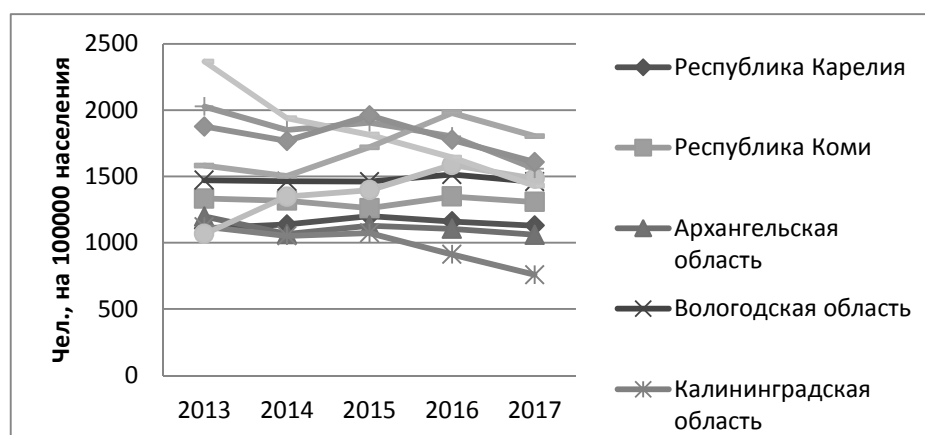


Рис. 2 Динамика заболеваемости бронхиальной астмой среди детей от 0-14 лет в Северо-Западном федеральном округе 2013-2017 гг.



Самый низкий показатель был зарегистрирован в 2017 г. в Калининградской области и составил 758,5 случаев на 100 000 чел., этот показатель ниже, чем в 2013 году на 33,9%. Показатель первичной обращаемости в этом году также является самым низким и составил 74,9 случаев на 100 000 чел.

В Псковской области заболеваемость детей БА за выбранный период увеличилась на 12,3 %. Пик заболеваемости пришелся на 2016 год и составил 1978 случаев на 100 000 чел., данное значение является самым большим в Северо-Западном федеральном округе за этот год. Количество детей с впервые поставленным диагнозом БА уменьшилось на 16,5%. Показатель первичной заболеваемости в 2013 г. составлял 205,5 случаев на 100 000 чел., а в 2017 г. 171,5 случаев на 100 000 чел., при этом максимальное число обращений наблюдалось в 2014 и 2016 гг., что составляло 263,3 и 242,8 случаев на 100 000 чел. соответственно.

Так же высокий показатель заболеваемости наблюдался в Мурманской области, в 2013 г. он составлял 2026,7 случаев, а в 2017 г. 1557,1 случай на 100 000 чел., что на 23,2% ниже. Показатель первичной обращаемости уменьшился на 42,8%, с 190 случаев в 2013 г, до 108,6 случаев на 100 000 чел. в 2017 г.

Проведенное исследование показало, что средний показатель заболеваемости по Северо-Западному федеральному округу наблюдается в Вологодской области, в 2013 году он составлял 1472,2 случая на 100 000 чел., а к 2017 году сократился лишь на 0,9%. Также показатель первичной заболеваемости снизился на 10,1%, в 2013 г. он составлял 164,1 случай на 100 000 чел., а в 2017 г. 147,5 случаев.

В Республике Коми заболеваемость на 2017 г. по сравнению с 2013 годом снизилась на 1,8% и составила 1307,9 случаев на 100 000 чел. Показатель первичной заболеваемости снизился с 159,5 случаев в 2013 г. до 135,3 случаев на 100 000 чел. в 2017 г., что на 15,1% меньше.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что в Республике Карелия так же относительно низкий уровень заболеваемости среди регионов Северо-Западного федерального округа. В 2013 году он составлял 1108,1 случай на 100 000 чел., а к 2017 году снизился на 1,8% и составил 1128,7 случаев. Показатель первичной заболеваемости снизился на 42,7%.

Показатель заболеваемости БА является относительно низким также и в Архангельской области, в 2013 году он составил 1198,2 случая на 100 000 чел., а к 2017 он снизился на 11,5% и был равен 1060 случая. Показатель первичной заболеваемости снизился всего на 9,5 %.

В Ленинградской области на 2013 год показатель заболеваемости БА составлял 1065,8 случаев на 100 000 чел., что является самым низким показателем по Северо-Западному федеральному округу за этот год, но к 2017 году уровень заболеваемости вырос на 28,2% и составил 1484,3 случая на 100 000 чел. Пик заболеваемости в этой области пришелся на 2016 год,

тогда число детей больных БА составляло 1585,9 случаев на 100 000 чел. Показатель первичной заболеваемости увеличился на 31,2%. В 2013 г. количество детей с впервые в жизни поставленным диагноза БА составляло 183,7 на 100 000 чел., а в 2017 г. уже 266,9 случаев, при этом пик обращений пришелся на 2014 г. и составил 468,7 случаев на 100 000 чел., данное значение является самым высоким за данный период в Северо-Западном федеральном округе.

Медико-статистический анализ показателей в г. Санкт-Петербурге свидетельствует о следующем. За 2013 год уровень заболеваемости БА составил 1876,2 случая на 100 000 чел., а к 2017 г. он уже был равен 1607,9 случаям, что на 14,3% меньше. Пик заболеваемости пришелся на 2015 г. и составил 1959,3 случая на 100 000 чел. Показатель первичной заболеваемости снизился на 15,3 %. (Рис. 3)

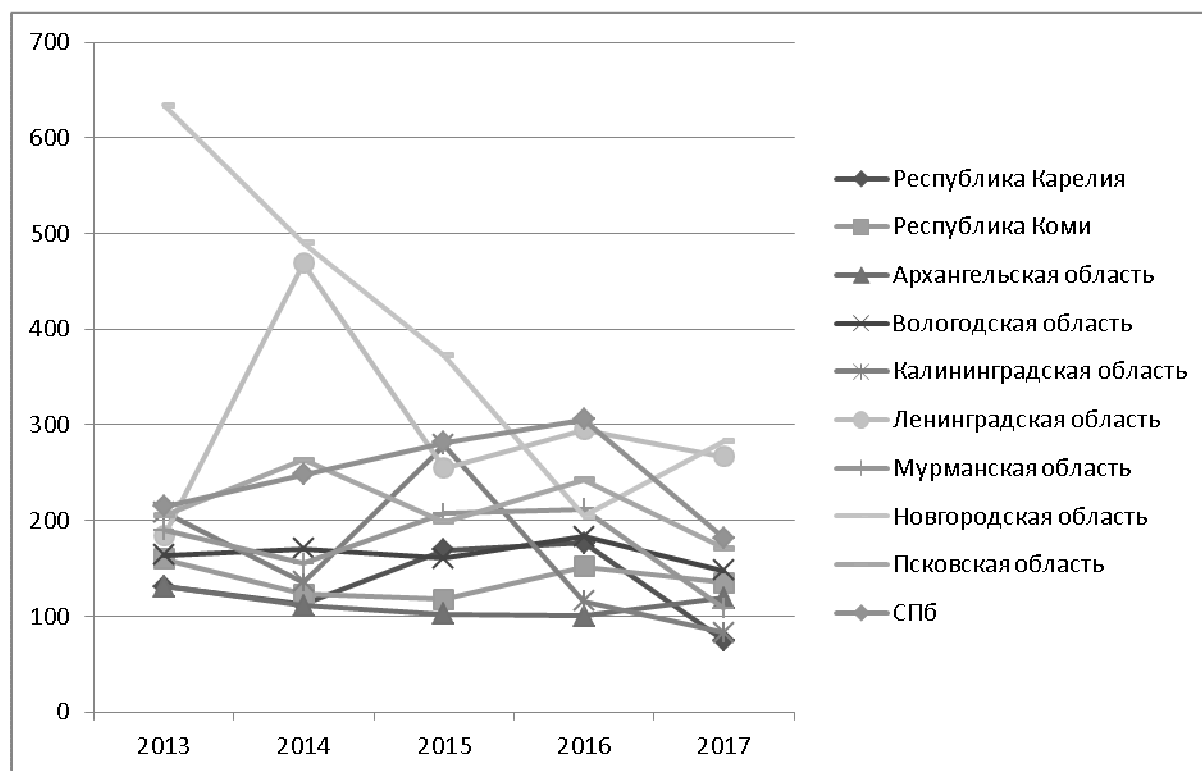


Рис. 3 Динамика первичной заболеваемости среди детей от 0-14 лет в Северо-Западном федеральном округе за 2013-17 гг.

На сегодняшний день нет успешных программ по профилактике БА среди детей. Несмотря на значительные успехи в изучении механизмов патогенеза различных форм астмы, противоречивые результаты немногих интервенционных наблюдений, не позволяют сформулировать четкие клинические рекомендации.

Тем не менее, выявлено множество факторов риска, способствующих развитию данного заболевания. Длительное отсутствие лечения влечет за собой необратимое изменение структуры бронхов, что в последующем приводит к слабой реакции на терапию и развитию астматического статуса. Поэтому профилактика развития БА и ее обострения должна включать в себя весь



комплекс мероприятий, таких как воздействие на факторы риска (в том числе ограничение контакта с табачным дымом в период беременности и новорожденности), мониторинг, медикаментозное лечение, исключение триггерных факторов, специфическая иммунотерапия, а также различные немедикаментозные методы. Профилактическую иммунизацию детей с БА проводят по общим принципам, рекомендованным для детей с аллергическими заболеваниями.

Обследование детей с подозрением на БА, в зависимости от выраженности симптомов и региональных возможностей здравоохранения, может проводиться в дневном или круглосуточном стационаре, а также амбулаторно. Сроки госпитализации с целью обследования и назначения или коррекции базисной терапии варьируются от 5 до 14 дней. Дети с обострением БА могут так же могут получить помощь в стационаре, амбулаторно или бригадой «скорой помощи».

Выводы. Таким образом, во всех регионах Северо-Западного федерального округа в 2013-2017 гг. имеется тенденция к снижению уровня заболеваемости БА среди детей от 0-14 лет, исключением является лишь Псковская и Ленинградская область. Однако, последняя имеет самые низкие показатели заболеваемости среди детей в регионе. Пик заболеваемости в обеих областях пришелся на 2016 г. Несмотря на это, в данных областях, как и в других, наблюдается снижение первичной заболеваемости БА.

Положительная динамика в снижении заболеваемости БА наблюдается в Калининградской области, здесь произошло снижение заболеваемости на 33,9%, это второе по величине значение после Новгородской области.

По данным медико-статистического исследования за период с 2013-2017 гг. наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости БА среди детей как в России в целом (на 4,3%), так и во многих регионах страны. В Северо-Западном федеральном округе также имеется тенденция к снижению уровня заболеваемости (на 1,2%), но он все еще остается выше такового в стране. В целом по России Северо-Западный федеральный округ (1413,4 на 100 000 чел.) занимает 2 место по уровню заболеваемости БА после Сибирского федерального округа (1441,3 на 100 000 чел.) по данным за 2017 год.

Список литературы.

1. Центральная база статистических данных «Заболеваемость детского населения России 0-14 лет» Министерства Здравоохранения РФ.
2. Центральная база статистических данных «Заболеваемость детского населения России 15-17 лет» Министерства Здравоохранения РФ.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".

4. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология" (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07.11.2012 N 606н).

УДК 613.816

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Симонова В.О., Кохан С.Т.

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

Аннотация: в статье рассмотрены социологические аспекты употребления алкоголя студенческой молодежью.

Ключевые слова: студенческая молодежь, алкоголь, общество.

По данным медицинской статистики, уровень алкоголизации среди молодежи достаточно высок. Так в возрасте от 14 до 24 лет алкоголь употребляют более 80% людей. В настоящее время проблема алкоголизма в молодежной среде очень актуальна и имеет многоуровневую направленность. [1,2]

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, отмечается рост употребления алкогольных напитков подростками. В связи с этим, во многих странах мира все большее внимание уделяется проблеме распространения алкоголизма среди молодежи.

Первой социальной средой для ребенка является его семья. Она играет важную роль в воспитании детей. В кругу семьи должно происходить усвоение ребенком основных правил и норм поведения, вырабатывается стереотип отношения к окружающему миру.

В зависимости от формы и характера употребления подростками алкогольных напитков их можно разделить на следующие группы: не употребляющие, редко употребляющие; «традиционно» употребляющие и часто употребляющие.

Начало злоупотребления алкоголя молодежью, тесным образом связано с психологическими особенностям подросткового кризиса. Неблагополучный подросток, находящийся, как и его благополучные сверстники, в препубертатном периоде, выбирает при этом не сам по себе алкоголь а «свою» компанию, в которой уже неприметным атрибутом является регулярная выпивка.

Социальная профилактика-это методологический инструмент, дающий необходимые знания, на основе которых разрабатываются различные социальные прогнозы и проекты, изучается общественное мнение и морально-психологический климат в обществе.[3,4]

Под профилактикой подразумевается научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на:

1. Предотвращение возможных физических, психологических, социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска
2. Сохранение, поддержание и защита нормального уровня жизни



3. Содействие им в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов. [5]

Нами было проведено социологическое исследование: «Употребление алкоголя студенческой молодежи ЗабГУ» в котором принимали участие 291 респондент в возрасте от 18 до 22 лет, из них 90-мужчин и 101-женского пола.

Исследование проводилось в виде анонимного анкетного опроса, который состоял из 16 вопросов разделенный на 3 блока.

1 блок вопросов был направлен на выявление личной зависимости респондента.

Следует отметить, что 16% респондентов в возрасте от 10 до 14 лет впервые попробовали слабоалкогольные и алкогольные напитки, с крепостью до 16 градусов. Основная масса 54% попробовали от 16 до 18 лет

Анализируя полученные ответы на вопросы «Где это происходило?» 68% ответили «в компании друзей». «Кто предложил?» 65% ответили «друзья». И только лишь 10% отвечающих вообще не пребывали алкогольные напитки.

2 блок вопросов был направлен на выявление личностной позиции к проблеме алкоголизма. 38% респондентов считают недопустимым употребления алкогольных напитков в общественных местах, 30 % осуждают такое поведение, ну а 26 % безразлично. Все участники исследования считают пиво и вино алкогольным напитком, но только 84% считают данные продукты вредными для организма. На вопрос: «С какого возраста можно употреблять алкогольные напитки?» 52 % вообще отвергают употребления алкоголя в любом возрасте, из них 76 % данного ответа приходится на девушек.

3 блок вопросов связан с профилактикой алкоголизма. Проанализировав полученные данные на вопрос: «Что Вы считаете наиболее действенным в борьбе с пьянством?» был составлен список наиболее актуальных ответов:

1. Сокращение доступности спиртных напитков за счет внесения пунктов их продажи из зоны учебных учреждений – 42%

2. Усиление мер уголовного воздействия за преступления совершенные в пьяном виде – 37%

3. Подключение СМИ к пропаганде ЗОЖ – 32%

4. Расширение сети безалкогольных кафе, дискотек – 25%

«Какие меры борьбы Вы считаете наиболее действенными по борьбе с пьянством в учебном заведении?»:

1. Штраф родителям – 52%

2. Административные взыскания – 42%

3. Отражение случаев злоупотребления в стенной печати – 22%

На заключительный вопрос «Как Вы сами относитесь к любителям выпить?» 36 % выбрали вариант ответа – терпимо, 26 % - с сожалением, 22% с отвращением и негативно.

Таким образом, анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что основная масса молодежи в качестве основных причин начала употребления алкоголя назвали: «неумение занять себя» - 45% «хочется быть взрослым» - 38%

и «за компанию» - 29%. Решение проблем алкоголизации молодежи должны заниматься не только медики и социальные работники, но и социум, в котором находится данная категория граждан. Важно отметить роль СМИ в процессе формирования здорового образа жизни, а также проведение различных профилактических мероприятий.

Список литературы:

1. Иваницкая, Е. Алкоголь, курение, наркотики: как выстроить систему эффективной профилактики / Е. Иваницкая, Т. Щербакова. – М. : Чистые пруды, 2008.
2. Кохан С.Т. Основы здорового образа жизни / С.Т. Кохан, А.В.Патеюк [и др.]; Забайкал. гос. ун-т. – 2-е изд. доп. – Чита: ЗабГУ 2015. – 186 с.
3. Яковлева А.В., Софронов Р.П. Профилактика алкоголизма, табакокурения и наркомании: Дополнительный материал для учителей. Якутск: изд-во ЯГУ, 2009. 124с.
4. Студенческая библиотека онлайн [Электронный ресурс] https://studbooks.net/626633/sotsiologiya/profilaktika_alkogolizma_tehnologiya_sotsi_alnoy_raboty (дата обращения 27.03.2019)
5. Студенческая библиотека онлайн [Электронный ресурс] https://studbooks.net/504388/psihologiya/profilaktika_addiktivnogo_povedeniya (дата обращения 27.03.2019)

УДК 37.035

ПОТРЕБНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В ПОЛОВОМ ВОСПИТАНИИ

Синева Ю.Д., Аверина Е.А.

Национальный исследовательский Томский государственный университет, г.
Томск

Аннотация. В статье рассматривается потребность современных подростков в половой грамотности, вопрос введения в российских школах уроков полового воспитания, его принципы и цели.

Ключевые слова: половое воспитание, половая грамотность, сексуальность.

Актуальность. В мире установлено множество проблем в области сексуального здоровья: сексуальное насилие и домогательства, нежелательные подростковые беременности, рост уровня распространения ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и т.д. На 2016 год в России насчитывалось 31143 человека, больных сифилисом, среди которых 441 ребенок в возрасте 0-17 лет; 21080 человек, больных гонококковой инфекцией, включая 592 ребенка в возрасте 0-17 лет с учетом того, что данные заболевания были установлены у людей впервые [2, С.42]. С 2005 по 2016 годы число ВИЧ-инфицированных выросло практически в 3 раза, на 2016 год оно составляет 844315 человек [2, С.43]. Также наша страна занимает одно из лидирующих мест



по количеству аборт, в том числе и подростковых, на 2016 год было зафиксировано 836611 аборт, среди которых 284 аборт совершены девушками в возрасте до 14 лет включительно, а 7179 аборт совершены девушками в возрасте 15-17 лет [2, С.56-57].

К основным причинам возникновения этих проблем можно отнести недостаточную информированность молодежи в вопросах сексуальной жизни, отсутствие в системе современного образования четкой программы полового воспитания. Половое воспитание – это процесс целенаправленного педагогического влияния на личность с целью формирования у нее сексуальной культуры и способности воспринимать и осознавать свои физиологические и психологические особенности в соответствии с установившимися в обществе нормами и правилами [3].

Если рассматривать принципы полового воспитания, то их существует великое множество, однако, несмотря на все их разнообразие можно выделить следующие: информированность в соответствии с возрастом, уровнем развития и индивидуальными особенностями детей; взаимозависимость полового и нравственного воспитания; единство воспитательных воздействий окружения, поиск и реализация возможностей влияния на них; комплексность, последовательность и системность воспитательной работы. Целями полового воспитания являются формирование у личности правильного понимания сущности нравственных норм и установок в сфере взаимоотношений полов и умения руководствоваться ими в различных областях деятельности; информированность в области сексуального здоровья; формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих; выработка социальной ответственности во взаимоотношениях между полами; формирование адекватного отношения человека к взрослости. В соответствии с этими принципами и целями каждый человек в зависимости от своего пола и возраста должен обладать определенными знаниями, которые подготовят его к последующим физиологическим и психологическим изменениям, выработают адекватное отношение, как к самому себе, так и к лицам противоположного пола.

Цель и задачи исследования. Целью данного исследования является формирование целостного представления о половом воспитании школьников и их потребности в нем в современной России. Основными задачами являются изучение агентов полового воспитания школьников и определение уровня информированности молодых людей в вопросах полового воспитания.

Методы. Исследование было проведено методом анкетирования, в котором приняли участие 105 обучающихся томских школ в возрасте от 14 до 18 лет.

Результаты. Большинство исследователей, как правило, выделяют несколько основных агентов полового воспитания, таких как семья, друзья или сверстники, СМИ (телевидение, Интернет и т.д.), целенаправленное обучение и воспитание, классическая и научно-популярная литература, искусство.

По результатам анкетирования было выявлено, что самым главным агентом полового просвещения является не семья (7,6%) и даже не друзья или

сверстники (37,1%), как это было прежде, а средства массовой информации (42,9%). Если рассматривать отдельно семью как агента полового воспитания подростков, то чаще всего на эти темы с ними разговаривают матери (30,5%), на долю отцов приходится 6,7%, чуть меньше (5%) – братьев или сестер, тетя (1,9%), бабушка (2,9%), дедушка (1%), только один ребенок указал, что на данную тему с ним разговаривали оба родителя (1%). Более половины опрошенных (51,4%) отметили, что в семье никто не разговаривает с ними на темы сексуального развития.

В ходе анкетирования были определены установки детей и их родителей по отношению к ранним половым связям. Большинство подростков совершенно спокойно относятся к ранней половой жизни. Отвечая на этот вопрос, 47,6% респондентов высказали нейтральную позицию: по их мнению, каждый человек должен определять сам для себя возраст начала половой жизни; 18,1% подростков относятся к этому нормально, если подходить к вопросу ответственно, 17,1% респондентов не одобряют, так как много рисков и вытекающих из них негативных последствий, 13,4% опрошенных считают, что это аморально и вредит репутации человека, и только 3,8% относятся к этому положительно, т.к. видят в половых отношениях приобретение нового опыта.

Таким образом, настороженно или отрицательно к ранним половым связям относятся почти треть опрошенных, две трети – нейтрально или положительно. Интересна позиция школьников по поводу необходимости полового просвещения в школе. Так, подросткам было предложено оценить по пятибалльной шкале уровень своей информированности в вопросах половых отношений. На «отлично» свою осведомленность оценили 6,7% респондентов, на 4 балла – 14,3% подростков, средний уровень осведомленности показали чуть больше трети опрошенных и почти половина всех респондентов на 1 или 2 балла. Данные результаты свидетельствуют о том, что большинство подростков не уверены в своих знаниях в вопросах половых отношений и демонстрируют потребность в их повышении.

Отвечая на вопрос: «Кто, по вашему мнению, должен осуществлять половое воспитание детей и подростков?», 39% респондентов высказали желание обсуждать интимные темы именно с родителями или ближайшими родственниками, 29,5% опрошенных затруднились в ответе, 10,5% было отдано образовательным организациям, 12,4% – медицинским учреждениям. Стоит отметить, что из 39% респондентов, желающих обсуждать интимные темы именно с родителями или ближайшими родственниками, 55% опрошенных реально разговаривают с ними на данные темы.

Вместе с тем, вопрос «Нужны ли уроки полового воспитания в школе?» тоже получил положительный отклик: большинство опрошенных (66,6%) высказались за введение таких уроков в школе, подтвердив свою потребность в получении знаний в области половых отношений. В роли преподавателя полового воспитания подростки предпочитают видеть учителя биологии (69,5%),



школьного психолога (58,1%), приглашенного обученного специалиста (58,1%), медицинского работника (57,1%).

Заключение. Таким образом, на основе полученных результатов можно сделать вывод о том, что большинство подростков чувствует свою неуверенность в вопросах сексуальной жизни и испытывает потребность в их разрешении, желая видеть в качестве наставника своих родителей или ближайших родственников. Однако в силу своей стеснительности, подростки вынуждены искать необходимую им информацию через друзей или знакомых, средства массовой информации (телевидение, Интернет и т.д.), которая очень часто является неподтвержденной и противоречивой. В связи с этим существует необходимость введения уроков полового воспитания в школе, которые позволят не только сформировать целостное представление о сексуальности у подростков, но и решить или, по крайней мере, ослабить влияние крайне острых проблем в области сексуального здоровья.

Список литературы:

1. Европейское региональное бюро ВОЗ и ФЦПСЗ. Стандарты сексуального образования в Европе. Документ для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения / Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения (ФЦПСЗ). – Кельн, 2010. – 69с.
2. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.
3. Кащенко Е.А. Коротко, но по существу (сексуальное образование, половое воспитание, просвещение, обучение) [Электронный ресурс] / Е.А. Кащенко. – Электрон.дан. – URL: <http://kea-com.ru/korotko-no-po-sushhestvu-seksualnoe-obrazovanie-polovoe-vospitanie-prosveshhenie-obuchenie/> (дата обращения: 27.03.2019);
4. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: «Феникс+», 2001. - 208 с.;
5. Кон И.С. Сексуальная культура в России: клубничка на березке/ РАН Ин-т этнологии и антропологии. – М., 1997. - 459 с.

УДК 364.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Склярова И.В.^{1,2}

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное специальное реабилитационное профессиональное образовательное учреждение - техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр»

Аннотация. В статье рассматриваются основные направления социальной защиты инвалидов и развития взаимоотношения инвалидов и общества. Рассмотрена деятельность учреждения, оказывающего социальные услуги лицам с

ограниченными возможностями Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения реабилитационного образования – техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр».

Ключевые слова: лица с ограниченными возможностями, профессиональная реабилитация, реабилитационная команда, социально-педагогическое сопровождение, социально-психологическое сопровождение, медицинское сопровождение, арт-терапия.

Актуальность. На современном этапе развития общества проведение комплекса мер по социализации инвалидов является одним из приоритетных направлений социальной политики государства. По оценке экспертов ООН, инвалиды составляют 10% общей численности населения мира. В России в последние годы также наблюдается тенденция роста числа инвалидов. Во многом это связано с высоким уровнем заболеваемости, травматизма населения, недостаточным качеством медицинской помощи и услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями медико-социальной экспертизы, общей экологической обстановкой и, по большому счету, с качеством жизни в нашей стране. По оценке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в связи с неблагоприятной социально-экономической ситуацией тенденции роста числа инвалидов в ближайшие годы сохранится.

Цель и задачи исследования. Проанализировать и обобщить опыт работы учреждения, оказывающего социальные услуги лицам с ограниченными возможностями - Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения реабилитационного образования – техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр».

Материалы и методы. Изучение литературы, метод интервью, анкетирование.

Результаты. По данным Росстата, на 1 января 2018 года в России зарегистрировано 12,1 млн человек всех групп инвалидности (8,2% населения России). Детей-инвалидов в России зарегистрировано 0,7 млн человек. В 2017/18 учебном году на программы высшего образования были зачислены 6,9 тыс. студентов-инвалидов. В Санкт-Петербурге проживает около 660 тысяч инвалидов, из них 100 тысяч трудоспособного возраста. Около трети из них не трудоустроены, многие в связи с отсутствием достаточной квалификации, возможности получить новую профессию или специальность. Согласно данным Пенсионного фонда Число инвалидов, работающих в Санкт-Петербурге, составляет около 31%, в то время как уровень занятости населения в Российской Федерации составляет 75% от числа граждан трудоспособного возраста.

Образование является одним из приоритетных направлений внутренней политики в российской федерации. Основные права граждан в этой области закреплены в конституции РФ. Статья 43 конституции гласит: «Каждый имеет право на образование».[1] Основным законом, регламентирующим



конституционное право на образование, является закон РФ №273 «об образовании», который объясняет необходимость создания особых условий получения образования для человека с ограниченными возможностями здоровья: «Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий». [2] Статистика говорит, что необходимо и далее развивать систему общего и профессионального образования инвалидов и содействия их занятости. Профессиональная реабилитация осуществляется путем обучения в учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования (обычных и специализированных), а также путем содействия трудовому устройству граждан учреждениями службы занятости населения, в том числе специализированными.

Хорошим примером обеспечения доступного качественного профессионального образования и содействия трудоустройству граждан с ограниченными возможностями здоровья является деятельность Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения реабилитационного образования – техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр». Уже более 20 лет специалисты центра успешно используют в профессиональном образовании современные образовательные и реабилитационные технологии совершенствуют материально-техническую базу обучения и процесса профессиональной реабилитации, обеспечивает необходимую социально - психологическую среду и доступность образовательного пространства к потребностям инвалидов.

В 1996 году по инициативе Министерства по труду и социальной политике Германии и Администрации Санкт-Петербурга был начат совместный проект по созданию Профессионально-реабилитационного центра в Санкт-Петербурге. За базовую модель был взят Профессионально-реабилитационный центр Франкфурта – на - Майне. Санкт-Петербургский ПРЦ сегодня - это государственное специальное реабилитационное образовательное учреждение среднего профессионального образования многоуровневой и многопрофильной подготовки людей с ограниченными возможностями. Цель деятельности - интеграция людей с ограниченными возможностями в социальную и трудовую жизнь, возвращение к активной профессиональной деятельности.



Для достижения этой цели ПРЦ осуществляет профессиональную реабилитацию людей с ограниченными возможностями, включающую в себя:

- Профессиональную ориентацию, профотбор;
- Профессиональное образование в комплексе с мероприятиями социально-психологического и медицинского сопровождения;
- Содействие в трудоустройстве, учитывающее индивидуальные способности инвалидов и потребности рынка труда.

Специальности и профессии. Санкт-Петербургское государственное бюджетное специальное реабилитационное профессиональное образовательное учреждение - техникум для инвалидов «Профессионально-реабилитационный центр» принимает на обучение:

на базе среднего общего образования

Программы подготовки специалистов среднего звена:

38.02.04 «Коммерция»

31.02.03 «Лабораторная диагностика»

38.02.01 Экономика и бухгалтерский учет

Программы подготовки квалифицированных рабочих и служащих:

09,01.03 «Мастер по обработке цифровой информации»

46.01.03 «Делопроизводитель»

54.01.10 "Художник росписи по дереву"

54.01.07 "Изготовитель художественных изделий из керамики"

29.01.05 "Закройщик"

29.01.07 "Портной"

В ПРЦ в рамках профессиональной реабилитации разработан комплексный подход к вопросам профессиональной ориентации, профессионального обучения, содействия трудоустройству и социально-психологического, медицинского сопровождения каждого направления этой деятельности.



Реабилитационная команда. Реабилитационная команда – группа специалистов СПб ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», объединенных для выработки и проведения комплекса индивидуальных мероприятий и принятия решений по сопровождению процесса профессиональной реабилитации.



Реабилитационная команда создается в целях повышения эффективности профессиональной реабилитации, на основе индивидуального подхода к личности каждого обучающегося и усиления взаимодействия специалистов центра.

В состав реабилитационной команды входят:

- социальный педагог – координатор реабилитационной команды
- педагог-психолог
- классный руководитель
- заведующий учебным отделением
- руководитель отделения социально-психологической реабилитации и медицинского сопровождения
- врач

Основные функции реабилитационной команды:

- содействие полноценной профессиональной, личностной, интеллектуальной и социальной реабилитации обучающихся, развитие способностей к самостоятельной профессиональной деятельности.
- выработка и осуществление коррекции форм, приемов и методов реабилитационной работы на основе индивидуального подхода к каждому обучающемуся.

- выработка рекомендаций для администрации, педсовета и стипендиальной комиссии о предоставлении академических отпусков, выплаты стипендий и отчислении обучающихся.
- контроль соблюдения Правил внутреннего распорядка.

Социально-педагогическое сопровождение. Социально-педагогические услуги и сопровождение учебного процесса социальными педагогами предусматривает содействие профессиональной, личностной и социальной реабилитации обучающихся, развитию их способностей к самостоятельной профессиональной деятельности, формированию устойчивой мотивации к этой деятельности. Социальный педагог проводит мониторинг посещений занятий, психологического климата в группах, самочувствия обучающихся и, при необходимости, привлекает других специалистов для решения возникающих проблем. Предоставление социально-педагогических услуг способствует повышению социальной компетентности обучающихся. Проводятся мероприятия, направленные на успешное овладение профессией и, как следствие, интеграцию инвалида в общество. Социальные педагоги, обладая специальными, профессиональными, организационными знаниями и способностями, являются представителями интересов обучающихся, важным звеном в цепи взаимодействия педагогов, психологов, медиков. Социальный педагог консультирует, информирует и координирует процесс реабилитации. В сложных ситуациях социальный педагог организует консультации специалистов, проводит индивидуальную работу с реабилитантами. Большое значение в ПРЦ уделяется соблюдению прав человека с ограниченными возможностями. Одна из важнейших задач социального педагога - обеспечение социальной защиты обучающихся, а именно, оформление льготного проезда в городском общественном транспорте, социальной стипендии, бесплатного питания в виде компенсационных выплат, материальной и гуманитарной помощи.

Социальные педагоги проводят спортивные и культурные мероприятия, организуют экскурсии и различные оздоровительные мероприятия.

Формы внеучебной работы.

1). Походы, встречи. Это посещения театров, кино, концертов, как группами, так и индивидуально, групповые экскурсии в музеи, на выставки, а также встречи с интересными людьми в ПРЦ.

2). Культурно – массовые мероприятия в центре. К ним относятся мероприятия, посвященные общегосударственным праздникам, праздники ПЦР. В центре традиционно отмечаются День Знаний (1 сентября), Новый год, День Защитника Отечества, 8 Марта и организуются выпускные вечера. Проводятся Рождественские концерты, игры КВН. В 2003 году зародилась идея проведения игр Клуба Веселых и Находчивых. Первая игра ПЦР состоялась в марте 2004 года между командами учащихся - сборной юношей и сборной девушек. В апреле 2004 года ВОИ Петроградского района пригласило ПРЦ принять участие в городских играх КВН. Был создан Клуб КВН «Отважные **ПеРЦы**».



3). Спортивные мероприятия. Физическая культура и спорт занимают важное место в ПРЦ. Урок физкультуры включен в расписание занятий. Работает спортивный зал для занятий волейболом, баскетболом, настольным и большим теннисом. Имеется тренажерный зал. Занятия проходят под наблюдением опытных преподавателей.



В спортивном зале ПРЦ проводит тренировки команда баскетболистов на колясках "БасКИ", многократные чемпионы России, победители Открытого кубка России по баскетболу на колясках, призеры многих международных соревнований.

В 2002 г. организован туристский клуб, объединяющий любителей водного туризма из числа обучающихся и выпускников Центра. В первый год на путешествие по Вуоксе отважились лишь 13 учащихся. С тех пор более 180-ти туристов совершили летом 11-дневное водное путешествие на весельных лодках по реке Вуокса в сопровождении специалистов центра. Смена обстановки, новые впечатления, физическая нагрузка, взаимовыручка и ответственность за команду способствуют физическому развитию учащихся, укреплению положительных психических, функциональных и волевых качеств, приобретению полезных навыков.

Социально-психологическое сопровождение.

Цель профессиональной реабилитации – интеграция человека с ограниченными возможностями в общество, получение им достойной работы, соответствующей способностям и наклонностям, а в результате – построение успешной профессиональной и жизненной карьеры.



Предоставление социально-психологических услуг и психологическое сопровождение обучающихся направлено на создание благоприятного социально-психологического климата в учебных группах, оказание помощи и поддержки в процессе обучения и профессионального самоопределения. С этой целью педагогами-психологами осуществляются следующие виды социально-психологических услуг.

Предоставление социально-психологических услуг и психологическое сопровождение обучающихся направлено на создание благоприятного социально-психологического климата в учебных группах, оказание помощи и поддержки в процессе обучения и профессионального самоопределения.

С этой целью педагогами-психологами осуществляются следующие виды социально-психологических услуг:

- индивидуальное и групповое консультирование обучающихся ПРЦ и членов их семей для облегчения вхождения в учебный процесс, активизации и приобретения новых навыков коммуникации и социальной адаптации;
- психокоррекционная работа в индивидуальной и групповой форме, направленная на нормализацию психоэмоционального состояния, улучшение функций познавательных психических процессов, стрессоустойчивости, решение семейных проблем, конфликтных ситуаций, повышение самооценки и разрешение личностных проблем, помощь в самоопределении и профессиональной ориентации;
- психологическое сопровождение обучающихся во время учебных занятий, на зачетах и экзаменах, оказание психологической помощи в случае возникновения конфликтов, ухудшения психоэмоционального состояния;
- проведение первичной и текущей психодиагностики в виде тестирования для уточнения маршрута психологической реабилитации. По результатам тестирования проводятся индивидуальные психологические консультации, на которых обучающиеся проясняют свои психологические особенности, направленность личности, в том числе и в профессиональной сфере. Это помогает им лучше воспринимать учебный материал, повышает мотивацию к овладению профессией;
- участие в работе реабилитационных команд с целью обеспечения комплексного социально-психологического и педагогического подхода к процессу профессиональной реабилитации и проведению мониторинга реабилитационного процесса;
- проведение информационно-разъяснительных мероприятий по психологическому просвещению, повышению психологической культуры обучающихся и их семей в форме лекций и бесед по вопросам важности психологических знаний для лучшей интеграции человека с ограниченными возможностями в общество;
- проведение «Групп общения», целью которых является развитие коммуникативных навыков обучающихся, активизация процессов самопознания и самоактуализации личности. Обучающие, регулярно в течение учебного года



посещающие группу, отмечают повышение эффективности общения, улучшение межличностных отношений, снижение уровня тревожности.

Медицинское сопровождение.

Неотъемлемой частью реабилитации инвалидов в СПб ГБУ "Профессионально-реабилитационный центр" является предоставление социально-медицинских услуг и медицинское сопровождение учебного процесса. Основными задачами медицинского сопровождения являются проведение мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, обеспечение требуемых санитарно-гигиенических условий для обучения учащихся, так как целью реабилитации инвалидов является полное возвращение их к активной трудовой деятельности. В рамках медицинского сопровождения используются следующие методы лечения и реабилитации: физиотерапевтическое, где проводится целый комплекс физиопроцедур; применяются все виды лечебного и аппаратные разновидности массажа; индивидуальные методики лечебной физкультуры (ЛФК). С целью релаксации активно используется кабинет психологической разгрузки и музыкотерапии. В кабинете функциональной диагностики проводится ЭКГ-контроль, суточный мониторинг артериального давления, исследование функций органов дыхания. Обучающиеся имеют возможность получать необходимые процедуры.



Медицинское сопровождение осуществляет квалифицированный персонал: врачи высшей и 1-ой категорий, фельдшер и медицинские сестры, владеющие всеми доступными навыками оказания амбулаторной помощи, массажисты, инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по физиотерапии. Медицинская служба обеспечивает комплексный мониторинг за состоянием здоровья обучающихся. В медицинском пункте ежедневно проводится амбулаторный прием с записью в амбулаторные индивидуальные карты; проводятся плановые профилактические осмотры.

Кабинет релаксации и саморегуляции.

В Профессионально-реабилитационном центре есть кабинет психологической разгрузки, где обучающимся предоставляется возможность расслабиться, отдохнуть, снять напряжение. Удобные кресла для релаксации, приглушенный свет, тихая музыка, спокойный голос ведущего, все это

способствует вхождению в расслабленное состояние. Использование методов саморегуляции позволяет управлять высшими психическими функциями, укреплять силу воли, улучшать внимание, нормализовать дыхательный ритм, уменьшать и даже снимать болевые ощущения. Кабинет оснащен новейшим оборудованием, специально предназначенным для эффективной релаксации и упражнений по саморегуляции. Сенсорная панель и акустическое оборудование с лингафонным сопровождением (система беспроводных наушников) создает условия для достижения высоких результатов в управлении собственными эмоциями, самочувствием.

Кабинет релаксации также используется для занятий по песочной терапии и арт-терапии.

Песочная терапия признана во всем мире как эффективный метод психотерапии. Поднос с песком – это уникальный инструмент, позволяющий иметь дело со многими событиями в жизни, включая травмы, проблемы отношений, личностный рост. Песочная игра дает возможность выразить то, что трудно объяснить словами, коснуться таких слоев своей личности, к которым нельзя добраться напрямую, увидеть в себе то, что обычно ускользает от обыденного мышления.

Арт-терапия (терапия искусством) – это один из методов психологической помощи посредством различных форм искусства, творчества: музыка, танец, изобразительная деятельность, музыкотерапия. Арт-терапия помогает разобраться в себе, осознать свои желания и цели, открыть в себе источник творческих возможностей. На занятиях по арт-терапии раскрывается такой потенциал личности и такие творческие способности, о наличии которых человек даже не догадывался.

Заключение или выводы. Таким образом, основополагающей концепцией в отношении инвалидов является профилактика и реабилитация. Именно реабилитация должна стать инструментом, устраняющим или компенсирующим ограничения жизнедеятельности инвалида. Деятельность Профессионально-реабилитационного центра, несомненно, является образцом в реализации этой концепции.

Список литературы:

1.Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" N 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года с изменениями 2018 года.

2.Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2015 г. N 1297 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2020 годы" (с изменениями и дополнениями).

3.Инвалиды в современном обществе: опыт России и Финляндии. Сборник статей / под редакцией О.И. Бородкиной, С Маннилы, Д.Титкова.- СПб.: Скифия – принт, 2010.- 272с.

4. Реализация современных подходов к реабилитации инвалидов в процессе общего и профессионального образования/ науч. Ред. С.С.Лебедева – СПб ГИПРС, СПб ПРЦ – СПб Из-во ООО «СПб СРП «Павел» ВОГ, 2013.-267с.



5. Актуальные вопросы профессиональной ориентации, общего и профессионального обучения и занятости инвалидов. – Материалы международной научно-практической конференции - СПб.: ГБУ «Профессионально-реабилитационный центр», 2016. – 188 с. – ил.

6. <http://www.p-rcenter.edu.ru/>

УДК 613.816

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СО СКЛОННЫМИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКАМИ

Соколовская А.Р.¹, Борисюк О.Л.²

¹УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный университет имени Я. Купалы»

Аннотация. В статье раскрыты основные проблемы, приводящие подростков к суициду. Описан алгоритм работы медицинского персонала, охарактеризованы условия работы со склонными к суицидальному поведению подростками в стационарном учреждении здравоохранения. Определены виды профилактики и совместной деятельности медицинских работников, родителей, социально-психологической службы учреждений образования.

Ключевые слова: суицидальное поведение, шкала оценки риска суицида у детей и подростков, деятельность медицинского персонала со склонными к суицидальному поведению подростками.

Актуальность. По данным ВОЗ во всем мире ежегодно от самоубийств погибает около 3000 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет. Кроме этого осуществляется большое количество попыток к самоубийству. За последние тридцать лет утроилось количество зарегистрированных случаев суицида среди молодежи. За 2018 год в УЗ «ГОДКБ» отделение анестезиологии и реанимации поступило 17 подростков с суицидальными попытками (медикаментозные отравления). Из них 13 девочек и 4 мальчика. Самыми главными причинами стали безответная любовь и разногласия в семье.

Цель исследования. Раскрыть особенности деятельности медицинских работников со склонными к суицидальному поведению подростками.

Задачи:

1. Описать алгоритм работы медицинского персонала со склонными к суицидальному поведению подростками.
2. Выявить условия работы со склонными к суицидальному поведению подростками в стационарном учреждении.
3. Изучить виды профилактики суицидального поведения.

Методы исследования. Теоретические: изучение медико-психологической литературы по проблеме исследования. Практические: - наблюдение;- методы опроса (беседа, анкетирование, интервью).

Подростковый возраст характеризуется бурными изменениями в анатомии и физиологии ребенка. В ходе перестройки организма может возникнуть чувство тревоги, повышенная возбудимость, депрессия. Некоторые подростки уходят из жизни, столкнувшись с неразрешимыми, на их взгляд, проблемами: неразделенная любовь, дезадаптация, связанная с нарушением механизмов социализации, взаимоотношения в семье (нарушение взаимоотношений между родителями и ребёнком, отсутствие взаимопонимания, полноценного общения, конфликты с родственниками), в школе (конфликты с одноклассниками, учителями, переживания по поводу учёбы, отношений в классе и др.), со сверстниками (разрыв отношений между друзьями, ссоры), влияние негативных сетевых сообществ, алкоголизация и наркотизация [3].

Самоубийство, или суицид – это осознанное лишение человеком себя жизни. Суицидальное поведение – это осознанные действия субъекта, включающие попытки и проявления лишения себя жизни.

В стационарных учреждениях здравоохранения разработан алгоритм выявления и оказания специализированной помощи лицам, имеющим риск совершения самоубийства.

Выделение группы пациентов с суицидальным риском при поступлении в стационар начинается в приемном отделении на основании информации, содержащейся в направлении на стационарное лечение и заполнения дежурным врачом действующей «Шкалы оценки риска суицида». Медицинские карты стационарного больного пациентов, набирающих выше 4 баллов, маркируются на лицевой стороне в графе «особые отметки» буквами РС (риск суицида). Аналогичным образом маркируется медицинская карта при выявлении суицидального риска у пациента в процессе стационарного лечения. Врачебные записи должны содержать обоснование отнесения пациента к данной категории.

Разработана следующая шкала оценки риска суицида у детей и подростков.

Фактор	Значение показателей в баллах	Баллы
Возраст	1-10-12 или 15-19 лет	
Депрессия, тревога*	1 - если есть	
Парасуициды в прошлом*	1 - если есть	
Употребление алкоголя, наркотических веществ*	1 - если есть	
Личностные черты: нестабильность настроения;	1 - если есть	



агрессивное и/или антисоциальное поведение; демонстративность и импульсивность в поведении; недостаточная способность преодоления проблем и трудностей; неспособность реальной оценки действительности; «жизнь в мире иллюзий и фантазий»; переоценка собственной личности, сменяющиеся переживанием никчемности; легко возникающее чувство разочарования; тревога и подавленность, особенно при несущественных проблемах; чувство неполноценности, неуверенности, отвергающее или провоцирующее поведение в отношении друзей, взрослых, включая родителей; проблемы половой идентичности; трудности в контактах с родителями, другими взрослыми и сверстниками	две из перечисленных черт личности	
Особенности семьи: психические отклонения у родителей; злоупотребление алкоголем, наркомания у членов семьи; история самоубийства и суицидальные попытки в семье; насилие в семье; недостаток внимания и заботы; конфликтные отношения между членами семьи; частые ссоры между родителями; постоянное эмоциональное напряжение в семье; развод родителей, уход одного из них из семьи или его смерть; частые переезды со сменой места жительства	1 - если есть хотя бы одна из перечисленных особенностей семьи	
Негативные события жизни* неприятности в семье; разлука с друзьями, любимым, одноклассниками; смерть любимого или другого значимого человека; разрыв отношений с любимым человеком; межличностные конфликты; проблемы с дисциплиной и законом; давление; подражание саморазрушительному поведению других; издевательства со стороны сверстников, длительное пребывание в роли жертвы; разочарование успехами в школе, серьезные трудности в учебе; нежелательная беременность, аборт и его последствия; тяжелая инвалидизирующая болезнь	1 - если есть хотя бы одно из негативных событий	
Общее количество баллов		

* - критерии повышенной значимости

При общем балле 3 и более (при обязательном наличии одного критерия повышенной значимости) определяется наличие риска совершения самоубийства (7-9 баллов – очень высокий риск).

Информация о пациентах, входящих в группу суицидального риска, ежедневно сообщается на оперативных совещаниях при приеме и сдаче дежурств. Ежедневно о наличии таких пациентов и тактике наблюдения за ними информируется дежурный средний и младший медперсонал соответствующего отделения. В «журнал наблюдения за пациентами» дежурным средним медперсоналом вносятся соответствующие сведения о таких пациентах.

В работе с данным контингентом пациентов соблюдаются определенные условия:

палата не должна быть одноместной, поскольку наличие соседей по палате позволяет медперсоналу получать определенную информацию о настроении, высказываниях и поведении пациента, а также затрудняет совершение пациентом суицидальных действий:

ограничивается доступ пациента к средствам и способам совершения суицида, включая наличие ограничителей на окнах в палате;

передвижение пациента в отделении отслеживается дежурным медперсоналом, а посещение им вспомогательных лечебно-диагностических подразделений – только в сопровождении дежурного медперсонала;

посещение пациента родственниками используется для получения от них информации о наличии у него суицидальных тенденций, включая просьбы о доставке ему средств, которые могут использоваться в суицидальных целях.

Обязательным условием является назначение лечащим врачом консультации психолога (врача-психотерапевта), с обоснованием вызова специалиста в медицинской документации, и последующее выполнение его рекомендаций.

В случае выявления признаков подготовки пациента к совершению суицида (прямые суицидальные высказывания, подготовка средств к суициду) необходимо:

Действия врачебного персонала:

1. Обеспечить непрерывное наблюдение за пациентом. Для этой цели привлекается дополнительный медицинский персонал либо осуществляется перевод в отделение с возможностью постоянного наблюдения.

2. Организовать консультацию врачом-психиатром-наркологом. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регулируется статьями 24-26 Закона РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Как правило, психиатрическое освидетельствование проводится по просьбе или с согласия гражданина (в возрасте до четырнадцати лет – по просьбе или с согласия родителей либо иного законного представителя; гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя). Следовательно, пациент должен информироваться о вызове специалиста. В случае отказа гражданина от



психиатрического освидетельствования, оно может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, когда есть основания предполагать наличие у него психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих. Решение о проведении психиатрического освидетельствования в данном случае принимается врачом-психиатром-наркологом, осуществляющим консультирование пациента.

3. Обеспечить проведение первичных терапевтических мероприятий, адекватных характеру и тяжести психического расстройства. Уже первичная беседа, в том числе затрагивающая тему суицидальности и неприятных чувств пациента, может способствовать установлению рабочего альянса и облегчению состояния пациента.

Руководствуясь предварительным диагнозом психического расстройства, врач может назначить медикаментозное лечение на этапе до консультации психиатром. Для терапии депрессии используются имеющиеся в наличии антидепрессанты (сертралин, пароксетин, флюеоксамин, флуоксетин и др.). Следует помнить, что эти препараты не обладают непосредственным (экстренным) «антисуицидальным» действием, поэтому при наличии у пациента тревоги, агитации, возбуждения возможно назначение бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, лоразепам) внутрь или парентерально. Психотическое поведение (бред, галлюцинации) предполагает назначение антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, рисперидон и др.).

Необходимо помнить, что психотропные препараты часто используются в суицидальных целях, в связи с чем медперсонал должен уделять особое внимание контролю за их хранением и приемом. Также желательно избегать назначения препаратов, с передозировкой которых связан риск летального исхода (например, трициклические антидепрессанты: амитриптилин и др.).

Корректировка лечения, уточнение диагноза, принятие решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар осуществляется врачом-психиатром-наркологом.

4. О суицидальных намерениях или действиях должны быть поставлены в известность родственники или другие близкие люди (по уточнению самого пациента). Допускается, по возможности, привлечение близких для оказания психологической поддержки пациенту и наблюдения за ним.

При обнаружении у пациента при общении с ним признаков суицидального риска средним медицинским работникам необходимо:

1. Обеспечить немедленное постоянное наблюдение за пациентом, с привлечением младшего медицинского персонала, использованием информации о его поведении от других пациентов, находящихся в палате.

2. Немедленно доложить лечащему врачу (заведующему отделением, дежурному врачу) о возможном риске суицидальных действий.

3. Информировать пациента об изъятии у него средств, которые могут быть применены с целью причинения самоповреждения (медикаменты, острые

предметы, верёвки и пр.). Следить, чтобы пациент не укрывался одеялом с головой. Необходимо сопровождать его в туалет, ванную комнату, на процедуры, во время посещения родственниками и знакомыми, и т.д. Следует тщательно осматривать его постель с целью обнаружения в ней опасных предметов (осколков, железок, веревочек, лекарственных порошков). Пациент должен принимать лекарства обязательно в присутствии медсестры, чтобы он не мог припрятать и накопить лекарства с целью самоубийства.

4. Обеспечить контроль над доступностью средств и способов совершения суицида (открытые окна, лестничные проемы, электроприборы, острые предметы, химически активные вещества, медикаменты и др.).

5. Следует помнить, что при наступлении внешнего улучшения в состоянии депрессивного пациента бдительность при уходе за ним должна быть полностью сохранена. Пациент, находясь в состоянии некоторого улучшения, может быть еще более опасным для себя.

Врачи и средние медработники, работающие в стационарных подразделениях, владеют знаниями об основных факторах риска суицидального поведения, изложенных в директивных документах вышестоящих органов здравоохранения по вопросам профилактики суицидов.

При выявлении у пациента признаков суицидального поведения медицинский работник выполняет следующий порядок действий:

1. Оценка степени риска самоубийства, определение серьезности возможного самоубийства.

2. Нахождение с человеком в ситуации высокого суицидального риска.

3. Беседа с человеком в ситуации высокого суицидального риска.

4. Принятие суицидента как личности.

5. Вселение надежды в благоприятный исход ситуации.

6. Обращение за помощью к специалистам (психиатру, психотерапевту) для решения вопроса дальнейшей тактики курации пациента в соответствии с «Законом Республики Беларусь о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

После завершения лечения в стационарном учреждении здравоохранения медицинские работники осуществляют профилактику суицида (согласно приказу УЗ Гродненского облисполкома от 28.05.2010 г. №322 «О профилактике самоубийств и суицидального поведения»).

Профилактика суицидального поведения – различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, в частности, превенцию формирования суицидальных побуждений, осуществления суицидальных действий и рецидива суицидального поведения.

Различают следующие виды профилактики суицидального поведения.

1. По содержанию:

- специализированные психиатрические (собственно суицидологические);

- терапевтические (медикаментозные и немедикаментозные) мероприятия, направленные на предотвращение формирования суицидальной активности, а



также на лечение психических расстройств, приведших к суицидогенезу или возникновению аутоагрессивных проявлений);

- психологические: коррекционные мероприятия, направленные на изменение личностных установок в отношении суицидальных проявлений, повышение уровня психологической защищенности, формирование «антисуицидального барьера» (активизацию антисуицидальных факторов личности) и, таким образом, предотвращающие формирование (рецидивирование) суицидальной активности;

- общемедицинские: лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий (осложнений) совершенной суицидальной попытки;

- информационно-обучающие: мероприятия, направленные на распространение знаний (в частности в средствах массовой информации) об особенностях генеза и формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения, способах «самопомощи» при возникновении суицидальных проявлений, наличии и характере работы суицидологических служб; а также специализированные учебные суицидологические программы для психиатров и врачей общей практики [2].

2. По последовательности:

- первичная: мероприятия, проводимые с суицидентами с целью предотвращения осуществления суицидальных действий; к первичной профилактике относятся информационно-обучающие мероприятия по вопросам суицидологии, проводимые для любых категорий населения;

- вторичная: мероприятия, проводимые с суицидентами, совершившими суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения;

- третичная: мероприятия, проводимые с близким окружением (родственники, друзья и т.д.) суицидентов, совершивших суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения; а также направленные на превенцию формирования суицидального поведения имитационного характера в таком окружении.

Профилактика самоубийств строится как многоступенчатая система, происходит успешнее при более раннем обращении к первоисточнику проблемы. Важно формировать у подростков положительную самооценку, позволяющую адекватно реагировать на стрессы и преодолевать трудности. Высокая самооценка достигается в процессе обретения субъектом физических, социальных и профессиональных навыков («Я это могу сделать!»). Школьникам предоставляется информация о возможной помощи в ситуации возникших жизненных трудностей (телефон доверия) [4].

Основными видами помощи суициденту являются:

- индивидуальные беседы;

- включение клиентов в тренинговые группы с целью коррекции негативных эмоционально значимых ситуаций, переориентация индивидуальных и групповых интересов,

- обучение социальным навыкам, способам эффективного общения, взаимодействия с окружающими, конструктивному поведению в конфликтных ситуациях;

- рекомендации чтения специальной литературы;

- привлечение специалистов: психологов, юристов, социальных педагогов, психотерапевтов и т.д. [1, с. 146].

Особое внимание уделяется подросткам с акцентуациями характера, изолированным и отверженным в среде сверстников, имеющим опыт незавершенного суицида. В результате совместной деятельности медицинских работников, работников системы образования были разработаны рекомендации родителям по оказанию помощи детям, совершившим попытку суицида. Представляем разработанные рекомендации.

1. Откажитесь от авторитарности и приказного тона в общении с ребенком.

2. Стройте отношения на основе доверия.

3. Серьезно относитесь к проблемам, негативному поведению ребенка.

4. Объясняйте, что самоубийство – неэффективный способ решения проблем.

5. Обращайтесь к помощи авторитетных для подростка людей, специалистов психоневрологического диспансера.

6. Не бойтесь попросить о помощи.

Эффективной является индивидуально-групповая работа с родителями подростков в ходе которой выслушиваются и оцениваются точки зрения сторон о сути конфликта. Акцентируется внимание на душевном состоянии подростка, определяются пути оказания помощи.

Заключение. Основной причиной суицидальных действий является социально-психологическая дезадаптация личности. Помимо главной причины могут быть еще второстепенные (безответная любовь, проблемы в семье, школе, со сверстниками, асоциальное поведение). Знание и понимание социально-психологической природы суицида помогает медицинским работникам определить пути оказания психологической и медицинской помощи подросткам, совершившим попытку суицида. Разработан алгоритм работы, позволяющий эффективно организовывать помощь суицидальным пациентам. Предложены рекомендации для родителей по оказанию помощи детям, совершившим попытку суицида. Профилактика суицида в подростковой среде требует взаимодействия медицинских, педагогических работников, родителей, средств массовой информации.

Список литературы.

1. Костюкевич, В.П. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога / В.П. Костюкевич, А.А. Биркин, В.П. Войцеха, А.А. Кучер. М.: Академический проект, 2003. – 157 с.

2. Ласый, Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / Е.В. Ласый, С.В. Давидовский, И.И. Хвостова. – Минск: Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. – 34 с.



3. Павлова, Т.С. Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях / Т.С. Павлова // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 2. – С. 79–89.

4. Стадухина, Л.К. Суицидальное поведение подростков: методические рекомендации / Л.К. Стадухина, Н.В. Петрова, О.А. Маркова. – Йошкар-Ола, 2013. – 50 с.

УДК:159.942:616.89-008.441

АДДИКЦИЯ КАК КОМПЕНСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА

Соловьева С.Л.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация. *Аддикция, или зависимое поведение - уход от реальности путем изменения психического состояния – является сегодня ключевым направлением исследований в рамках профилактики личностных расстройств и нарушений поведения у детей и подростков. Исследования причин и механизмов аддиктивного поведения проводятся в медицине и в психологии, в связи с наличием биологической предрасположенности, психологических факторов риска, а также провоцирующими социальными воздействиями. Статья посвящена рассмотрению основных типов воспитания будущих аддиктов в дисфункциональных родительских семьях, к которым относятся псевдоблагополучная семья, применяющая неправильные методы воспитания; неполная семья, отличающаяся дефектами в структуре; проблемная семья, характеризующаяся постоянной конфликтной атмосферой; аморальная семья, отличающаяся алкогольной, аморальной и сексуальной деморализацией; криминогенная семья. Показано, что эмоциональная уязвимость детей и подростков, дефекты их социализации, формирующиеся в дисфункциональных родительских семьях, составляют решающий психологический фактор предрасположенности к аддикциям.*

Ключевые слова. *Аддиктивное поведение, дисфункциональная семья, социализация, эмоциональный дефицит.*

Актуальность. Аддиктивное, или зависимое поведение (табакокурение, алкоголизм, наркомания, интернет-зависимость, пристрастие к азартным играм), является сегодня одним из наиболее распространенных типов девиантного поведения и выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций. Психологическая феноменология аддиктивного поведения заключается в том, что, стремясь уйти от травмирующей реальности, люди пытаются искусственным путем изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления душевного равновесия в трудных жизненных ситуациях. Часто

этот процесс настолько захватывает личность, что начинает управлять ее существованием, становясь основным содержанием и смыслом жизни. Человек становится беспомощным перед своим пристрастием. Утрачивается стремление и способность решать реальные жизненные проблемы, добиваться значимых целей, выстраивать карьеру и продуктивные взаимоотношения с людьми, что неизбежно приводит к социальной дезадаптации.

Психологическая феноменология аддиктивной личности. Аддиктивная личность в своих взаимоотношениях с окружающим миром ищет и находит свой универсальный и односторонний способ выживания - уход от проблем. Естественные адаптационные возможности аддикта при этом нарушаются вначале на психологическом, а затем и на психофизиологическом уровне. Первым признаком таких нарушений является ощущение психологического дискомфорта в сложной жизненной ситуации. Перепады настроения постоянно сопровождают процесс жизни, но люди по-разному переживают эти состояния и по-разному на них реагируют. Одни умеют противостоять превратностям судьбы, брать на себя ответственность за происходящее, действовать и принимать решения, а другие с трудом переносят даже кратковременные и незначительные колебания настроения и психофизического тонуса. Такие индивиды обладают низкой переносимостью фрустраций, сниженной способностью менять свое поведение в зависимости от требований ситуации и интересов других людей. Не обладая достаточной степенью толерантности, в качестве способа восстановления психологического комфорта они выбирают аддикцию, позволяющую искусственно изменять психическое состояние, позволяющее переживать субъективно приятные эмоции. Таким образом создается психологическая иллюзия решения проблемы. Эта форма взаимодействия с реальностью фиксируется в поведении человека и становится устойчивой стратегией разрешения любых более или менее трудных жизненных ситуаций. Привлекательность аддикции заключается в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления: обращаясь к фиксации на каких-то предметах или действиях, можно отвлечься от своих проблем, забыть о тревогах, уйти от трудных ситуаций. Желание изменить настроение достигается с помощью различных аддиктивных агентов, к которым относятся вещества, изменяющие психическое состояние: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества. С целью уменьшения субъективного переживания стресса и нейтрализации эмоционально-негативного состояния, вызванного неприятными событиями, нередко принимаются алкоголь или наркотик. Искусственному изменению настроения способствует также и вовлеченность в такие виды активности, как: азартные игры, компьютер, секс, переедание или голодание, а также в определенной степени работа и длительное прослушивание громкой ритмичной музыки.

Негативные аспекты пристрастия. Разрушительный характер аддикции психологически проявляется в том, что способ аддиктивной реализации из средства постепенно превращается в цель. Отвлечение от переживаний в трудных



жизненных ситуациях время от времени необходимо каждому человеку, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, в процессе которого формируется своеобразная ловушка ухода от реальной действительности с перемещением интересов в сферу виртуальной реальности. Аддиктивная реализация может заменять дружбу, любовь и все другие виды активности. Она поглощает время, силы, энергию и эмоции до такой степени, что аддикт оказывается неспособным включаться в другие формы активности, развивать другие стороны личности, получать удовольствие от общения с людьми, увлекаться, проявлять симпатии, сочувствие, эмоциональную поддержку даже самым близким людям. Аддикция — это процесс психологического порабощения, в результате которого человек становится рабом какой-нибудь формы поведения.

Направления исследований аддикции. Исследования причин и механизмов формирования аддиктивного поведения проводятся и в медицине и в психологии, в связи с наличием биологической предрасположенности, психологических факторов риска, а также определенными провоцирующими социальными воздействиями. В медицине, в частности, существует представление о том, что определенная предрасположенность к употреблению психоактивных веществ обусловлена генетически. Ее связывают с дефицитом дофаминовой нейромедиации в системе подкрепления мозга, особенностями различных звеньев кругооборота и его нейромедиаторными функциями – слабостью синтеза дофамина, гиперактивностью процесса обратного захвата дофамина, ускоренным разрушением дофамина, низкой чувствительностью дофаминовых рецепторов. Имеются данные об особенностях морфофункциональной и нейрохимической организации мозговых систем подкрепления у лиц, склонных к зависимому поведению. Неблагоприятным прогностическим признаком в отношении раннего развития аддиктивного поведения считается наличие выраженной межполушарной асимметрии.

Существенным фактором риска аддиктивного поведения, по мнению врачей-психиатров и наркологов, является наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями. Отмечается предрасполагающая роль личностных расстройств у будущих аддиктов, связь склонности к употреблению психоактивных веществ и формирования зависимого поведения с акцентуациями характера. Во многом аддиктивному поведению способствуют такие психологические особенности, как нарушения самоконтроля и саморегуляции; неустойчивая самооценка; нарушения в аффективной сфере, проявляющиеся эмоциональной лабильностью и негативной аффективностью; психический инфантилизм.

Оформление аддиктивного поведения происходит на фоне биологически предрасполагающей «почвы» в виде наследственности, тех или иных личностных аномалий, в трудной жизненной ситуации, связанной с эмоциональным напряжением. Ц. П. Короленко и Е. Н. Загоруйко считают, что любая аддикция начинается с фиксации или «прилипания» к тому аддиктивному агенту, встреча с

которым привела к сверхсильному изменению эмоционального состояния. Момент фиксации в ассоциативной коре головного мозга человека этого переживания, по мнению авторов, сопровождается чувством вдохновения, упоения, радости, ощущением возможности контролировать, независимо от внешних обстоятельств, свое состояние, что в дальнейшем приводит к повторению аддиктивного опыта.

Этот процесс является основой для возбуждения специфического центра удовлетворения, который не только обеспечивает формирование положительных эмоций в связи с удовлетворением потребности, но и фиксирует в памяти способ достижения цели. По такому механизму развиваются поведенческие реакции, связанные с табакокурением, алкоголизмом, наркоманией и другими формами аддиктивного поведения. При этом сужается круг значимых объектов реальной действительности, а так же происходит утрата общей активности, целеустремленности и инициативности в реализации социально – одобряемых видов деятельности. В работе Дмитриевой Н.В., Четверикова Д.В. показано, что утрачиваются интересы и склонности, находящиеся вне поля аддиктивной реализации, а также происходит снижение показателей волевой сферы по отношению к данным видам активности. При этом внутри поля аддиктивной деятельности происходит увеличение волевых и мотивационных показателей. Для достижения цели обладания аддиктивным агентом прилагается максимум усилий, отмечается повышенная активность, инициативность и возрастание креативности.

Формирование личности в семье и аддиктивное поведение. Семейная структура закладывает фундамент личности ребенка. Являясь основным агентом социализации, родительская семья несет в себе предрасполагающие факторы будущих аддиктивных реализаций. **Целью** настоящей работы является психологический анализ формирования аддиктивной личности в родительской семье.

Во многом изучению и психологической коррекции аддиктивного поведения препятствует то чувство превосходства, которое обычно возникает по отношению к аддиктам, происходящее от тенденции видеть в этих людях искателей удовольствия или носителей деструктивных тенденций. Между тем на практике приходится убеждаться в том, что при наличии генетической предрасположенности в родительской семье, где ее члены имеют личностные и поведенческие нарушения, проявляющие себя в специфической психологической атмосфере, в микросоциальных правилах, нормах, ценностных ориентациях, формирование аномальной личностной структуры, склонной к аддиктивному поведению, у ребенка становится практически неизбежной. Большинство отклонений в поведении несовершеннолетних: безнадзорность, правонарушения, употребление психоактивных веществ, имеют в своей основе один источник — социальную дезадаптацию, корни которой лежат в дезадаптированной родительской семье. Из всех дефектов социализации личности наиболее опасными являются именно семейные дефекты.



Социализация – процесс усвоения социального опыта, овладения социальными нормами, позволяющий ребенку и подростку успешно интегрироваться в социальные процессы. Процесс социализации в семье предполагает усвоение ребенком образцов нормативного, социально одобряемого поведения родителей. Их поведение до определенного возраста становится эталоном для подражания. Знание родительских норм-образцов и моделей поведения позволяет подростку не искать заново решений в стандартных ситуациях, а вести себя автоматически, в соответствии с принятыми в данной среде и усвоенными личностью шаблонами. Социально дезадаптированный ребенок, подросток, находясь в трудной жизненной ситуации, в определенном смысле является жертвой, чьи права на полноценное развитие грубо нарушили социальные факторы его формирования. Невозможность осуществления позитивной социальной роли вынуждает подростка искать обходные пути для реализации своей потребности в развитии. Именно поэтому исследователи аддиктивного поведения, в особенности психодинамической ориентации, основное внимание при изучении аддиктов уделяют ранним условиям формирования их личности, закладывающим фундамент будущих психологических проблем.

Дональд Винникотт (Winnicott, 1974), в частности, считает, что потребности младенца настолько велики, что его как такового просто нет: не существует такого явления, как младенец, есть лишь младенец и мать. Он рассматривает связку «мать — младенец» как биологическую систему, в которой адекватное разворачивание процесса развития ребенка обязательно требует фигуры, адекватно проявляющей заботу о нем. Отсутствие или дефицит эмоционального комфорта в этих взаимоотношениях нарушает эмоциональное развитие ребенка. Человек не склонен к химической зависимости, если он находится в согласии с самим собой и своими чувствами, способен адекватно выражать эти чувства, поддерживает здоровые отношения с другими людьми и может позаботиться о себе. Базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и целостности личности создается у ребенка как функция оптимальной успокоенности, сытости и защищенности в родительской семье. Впоследствии на базовом ощущении собственного благополучия основывается способность к любви во взаимоотношениях «Я—другой». В оптимальных условиях формирования у человека развивается чувство собственной безусловной ценности, возникают продуктивные жизненные установки и стремления, закладывается здоровая способность к независимому существованию. Возникает забота о себе, т.е. психологическая способность, предохраняющая от причинения вреда и гарантирующая выживание, которая включает в себя такие виды психической деятельности, как проверка реальности, рассудительность, самоконтроль, умение воспринимать сигналы тревоги и видеть причинно-следственные связи. Способность заботиться о себе в явной форме выражена у взрослых в виде разумного планирования и осуществления деятельности, предчувствия вероятного вреда, опасности или угрожающей ситуации. Она

сопровождается выраженными в определенной степени предупреждающими чувствами страха, беспокойства или стыда.

Такие психологические качества и реакции абсолютно отсутствуют или не развиты у аддиктов, которые оказываются не в состоянии понять, что их поведение и реакции не учитывают ситуацию и условия, и поэтому подвергают опасности свое благополучие (что в первую очередь связано с ситуациями употребления наркотиков или алкоголя). Аддиктивные индивидуумы страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому не способны удовлетворить свои потребности или установить удовлетворяющие их отношения с другими людьми. Под холодностью и отчуждением аддиктивной личности часто скрываются более глубинные стыд и чувство собственной неадекватности. Неудивительно, что способность различных химических веществ изменять чувство собственной недостаточности притягивает такого человека.

Травмирующее, оскорбительное или пренебрежительное поведение родителей в особенности разрушает психологическое здоровье ребенка. Исследуя феномен госпитализма, Рене Спитц (Rene Spitz) показал, что без адекватного контакта ребенка с человеком, который заботится о нем с достаточной теплотой и сердечностью, при отсутствии кого-то, к кому можно прижаться, на кого можно положиться, у малыша развивается анаклитическая депрессия, биопсихологический уход в себя (withdrawal). У брошенного без должной опеки ребенка может возникнуть состояние общего истощения (marasmus), которое и приводит его к тяжелой форме депрессии, уходу в себя, а при неблагоприятном исходе — к смерти. Младенец, если ему вообще удастся выжить, действительно находит нечто в своем окружении, что не напоминает ему о матери, но заменяет мать. Не имея ничего, младенец или ребенок постарше сам становится как бы ничем; он должен приспособить что-нибудь для того, чтобы выжить, что-то, что может хоть немного его утешить при отступлении в его собственный, приватный мир. Доктор Ханзян отмечает в этой связи, что химические вещества «могут служить мощным противоядием от внутреннего чувства пустоты, дисгармонии и недостатка покоя и легкости, которые свойственно переживать подобным людям», которые не получили достаточно любви и не научились любить самих себя, развивая тем самым здоровую самооценку. Леонард Шенгольд (Shengold) назвал такое раннее злоупотребление и пренебрежение детьми «убийством их души».

Типы дисфункциональных родительских семей, предрасполагающих к аддикции ребенка. Семьи, для которых характерны наиболее глубокие дефекты социализации, вольно или невольно провоцируют детей на раннее употребление психоактивных веществ и совершение правонарушений. Криминологи выделяют следующие основные типы дисфункциональных, неблагополучных семей: псевдоблагополучная семья, применяющая неправильные методы воспитания; неполная семья, отличающаяся дефектами в своей структуре; проблемная семья, характеризующаяся постоянной конфликтной атмосферой; аморальная семья, характеризующаяся алкогольной, аморальной и сексуальной деморализацией;



криминогенная семья. Каждая из них по-своему формирует психологические предпосылки будущей аддикции у ребенка: создает проблемы, которые впоследствии будут решаться им с помощью аддиктивной реализации.

Псевдоблагополучная семья отличается ярко выраженным деспотическим характером, безоговорочным доминированием одного из родителей, с полным подчинением ему остальных членов семьи, наличием жестоких взаимоотношений, применением физического наказания как основного средства воспитания и воздействия. Особый вред развитию личности ребенка при этом наносят частые физические наказания, которые вызывают состояние фрустрации, беспомощности, растерянности. Накапливающаяся обида, раздражительность, злобность ребенка вымещаются на доступных людях, прежде всего на сверстниках. Развивается агрессивное поведение. Физическое наказание наносит ущерб и самооценке ребенка, вследствие чего у него развивается болезненно чувствительное самосознание, легко ранимое самолюбие. Готовность воспринимать угрозу и видеть опасность даже в эмоционально-нейтральной ситуации приводит к появлению навыка нападения, который доминирует в ролевом репертуаре. Систематическое физическое наказание в раннем детстве может привести также к утрате отзывчивости, способности сочувствовать и сопереживать другим людям. Отсутствие сопереживания облегчает реализацию агрессии и жестокости. Вырабатывается негативизм, склонность к бессмысленному противодействию и конфронтации, который перерастает во враждебность, прежде всего по отношению к родителям. Отношения неблагополучной, дисфункциональной семьи отражаются на всех сферах жизнедеятельности ребенка: снижается его школьная успеваемость, уличная компания заменяет родительский авторитет, привычным способом поведения становится агрессия. Легко возникающая эмоция гнева, мотивирующая агрессивное поведение, контролируется регулярным приемом алкоголя и психоактивных веществ. Все это приводит к социальной и педагогической запущенности ребенка, иногда к задержкам психического развития и психическим отклонениям, эмоциональным нарушениям, наиболее частым следствием чего становятся правонарушения и употребление психоактивных веществ.

Неполная семья. Ключевой негативный фактор психологической атмосферы неполной семьи — эмоциональный дискомфорт, который испытывает ребенок в условиях частичной депривации, и который характеризуется комплексом психологических реакций и переживаний: чувством собственной неполноценности, ущербности, зависти, эмоционального голода и пр. Ситуация эмоционального дефицита в условиях ограничения общения, принятия, помощи, защиты и поддержки ребенка взрослыми, занятыми решением собственных проблем, вызывает у него повышенный интерес к своим переживаниям с пренебрежением, недоброжелательным, порой агрессивным отношением к отцу или матери, бросившим семью. Наибольший эмоциональный дискомфорт испытывают мальчики, воспитывающиеся без отцов. Именно у отца мальчик

учится таким качествам взрослого мужчины, как мужество, смелость, решительность, благородство, уважительное отношение к женщине. Бессознательно, по механизму подражания, мальчик копирует стиль поведения отца, учится вести себя так, как принято вести себя мужчине в данном обществе, в данной культуре, в данной семье. В семьях без отца при отсутствии мужского стиля поведения возрастает опасность феминизации мальчиков, которые бессознательно боятся этого и начинают демонстративно проявлять маскулинность в поведении: склонность к агрессивности, драчливости, грубости, к нецензурной лексике. Очень болезненно отражается на воспитании ребенка развод родителей, которому предшествует общее ухудшение семейных отношений. Ребенок становится свидетелем скандалов между родителями, видит сцены грубости, унижения, насилия. В этих условиях он чувствует себя отчужденным и брошенным в родительской семье и старается как можно больше времени проводить вне дома. Возникает бесконтрольная, криминогенно опасная ситуация, так как роль воспитателя берет на себя улица. Нарушение социализации ребенка в семье не позволяет ему сформировать просоциальные ценности, интересы, мотивы поведения; вместо этого усваиваются нормы и ценности дворовой компании, к которым относится регулярное употребление спиртных напитков, курение, часто употребление наркотиков и других химических препаратов.

Проблемная семья. Проблемная семья также часто формирует предпосылки аддиктивного поведения у ребенка. Она характеризуется соперничеством между родителями за главенствующее положение в семье, отсутствием сотрудничества между членами семьи, разобщенностью, изоляцией между родителями и детьми. Господствующая в семье конфликтная ситуация создает постоянную атмосферу эмоциональной напряженности, которая является непереносимой для детей, вследствие чего они стремятся как можно меньше находиться дома, стараются «улизнуть» под любым предлогом на улицу, где и проводят большую часть времени. Проблемные семьи во многих случаях создают условия для криминогенного формирования несовершеннолетних, поскольку в них нарушается процесс социального контроля, отсутствуют эмоциональные связи между родителями и детьми. Вместо родителей функцию социального контроля начинает выполнять дворовая компания, лидером которой обычно является более старший подросток, имеющий криминальный опыт. Атрибутом поведения лидера дворовой компании как агента социализации выступают употребление алкоголя, наркотиков и другие аддиктивные реализации, которые перенимаются и копируются подростком из неблагополучной семьи.

Аморальная семья. Аморальная семья легко формирует у ребенка предрасположенность к аддикции. В такой семье наблюдаются социально-негативные факторы: правонарушения, совершаемые членами семьи, пьянство и алкоголизм, систематические конфликты, выливающиеся в скандалы и драки, развратное поведение. Алкоголизм родителей вызывает обнищание, ухудшение быта и искажение норм поведения. Дети оказываются брошенными, у них



пропадает привязанность и уважение к родителям. Каждый из этих факторов в отдельности способен исказить процесс социализации ребенка в семье, а все вместе они практически исключают полноценное развитие личности. У ребенка формируются черты характера и формы поведения, квалифицируемые обычно в терминах личностного расстройства: импульсивность, агрессивность, враждебность; своевременно не выявляются заболевания, травмы в результате побоев, что усиливает психопатологическую симптоматику в общей картине психических нарушений. Подростки скитаются по улицам, по подъездам и вокзалам, в школу приходят не подготовленными, отстают в учебе. Нередко окружающие называют их «тупицами», что порождает обиду, повышенную чувствительность и душевную ранимость, приводит к ожесточению и агрессии, к конфликтам со сверстниками и взрослыми. Оказавшись в позиции изолированных или пренебрегаемых, они не находят поддержки среди одноклассников и педагогов, в семье и школе, они начинают искать товарищей на стороне, в уличных компаниях, где собираются точно такие же сверстники. Дворовая компания подростков заимствует из родительских семей доступный им стиль жизни, включающий в себя употребление алкоголя, наркотиков, применение физической силы с нанесением и получением черепно-мозговых травм. Аддиктивное пристрастие становится основным методом регуляции ребенком его эмоциональных реакций и поведения в целом.

Криминогенная семья — семья, члены которой совершают преступления. Согласно криминологическим исследованиям, судимость одного из членов семьи (чаще всего это отцы или старшие братья) увеличивает вероятность совершения преступления другими членами семьи, прежде всего несовершеннолетними, в 4—5 раз. Каждый четвертый из осужденных несовершеннолетних проживает, по данным статистики, с судимыми братьями и сестрами. Преступное поведение взрослых членов семьи демонстрирует детям, подросткам криминальные «нормы-образцы», «нормы-принципы» поведения, усиливает их криминогенный потенциал. В родительской семье идет формирование делинквентной, криминальной, асоциальной личности ребенка. Это приводит к выбору им референтной группы или лица с асоциальной направленностью, в отношениях с которыми подросток усваивает соответствующие морально-этические нормы и ценности, поведение, социальные роли. Его ролевой репертуар в этом случае неизбежно включает в себя те или иные аддиктивные реализации как атрибут поведения и метод саморегуляции своего психического состояния.

Физические и психические травмы, которые переживают на протяжении своего развития аддиктивные индивиды в родительских семьях дисфункционального типа, сочетаются с факторами биологической или генетической восприимчивости, определенными культурными нормами и социальными условиями, что усиливает психологическую уязвимость и склонность к аддикции. Увеличивается вероятность того, что пережившие психические травмы дети и подростки будут экспериментировать с химическими веществами, вызывающими зависимость, стремясь использовать их

кратковременные и несущие облегчение эффекты. Эти вещества служат мощным средством против внутреннего чувства пустоты, дисгармонии и душевной боли.

Социальная дезадаптация в семье создает условия для формирования акцентуаций характера ребенка, заострения его характерологических черт. Некоторые типы акцентуаций (гипертимный, эпилептоидный, истероидный, конформный, неустойчивый) наиболее склонны, по мнению А. Е. Личко, к проявлению девиантного и, в частности, аддиктивного поведения. Так, *гипертимные подростки*, которые с детства отличаются подвижностью, общительностью, самостоятельностью, склонностью к экспериментированию в поиске острых ощущений, демонстрируют тенденцию к риску и авантюризму. В целом склонность к аддиктивному поведению выражена у них в значительной степени в силу активности, предприимчивости, стремления к сильным впечатлениям, к экспериментированию, к поиску нового. Главной чертой *эпилептоидного типа* является склонность к дисфориям и тесно связанная с ней аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, иногда достигающее аномалий влечений, а также вязкость, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике — от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличает злобно-тоскливая окраска настроения, накапливающее раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать зло, и агента, который может снять дисфорию. Таким агентом обычно становится алкоголь; контроль за его употреблением быстро утрачивается, что создает условия для формирования хронического алкоголизма. Главная черта *истероидного типа* — беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия — проявляется в разнообразных формах рискованного поведения. Алкоголизм или употребление наркотиков у истероидных подростков носит демонстративный характер. Наслышавшись о наркотиках или испробовав раз-другой тот или иной суррогат, истероидный подросток начинает расписывать свои наркотические эксцессы, необычный «кайф», удерживая на себе внимание окружающих людей. Подростковые реакции оппозиции проявляются у него нарушениями поведения: употребление алкоголя, наркотиков, а также воровство, асоциальные компании используются подростком истероидного типа для того, чтобы просигнализировать окружающим: «Верните мне прежнее внимание, иначе я сойду с пути». Подобный стиль поведения становится привычным, особенно в трудных жизненных ситуациях, переживание которых сопровождается эмоциональным напряжением. *Неустойчивый тип акцентуации* с детства рано обнаруживает повышенную тягу к развлечениям, удовольствиям, праздности, безделью. Еще детьми они начинают курить, легко идут на мелкие кражи, готовы все дни напролет проводить в уличных компаниях, копируя стиль поведения окружающих и их привычки. В подростковом возрасте тяготеют к более острым ощущениям — в ход идут хулиганские поступки, алкоголь, наркотики. Делинквентность этих подростков — это прежде всего желание поразвлечься. Пребывание в асоциальных группах ведет к раннему



сексуальному опыту, включая знакомство с развратом и извращениями. Сексуальная жизнь становится для таких подростков таким же источником развлечений, как постоянные выпивки и похождения. П. Б. Ганнушкин обрисовал основные черты *конформного типа акцентуаций у подростков*, к которым относятся постоянная готовность подчиняться голосу большинства, шаблонность, банальность, внушаемость, склонность к консерватизму. Представители конформного типа — это люди своей среды, которые транслируют окружающим людям соответствующие установки, мораль и нормы поведения. Попав в социально-неблагоприятную среду с делинквентными или криминальными тенденциями, конформные подростки со временем усваивают все её обычаи и привычки, манеры и правила поведения, как бы они ни противоречили уже имеющимся и каким бы пагубным оно ни было. Конформные подростки, лишённые собственной критичности и инициативы, «за компанию» легко спиваются, могут быть подбиты на употребление наркотиков и других психоактивных веществ.

Основным *мотивом поведения всех подростков, склонных к аддиктивным формам поведения*, является бегство от невыносимой для них реальности. Этим детям не удастся найти в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь их внимание, увлечь, обрадовать, вызвать эмоциональную реакцию. Аддиктивные реализации становятся содержанием жизни.

Эмоциональный дефицит аддиктивной личности. Аддикты страдают не только вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации, а также из-за неспособности думать хорошо о себе, а, следовательно, и о других. Доктор Ханзян выразил это следующей формулировкой: «Аdditкты страдают, потому что не ощущают себя хорошими». Большие мучения им доставляют собственные психологические защиты, с помощью которых эти люди пытаются скрыть свою эмоциональную уязвимость. Аддиктивная личность защищает свое поврежденное и уязвимое «Я» с помощью отказа от реальности, утверждения собственной самодостаточности и автономии, агрессии и бравады. У аддиктивной личности формируется своеобразный субъективный внутренний мир в виде виртуальной реальности, наполненной мифами, иллюзиями, фантазиями, искажающими и фальсифицирующими действительность. За это приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы, отсутствием стойких привязанностей и неустойчивостью взаимоотношений с людьми. По мере изучения психологической феноменологии аддиктивного поведения у многих авторов происходит сдвиг во взглядах на аддиктов, от ищущих удовольствие гедонистов до доведенных до отчаяния людей, занимающихся самолечением.

Заключение. Эмоциональная уязвимость, дефициты социализации и дефекты в сфере аффективной регуляции, которые проявляются как неспособность ребенка и подростка успокоить себя и контролировать свои импульсы, составляют решающий психологический фактор

предрасположенности, формирующийся в родительской семье. Аддиктивному пациенту крайне тяжело признавать и выносить собственные чувства; его самооценка, возникающие отношения с окружающими и способность заботиться о себе не отличаются надежностью и основательностью; наконец, злоупотребление алкоголем и наркотиками вызывает множество проблем, представляющих реальную угрозу для жизни и здоровья. Именно поэтому лечение и реабилитация таких пациентов в первую очередь должны учитывать удовлетворение крайне значимых для них потребностей в эмоциональном комфорте, поддержке, безопасности и контроле. Ключевой задачей профилактики аддиктивного поведения у детей и подростков становится формирование у них эмоционально-позитивной «Я-концепции», основанной на чувстве собственного благополучия, и окружающего мира как надежного партнера, с которым возможно формирование продуктивных отношений.

Список литературы:

1. Анохина И. П., Москаленко В. Д. Генетика алкоголизма и наркоманий// Руководство по наркологии/ Под ред. Н. Н. Иванца. Т. 1 М.: Медпрактика-М, 2002.
2. Боулби Д. Привязанность/ Пер. с англ. М.: Гарадарика, 2003.
3. Бухановский А. О. Болезнь зависимого поведения: определение, систематика, клиника// Актуальные вопросы охраны психического здоровья. Краснодар, 2003.
4. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)// Аддиктология, №1. 2005.
5. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.
6. Руководство по аддиктологии/ Под ред. Проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.-768с.

УДК 316

ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И ЕЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Соловьева Т. В., Табакова А. С.

МГУ им. Н. П. Огарёва, Саранск

Аннотация. В статье анализируются аспекты потребности в формировании здорового образа жизни у студенческой молодежи; оценивается ее качество жизни, в том числе рассматриваются результаты эмпирического исследования.

Ключевые слова: студенчество, потребность, здоровый образ жизни, социально-оздоровительная деятельность, качество жизни студенческой молодежи.

Актуальность. На сегодняшний день задача высшей школы – выпустить не просто высококвалифицированного специалиста, а еще и конкурентно способного профессионала. Вопросы оздоровления, охраны и улучшения здоровья



студенческой молодежи являются актуальными в сфере социальной политики высшего учебного заведения. К социальным рискам современного студенчества, требующим учета в организуемой в вузе системе, следует отнести риски здоровья, связанные с увеличением нагрузок вследствие напряженности обучения и воздействия социокультурных рисков; опасность злоупотребления алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами и др. Помимо этого, необходимо выделить категории студентов со специфическими проблемами здоровья - студенты-инвалиды.

Цель и задачи исследования. В качестве основной цели исследования являлось изучение особенностей формирования здорового образа жизни как фактора повышения качества жизни современного студенчества в Республике Мордовия; в соответствии с чем, были поставлены следующие задачи: охарактеризовать студенческую молодежь и ее потребности в формировании здорового образа жизни, а также представить анализ результатов авторского социологического исследования по выявлению отношения современных студентов к здоровому образу жизни (на примере Республики Мордовия).

Материалы и методы. В работе были использованы следующие группы методов: а) общенаучные: анализ научной литературы, вторичный анализ исследований, анализ нормативно-правовых документов, сравнительный анализ, синтез; б) частно-научные методы исследования: методы сбора информации – анкетирование, анализ документов; методы обработки данных – ранжирование, типология, математические методы обработки социологической информации, проектные методы.

Результаты. Студент (от лат. *studens*, род. падеж *studentis* – усердно работающий, занимающийся), учащийся высшего, в некоторых странах и среднего учебного заведения. В Древнем Риме и в средние века студентами называли любых лиц, занятых процессом познания. С организацией в XII веке университетов термин «студент» стал употребляться для обозначения обучающихся (первоначально и преподающих) в них лиц; после введения ученых званий для преподавателей (магистр, профессор и др.) – только учащихся. Студенчество – учащиеся высших учебных заведений.

Термин «*студенчество*» обозначает собственно студентов как социально-демографическую группу, характеризующуюся определенной численностью, половозрастной структурой, территориальным распределением и т. д.; определенное общественное положение, роль и статус; особую фазу, стадию социализации (студенческие годы), которую проходит значительная часть молодежи и которая характеризуется определенными социально-психологическими особенностями [2, с. 29].

Несмотря на различия своего социального происхождения и материальных возможностей, студенчество связано общим видом деятельности и образует в этом смысле определенную социально-профессиональную группу. Общая деятельность в сочетании с территориальным сосредоточением порождает у студенчества известную общность интересов, групповое самосознание,

специфическую субкультуру и образ жизни, причем это дополняется и усиливается возрастной однородностью, которой не имеют другие социально-профессиональные группы.

Выделение студенческой молодежи в отдельную категорию неслучайно, ведь учиться в вузе можно на разных возрастных этапах: возраст лиц, поступающих в высшие учебные заведения, колеблется от 15 до 52 лет.

Современные ученые считают, что возрастные границы периода *молодости* условны, их можно определить интервалом от 13-14 лет до 29-30 лет. Однако молодость – не столько этап жизненного цикла, сколько определенный социальный статус человека, связанный с основными видами деятельности: учащийся, военнослужащий, работающий, студент и т. д. Возраст студенческой молодежи определяется интервалом от 17 до 23 лет.

Определение возрастных границ молодежи, а именно верхнего, имеет очень большое значение. Это знание важно в двух аспектах: во-первых, молодежный возраст – это стадия получения квалификации, завоевания положения в обществе. Если человек получил квалификацию, то его уже нельзя относить к молодежи. Во-вторых, молодежный возраст – это стадия выбора и принятия решений, затрагивающих его будущее. Независимо от того, каков будет результат выбора, важно, что молодой человек, находясь в процессе выбора (например, выбора образования, профессии, решения вопроса брака, создания семьи), ведет себя как взрослый.

Но в настоящее время в научной литературе еще нет достаточно полного определения понятия «студенчество» и «студенческой молодежи», как нет и единого мнения по вопросу о характере и специфике труда студенчества.

Студенчество, как социальная группа функционирует в системе высшего образования, выступает в качестве объекта производства, предметом которого является не вещь, а сам человек, личность. Поэтому главной формой производства является обучающе-образовательная деятельность».

В. Т. Лисовский считает, что «в социальной структуре общества студенчество может быть названо социальной группой, по своему общественному положению, стоящей близко к интеллигенции, являющейся ее резервом и предназначенной в будущем к занятию высококвалифицированным трудом в различных областях науки, техники, управления, культуры и т. д.». Представляют определенный интерес определения студенчества, данные Ю. Р. Вишневским, который пишет: «*Студенчество* – это особая социальная группа, формирующаяся из различных социальных образований общества и характеризующаяся особыми условиями жизни, труда и быта, особым общественным поведением и психологией, для которой приобретение знаний и подготовка себя для будущей работы, в науке, культуре является главным и в большинстве случаев единственным занятием» [1, с. 57].

Согласно статье 16 Федерального закона №125-ФЗ от 22.08.1996 г. «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», действующего с поправками в настоящее время, *студентом высшего учебного заведения* является



лицо, в установленном порядке зачисленное в высшее учебное заведение для обучения [6]. Следовательно, к **студенческой молодежи** относится лицо в возрасте от 17 до 23 лет, в установленном порядке зачисленное в высшее учебное заведение для обучения. В нашей работе мы будем придерживаться данного определения.

Вузы сегодня - плюралистическое образование, и нарастание необходимости тесного переплетения образовательных структур с другими структурами является актуальной потребностью российской высшей школы. Являясь составной частью образования как социального явления, высшая школа, ориентированная на формирование личности, выполняет функции социализации, профессионализации и формирование ценностных ориентаций личности. Помимо своей основной образовательной функции, вузы берут на себя целый ряд иных функций.

Целью гуманитарной деятельности вузов является создание оптимальных социокультурных и образовательных условий для становления гармонично и всесторонне развитой личности компетентного специалиста, творчески мыслящего, способного к самосовершенствованию и самореализации, обладающего ответственностью и гражданским самосознанием. Эта цель достигается посредством решения конкретных задач, одна из которых - воспитание потребности к физической культуре и здоровому образу жизни.

К социальным рискам современного студенчества, требующим учета в организуемой в вузе системе, следует отнести риски здоровья, связанные с увеличением нагрузок вследствие напряженности обучения и воздействия социокультурных рисков; опасность злоупотребления алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами и др. Помимо этого, необходимо выделить категории студентов со специфическими проблемами здоровья - студенты-инвалиды.

В. С. Мешков в проведенном исследовании показывает, что в процессе оздоровительной деятельности можно укрепить здоровье подростков, молодежи, а также снизить их интерес к наркотикам, алкоголю [5, с. 69].

Поступление в вуз у большинства студентов влечет за собой изменение привычных жизненных стереотипов, смену места проживания, изменение режима и качества питания, вместе с тем напряженный умственный труд в течение длительного периода, эмоциональные перегрузки, малоподвижный характер труда все это отрицательно отражается на здоровье. По оценкам специалистов в настоящее время до 90% абитуриентов, поступающих на первый курс, уже имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. Данные специальных исследований свидетельствуют о том, что в среднем по России в 2014 году лишь 10% выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, 40-45% из них имеют серьезные морфофункциональные отклонения, а 40-45% школьников страдают хроническими заболеваниями. Инвалиды, поступающие в вуз, имеют стойкое нарушение здоровья, снижение жизненных функций, социальную недостаточность.

За время обучения в вузе здоровье студентов ухудшается, и по прогнозу число посещающих спецмедгруппу может достигнуть 50 %. На первом месте – болезни сердечнососудистой системы, на втором – опорно-двигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз и т.п.), на третьем – органов дыхания, т.е. заболевания, наиболее значимые для обеспечения жизнедеятельности.

Некоторые авторы связывают проблему ухудшения состояния здоровья студентов на данном этапе с неспособностью молодежи противостоять изменившимся социально-политическим и экономическим условиям общества. В то же время формирование потребностей в физическом и психическом здоровье является определяющим в физическом воспитании студентов. Чтобы процесс формирования этой потребности был эффективным, он должен быть осознанным.

При анализе потребностей студентов в социально-оздоровительной деятельности важно определить параметры, характеризующие их качество жизни.

Качество жизни - это сложная система взаимодействия внешних по отношению к человеку условий жизни и субъективных факторов, характеризующих человека и выражающихся в его экономическом, социальном и демографическом поведении.

Качество жизни студенческой молодежи - это объективная характеристика общества, включающая материальные условия и средства их жизнеобеспечения. Данный подход активно используется в теории и практике социального работника, так как позволяет проводить сравнительные исследования, дает целостное представление о качестве жизни отдельных слоев населения, в том числе и студенческой молодежи и общества в целом, позволяет определять, прогнозировать критические ситуации, а также совершенствовать механизмы, формы и направления социальной политики государства.

Учитывая вышеуказанные тенденции, нам представляется целесообразным подход, когда основой сохранения здоровья студенческой молодежи становится *специально организованная социально-оздоровительная деятельность*. При этом в процессе социально-оздоровительной деятельности развиваются физические качества, которые в свою очередь оказывают влияние на поведение и формирование индивидуальных личностных качеств студенческой молодежи, содействуют в укреплении здоровья. В свою очередь, именно здоровье позволяет человеку преодолевать трудности, возникающие в процессе жизнедеятельности, активнее и эффективнее функционировать в социальной среде.

Под *социально-оздоровительной деятельностью в вузах со студенческой молодежью* понимается особый вид общественно полезной деятельности, направленной на сохранение, укрепление здоровья человека, его физическое развитие и самосовершенствование, формирование установки на здоровый образ жизни [4, с. 31]. Структура социально-оздоровительной деятельности в вузах со студенческой молодежью включает три относительно



самостоятельных блока: физическое воспитание, студенческий спорт и охрана здоровья.

Организация социально-оздоровительной деятельности со студенческой молодежью характеризуется направленностью на укрепление и создание представлений о бережном отношении к здоровью, формирование потребностей в регулярных занятиях физической культурой и использование их в разнообразных формах активного отдыха и досуга. Социально-оздоровительная деятельность в таком понимании позволяет нам рассматривать ее потенциалы с позиции основных сфер: деятельности, общения и самопознания.

Жизнедеятельность студента на современном этапе своего развития представляет собой совокупность основных способов и видов их жизнедеятельности - учебно-познавательной, общественной, трудовой, коммуникативной и т. д. В системе жизнедеятельности студента происходит процесс формирования социально-профессиональных и нравственных качеств личности будущего специалиста.

Процесс социализации личности студента охватывает различные сферы жизнедеятельности общества и реализуется через следующие основные направления: духовно-нравственное; культурно-массовое; спортивно-оздоровительное; информационное.

Культура здорового образа жизни является неотъемлемой составляющей подготовки успешного выпускника вуза, поскольку непосредственным образом влияет на уровень самореализации, самовыражения и самоутверждения, социальной самозащиты и адаптации личности в условиях современного социума. *Спортивно-массовая и физкультурно-оздоровительная работа* направлены на создание в высшем учебном заведении социально-адаптированной системы, содействующей гармоничному духовному и физическому развитию студентов, укреплению их здоровья, совершенствованию их физической активности, ориентированной на будущую профессиональную деятельность.

Основными **задачами** социально-оздоровительной деятельности в вузах со студенческой молодежью являются:

- вовлечение студенческой молодежи высшего учебного заведения в систематические занятия физической культурой и спортом;
- воспитание физических и морально-волевых качеств, укрепление здоровья и снижение заболеваемости, повышение уровня профессиональной готовности, социальной активности студенческой молодежи
- организация и проведение массовых оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятий;
- создание спортивных любительских объединений, клубов, секций и команд по видам спорта;
- организация санаторно-курортного, медицинского оздоровления студенческой молодежи;
- проведение мероприятий, направленных на профилактику распространения алкоголя, табакокурения, наркомании среди студентов;

- пропаганда физической культуры и спорта, здорового образа жизни, организация содержательного досуга, привлечение студентов к массовым спортивно-массовым мероприятиям вузовского уровня, а также в мероприятиях, проводимых городскими и федеральными структурами по работе со студенческой молодежью;

- информационное обеспечение студентов о социально-оздоровительной деятельности вуза через информационные стенды, прессу и другие виды информационной деятельности и др.

Гуманистическая направленность педагогического процесса предполагает целенаправленную интеграцию биологических и социальных потребностей, интеллектуальных и нравственных аспектов при реализации генетически обусловленных природных задатков каждого студента на протяжении его обучения в вузе. О конкретной деятельности человека можно говорить только тогда, когда в его сознании выделены потребности и мотивы с достаточно четкими характеристиками ее целей.

В философском энциклопедическом словаре понятие «*потребность*» определяется как нужда или недостаток в чем-либо необходимом для поддержания жизнедеятельности организма, человеческой личности, социальной группы, общества в целом [7]. Потребности определяют фундаментальные свойства личности и в конечном итоге определяют ее образ жизни. Потребность отражает состояние организма человека, психологические свойства личности, принадлежность к социальной группе.

Для активизации потребностей студентов в социально-оздоровительной деятельности необходимо выявить стимул, который зачастую выступает в роли непосредственной причины поведения. Нередко стимул носит кратковременный характер, но постоянные побуждения в занятиях оздоровительной деятельностью приобретают ценностные тенденции. К стимулам относят: агитацию и пропаганду, хорошую материальную базу вуза, расширение возможностей в выборе форм оздоровительной деятельности, укрепление здоровья, отдых, развлечения и др. Исходя из выше сказанного, мы полноценно используем объективные и субъективные факторы, потребности, которые способствуют повышению эффективности решения педагогических задач, как по формированию личности студента, так и по приобщению к систематическим занятиям различными видами социально-оздоровительной деятельности.

Среди объективных факторов, оказывающих непосредственное влияние на организацию социально-оздоровительной в вузе, является роль общественных организаций вуза - ректората, студенческого профкома, спортивного клуба, деканатов, студсовета и др. Согласованность как объективных, так и субъективных факторов обуславливает степень управления процессом организации социально-оздоровительной деятельности, и, естественно, определяет уровень сформированной в ней потребности у студенческой молодежи. Планомерное повышение уровня потребности у студенческой



молодежи в социально-оздоровительной деятельности достигается при следующих условиях:

- целенаправленного формирования у студентов социальных и индивидуальных мотивов, сочетающих личную заинтересованность и общественно значимые цели;
- присутствие в содержании занятий профессиональной направленности физического воспитания студентов;
- поддержание имеющихся и обнаружения новых спортивных интересов студентов;
- индивидуального, дифференцированного и личностно-ориентированного и подхода.

Обратимся к исследованию, проведенного в 2013 году на базе высшего учебного заведения г. Казани, целью которого являлось проанализировать сформированность потребности к социально-оздоровительной, физкультурно-спортивной деятельности студентов высших учебных заведений. В исследованиях приняли участие студенты Казанского государственного университета в количестве 60 человек [3, с. 40].

При организации социально-оздоровительной деятельности учитывались выявленные у студентов потребности, которые определяют направленность личности, стимулируют и мобилизуют её на проявление активности (таблица 1).

Таблица 1

Потребности в социально-оздоровительной деятельности у студенческой молодежи в вузе (по результатам вторичного анализа данных) [3, с. 42]

Потребности	Характеристика потребности
Оздоровительные	связанные со стремлением улучшить состояние здоровья, снизить заболеваемость
Социальные	продиктованные желанием быть вместе с друзьями, общаться, сотрудничать с ними;
Долженствования	связанные с необходимостью посещать занятия по физическому воспитанию, выполнять требования учебной программы
Личностные	характеризующие стремление самоутвердиться в своей среде, добиться авторитета, поднять свой престиж
Подражания	связанные со стремлением быть похожим на тех, кто достиг определенных успехов в физкультурно-спортивной деятельности или обладает особыми качествами и достоинствами, приобретенными в результате занятий
Спортивные	определяющие стремление добиться каких-либо значительных спортивных результатов
Процессуальные	при котором внимание сосредоточено не на результате деятельности, а на самом процессе занятий
Развлекательные	выступающие средством рекреации, психоэмоциональной разрядки
Эстетические	связанные с возможностью улучшить осанку, внешний вид, устранить недостатки фигуры.

Современные научные исследования и опыт практической работы по организации социально-оздоровительной и физкультурно-спортивной деятельности вузов со студенческой молодежью свидетельствует о том, что данная деятельность еще не стала для каждого молодого человека насущной потребностью, не превратилась в интерес каждой конкретной личности. Проявляется прямая взаимосвязь общего культурного уровня молодежи с наличием потребности в физическом и духовном совершенствовании, а также возможностей конкретного вуза для их развития.

Рассматривая основные аспекты социально-оздоровительной работы со студенческой молодежью в вузе, следует согласиться, что физическая культура - объективная необходимость, важный элемент формирования общественных и производственных качеств личности, важное условие повышения производительности труда. Следовательно, социально-оздоровительная работа со студенческой молодежью в вузе является жизненной потребностью современного общества, связанной с воспроизводством человека, с созданием материальных и духовных ценностей.

Студенческий спорт представляет собою обобщенную категорию деятельности студентов в форме соревнования и подготовки к нему с целью достижения предельных результатов в избранной спортивной специализации. Это требует от студента проявления максимальных психофизических кондиций, мобилизации его резервных возможностей. Занятия спортом выступают формой самовыражения и самоутверждения студента, определяя его образ жизни, общекультурные и социально значимые приоритеты. На передний план в спорте выдвигается стремление к успеху, поощряется стремление личности к реализации своих возможностей в рамках определенного спортивного сценария. Результатом сопряженной учебной и спортивной деятельности студентов является формирование социально значимых качеств: социальной активности, самостоятельности, уверенности в своих силах, а также честолюбия.

В сфере охраны здоровья реализуются, главным образом, биологические потребности студентов в двигательной активности, здоровом образе жизни, получении удовольствия. Самым главным результатом, на наш взгляд, является обеспечение условий для формирования у студентов потребности к социально-оздоровительной деятельности. Обеспечение именно такого эффекта является главной и наиболее ценной функцией образования в сфере оздоровления, в наибольшей мере соответствующей цели и задачам всей системы образования в современном обществе.

Автором статьи, с целью изучения аспектов социально-оздоровительной деятельности в среде студенчества, в ходе анкетирования, проведенного в марте-апреле 2018 г., с помощью метода случайной выборки было опрошено 100 студентов ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», ФГБОУ ВО «Мордовский государственный педагогический институт им. М. Е. Евсевьева» и Саранский кооперативный институт (филиал) автономной некоммерческой образовательной организации высшего образования



Центросоюза Российской Федерации «Российский университет кооперации» (80 студентов из ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарева», 20 студентов из ФГБОУ ВО «МГПИ им. М. Е. Евсевьева» и 10 студентов из Саранского кооперативного института). Среди опрошенных 15 % юношей и 75 % девушек. Все опрошенные студенты 1-4 курсов, 64 % обучаются на бюджетной форме обучения и 36 % на коммерческой форме обучения.

Исходя из результатов проведенного исследования, необходимо отметить, что степень нуждаемости студенческой молодежи в социально-оздоровительной деятельности является достаточно высоким; респонденты достаточно хорошо осведомлены о проведении социально-оздоровительной деятельности в вузе. Большинство респондентов в рамках организации социально-оздоровительной деятельности в вузе получали услуги по оздоровлению и удовлетворены качеством их предоставления.

Администрация рассмотренных нами вузов, факультетов, структурные подразделения вузов ставят основной задачей своей деятельности *формирование благоприятных условий для организации социально-оздоровительной деятельности в вузах со студенческой молодежью.*

При проведении данных форм работы со студенческой молодежью следует учитывать следующие моменты:

- 1) как можно лучше изучить специфику молодежных проблем;
- 2) предварительно продумать рациональную форму обсуждения вопросов (то есть такую форму, которая наиболее подходит для конкретной аудитории, с учетом ее психологических особенностей восприятия, с целью активного вовлечения всех присутствующих в обсуждение);
- 3) четко определить тему, круг и рамки вопросов, подлежащих обсуждению;
- 4) позаботиться о наглядных пособиях (фильмы, слайды, аудиозаписи, плакаты и т. п.), несущих дополнительную информацию о направлениях социально-оздоровительной деятельности со студенческой молодежью в вузе.

Определение и оптимизация путей и условий для улучшения здоровья студентов, развитие и внедрение здоровьесберегающих технологий в деятельности вуза, пропаганда здорового образа жизни, улучшение системы работы по формированию здорового образа жизни, профилактика асоциального образа жизни будет способствовать совершенствованию социально-оздоровительной деятельности в вузах со студенческой молодежью в Республике Мордовия.

Заключение или выводы. Таким образом, студенчество, являясь составной частью молодежи, представляет собой специфическую социальную группу, характеризующуюся особыми условиями жизни, труда и быта, социальным поведением и психологией, системой ценностных ориентаций. К студенческой молодежи относится лицо в возрасте от 17 до 23 лет, в установленном порядке зачисленное в высшее учебное заведение для обучения. В силу экономических и социально-политических обстоятельств, происходит

объективное ухудшение характеристик здоровья молодежи и студенческой молодежи в частности. Помимо своей основной образовательной функции, вузы берут на себя целый ряд функций, одна из которых - воспитание потребности к физической культуре и здоровому образу жизни. Основой сохранения здоровья студенческой молодежи и фактором повышения их качества жизни становится специально организованная социально-оздоровительная деятельность вуза, которая направлена на сохранение, укрепление здоровья человека, его физическое развитие и самосовершенствование, формирование установки на здоровый образ жизни.

Социально-оздоровительная деятельность в вузах со студенческой молодежью включает три относительно самостоятельных блока: физическое воспитание, студенческий спорт и охрана здоровья, которые направлены на создание в высшем учебном заведении социально-адаптированной системы, содействующей гармоничному духовному и физическому развитию студентов, укреплению их здоровья, совершенствованию их физической активности, ориентированной на будущую профессиональную деятельность.

Формирование потребностей в социально-оздоровительной деятельности студенческой молодежи находится под воздействием внешних (объективных) и внутренних (субъективных) факторов и является неотъемлемой составляющей подготовки успешного выпускника вуза, поскольку непосредственным образом влияет на уровень самореализации, самовыражения и самоутверждения, социальной самозащиты и адаптации личности в условиях современного социума.

Список литературы:

1. Вишневский Ю.Р. Социология молодежи. М.: Социум, 1995. 298 с
2. Волков Ю.Г. Социология молодежи. Рн/Д.: Феникс, 2011. 200 с
3. Лубышева Л.И. Инновационные направления педагогической системы формирования оздоровительной деятельности студенческой молодежи // Теория и практика физической культуры. 2015. № 4. С. 38-44.
4. Лукьяненко В.П. Оздоровительная деятельность: основы знаний. М.: ВЛАДОС. 2012. – 224 с.
5. Мешков В.С. Психодиагностика личности. СПб.: Питер, 2014. 336 с.
6. О высшем и послевузовском профессиональном образовании [Электронный ресурс]: Федер. закон Рос. Федерации от 22.08.1996 г. № 125-ФЗ : (с изм. и доп.) // Гарант : [сайт информ.-правовой компании]. [М., 2018]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/135916/>
7. Философский энциклопедический словарь [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/4278992/page:68/>



УДК 612 (075)

ВЛИЯНИЕ ВОДНОГО РЕЖИМА НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Стечишина А.К., Ивин Г.В., Очеленкова Н.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлены материалы, касающиеся влияния водного режима (количества и качества потребляемой воды) на состояние здоровья, самочувствие человека, оценены соответствие объема потребляемой студентами в сутки жидкости норме, объем жидкости поступающей в организм с пищей.

Ключевые слова: питьевая вода, качество воды, водный режим, нормы потребления воды, самочувствие организма.

Актуальность: Питьевая вода является одним из самых важных факторов среды обитания, способных оказывать влияние на здоровье населения, В основе требований к питьевой воде лежат те качества воды, от которых зависят здоровье человека и условия его жизни. Вода – это источник жизни, микроэлементов и полезных минеральных веществ. Ее свойства и состав зависят от региона формирования источника водоснабжения. В поверхностных водах содержится очень мало кальция, магния и фтора. Основная проблема подземных вод – высокая общая минерализация, более 1,0 г/л, избыточное содержание железа, что чрезвычайно вредно для организма. Суточное потребление воды человеком составляет 2- 2,5 л. Из них около 1- 1,2 л он получает с пищей, прием воды, чая и других напитков дает около 1- 1,5 л, вода, образующаяся в тканях при окислении пищевых веществ, составляет 0,3- 0,4 л. За сутки почками выводится 1- 1,5 л воды, кишечником – около 0,2 л, с потом и испарением через кожу человек теряет около 0,5 л, с выдыхаемым воздухом – около 0,4 л.

Как известно, отрицательное влияние некачественной питьевой воды на здоровье может проявляться в виде инфекционных заболеваний или заболеваний неинфекционной природы и интоксикаций.

Нехватка в составе питьевой воды таких физиологически необходимых микроэлементов как кальций, магний, йод, фтор, селен обуславливает эндемическую заболеваемость населения многих регионов страны характеризующуюся болезнями эндокринной системы, сердечно – сосудистой системы, костно-мышечной системы, снижением иммунитета и задержкой психического развития.

Цель: выявить влияние водного режима (качества и количества потребляемой воды) на самочувствие человека.

Материалы и методы: опрос и анкетирование 76 студентов 2-4 курсов (девушек – 53, юношей – 23; возраст 18-24 г.). Методом анкетирования фиксировали изменения в организме при употреблении различных видов питьевой воды: кипяченая, бутилированная, фильтрованная, водопроводная, а также количество выпитой в течение суток воды, связь употребления воды с

приемами пищи. Также были выявлены наиболее часто употребляемые продукты и объем воды, поступающий с ними в организм.

Результаты исследования: оценка полученных результатов показала, что 25% из числа опрошенных студентов употребляли кипячёную воду, бутилированную - 40%, профильтрованную - 20%, 5% студентов пили водопроводную воду, 10% использовали разные виды питьевой воды. После длительного употребления кипяченой воды у 15 % студентов наблюдались проблемы с зубами (кариес), при употреблении профильтрованной воды у 10% наблюдались различные диспепсические нарушения (диарея, запор, метеоризм).

Количество выпитой воды в сутки: <1 л — 30%, 1-2 л — 56%, >2 л — 15% опрошенных студентов. Максимальный объем потребляемой воды в сутки составил 4 л. Объем потребленной жидкости зависел от внешних факторов (температура окружающего воздуха) и внутренних факторов (потребление пищи с большим количеством соли). Оценка связи приемов пищи и употребления воды показала, что 30,3% опрошенных студентов часто пьют воду перед едой, иногда – 34,8%, редко – 25,8% и никогда не употребляли воду 9,1% опрошенных. Улучшение самочувствия при употреблении воды перед едой отметили 76,7% опрошенных, не наблюдали изменений – 23,3% студентов. Всегда запивают пищу водой 43,9%, иногда – 47,0%, никогда этого не делают 9,1% опрошенных студентов. Из числа тех, кто регулярно запивает пищу водой, чувствуют улучшение самочувствия 62,0%, не ощущают изменений – 38% опрошенных. Основными напитками были названы чай, кофе, молоко. Наиболее часто используемыми в рационе продуктами были: сыр, яйца куриные, фрукты (яблоки, бананы), овощи (помидоры, огурцы), курица и мясо (говядина, свинина), макароны, хлеб ржаной, рис, овсяные хлопья, крупа гречневая, шоколад. Расчеты показали что, в среднем, в сутки с пищей в организм студентов поступает от 720 мл до 1250 мл воды.

Заключение: общий объем, потребляемой студентами питьевой воды соответствует норме. Преобладающее количество студентов не употребляют водопроводную воду в ее исходном качестве. Выявлены изменения самочувствия и состояния здоровья у студентов, длительно употреблявших кипяченую и профильтрованную воду. Отмечалось улучшение самочувствия при употреблении воды перед едой (76,7%) и при заживании пищи водой (62,0%). Однако, для установления четкой зависимости возникновения изменений состояния здоровья и самочувствия студентов от количества и качества потребляемой воды следует провести длительные наблюдения и расширить объем информации о продолжительности употребления разных видов питьевой воды, ее качестве, регионе постоянного проживания и показателях здоровья, опрашиваемых студентов.

Список литературы:

1. Патология обмена веществ: учебное пособие / П20 под. Ред. В.Н.Цыгана. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 335с.: ил. ISBN 978-5-299-00565-3



2. Акимова, Т.А. Экология: Учебник для вузов / Т.А. Акимова, ВЛЗ. Хаскин. - М: ЮНИТИ, 1998, - 445 с.
3. Маврищев, В.В. Основы общей экологии: Учеб. пособие / В.В. Маврищев. - Мн.: Выш. шк., 2000, - 317 с.
4. Экология и безопасность жизнедеятельности: Учеб. пособие для вузов / Под ред. Л.А. Муравья. - М. ЮНИТИ-ДАНА, 2000. - 447 с.
5. Патофизиология органов пищеварения/Хендерсон Дж.М.-М.-СПб.:«Издательство БИНОМ» - 3-е изд.,испр., 2016.-272с.
6. Нарушения водно-солевого обмена/Шостка Г.Д., Радченко В.Г., Колмакова Е.В., Ряснянский В.Ю. и др.; ГОУВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Министерства Здравоохранения РФ. СПб.-Издательство, 2015.-264с.
7. Назаренко Л.И. Питание и здоровье кожи : учеб. пособие. – СПб.: ООО «Типография ЛЕРО», 2018.- 50 с.

УДК 614.2:618

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

*Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Сафина Н.С., Дудниченко Т.А., Боярский К.Ю.,
Арт О.С.*

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
СПБ ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Аннотация. В статье представлены результаты структурно-функционального анализа деятельности гинекологического отделения на базе многопрофильной больницы Святого Георгия в Санкт-Петербурге, в том числе стационара дневного пребывания. В динамике рассмотрены показатели структуры нозологических форм у пролеченных больных, объемы диагностических исследований и лечебных процедур, а также медико-экономическая эффективность медицинской помощи. На материалах исследования показана необходимость совершенствования оказания медицинской помощи населению по профилю «Акушерство и гинекология» в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, стационар дневного пребывания, средняя длительность лечения, средняя занятость койки в году.

Актуальность. В Российской Федерации в настоящее время продолжается структурная реформа медицинской отрасли, которая призвана решить две основные задачи: выполнение государственных гарантий населению по оказанию медицинской помощи в необходимом объеме и с высоким уровнем качества и повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения. Одной из основных тенденций, как в нашей стране, так и за рубежом, в последние десятилетия является оказание все более широкого спектра медицинской

помощи на догоспитальном этапе, в том числе осуществление ряда процедур и манипуляций, ранее выполнявшихся только в условиях стационара, в различных формах амбулаторного лечения. Первый дневной стационар в СССР был открыт еще 1930 году в Москве. В середине прошлого века были популярны дневные реабилитационные центры для неврологических больных в Великобритании, США, Канаде. В Германии была создана сеть педиатрических дневных стационаров. Широкая сеть дневных стационаров для гериатрических больных функционирует в странах Западной Европы. В 1987 году в СССР было принято решение об организации стационаров дневного пребывания в больницах, дневных стационаров в поликлиниках и стационара на дому (приказ № 1278 МЗ СССР от 16.12.1987 г.).

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №543н от 15 мая 2012 г. «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» дополнил функции дневного стационара медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях:

- лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств, в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в амбулаторных условиях;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством.

Одним из приоритетов государственной политики, отмеченных в Постановлении Правительства Российской Федерации № 294 от 15 апреля 2014 г. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», является расширение стационарзамещающих методов работы. Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать их ресурсные возможности, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: дневной стационар для более легкого контингента больных и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых больных, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения. Главное преимущество данной структуры в многопрофильной больнице – наличие мощной диагностической базы и реабилитационных возможностей, что позволяет иметь низкую длительность пребывания в дневном стационаре (4 – 5 дней), а также снизить среднюю длительность пребывания в круглосуточном стационаре с 12,2 до 4,5 – 6,5 койко-дней, вследствие своевременного перевода на долечивание в дневной стационар.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 438 от 9 декабря 1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» конкретизировал функции дневных стационаров:



- проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из группы риска повышенной заболеваемости, а также длительно и часто болеющим;
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;
- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

Наиболее полно раскрывающим сущность дневного стационара считается следующее определение: "Дневной стационар – структурное подразделение амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, предназначенное для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов". Под понятием "медицинские технологии", применяемые в дневном стационаре, подразумеваются алгоритмы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, включающие в себя комплекс последовательных мероприятий, направленных на достижение конечной цели – улучшение здоровья пациентов.

Цель и задачи исследования. Провести структурно-функциональный анализ деятельности гинекологического отделения в многопрофильной больницы Святого Великомученика Георгия в Санкт-Петербурге, в том числе стационара дневного пребывания. Провести разбор структуры нозологических форм у пролеченных больных в стационаре дневного пребывания в период с 2015 по 2018 годы, медико-экономическую эффективность оказанной медицинской помощи.

Материалы и методы. Для проведения структурно-функционального анализа деятельности гинекологического отделения и стационара дневного пребывания в его структуре многопрофильной больницы Святого Великомученика Георгия были проанализированы проспективные данные за период 2015-2018 гг., проводился статистический анализ структуры нозологических форм, показатели койко-дня, причины отказов в госпитализации, анализ случаев досрочной госпитализации.

Результаты. Гинекологическое отделение СПб ГБУЗ больницы Святого Великомученика Георгия – основная клиническая база кафедры акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, развернуто на 40 коек, из которых 17 коек – патологии беременности, 18 гинекологических

коек, 5 коек дневного стационара. Такое распределение позволяет охватить всю патологию беременности до 22 недель и практически всю ургентную патологию в гинекологии, так как почти 80% пациенток госпитализируются в стационар в экстренном порядке, а общее количество пациенток, получающих лечение на отделении, составляет около 4000 женщин в год.

Возможности гинекологического отделения СПб ГБУЗ больницы Святого Великомученика Георгия позволяют обследовать пациентку, выбрать наиболее эффективную тактику ведения с учетом индивидуальных особенностей и провести консервативную терапию и/или оперативное лечение при: бесплодии, невынашивании беременности, аномалиях развития матки, воспалительных заболеваниях матки и придатков, доброкачественных образованиях матки и придатков, эндометриозе, включая глубокую инфильтративную форму заболевания, патологии шейки матки, влагалища и вульвы, пролапсах тазовых органов и при патологии беременности сроком до 22 недель.

Приоритетным направлением работы отделения является малоинвазивная эндоскопическая хирургия и органосохраняющие операции. На отделении проводятся как эндовидеохирургические (в том числе внутриматочные), так и традиционные: абдоминальные и влагалищные гинекологические операции. Приоритетным является применение малоинвазивных эндовидеохирургических органосохраняющих технологий. Внедрена стандартизованная методика хирургической коррекции аномалий развития матки, что актуально как для преодоления бесплодия, так и решения проблем, связанных с невынашиванием беременности у женщин репродуктивного возраста, а также для профилактики младенческой и материнской смертности. В работу отделения широко внедрена гистероскопия с лечебно-диагностической целью, что является «золотым стандартом» в диагностике патологии эндометрия (Кахиани Е.И., Арнт О.С, Орлов В.М. и др., 2017). На отделении осуществляется высокотехнологичная медицинская помощь по городским и федеральным квотам, проводится хирургическое и реконструктивно-пластическое лечение у женщин репродуктивного возраста при гигантских доброкачественных образованиях яичников, матки и инфильтративной форме наружного генитального эндометриоза с использованием лапароскопического доступа, а также при аномалиях развития матки абдоминальным доступом.

Консервативная терапия является крайне важной составляющей работы отделения. Помимо стандартных подходов, в этой части есть достижения, заслуживающие внимания. На основании проведенного ретроспективного анализа исходов беременности у женщин с множественной миомой матки в первом и втором триместрах беременности, была внедрена система мониторинга за пациентками после репродуктивных потерь в сочетании с миомами матки, что позволяет провести анализ, спланировать дальнейшую тактику ведения и провести профилактические мероприятия по предотвращению невынашивания в последующей беременности. Внедрен порядок оказания специализированной помощи пациенткам, поступающих с патологией беременности после применения



вспомогательных репродуктивных технологии. Это особая категория беременных, требующих к себе специфического подхода, начиная с охранительного режима и заканчивая индивидуальным подходом к беременности, учитывая «долгожданность» последней. С 2016 года работа с данной категорией пациенток ведется совместно с репродуктологами, внедрена преемственность оказания помощи пациенткам, планирующих беременность с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с целью повышения эффективности исходов (Боярский К.Ю., Кахиани Е.И., 2018). Внедрена стандартизованная тактика ведения пациенток с гиперстимуляцией яичников после применения методов ВРТ в зависимости от тяжести осложнения.

В таблице 1 представлены данные о загруженности коечного фонда гинекологического отделения с 2015 по 2018 гг. За четырехлетний период наблюдается отчетливая тенденция к росту использования коек, предназначенных для пациенток как с патологией беременности, так и с гинекологической патологией.

Таблица 1

**Распределение загруженности коечного фонда гинекологического
отделения в 2015-2018 гг.**

Распределение коечного фонда	2015	2016	2017	2018
Патология беременности	716,1	539,3	485,4	507,6
Гинекологическая патология	218,7	435,3	442,6	467,7
Стационар дневного пребывания	475,7	301,6	205,2	155,2

Анализируя полученные данные, необходимо отметить снижение эффективности использования коек в стационаре дневного пребывания за период с 2015 по 2018 годы: с 475,7 в 2015 году до 155,2 в 2018 году, соответственно. Среди пациенток стационара дневного пребывания за отчетный период показатели среднего койко-дня составили 5,8 - в 2015 г., 5,4 - в 2016 г., 6,5 - в 2017 г. и 5,3 - в 2018 году, соответственно.

В структуре нозологических форм у пролеченных больных гинекологического отделения многопрофильной больницы Святого Великомученика Георгия в Санкт-Петербурге по профилю «Акушерство и гинекология» для коек с круглосуточным пребыванием в период с 2015 по 2018 годы наблюдалось следующее соотношение – 28,4% пациенток с патологией беременности и 71,6% больных с гинекологической патологией.

Соотношение плановых и фактических показателей по количеству пролеченных больных за 2016, 2017 и 2018 гг. представлено на рисунке 1.

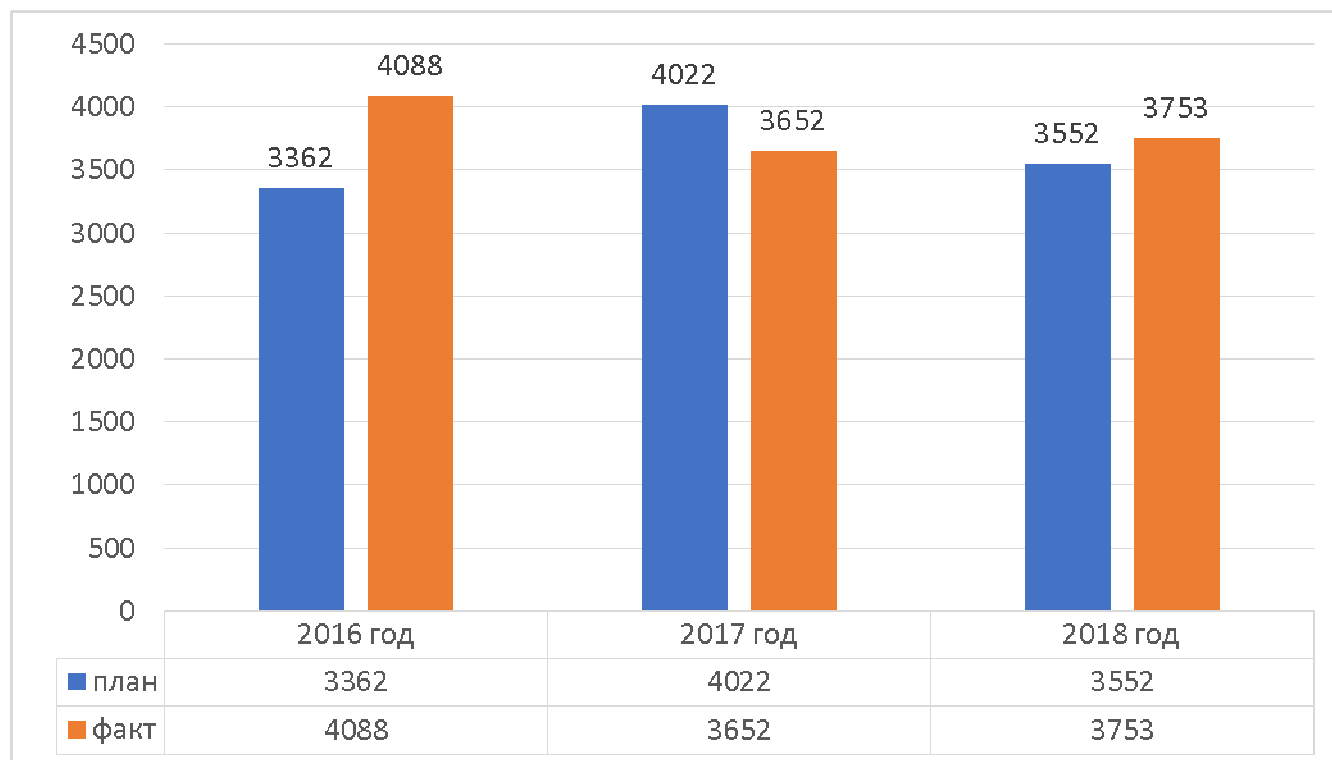


Рис 1. Соотношение плановых и фактических показателей по количеству пролеченных больных за 2016 – 2018 гг.

В процентном соотношении за 2018 год отмечено 105,6% выполнение плана, при этом в динамике по сравнению с 2013 годом общий доход гинекологического отделения по всем источникам финансирования совокупно вырос на 76%.

За период с 2015 по 2018 годы хирургическая активность отделения возросла с 50,9% до 67,39%. Необходимо отметить, что средний койко-день для оперированных больных в 2015 – 2018 гг. сохраняется на уровне 3,3. Для неоперированных больных за отчетный период произошло увеличение данного показателя с 3,7 в 2015 г. до 4,68 в 2018 году, данные отражены в таблице 2.

Таблица 2

Соотношение оперированных и неоперированных больных гинекологического отделения в 2015-2018 гг.

Год	2015	2016г	2017г	2018г
Количество оперированных больных	2278	2250	2668	2529
Количество не оперированных больных	2222	1838	984	1224

Средний койко-день для оперированных больных	3,3	3,4	3,33	3,22
Средний койко-день для неоперированных больных	3,7	3,7	4,8	4,68

В таблице 3 представлены данные показателей хирургической активности гинекологического отделения с 2015 по 2018 годы.

Таблица 3

Показатели хирургической работы гинекологического отделения в 2015-2018 гг.

Года	2015	2016г	2017г	2018г
Количество операций	2278	2250	2668	2529
Оперативная активность	50,62	59,34	73	67,39
Средний койко-день	3,3	3,4	3,3	4,68

Высокий уровень оперативной активности гинекологического отделения необходимо также отметить и при анализе процентного соотношения органосохраняющих операций в динамике: в 2018 г. 69,6% плановых абдоминальных операций было выполнено лапароскопическим доступом, 19,6% лапаротомическим доступом, в то время, как в 2014 году – только 48,2% плановых абдоминальных операций было выполнено лапароскопическим доступом, при этом – 50% лапаротомическим доступом, соответственно.

Учитывая высокий процент использования эндовидеохирургической техники, на гинекологическом отделении была внедрена стандартизированная методика лапароскопической и гистероскопической миомэктомии в связи с приоритетом органосохраняющих операций (Кахиани Е.И., Цыган В.Н., Чаава Л.И. и др., 2017). Внедрение стандартизированной методики привело к двукратному увеличению консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом с одновременным ростом применения гистерорезектоскопии для удаления миоматозных узлов более, чем в 5 раз, что продемонстрировано на рис.2.

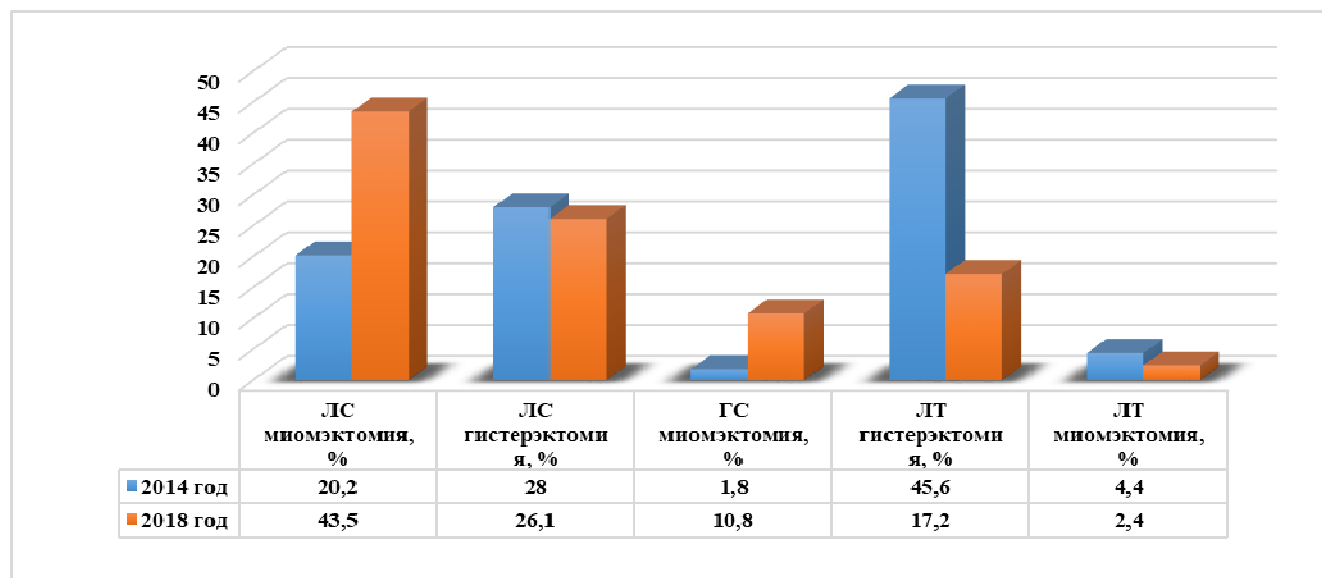


Рис.2. Динамика соотношения органосохраняющих и органосохраняющих операции с учетом лапаротомического (ЛТ), лапароскопического (ЛС) и гистероскопического (ГС) доступа, сравнение результатов 2014 и 2018 гг. (%).

Необходимо отметить, что при поступлении пациенток в стационар, в ряде случаев госпитализация не осуществляется, а медицинская помощь оказывается на уровне приемного отделения. В период с 2008 по 2015 г. в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге такие случаи составили не менее 10% от объема всех госпитализаций в стационар по поводу доброкачественных новообразований женской половой сферы. В период с 2015 по 2018 г. в гинекологическом отделении многопрофильной больницы Святого Великомученика Георгия в Санкт-Петербурге соотношение госпитализированных и негоспитализированных больных составило 70,3% и 29,7% – в 2016 году, 65% и 35% – в 2017 году, 62,4% и 37,6% – в 2018 году, соответственно. Таким образом, отмечается тенденция к увеличению процента негоспитализированных больных, что подтверждается и данными обзора литературы (Лобжанидзе А.А., Цивьян Б.Л., 2017 г.). Логично предположить, что причиной направления в стационар таких пациенток является, либо неадекватная диагностика на амбулаторном этапе, либо направление на госпитализацию пациенток, не нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении. При анализе досуточной госпитализации выявлено, что 90% пациентов доставлены в стационар по экстренным показаниям, 10% таких пациентов направлялись в стационары женскими консультациями. Среди преобладающих нозологических форм необходимо отметить выраженное преобладание пациенток с патологией, связанной с беременностью, что составило в совокупности практически 40% во всех периодах наблюдения; суммарные показатели различных нарушений менструального цикла составили чуть менее одной трети случаев среди негоспитализированных пациенток в 2016–2018 гг.; случаи доброкачественных



опухолей яичника и матки снижались в динамике от 16,6% в 2016 году до 9,9% – в 2018 году, что отражает более адекватный уровень диагностики и своевременного лечения данных нозологических форм на амбулаторном этапе.

Заключение. Проведенный анализ работы гинекологического отделения больницы Святого Великомученика Георгия в Санкт-Петербурге по профилю «Акушерство и гинекология» в период с 2015 по 2018 годы, позволяет сделать вывод о внедрении успешной модели оказания медицинской помощи населению за счет ежегодно возрастающей доли в структуре оказываемой помощи таких видов лечения, как эндовидеохирургические вмешательства, как в рамках высокотехнологичной медицинской помощи, так и при финансировании за счёт обязательного и добровольного медицинского страхования. Необходимо отметить, что на основании проведенного ретроспективного анализа исходов беременности у женщин с множественной миомой матки в первом и втором триместрах беременности, успешно используется система мониторинга за пациентками после репродуктивных потерь в сочетании с миомами матки, что позволило спланировать дальнейшую тактику проведения профилактических мероприятий по предотвращению невынашивания в последующей беременности. С 2016 года, совместно с репродуктологами, внедрена преемственность оказания помощи пациенткам, планирующим беременность с применением вспомогательных репродуктивных технологий, с целью повышения эффективности исходов, а также используется стандартизованная тактика ведения пациенток с гиперстимуляцией яичников после применения методов ВРТ, в зависимости от тяжести осложнения. С другой стороны, анализируя все возрастающее количество случаев негоспитализированных пациенток, необходимо отметить, что данный контингент является целевой точкой для оказания амбулаторной медицинской помощи, т.к. медико-экономический стандарт по профилю оказания помощи в условиях стационара дневного пребывания гинекологического отделения многопрофильного стационара не обеспечивает его экономическую эффективность.

Список литературы:

1. Боярский К.Ю., Кахиани Е.И. Молекулярные процессы фолликулогенеза. От овуляции до формирования желтого тела// Проблемы репродукции. – 2018. – № 2. – С. 9-22.
2. Кахиани Е.И., Арнт О.С, Орлов В.М., Цивьян Б. Л., Дудниченко Т.А., Кахиани М.И., Молотков А.С. Гистероскопия в гинекологии. Часть II (учебное пособие) СПб. Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. – 48 с.
3. Кахиани Е.И., Цыган В.Н., Чаава Л.И., Святков Д.И., Сафина Н.С., Жулев С.Н. Исследование психофизиологического статуса женщин перенесших гистерэктомию//Вестник Российской Военно-медицинской академии. –2017 г. – №1(57) – С. 68 – 71.
4. Лобжанидзе А. А., Цивьян Б. Л. Эффективность внедрения стационарзамещающих технологий в практике оказания медицинской помощи женщинам с доброкачественными новообразованиями гинекологической

сферы//Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2017. – Т. XXIV № 3. – С. 28–34.

5. Постановление Правительства Российской Федерации № 294 от 15 апреля 2014 г. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №543н от 15 мая 2012 г. «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

7. Сон И. М., Евдаков В. А., Шляфер С. И., Сененко А. Ш., Мельников Ю. Ю. Деятельность дневных стационаров в Российской Федерации в 2000–2014 годах. //Менеджер здравоохранения - 2016. - № 7. - С. 6 – 19.

УДК 930:1

ББК 63. 3(2)47

ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ ФИЗИОЛОГОВ В ДУХОВНЫХ ШКОЛАХ РОССИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX - НАЧАЛЕ XX ВВ.

Сушко А.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. *Статья анализирует ранний период жизни выдающихся российских физиологов Н.Е. Введенского и И.П. Павлова, И.С. Бериташвили и А.А. Ухтомского, обучавшихся в духовных учебных заведениях Российской империи в второй половине XIX - начале XX вв. Кроме того, уделяется внимание вопросу влияния духовного образования на формирование личности и будущего профессиональной деятельности российских ученых.*

Ключевые слова: *Н.Е. Введенский, Вологодская духовная семинария, И.П. Павлов, Рязанская духовная семинария, И.С. Бериташвили, Тифлисская духовная семинария, А.А. Ухтомский, Московская духовная академия, физиология, революционное движение, религия*

Актуальность. Проблема доступности и качества духовного образования в России во второй половине XIX века была крайне актуальной. Реформа системы образования, проведенная в правление Александра II, открывала новые возможности для подрастающей молодежи идти не по стандартному пути, а искать новые горизонты для своей будущей карьеры и формирования нового мировоззрения. Исключением не стала трансформация духовного образования и мировоззрения детей духовенства в означенное время.

Цель и задачи исследования. Целью исследования является на примере известных ученых-физиологов показать роль среднего духовного образования в процессе трансформации их взглядов на религию. Задачами исследования является анализ раннего периода жизни будущих ученых, включающих в себя период их обучения в духовных учебных заведениях, причины выхода из духовенства и дальнейшего поступления в высшие учебные заведения, анализ



участия физиологов в общественно-политической жизни, а также революционном движении России во второй половине XIX - начале XX вв.

Материалы и методы. При написании статьи были использованы следующие источники: Полное собрание законов Российской империи; фонд 466 (Вологодская духовная семинария) Государственного архива Вологодской области (ГАВО), научные статьи, периодическая литература. При написании статьи автор использовал историко-сравнительный и историко-генетический методы исследования.

Результаты. **Николай Евгеньевич Введенский (1852-1922 гг.)** принадлежал к ученым Российской империи, прославившим российскую науку в области медицины и физиологии в конце XIX – начале XX столетия.

Первыми биографами физиолога Н.Е. Введенского были историки И.А.Аршавский [3] и П.Г. Терехов [21], опубликовавшие свои монографии в 50-е гг. XX столетия. Еще раньше, в 1937 году в 15-летнюю годовщину со дня смерти Н.Е. Введенского, на страницах Физиологического журнала СССР были опубликован ряд статей воспоминаний учеников физиолога, в частности А.А. Ухтомского [23]. В последние годы вышли несколько статей о деятельности ученого, среди них статьи Е.Н. Груздевой [8], В.А. Зелениной и Т.Н. Кулиной [12], А.Ф. Каюмовой и С.М. Мочалова [15].

Н.Е. Введенский родился в 1852 г. В одной из деревень Тотемского уезда Вологодской губернии, в многодетной семье небогатого сельского священника. В 1862 г. отец устроил его в Вологодское духовное училище, после окончания которого в 1868 г. Н.Е. Введенский продолжил свое обучение в Вологодской духовной семинарии.

Условия жизни оставляли желать лучшего, чтобы побывать на каникулы дома приходилось пешком добираться около 100 километров, носил самую простую одежду и обувь [3, с.11-12; 18, с.117]. Согласно Уставу духовной семинарии от 14 мая 1867 г. было отменено деление на 2-годовые классы и сформировано 6 классов с годовичными курсами обучения [1, с. 498-451].

С 1867 года обучение в Вологодской семинарии стали бесплатными для юношей православного исповедания всех сословий в целях приготовления к служению Православной Церкви [2, Д.439. Л. 15.; Д. 447. Л. 50 об].

Ученики семинарии по желанию могли обучаться ремеслу в Вологодском реальном училище в свободное от занятий в семинарии время [2, Д. 447. Л. 12]. С 1880 г. Вологодская духовная семинария вновь превращается в узкое сословное учебное заведение, из её программы исключаются естественные науки, медицина, основы сельского хозяйства, т.е. богословие изолировалось от влияния общественной жизни [2, Д. 961, Л. 114].

При Вологодской духовной семинарии имелась богатая фундаментальная библиотека, содержащая много философской и исторической литературы. Действовала больница [2, Д. 533, Л.238]. В 1867 г. при духовной семинарии была открыта воскресно-праздничная школа, в которой обучалось свыше 200 детей, обучение проводили семинаристы V и VI классов. Работала образцовая школа для

прохождения воспитанниками старших классов педагогической практики [2, Д. 533, Л. 326-327]. По окончании Вологодской духовной семинарии в 1872 г., Н.Е. Введенский отказывается поступать в духовную академию и предпринимает удачную попытку поступить на физико-математический факультет Санкт-Петербургского императорского университета.

После отмены крепостного права в России и в эпоху великих реформ Александра II, стали меняться многие традиции и устои, существовавшие в России столетия. И складывалось таким образом, что именно духовные семинарии стали рассадниками свободомыслия. Юный Н.Е. Введенский не столько изучал богословие, сколько накачивался идеями Н.Г. Чернышевского и Д.И. Писарева – властителей дум его поколения. Идеи эти сводились к нескольким выводам о том, что самодержавие и правящая элита держит русский народ в полном бесправии и долгом любого интеллигента и образованного человека является просвещение народа и необходимостью вовлечения его в борьбу с несправедливостью.

Н.Е. Введенский будучи семинаристом увлекался чтением крамольной литературы. Одним из самых страстных пропагандистов естествознания был в то время Д.И. Писарев. Он считал, что мыслящий человек должен признавать истинным лишь то, что он получал в результате измерений, вычислений, опыта. [20, с. 39]. К числу поклонников Д.И. Писарева относился и И.П. Павлов, судьба которого на ранних этапах в чем-то перекликается с судьбой Н.Е. Введенского.

В 70-х гг. окончательно сложилось народничество и его теория «крестьянского социализма». Лозунг «в народ», брошенный А.И. Герценом, был подхвачен революционным поколением конца XIX века. Этот призыв был воспринят и Н.Е. Введенским, который активно включился в «хождения в народ», выезжая с этой целью в различные губернии России. Однако полиция не дремала, и вскоре начались массовые аресты. Николая выследили в с. Ловать Жиздринского уезда и арестовали за деятельную пропаганду в среде местных крестьян. Так прервалось двухлетнее пребывание студента Н. Е. Введенского в Санкт-Петербургском университете.

Из числа арестованных в 1874–1875 гг. было привлечено к суду 193 человека, в том числе А.И. Желябов, С.Л. Перовская, И.Н. Мышкин и др. Подсудимым инкриминировалось противозаконное сообщничество, имевшее целью «ниспровержение и изменение порядка государственного устройства — статья 250 “Уложения о наказаниях”. Введенский провел в тюрьме три с лишним года. К счастью, по приговору суда он попал в группу оправданных. Однако за ним был установлен строгий полицейский надзор, который не прекращался вплоть до падения царского режима. Преодолев целый ряд препятствий, осенью 1878 г. Н.Е. Введенский снова поступил в университет, где сразу начал работать на кафедре под непосредственным руководством И. М. Сеченова». [20, с.38-39]. Трехлетнее тюремное заключение молодого человека не прошло бесследно и наложило определенный отпечаток на характер и всю его дальнейшую жизнь [18, с. 117-118].

Среди участников революционного движения в средней школе были и семинаристы, и эта часть духовного юношества была далеко не последним



фактором революционной агитации среди крестьянства. Ни в одной школе не бывало столько волнений, как в русских духовных семинариях. Подобные волнения тянулись на протяжении десятилетий, и в свое время привлекали общественное внимание. Но духовное начальство всеми силами старалось установить в обществе на эти «бунты» тот взгляд, что это чисто внутреннее семинарское явление, возникшее на почве специальных условий семинарской жизни [22, с.11].

Революционные настроения стали распространяться в духовных семинариях еще в 60-70-х гг. XIX века. Много будущих радикалов и нигилистов вышло из числа семинаристов. С тех пор, как после освобождения крестьян стали усиленно развиваться в России политические освободительные течения, семинаристы одни из первых откликнулись на революционные призывы. Какие бы меры ни принимало духовное начальство, оно не могло искоренить революционного духа из духовной среды даже в годы мрачной реакции [22, с.12].

Революционные партии, вербовавшие своих членов и среди молодого поколения, не могли не обратить внимания на семинаристов. Ученики семинарий по своему возрасту и развитию представлялись весьма подходящим элементом для привлечения их к идеям революции, а жившее в семинарской среде глухое недовольство своим положением делало их чрезвычайно восприимчивым материалом для революционной агитации [22, с.13].

Положение семинаристов было поистине трагическое, ибо, начиная с 1884 года, лицам, окончившим духовную семинарию, было в высшей степени затруднено поступление в светские учебные заведения.

Особо следует упомянуть академика физиолога, лауреата Нобелевской премии по физиологии и медицине **Ивана Петровича Павлова (1849-1936 гг.)**. В последнее время были опубликованы монографии о деятельности Павлова В.К. Болондиского [4] и Л.А. Рашкина [19], научные публикации А.Ю. Долбилкина [9], Н.А. Загриной [11], Е.В. Ипатовой [14], Р.С. Вастьянова, А.Н. Стоянова, А.А. Скоромец [5] и др. И.П. Павлов родился в 1849 г. в Рязани в семье священника. Отец И.П. Павлова, Петр Дмитриевич определил своего сына в 1864 г. в Рязанское духовное училище, после которого он поступил в Рязанскую духовную семинарию, в которой учился с 1864 по 1870 гг.

Хорошей успеваемости и эрудиции юный Павлов добился благодаря своей начитанности, хорошему изложению мыслей и критическому отношению к прочитанному. Годы его учебы Павлова в Рязанской духовной семинарии совпали с бурным развитием естествознания в России. Большое влияние на мировоззрение И.П. Павлова в это время оказали идеи великих русских мыслителей революционеров-демократов А.И. Герцена, В.Г. Белинского, Н.Г. Чернышевского, труды публициста-просветителя Д.И. Писарева, который своими пламенными статьями оказывал громадное влияние на умственное развитие Ивана Петровича. Молодежь простаивала целыми часами на улице под дождем и снегом, чтобы получить в библиотеке вновь поступивший журнал [5, с.90-91].

В 1870 году, в год окончания духовной семинарии, И.П. Павлов наотрез отказывается от дальнейшей карьеры священника и принимает твердое решение стать студентом Санкт-Петербургского императорского университета. Вначале Павлову удалось поступить на юридический факультет, но спустя 10 дней после зачисления он подал ректору прошение о переводе его на естественное отделение физико-математического факультета по специальности - физиологии животных. Просьба И.П. Павлова ректором университета была удовлетворена. Таким образом, можно сказать решение о выборе будущей профессии было для Павлова во многом случайным. Возможно он стал бы неплохим юристом в случае отказа перевести его на другой факультет [9, с.91-92].

По окончании Санкт-Петербургского университета в 1875 году И.П. Павлов принимают сразу на третий курс Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге, ибо законодательно существовала такая возможность для особо одаренных и проявивших себя положительно выпускников университета. По окончании медико-хирургической академии Павлов был оставлен заведовать физиологической лабораторией при клинике С.П. Боткина [9, с.92].

И.П. Павлова в советское время считали атеистом, несмотря на то, что он обучался в духовном училище и духовной семинарии. В условиях отрицания религии это устраивало общественное мнение, но сегодня мы иначе оцениваем религиозные взгляды Павлова. В своем письме Е.М. Крепсу 25 июня 1928 года, в котором считает религию важным элементов в жизни человека, сожалея о том, что стал неверующим, считает трагедией для русского народа пропаганду атеизма [11, с.220]. И.П. Павлов говорил о себе, что он стал неверующим вследствие неблагоприятных условий своего умственного развития. Павлов любил посещать церковь не из религиозных убеждений, а из-за приятных контрастных переживаний. [11, с. 222].

И.П. Павлов неоднократно в 20-30-е годы XX столетия призывал власть отказаться от гонений на Русскую православную церковь, был противником дискриминации детей духовенства при их поступлении в высшие учебные заведения, открыто критиковал власть за снос православных храмов и церквей. Особенно переживал после разрушения Храма Христа Спасителя в Москве, также боролся против сноса Троицкого собора в Ленинграде. [11, с.223-224]. После необоснованного отказа в приеме в Военно-медицинскую академию нескольких сыновей священников, И.П. Павлов уволился с преподавательской и научной работы в этом учебном заведении, где проработал почти полвека [11, с. 224-225].

Еще одним представителем духовенства ставшим впоследствии известным нейрофизиологом был академик **Иван Соломонович Бериташвили (1884-1974 гг.)**, сын сельского священника Тифлисской губернии. Отец направил его на обучение в местное Телавинское духовное училище, в котором И.С. Бериташвили обучался с 1892 по 1899 гг. Судя по его воспоминаниям бурса дала ученому многое, зубрежка помогла ему освоить несколько иностранных языков - английский, немецкий и, к слову сказать, русский. [7, с. 930].



В 1899-1903 гг. И.С. Бериташвили продолжил обучение в Тифлисской духовной семинарии. Об этом периоде жизни сам ученый писал следующее: “Это был разгар рабочего движения, нам не разрешали читать Горького, был написан “Капитал” К. Маркса и много других научных книг, а также армянский язык. Я считал обязательно необходимым знание языка того народа, с которым живём бок о бок много веков. Несмотря на все недостатки семинарского образования, семинария дала привычку к длительным умственным занятиям...” [6, с. 24].

По окончании Тифлисскую духовной семинарии И.С. Бериташвили повторяет путь Н.Е. Введенского и И.П. Павлова поступив в 1906 году на естественное отделение физико-математического факультета Санкт-Петербургского императорского университета, предварительно отучившись 2 года в гимназии, ибо существовал запрет на прямое поступление священников на естественнонаучные факультеты университетов.

“Я выбрал физиологию потому, – вспоминал позднее ученый, – что считал знание функций живых организмов венцом биологических знаний, – это заговорило моё прежнее увлечение биологической социологией” [6, с. 26]. Будучи студентом университета И.С. Бериташвили увлекся наукой во многом благодаря помощи своего учителя, в прошлом также семинариста профессора Н.Е. Введенского, под руководством которого он стал изучать процессы возбуждения и торможения в спинномозговых рефлексах [7, с. 930].

К заслугам И.С. Бериташвили также следует отнести новую теорию поведения, его концепция объединяет объективные и субъективные стороны психофизиологического процесса, подчёркивая роль психического образа в регуляции поведения [7, с. 935]. И.С. Бериташвили был одним из родоначальников в изучении когнитивного бихевиоризма, изучения развития эволюционной этики и биоэтики. [17, с. 97-98].

Отдельно следует упомянуть известного академика физиолога **Алексея Алексеевича Ухтомского (1875-1942 гг.)**. Среди публикаций о деятельности А.А. Ухтомского можно выделить научные статьи С. Резника [20], А.А. Ждана [10], А.Ф. Каюмовой и С.М. Молчановой [16], К.Б. Зуева и Е.Ю. Зуевой [3]. В отличие от вышеназванных мной физиологов, А.А. Ухтомский вначале планировал стать военным, но по окончании Нижегородского кадетского корпуса, в период с 1894 по 1899 гг. был студентом Московской духовной академии. В период обучения в духовной академии Ухтомский под влиянием Н.Е. Введенского принимает решение стать физиологом. Так как закон запрещал в то время поступать будущим священником на естественнонаучные факультеты, Ухтомский был вынужден вначале в 1899 г. поступить на восточный факультет Санкт-Петербургского императорского университета, а оттуда перевестись через год в 1900 г. на физико-математический факультет с целью изучения физиологии.

В начале XX столетия благодаря трудам Н.Е. Введенского и А.А. Ухтомского религиозное мировоззрение формирует новое направление философской мысли - естественнонаучный материализм. Основополагающие положения данного течения в философии представлены антропоцентризмом, реализмом и

сциентизмом. Антропоцентризм мировоззрения А.А. Ухтомского тесно переплетался с православным антропоцентризмом. Это мировоззрение было ориентировано на православное начало, в центре которого общественное было значимее индивидуального. Антропология ухтомского является философско-физиологическим учением о природе человека, самопознания и самосовершенствования личности.

Заключение. Реформа системы образования в России и духовного, в частности, проведенная в России в царствование Александра II в трансформации менталитета и мировоззрения детей духовенства, получивших возможности для дальнейшего получения высшего светского образования. Сыграли важную роль в общественной и политической жизни российского общества.

Список литературы:

1. Полное собрание Законов Российской империи. Т.42. 1867. №44571. СПб., 1871. С.498-451.
2. Государственный архив Вологодской области. Ф.466. Оп.1.
3. Аршавский И.А. Н.Е. Введенский. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1950.
4. Болондинский В.К. Личность И.П. Павлова: ученого, человека, гражданина. СПб., 2011.
5. Вастьянов Р.С., Стоянов А.Н., Скоромец А.А. К 165- летию выдающегося ученого: академик Иван Петрович Павлов в воспоминаниях своего ученика // Медицинский академический журнал. 2015. №1. С.15-21.
6. Воспоминания об Иване Соломоновиче Бериташвили. М.: Наука, 1991.
7. Григорьев А.И., Григорьян Н.А. "Творец и раб науки" К 125 - летию со дня рождения академика И.С. Бериташвили // Вестник Российской академии наук. 2009. Т.79. №10. С. 930-937.
8. Груздева Е.Н. "Прежде всего гениальный труженик..." Н.Е. Введенский / В сборнике: Знаменитые универсанты очерки о питомцах Санкт-Петербургского университета. СПб., 2005. С. 44-64.
9. Долбилкин А.Ю. Иван Петрович Павлов – великий отечественный физиолог // Сибирское медицинское обозрение. 2006. №4 (41).С.90-96.
10. Ждан А.А. Вклад А.А. Ухтомского в человекознание // вопросы психологии. 2017. №3. С.137-148.
11. Загрина Н.А. И.П. Павлов и религия // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2000. № 1-2. С.220-224.
12. Зеленина В.А., Кулина Т.Н. Памяти Николая Евгеньевича Введенского // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2010. № 1 (24). С. 244-245.
13. Зуев К.Б., Зуева Е.Ю. Алексей Алексеевич Ухтомский. Биографический очерк// История российской психологии в лицах: Дайджест. 2016. №5. С.20-30.
14. Ипатова Е.В. Посвящается памяти Ивана Петровича Павлова. 2016. Т.19. №6. С.528-529.



15. Каюмова А.Ф., Мочалов С.М. Российский физиолог Николай Евгеньевич Введенский и его вклад в сокровищницу мировой физиологии. / В сборнике: Актуальные вопросы физиологии, психофизиологии и психологии Сборник научных статей всероссийской заочной научно-практической конференции. 2012. С.3-7.

16. Каюмова А.Ф., Мочалов С.М. Выдающийся отечественный физиолог Алексей Алексеевич Ухтомский /В сборнике: Актуальные вопросы физиологии, психофизиологии и психологии сборник научных статей Всероссийской заочной научно-практической конференции: к 135-летию со дня рождения А.А. Ухтомского. М., 2010. С. 8-14.

17. Копаладзе И.В. Иван Соломонович Бериташвили (1885-1974) - у истоков когнитивного бихевиоризма // Успехи физиологических наук. 2016. Т.47. №1. С.97-110.

18. Ноздрачёв А.Д., Пушкарёв Ю.П. Вся жизнь в обществе нервно-мышечного препарата (по поводу 160-летия со дня рождения Н.Е. Введенского // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 3. Биология. 2013. № 1. С. 117-124.

19. Рашкин Л.А. Первый российский Нобелевский лауреат Иван Петрович Павлов. М., 2005.

20. Резник С. Против течения. Академик Ухтомский и его биограф // Семь искусств. 2014. №5(52). С.35-55.

21. Терехов П. Г. Николай Евгеньевич Введенский. М.: Изд-во АН СССР, 1958.

22. Титлинов Б.В. Молодежь и революция. Из истории революционного движения среди учащейся молодежи духовных и средних учебных заведений. 1860-1905 гг. Л., 1925.

23. Ухтомский А.А. Н.Е. Введенский (по поводу 15-летия со дня кончины) // Физиологический журнал СССР. 1937. Т. 23. С. 183.

УДК 613.7:614.215:379.8]-053.2

ОТДЫХ С ПОЛЬЗОЙ: РОЛЬ ОРГАНИЗОВАННОГО ОТДЫХА В ОЗДОРОВЛЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Таран О.Н., Клименко О.В., Ковтуненко Р.В.,

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

Аннотация: В статье представлены методы и формы оздоровления, укрепления здоровья детей в период их организованного отдыха, варианты формирования у детей здорового образа жизни и безопасного поведения. Представлены формы оценки эффективности пребывания детей в детских учреждениях оздоровления и отдыха.

Ключевые слова: детские учреждения оздоровления и отдыха, дети, укрепление здоровья, здоровый образ жизни, эффективность оздоровления.

Летние каникулы всегда были самым долгожданным событием в жизни каждого школьника. И если, по мнению детей, данная большая перемена в школьной жизни дана для отдыха, то, по мнению родителей, педагогов и педиатров - для оздоровления и укрепления здоровья, повышения толерантности к возрастающим школьным нагрузкам. Бесспорно, эффективность летнего отдыха напрямую зависит от его активной составляющей. Наиболее ярким, полезным и активным является отдых в детских учреждениях оздоровления и отдыха (ДУОО). Именно в них усилиями педагогического и медицинского персонала, инструкторов по физическому воспитанию можно укрепить здоровье ребенка и, что наиболее важно, привить навыки здорового образа жизни, научить ребенка заботиться о своем здоровье и о состоянии окружающей среды, научить создавать безопасные условия для своего пребывания, научить правилам поведения в опасных ситуациях.

Цель работы: разработать мероприятия по оздоровлению и укреплению здоровья у детей, сформировать у них модель здорового образа жизни и безопасного поведения; разработать схему оценки эффективности их пребывания в условиях организованного отдыха в ДУОО.

Из всего многообразия здоровьесберегающих технологий, по нашему мнению, в ДУОО могут быть использованы следующие: медико-профилактические технологии; медико-оздоровительные технологии; физкультурно-оздоровительные технологии; собственно здоровьесберегающие технологии (рациональная организация отдыха, сна, питания и двигательной активности); экологические здоровьесберегающие технологии (формирование у детей экологического сознания и стремления к сохранению окружающей среды); технологии обеспечения безопасной жизнедеятельности (соблюдение правил обращения с электрическим током, правил поведения на воде, соблюдение пожарной безопасности, профилактика травматизма, формирование навыков поведения в опасных ситуациях и оказания неотложной помощи); технологии обучения здоровью (формирование гигиенических навыков у ребенка, предоставление знаний по профилактике заболеваний, формирование представлений о негативном влиянии на организм человека алкоголя, табака, наркотических веществ, компьютерной зависимости и гиподинамии, освещение вопросов полового воспитания, пропаганда активного отдыха, предотвращения опасных для жизни ситуаций); технологии прививания культуры здоровья (формирование представлений о здоровье как ценности, усиление мотивации на ведение здорового образа жизни, формирование ответственного отношения к собственному здоровью), технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка (предотвращение стрессовых ситуаций и создание комфортных условий для пребывания ребенка в ДУОО, формирование навыков бесконфликтного существования и обучение правильному решению конфликтов, привитие навыков управления собственными эмоциями).

Во внедрении в работу ДУОО вышеуказанных здоровьесберегающих технологий должны принимать участие все сотрудники. Так, медико-



оздоровительные и медико-профилактические технологии проводятся медицинскими работниками учреждения. Технологии по обучению здоровью, по прививанию культуры здоровья и собственно здоровьесберегающие технологии, технологии по обучению безопасной жизнедеятельности внедряются в содружестве воспитателями, медицинскими работниками учреждения, инструкторами по физическому воспитанию и организаторами досуга. Социально-адаптационные технологии воплощают воспитатели, вожатые, психолог и руководители учреждения. Экологически сберегающие технологии внедряются воспитателями, вожатыми и организаторами досуга. То есть, все вышеуказанные технологии требуют совместной работы всех сотрудников ДУОО и могут свободно сочетаться с отдыхом детей, проводиться во всех местах их пребывания (отрядное место, актовый зал, пляж, спортивная площадка и т.д.), объединяться с другими культурными мероприятиями. Кроме этого, они являются интересными и простыми для восприятия детским коллективом.

Касаемо медико-профилактических технологий, они широко использовались медицинскими работниками во все времена существования детских лагерей. Это оказание квалифицированной медицинской помощи детям, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, контроль за проведением оздоровительных процедур, и анализ эффективности оздоровления за смену (показатели острой заболеваемости и травматизма, выполнение норм питания, динамика антропометрических показателей и показателей физической подготовки).

К медико-оздоровительным технологиям относятся проведение лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики, гимнастики для глаз, пальчиковой гимнастики, обучение навыкам самомассажа. За лагерную смену можно легко обучить детей контролировать дыхание и использовать дыхательные упражнения для релаксации и расслабления (например, «дыхание цветов» (представьте, что вы нюхаете душистый цветок, вдохните через нос и выдохните через рот), «дыхание пчёл» (нужно удобно сесть или лечь, закрыть глаза и уши, дышите носом, с помощью звука «mmm» заставьте вибрировать ваши голосовые связки), «дыхание кролика» (сделайте три коротких и быстрых вдоха, затем медленно выдохните), «водовоз» (на вдохе ребенок производит 5-10 звуков «ф» с коротким промежутком, а на выдохе произносит «Водовоз вёз воду из водопровода»)).

Увлекательной для детей является гимнастика для глаз (например, «Шторки» (быстро и легко моргайте 2 минуты), «Смотрим в окно» (делаем точку из пластилина и лепим на стекло. Выбираем за окном далекий объект, несколько секунд смотрим вдаль, потом переводим взгляд на точку, позже можно усложнить нагрузки – фокусироваться на четырех разноудаленных объектах), «Большие глаза» (сидим прямо. Крепко зажмуриваем глаза на 5 секунд, затем широко открываем их. Повторяем 8-10 раз), «Массаж» (тремя пальцами каждой руки легко нажмите на верхние веки, через 1-2 секунды снимите пальцы с век. Повторяем 3 раза), «Гидромассаж» (ополаскиваем глаза: утром – сначала ощутимо горячей

водой, затем холодной. Перед сном все в обратном порядке: промываем холодной, потом горячей водой), «Стреляем глазами» (смотрим вверх-вниз с максимальной амплитудой; чертим круг по часовой стрелке и обратно; рисуем глазами диагонали; рисуем взглядом квадрат; взгляд идет по дуге – выпуклой и вогнутой; обводим взглядом ромб; рисуем глазами бантики; рисуем букву S – сначала в горизонтальном положении, потом в вертикальном; переводим взгляд из одного угла в другой по диагоналям квадрата; сводим зрачки к переносице изо всех сил, приблизив палец к носу; часто-часто моргаем веками)). Детям из старших отрядов может быть предложена гимнастика для глаз по методу Г.А. Шичко (1 – сидя, расслабившись, медленно двигать глазами справа-налево, а затем слева направо. Повторять по 3 раза в каждую сторону; 2 – круг (представить себе большой круг. Обводить его глазами по часовой стрелке, затем против часовой. Повторить 4-6 раз; 3- квадрат - предположить детям представить себе квадрат. Переводить взгляд из правого верхнего угла в левый нижний, затем в левый верхний, в правый нижний. Еще раз одновременно посмотреть в углы воображаемого квадрата; 4 - частые моргания в течении 15-30 секунд, закрыть глаза и посидеть спокойно, медленно считая до пяти; 5- смотреть на кончик носа до тех пор, пока не возникнет чувство усталости. Расслабить мышцы. Посмотреть вдаль, считая до 5). Детям младших возрастных групп будут интересны занятия пальчиковой гимнастикой (Например, «Дождик»: Закапали капли (постучать двумя пальцами каждой руки по столу). Идет дождь (постучать четырьмя пальцами). Он льет как из ведра! (стучим сильнее). Пошел град (косточками пальцев выбиваем дробь). Сверкает молния (шипящий звук, рисуем молнию пальцем в воздухе). Гремит гром! (барабаним кулаками или хлопаем в ладошки). Все быстро убегают домой (прячем руки за спину). А утром снова ярко светит солнце! (описываем руками большой круг). Стоит отметить, что вышеуказанные методики гимнастики для глаз, дыхательной и пальчиковой гимнастики не требуют оборудования и могут быть использованы повсеместно. Во время пребывания ребенка в ДУОО наиболее широко используются физкультурно-оздоровительные технологии. Среди всех видов деятельности в оздоровительных лагере физическая культура и спорт по значимости занимают ведущее место. С утренней гимнастики начинается день в ДУОО, а дискотекой (которую также можно считать физкультурно-оздоровительным мероприятием) заканчивается. Данный вид работы включает комплекс профилактических мероприятий, основными целями которых является укрепление здоровья ребёнка, повышение уровня его физической подготовленности и закалённости; совершенствование умений и навыков в естественных видах движений; привитие интереса к занятиям физической культурой и спортом; развитие морально-волевых качеств.

Качество и эффективность физического воспитания в значительной степени зависят от правильного распределения детей на физкультурные группы (ФГ) и выбор режима двигательной активности врачом ДУОО, а также от текущего врачебного контроля за их проведением с коррекцией дозирования физической нагрузки.



В основную ФГ включаются здоровые дети и дети, которые имели высокий или выше среднего уровень функционально-резервных возможностей ССС по результатам пробы Руфье. В подготовительную ФГ включаются дети с незначительными функциональными отклонениями в состоянии здоровья, в реабилитационном периоде после острого заболевания, не требующие курса лечебной физкультуры, со средним уровнем функционально-резервных возможностей ССС. В специальную ФГ относятся дети со значительными отклонениями постоянного или временного характера в состоянии здоровья при низком или ниже среднего уровне функционально-резервных возможностей ССС.

На период адаптации (первые 2-3 дня пребывания в лагере) детям назначается щадящий режим, а детям из специальной ФГ этот режим рекомендуется на все время пребывания в лагере. Щадящий режим предполагает привыкание к новым условиям климата и окружающей среды, включая непродолжительные неинтенсивные физические нагрузки с умеренным постепенным повышением двигательной активности. После окончания периода адаптации для детей с основной ФГ предусмотрен перевод на тренировочный режим, при котором используется полный комплекс физкультурных и спортивных мероприятий. Для детей из подготовительной ФГ вопрос о переводе с щадящего режима на тренировочный решается индивидуально с учетом продолжительности адаптационного процесса, состояния здоровья, толерантности ребенка к возрастающей физической нагрузке.

Положительному эмоциональному заряду на весь день, плавному переходу от состояния сна к бодрствованию способствует утренняя гимнастика. Продолжительность утренней гимнастики для детей подготовительной группы младшего школьного (6-11 лет) и старшего школьного (12-14 лет) возраста должна составлять 15-20 минут, а для детей специальной физкультурной группы – 10-15 минут. Утренняя гимнастика для детей с отклонениями в здоровье должна включать комплекс ежедневных, преимущественно коррекционных и дыхательных, упражнений, направленные на формирование правильной осанки и постановку дыхания. После дневного сна детям может быть предложена бодрящая гимнастика, одним из вариантов может быть «Ленивая» гимнастика (упражнения выполняются не вставая с кровати).

Лучшим времяпровождением на свежем воздухе для ребенка являются игры (особенно подвижные). Игра обеспечивает всестороннее, комплексное развитие физических качеств и совершенствование двигательных умений и навыков, так как в процессе игры они проявляются не изолированно, а в тесном взаимодействии. С помощью игры можно избирательно развивать определенные физические качества (подбирая соответствующие игры). Игры по интенсивности физической нагрузки и технической сложности можно подразделить на малоподвижные («Колечко», «Испорченный телефон», «Море волнуется», «Съедобное-несъедобное»), подвижные («Третий лишний», «Классики», «Выбивной», «Разрывные цепи», «Резиночка») и спортивные (волейбол, пионербол, баскетбол, настольный теннис, футбол). Детям из специальной физкультурной группы

рекомендовано принимать участие только в играх малой и средней подвижности в течении 30-40 минут для детей младшей группы и 40-50 минут для детей старшей группы. Дети из подготовительной группы могут заниматься играми малой и средней интенсивности до 40-60 минут в младшем возрасте и до 60 минут в старшем школьном возрасте. Детям из подготовительной ФГ также разрешается играть в спортивные игры, а именно в баскетбол, волейбол, футбол - не более 30 минут, в настольный теннис – до 15 минут.

Дети из основной ФГ могут посещать спортивные кружки и секции, участвовать в спартакиадах и соревнованиях. Соревнования позволяют стимулировать максимальное проявление двигательных способностей и выявлять уровень их развития; выявлять и оценивать качество владения двигательными действиями; обеспечивать максимальную физическую нагрузку; содействовать воспитанию волевых качеств ребенка.

Интересным для детей является проведение Олимпийских игр. При планировании «Общелагерных Олимпийских игр» можно разбить лагерную смену на 4 цикла: предолимпийские дни (за это время дети знакомятся со спортивными площадками лагеря, создают свои команды, выбирают название, девиз, эмблемы, готовятся к церемонии открытия Игр); дни легкой атлетики (за эту неделю дети соревнуются в беге, прыжках, метании; можно выделить «День прыгуна», «День спринтера», «День марафонца», «День метателя», «День эстафет», «День многоборца»); дни игровых видов спорта (это будут так называемые «Дни пионербола», мини-футбола, волейбола, баскетбола, стритбола, настольного тенниса; обязательно нужно включить в план соревнований по подвижным играм «Веселые старты»); дни интеллектуальных видов спорта (спортивное ориентирование, шашечный и шахматный турнир, олимпийская викторина).

Поддерживать хорошее настроение в течении дня позволяют физкультурные минутки (динамические паузы), проводимые во время общелагерных мероприятий в актовом зале, на костровой или на спортивной площадке. Предпочтение следует отдавать физкультминуткам в стихах, положенным на музыку.

Для повышения компенсаторных свойств сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и опорно-двигательного аппарата для детей рекомендованы ежедневные прогулки и пешеходные экскурсии в виде спокойной ходьбы со скоростью 2-2,5 км/ч. Маршруты прогулок и экскурсий должны постоянно меняться, но при этом должны проходить по безопасной и затененной местности. Туристические прогулки разрешены детям с 6-ти летнего возраста, экскурсии – с 7 лет. Так, для детей младшего возраста подготовительной группы рекомендован маршрут протяженностью до 3-5 км, для детей старшей группы – до 5-8 км со скоростью передвижения до 3 км/час и весом рюкзака 1-2 кг. В тоже время, детям из специальной физкультурной группы рекомендованы маршруты протяженностью до 3 км и до 5 км, соответственно, с учётом возраста, с индивидуально подобранной скоростью и весом рюкзака.



Целенаправленное воздействие на определенные группы мышц, улучшить резервные возможности сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, повысить выносливость можно с помощью занятий на тренажерах (эллиптические и гребные тренажеры, беговые дорожки, велотренажеры, райдеры) и при помощи спортивного инвентаря (эспандеры, диски вращения, финские стенки).

Одной из форм физкультурно-оздоровительной работы, применяемой для детей с отклонениями в здоровье, является лечебная физкультура, позволяющая индивидуально для каждого ребенка разрабатывать и применять комплекс мероприятий с учётом особенностей течения и стадии заболевания, добиваясь восстановления нарушенных функций организма. Это могут быть гимнастические, дыхательные, коррегирующие упражнения, а также ходьба, бег, терренкур, прыжки, плавание в течении 30-45 минут.

Как вариант лечебной физкультуры, хореографом (под руководством врача) детям всех групп здоровья могут быть предложены занятия лечебной хореографией, ритмопластикой и стретчингом (растяжкой). Все предложенные варианты позволяют сочетать танцевальные, ритмопластические, лечебно-коррекционные движения с гимнастическими упражнениями. При этом, в отличие от аэробики, упражнения выполняются с меньшей интенсивностью, в более медленном темпе. Интенсивность упражнений и, соответственно, музыкального сопровождения, увеличивается от начала занятия к середине занятия, а к концу занятия упражнения и музыкальный ритм становятся более спокойными. Соответственно, разминка или подготовительная часть занятия должна занимать 5-10 минут общего времени, основная часть – 20-25 минут, заминка или заключительная часть – до 5 минут. Следует отметить, что в лечебной хореографии танцевальные упражнения должны превалировать над гимнастическими упражнениями на протяжении всего лечебного комплекса.

Занятия в спортивных секциях, танцевальном кружке (за исключением лечебной хореографии) соревнованиях детям с отклонениями в состоянии здоровья противопоказаны.

Основными физкультурно-оздоровительными мероприятиями для детей подготовительной и специальной групп здоровья являются физиопрофилактические процедуры (воздушные, солнечные и водные ванны), которые должны быть начаты с первого дня пребывания ребенка в ДУОО. Физиопрофилактическое воздействие природными факторами является основой оздоровительных закаливающих мероприятий. Это могут быть закаливание воздухом, закаливание солнцем и закаливание водой (обтирание, обливание, купание). Следует помнить об комплексности, дозированности, индивидуальности и последовательности при проведении вышеуказанных оздоровительных мероприятиях.

Воздушные ванны являются наиболее щадящими из всех методов закаливания. Воздушные ванны могут проводиться детям подготовительной группы при температуре воздуха не менее 20 °С, детям специальной группы – не

менее 22 ° при частично или полностью обнаженном теле в условиях помещений или открытого воздуха. Продолжительность первой воздушной ванны для детей младшего возраста должна составлять 10-15 минут, для детей старшего возраста – 20-25 минут с постепенным увеличением (по 3 минуты ежедневно) до 60 минут. Закаливание воздухом лучше проводить в утреннее или вечернее время, не ранее чем через 30-40 минут после еды. При этом виде закаливания, на организм ребенка положительное влияние оказывают такие физические характеристики воздуха, как температура, влажность, скорость ветра, летучие ароматические вещества (лес, море).

После приёма нескольких воздушных ванн (приблизительно, 3-5 процедур) детям с отклонениями в здоровье показаны солнечные ванны. Продолжительность первой солнечной ванны должна составлять 2-3 минут, с постепенным увеличением время пребывания на солнце (по 3 минуты) до 30 минут детям специальной группы и до 40 минут детям подготовительной группы. Дети с отклонениями в здоровье должны получать, так называемую, облегченные солнечные ванны, а именно чередовать пребывание на солнце в течение 10-15 минут с пребыванием в тени в течении 15-20 минут. При получении солнечных ванн детям рекомендовано облучать тело со сменой положения тела каждые 2-4 минуты в последовательности грудь, спина, боковые поверхности тела с двух сторон. Для повышения эффективности оздоровления следует сочетать приём солнечных ванн с проведением малоподвижных игр.

Бесспорно, наиболее эффективным из всех физиопрофилактических процедур является закаливание водой. Начинать купание детей разрешается при температуре воздуха не ниже 23 °, при температуре воды – не менее 20 °. Со второй недели купание детей с отклонениями в здоровье разрешается при температуре воды 18 °. Первая процедура купания должна составлять 2-3 минуты для детей младшего возраста подготовительной группы, 3 минуты – для детей старшей группы. Максимальная продолжительность купания для детей подготовительной группы должна составлять 10-15 минут.

Детям из специальной группы закаливание водой лучше начинать с обтирания и обливания. Стартовым вариантом закаливания водой может быть обтирание влажным полотенцем после утренней гимнастики сначала теплой водой (30-35 °), а потом прохладной водой (10-15 °). Начинать обтирание следует с рук, ног, с переходом на туловище, а затем – к общему обтиранию.

Обливание лучше начинать с обливания ног, при этом температура воздуха должна быть не менее 20 °, а первоначальная температура воды должна составлять 30 °, с постепенным (каждые 1-2 дня) снижением температуры воды на 2 °, доводя температуру до 16-18 ° для детей младшего возраста и до 14 ° для детей старшего возраста. Процедура местного обливания должна длиться 15-20 секунд.

Детям с отклонениями в здоровье можно рекомендовать начинать обливание ног с использованием контрастных температур воды, так называемое щадящее контрастное обливание: ноги обливают теплой водой (35-36 °), затем



сразу прохладной водой (24-25 °С), после чего вновь теплой водой. Постепенно температуру теплой воды следует повысить до 40 °С, а прохладной снизить до 18 °С. Заканчивать процедуру необходимо растиранием сухим полотенцем.

Обливание всего тела можно начинать при температуре воздуха 23 °С. Водой из лейки обливают ребенку плечи, грудь и спину. Первоначальная температура воды должна составлять 34-35 °С постепенно снижая (каждые 3-4 дня) температуру на 2 °С, доводя до 22-24 °С. Длительность процедуры должна составлять 15 с, постепенно увеличивая время до 35 с. Достигнув конечных величин, на них останавливаются и длительно (до 2-х месяцев) обеспечивают эффект тренировки. В дальнейшем можно увеличить действующий фактор или увеличить время его воздействия.

Здоровью и здоровому образу жизни может быть посвящена тема смены лагеря, например «Я живу замечательно! Я чувствую себя прекрасно!». Если тема смены другая, то на каждый день могут быть предложены девизы здоровья, количество которых должно соответствовать количеству дней смены. Например, «Здоровым быть модно», «Здоровье - это здорово», «Веселый смех - это здоровье», «Пока здоровье служит, то человек не тужит», «Береги одежду снову, а здоровье смолоду», «Здоровому все на здоровье идет», «Люди часто болеют, потому что беречься не умеют», «Смех лучше лечит, чем все лекарства». Под каждый девиз дня организаторами досуга вместе с медицинским работником учреждения разрабатываются соответствующие теме развлекательно-познавательные мероприятия различные по содержанию и по длительности («минутка здоровья», «час здоровья» и т.п.).

Следует отметить, все мероприятия, посвященные здоровью и здоровому образу жизни, могут быть как для всего учреждения, так и проводиться только в отряде. Относительно общелагерных мероприятий это могут быть следующие варианты: флешмоб «Делай как я» (когда каждый из отрядов показывает под ритмичную музыку комплекс несложных танцевально-гимнастических упражнений, а другие дети пробуют их повторить); соревнования среди отрядов по черлидингу (соревнования между группами поддержки спортивных команд каждого отряда); день «Калейдоскоп подвижных игр»; день «Калейдоскоп спортивных игр»; день «Во что играли наши родители?» (дети с руководителями отрядов вспоминают игры, в которые играли их мамы, папы и, возможно, бабушки и дедушки, а именно «Разрывные цепи», «Съедобное-несъедобное», «Третий лишний», «Выбивной», «Платок», «Море волнуется раз», «Резиночка», «Классики», «Казачьи-разбойники», «Прятки»); день подвижных игр будущего или «Во что бы я играл, если бы у меня не было компьютера?» (дети каждого из отрядов придумывают новые подвижные игры и демонстрируют правила игры перед детьми всего учреждения); конкурс акробатических пирамид; день соревнований-эстафет между отрядами в разных возрастных группах «Делай с нами, делай как мы, делай лучше нас»; спортивный квест «Движение - это жизнь» (отряды поочередно проходят станции, каждая из которых представлена подвижной игрой).

Интересным и информативным для ребенка может быть квест «Правила поведения в опасных ситуациях» (каждая станция представлена опасной для жизни человека ситуацией, на которой дети должны предоставить варианты ответов или даже продемонстрировать как помочь себе и окружающим в приведенных опасных условиях, например пожар, провал под лед, электротравма, утопление, попадание под молнии и т.п.). Конечно, перед участием в квесте, детей обучают правилам поведения в случае попадания в опасную ситуацию.

Не менее интересными являются мероприятия, в которых необходима меньшая двигательная активность ребенка: игра на территории ДУОО «В поисках сокровищ здоровья» (во время которой дети анализируют здоровьесформирующие факторы территории пребывания, выделяют полезных представителей растительного мира и т.д.); фотоквест «Мы за здоровый образ жизни (каждый отряд создает фотоснимки со своим участием, соответствующие теме квеста, и в дальнейшем предоставляет их для всеобщего просмотра) конкурс буклетов «Здоровым быть модно» или «Наши правила здоровья», конкурс стенгазет «Что мне помогает быть здоровым». По аналогичным темам могут проводиться конкурсы фигур на песке, рисунков на асфальте и тому подобное.

Не следует забывать и о темах, посвященных охране окружающей среды, а именно «Как сделать чище окружающую среду», «К чему приводит безответственная жизнедеятельность человека».

Проявить творческую одаренность детей помогут конкурс выступлений агитбригад отрядов, посвященных пропаганде здорового образа жизни «Мы за здоровый образ жизни»; конкурс рекламных роликов на тему «Хочу быть здоровым»; конкурс «переделанных» песен, посвященных спорту и здоровью; конкурс «кричалок», посвященных здоровому образу жизни.

Совместно с организатором досуга медицинским работником ДУОО проводятся квесты вроде «Чем я могу помочь человеку, попавшему в опасную ситуацию» или «Чем я могу помочь человеку, который нуждается в неотложной помощи» (на каждой станции ребенку предлагается оказать доврачебную помощь человеку с кровотечением, при обмороке, ожогах, обморожениях, утоплении, поражении электротоком, перегреве, травмах и т.д.); квест «Гигиенические профилактические навыки (станции могут быть посвящены гигиене ротовой полости, гигиене рук, гигиене тела, гигиене зрения, рациональному питанию, гигиене расписания дня, рациональному времени пребывания за телевизором, временипровождения у монитора и т.д.); квест «Познай себя» (на станциях, посвященных органам человека и жизнедеятельности, детям задаются соответствующие загадки); игра «Два капитана» (сборным командам из четных и нечетных отрядов ставятся вопросы по анатомии и физиологии человека, по правилам здорового образа жизни, модулируются соответствующие задания).

Согласно девизу дня, врач может провести беседы, лекции, вечера вопросов-ответов с детьми ДУОО. Например, согласно девизу дня «Веселый смех - это здоровье» может быть проведена беседа в виде «минутки здоровья» на тему «Гигиена полости рта». Актуальными остаются темы профилактики социальных



заболеваний, а именно внимание надо уделять профилактике таких заболеваний как гепатит, ВИЧ / СПИД, туберкулез.

Достаточно актуальными будут беседы с детьми о негативном влиянии алкоголя, табака и наркотических веществ на организм ребенка, о преимуществе активного отдыха над потраченным временем у монитора, о преимуществе подвижных игр над компьютерными. На наш взгляд, более эффективным для восприятия ребенком негативных последствий вышеуказанных факторов будет вечер признаний, когда наставники детей (воспитатели, вожатые, руководители и другие сотрудники ДУОО) расскажут детям о своих вредных привычках, которые они имели в прошлом, и от каких они избавились, о негативной стороне данных вредных привычек. Не только интересными, но и достаточно информативными будут и вечера «Идем в гости», когда дети старших отрядов рассказывают детям младших отрядов о преимуществах здорового образа жизни. Закончить день можно просмотром мультфильмов, посвященных здоровью и здоровому образу жизни, например «Птичка Тари», «Ох и Ах», «Зайка и муха».

Судить об эффективности проведенных оздоровительных мероприятий в течении смены можно на основании анализа данных медицинских осмотров, проведенных в начале и в конце смены. Также оценить эффективность оздоровления позволяет динамика показателей физического развития, функционального состояния организма, физической подготовленности, показатели заболеваемости и травматизма, выполнения норм питания. Каждый критерий оценивается в динамике от 0 до 2 баллов: положительная динамика показателей оценивается в 2 балла, отсутствие динамики – 1 балл, отрицательная динамика – 0 баллов.

Одним из доступных критериев является оценка уровня физического развития с определением антропометрических показателей с последующим сопоставлением индивидуального показателя с установленными нормативами. Оздоровление считается эффективным (2 балла) в том случае, когда у детей с дефицитом массы тела к концу смены вес увеличился; у детей с риском ожирения или с ожирением - вес уменьшился, а у детей с нормальной массой тела изменение веса соответствовало нормальным показателям.

В начале и в конце смены у детей измеряют артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) за 1 минуту. О функционально-резервных возможностях сердечно-сосудистой системы (ССС) позволяет судить одна из предложенных проб: проба с расчетом индекса Руфье (ИР) либо проба по Н. Шлакову. При проведении пробы Руфье после 3-5 минутного отдыха в положении сидя у ребенка подсчитывают пульс за 15 секунд (Пульс1) до тех пор, пока не будут определены подряд 2-3 одинаковых показателя. Далее ребенку предлагают присесть 30 раз за 45 секунд. При этом ребенок руки вытягивает вперед, самостоятельно и громко считает («один», «два», «три»), что позволяет избежать задержки дыхания. Сразу после приседаний ребенок садится. Ему подсчитывают пульс в первые 15 секунд минуты восстановления (Пульс2). Через 30 секунд подсчитывают пульс за последние 15 секунд минуты восстановления (Пульс3).

Оценку проводят по ИР, рассчитываемому по формуле: $ИР = (4 \times (\text{Пульс}1 + \text{Пульс}2 + \text{Пульс}3) - 200) : 10$. Про высокий уровень функционального резерва ССС свидетельствует результат меньше 3; выше среднего - 4-6; средний - 7-9; ниже среднего - 10-14; низкий - 15 и выше. Оздоровление будет считаться эффективным, если показатель ИР к концу смены уменьшится (2 балла); отсутствие динамики в показателе будет соответствовать 1 баллу; увеличение показателя указывает на отсутствие оздоровительного эффекта и соответствует 0 баллам.

При проведении пробы по Н. Шалкову, которая является из всех предложенной самой трудоёмкой, у ребенка в положении лёжа определяют пульс и измеряют АД. Затем ребенку предлагается выполнить физическую нагрузку. Характер физической нагрузки выбирается с учетом состояния здоровья ребёнка: 5 глубоких приседаний в течении 10 секунд или подъём на 10 ступенек; 10 глубоких приседаний в течении 20 секунд или подъём на 20 ступенек; 20 глубоких приседаний в течении 30 секунд или подъём на 30 ступенек. Сразу после нагрузки и через 3, 5, 10 минут вновь подсчитывают пульс и измеряют АД. В норме после физической загрузки ребенок не испытывает усталости, пульс ускоряется не более чем на 10 ударов в минуту, систолическое АД повышается не более чем на 10 мм рт. ст., а диастолическое – не изменяется. Через 3-5 минут все показатели должны возвратиться к исходным показателям. При нарушении функций ССС после пробы с нагрузкой отмечается резкое учащение пульса (на 30-50%), изменение АД (систолическое – снижается, диастолическое – не изменяется или повышается); восстановительный период длится более 5 минут.

Широко используют пробы с задержкой дыхания Штанге или Генчи. При проведении пробы Штанге ребенку сидя предлагают выполнить глубокий, но не максимальный, вдох и задержать дыхание как можно дольше. Длительность задержки дыхания у здоровых детей колеблется от 20 до 55 сек. (измеряется секундомером). При проведении пробы Генчи ребёнок лёжа после не глубокого выдоха задерживает дыхание. Здоровые дети школьного возраста задерживают дыхание на 25 - 40 секунд. Увеличение времени задержки дыхания ребенком более 10% свидетельствует о высокой эффективности оздоровления (2 балла), прибавка от 0 до 10% – о слабой эффективности (1 балл), снижение времени задержки дыхания – об отсутствии оздоровительного эффекта (0 баллов).

В начале и в конце смены у детей измеряют показатели физической подготовленности. Исследование максимальной мышечной силы рук проводят с помощью кистевого динамометра, измеряя силу мышц у правой – правой кисти, у левой – левой. Выполняется 2-3 попытки, фиксируется лучший результат. Увеличение показателей динамометрии на 5 % и более считается положительной динамикой (2 балла). Отрицательной динамикой (0 баллов) будет считаться уменьшение исходного значения. Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики (1 балл). Для определения скоростно-силовых качеств используется тест «Прыжок в длину с места». Используется две попытки, с зачётом лучшего результата. Также



скоростно-силовая выносливость оценивается с использованием теста «Подъём туловища в сед за 30 секунд (пресс)». Для оценки скоростных качеств рекомендуется использовать тест «Бег на 30 метров». Участникам даётся одна попытка. Время фиксируется с точностью до 0,1 с. Для оценки силовых качеств мышц верхнего плечевого пояса у мальчиков с 7 лет применяется тест «Подтягивание на высокой перекладине из виса», у девочек - «Подтягивание на низкой перекладине из виса лёжа». Используется две попытки, учитывается лучший результат.

Оценить координационные физические способности ребенка поможет «Челночный бег». Бег осуществляется трехкратно между двумя линиями, установленными на расстоянии 10 м друг от друга. Результат фиксируется в секундах (с точностью до десятых долей) от времени старта до момента, когда испытуемый закончит бег.

О гибкости ребенка позволяет судить «Наклон туловища вперед из положения сидя» или «Наклон туловища вниз со ступени или стула». Гибкость определяется путем замера линейкой с точностью до 1 см. Выполняются три наклона с постепенно увеличивающейся амплитудой, на четвертом регистрируется результат в течение 5 секунд.

Увеличение показателя любого из тестов физической подготовленности оценивается в 2 балла, ухудшение показателя – в 0 баллов, отсутствие существенной динамики в показателях – 1 балл.

При анализе эффективности оздоровления необходимо учитывать показатели острой и обострений хронической заболеваемости, случаи травматизма и отравлений у ребёнка за период смены. Отсутствие случаев острой заболеваемости, обострений хронических болезней, случаев травматизма и отравлений оценивается в 2 балла; наличие вышеуказанных показателей – в 0 баллов.

Важным критерием оценки эффективности оздоровления является выполнение «Норм питания в ДУОО». Об эффективном оздоровлении свидетельствует выполнение норм питания по каллоражу, соответствию соотношения белков, жиров и углеводов, перечня предложенных продуктов в количественном и качественном отношении (2 балла). Дисбаланс в соотношении или по количественному составу, но выполнение норм по каллоражу за счёт пересчета по основным продуктам питания будет соответствовать 1 баллу. Невыполнение норм по всем критериям оценивается в 0 баллов.

Полученная сумма баллов позволяет комплексно оценить качество и эффективность оздоровления.

Таблица 1

Комплексная оценка качества отдыха и эффективности оздоровления

Исследуемые критерии	Эффективность (сумма баллов)		
	Высокая	Слабая	Отсутствие
2 критерия	3-4	1-2	0
3 критерия	5-6	1-4	0
4 критерия	7-8	3-6	Менее 3
5 критерия	7-10	4-6	Менее 4
6 критериев	9-12	5-8	Менее 5
7 критериев	10-14	6-9	Менее 6
8 критериев	11-16	7-10	Менее 7
9 критериев	12-18	8-11	Менее 8
10 критериев	13-20	9-12	Менее 9

В зависимости от количества используемых критериев, итог в баллах может варьировать, относясь при этом к одной из оценок (высокая, низкая или отсутствие эффективности). Следует помнить, что перечень применяемых критериев для всех обследуемых детей должен быть одинаковым.

Оценка показателей физического развития, функционального состояния организма, заболеваемости детей и выполнение норм питания за смену выполняется медицинским персоналом. Оценка уровня физической подготовленности проводится инструкторами по физическому воспитанию в присутствии медицинского работника с обязательным наличием аптечки. Все вышеуказанные методы оценки эффективности оздоровления могут быть подразделены на обязательные (ИМТ, заболеваемость и травматизм, выполнение норм питания) и дополнительные (оценка уровня физической подготовленности, ЖЕЛ, проба с задержкой дыхания, оценка функционального состояния ССС).

По полученным индивидуальным результатам проводится оценка эффективности оздоровления детей отряда с определением количества детей с выраженным оздоровительным эффектом (%); количества детей со слабым оздоровительным эффектом (%); количества детей с отсутствием оздоровительного эффекта.

Эффективность оздоровительных мероприятий в ДУОО определяется качеством совместной работы медицинского и педагогического персонала, инструкторов по физическому воспитанию. Оздоровление может быть достигнуто лишь при условии правильного построения расписания дня, полноценного питания, рационального проведения физкультурно-оздоровительных и культурно-массовых мероприятий с учетом состояния здоровья ребенка. Анализ полученных результатов качества индивидуального и коллективного оздоровления может перспективно определять содержание и направленность оздоровительной работы, корректировать её и усовершенствовать.



Список литературы:

1. Богодухова Н.В. Впровадження здоров'язбережувальних технологій // інтернет-ресурс: [bortravel.ucoz.com/ biblioteka/vprovadzh_zdorovjazber_tekhnologij.doc](http://bortravel.ucoz.com/biblioteka/vprovadzh_zdorovjazber_tekhnologij.doc). – 28 с. 2. Ленартович Н.А., Бондар Г.А. Здоров'язбережувальні технології в системі роботи класного керівника як один із методів реалізації виховання ціннісного ставлення до себе // Методичний посібник. – Вінниця. – 2015. – 63 с.
2. Государственные санитарные правила и нормы 5.5.5.23-99 "Устройство, содержание и организация режима деятельности детских оздоровительных учреждений", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Украины от 26.04.1999 № 23.
3. Колесникова И.А. Оценка эффективности оздоровления детей в летних оздоровительных учреждениях с дневным пребыванием / И.А. Колесникова, Л.И. Меньшикова. – Методические рекомендации. – Северодвинск. – 2012. – 28 с.

УДК:614.1:616-006(470+571)

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Терешкова А.Ю., Ефимова Д.Д., Селезнев Д.М., Пивоварова Г.М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье проведено исследование динамики первичной заболеваемости населения новообразованиями в России в период за 2012-2017 годы с использованием стандартизованных показателей. В результате изучения динамики заболеваемости отмечено, что происходит сохранение тенденции к росту исследуемого показателя во всех федеральных округах страны. Определены субъекты риска среди населения Российской Федерации.

Ключевые слова: Первичная заболеваемость по регионам, Российская Федерация, новообразования, население.

Актуальность. В последние годы в России наблюдается тенденция к повышению уровня заболеваемости новообразованиями. На 2017 год имеются регионы, в которых этот показатель выше, чем среди населения Российской Федерации. Указ Президента РФ и национальный проект «Здравоохранение» от 7 мая 2018 года предписывают снижение уровня заболеваемости новообразованиями, в связи с чем данная тема имеет высокую актуальность.

Цель и задачи исследования. Изучить уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями в Российской Федерации с учетом федеральных округов в динамике за 2012-2017 годы и определить субъекты риска для разработки рекомендаций.

Материалы и методы. В исследовании были использованы санитарно-статистические и аналитические методы анализа данных Федеральной Службы Государственной Статистики, Московского научно-исследовательского

онкологического института им. П.А. Герцена, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты. Анализ стандартизованных показателей динамики первичной заболеваемости населения новообразованиями за 2012-2017 годы показал, что в Российской Федерации этот показатель увеличился на 8,4% (рисунок 1). Отмечено, что повышение этого показателя наблюдается во всех федеральных округах России: в 2017 году уровень первичной заболеваемости новообразованиями выше, чем среди населения Российской Федерации в Сибирском (на 13%), Дальневосточном (на 6,8%), Уральском (на 4,8%), Северо-Западном (на 2,4%), Приволжском (на 1,8%) федеральных округах (рисунок 2).

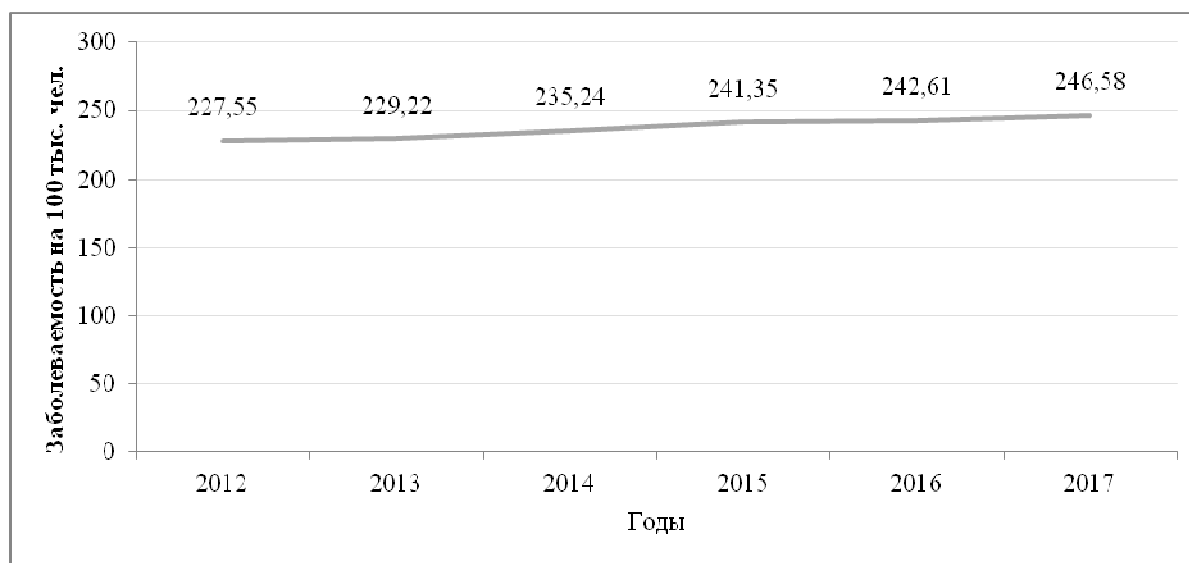


Рисунок 1. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями на 100 тыс. населения в Российской Федерации с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

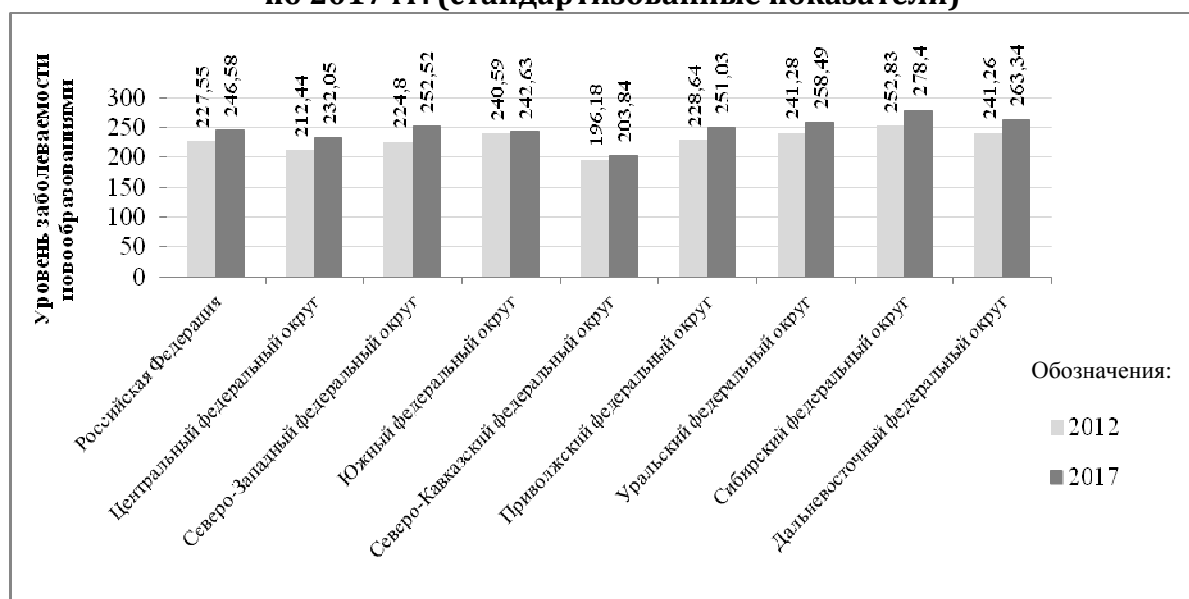


Рисунок 2. Уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями в Российской Федерации и в федеральных округах в 2012 и 2017 годах.



Уровень первичной заболеваемости новообразованиями в Российской Федерации в 2017 году составляет 246,58 на 100 тыс. населения. Анализ динамики первичной заболеваемости населения в Сибирском федеральном округе за 2012-2017 годы показал, что этот показатель увеличился на 10,1% (рисунок 3). В данном федеральном округе по сравнению с данными по России уровень этой заболеваемости в 2017 году выше на 13%. Субъектами риска в Сибирском федеральном округе в 2017 году являются Иркутская (311,87 ‰), Омская (295,62 ‰) области, Алтайский край (294,31 ‰), Томская область (292,54 ‰), Красноярский край (289,16 ‰).

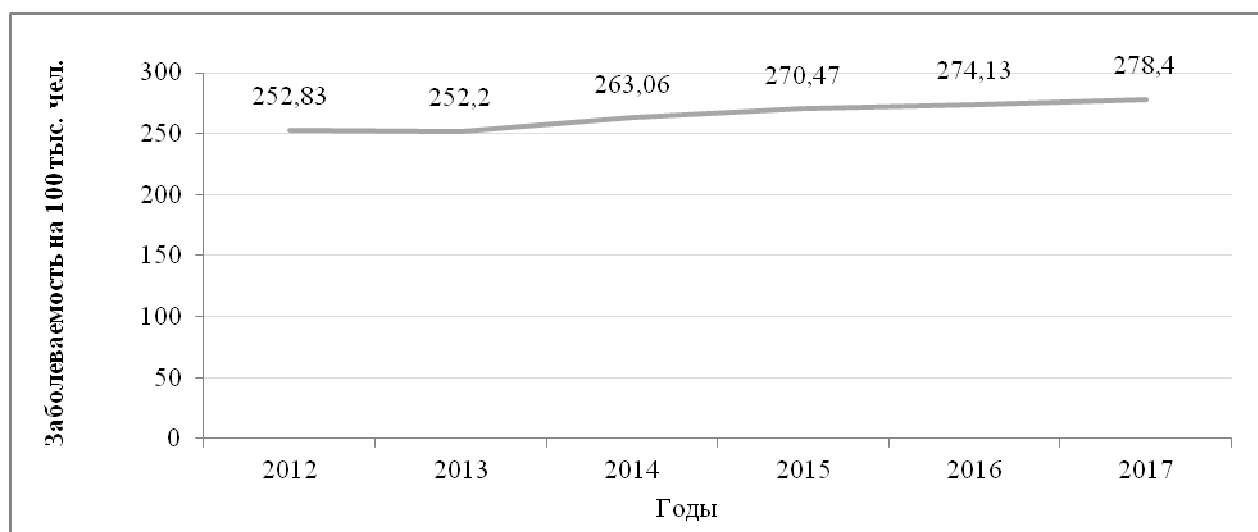


Рисунок 3. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Сибирском федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

Среди населения Дальневосточного федерального округа установлено, что за 2012-2017 годы уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями увеличился на 9,2% (рисунок 4). По сравнению с данными по России этот показатель в 2017 году выше на 6,8%. Субъектами риска в Дальневосточном федеральном округе в 2017 году являются Чукотский автономный округ (332,00 ‰), Сахалинская область (307,4 ‰), Хабаровский край (295,15 ‰), Магаданская область (284,79 ‰), Камчатский край (283,13 ‰).

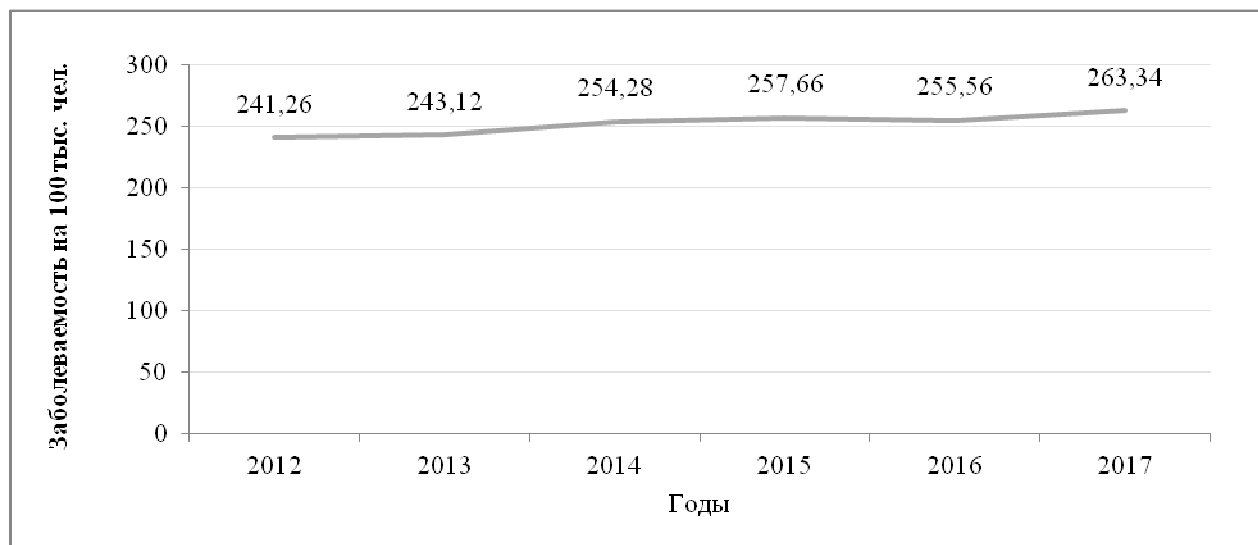


Рисунок 4. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Дальневосточном федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

В Уральском федеральном округе первичная заболеваемость населения новообразованиями за 2012-2017 годы увеличилась на 7,1% (рисунок 5). По сравнению с данными по России в этом федеральном округе уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями в 2017 году выше на 4,8%. Субъектами риска в Уральском федеральном округе в 2017 году являются Курганская (281,47 ‰), Челябинская (271,83 ‰), Тюменская без а/о (268,84 ‰), Свердловская (248,93 ‰) области, Ханты-Мансийский автономный округ (238,81 ‰).



Рисунок 5. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Уральском федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)



Особенность динамики первичной заболеваемости населения в Северо-Западном федеральном округе за 2012-2017 годы в том, что данный показатель к 2017 году по сравнению с 2012 увеличился на 12,3% (рисунок 6), однако по сравнению с 2016 годом отмечено его снижение на 1,3%. В данном федеральном округе по сравнению с данными по России на 2017 год уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями выше на 2,4%. Субъектами риска в Северо-Западном федеральном округе в 2017 году являются Мурманская (283,43 ‰), Архангельская без а/о (283,43 ‰), Новгородская (276,81 ‰) области, Республика Карелия (267,73 ‰), г. Санкт-Петербург (266,89 ‰).

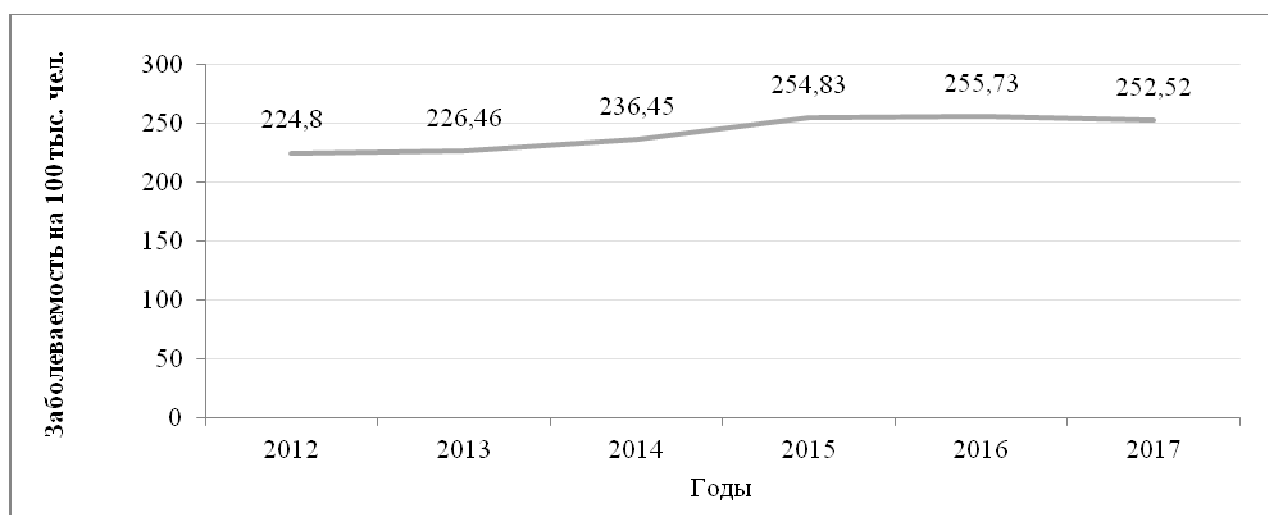


Рисунок 6. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Северо-Западном федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

При анализе динамики первичной заболеваемости населения в Приволжском федеральном округе за 2012-2017 годы установлено, что уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями увеличился на 9,8% (рисунок 7). Этот показатель в данном федеральном округе в 2017 году по сравнению с данными по России выше на 1,8%. Субъектами риска в Приволжском федеральном округе в 2017 году являются Оренбургская (284,46 ‰), Самарская (283,88 ‰), Нижегородская (274,32 ‰), Пензенская (271,75 ‰) области, Республика Мордовия (266,17 ‰).

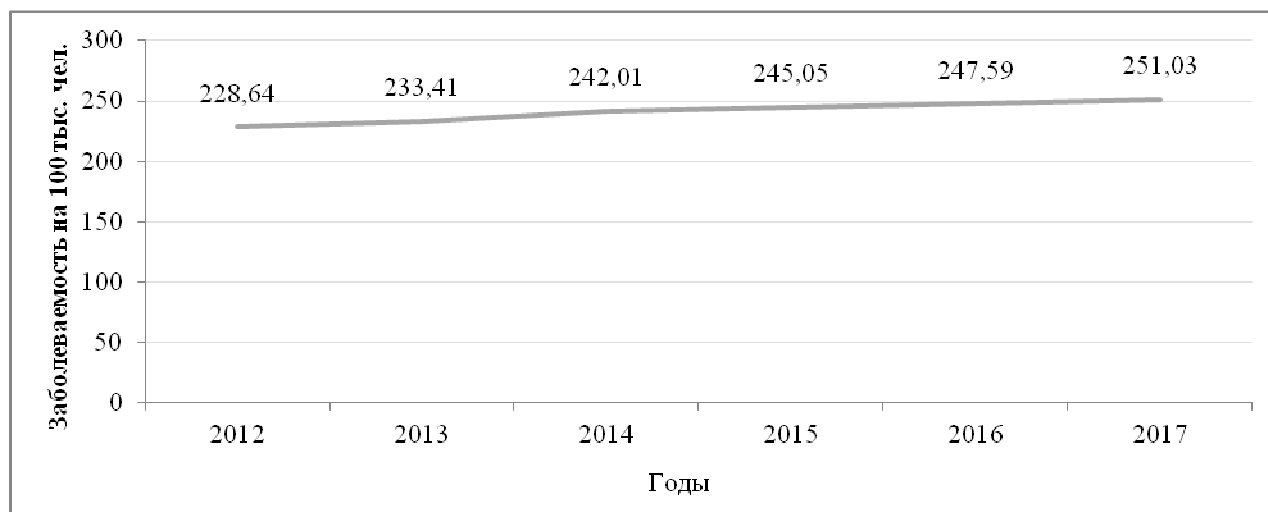


Рисунок 7. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Приволжском федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

В Южном федеральном округе динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями в 2012-2017 годах изменялась неравномерно (рисунок 8). С 2012 года по 2015 этот показатель снижался, составив в 2015 году 227,45 на 100 тыс. населения, что на 5,8% ниже, чем среди населения Российской Федерации. Однако с 2015 по 2017 год уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями в данном федеральном округе увеличивался. Так, в 2017 году по сравнению с 2012 уровень этой заболеваемости выше на 0,8%. По сравнению же с данными по Российской Федерации в 2017 году этот показатель ниже на 1,6%. Субъектами риска в Южном федеральном округе в 2017 году являются Краснодарский край (268,91 ‰), г. Севастополь (263,46 ‰), Республика Крым (244,43 ‰), Волгоградская (243,53 ‰), Астраханская (219,25 ‰) области.

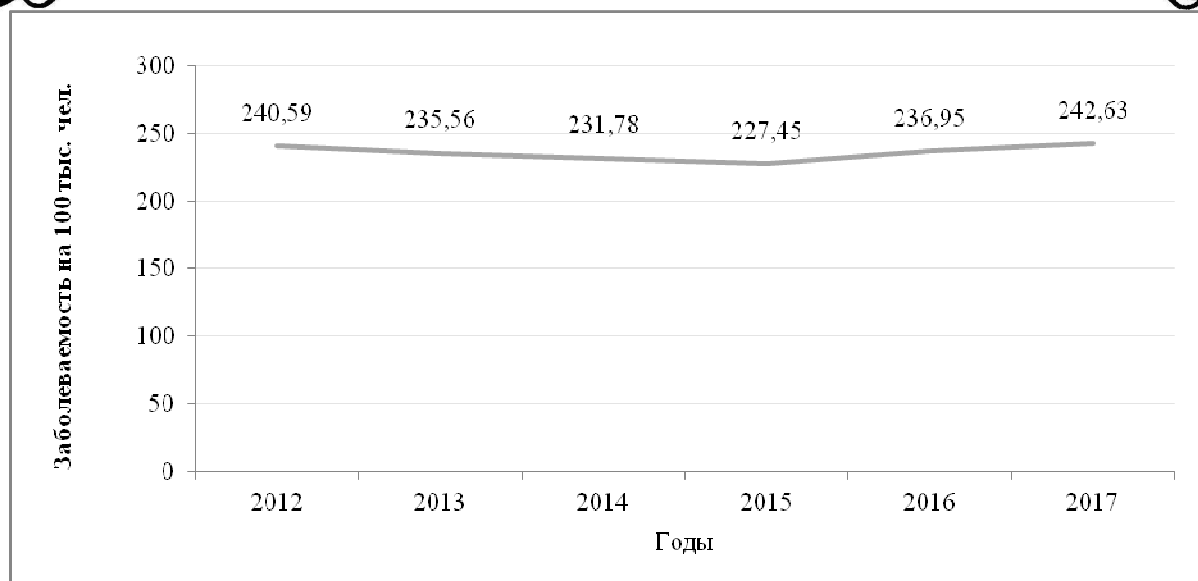


Рисунок 8. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Южном федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

Анализ динамики первичной заболеваемости населения новообразованиями в Центральном федеральном округе за 2012-2017 годы показал, что уровень этой заболеваемости увеличился на 9,2% (рисунок 9), составив в 2017 году 232,05 на 100 тыс. населения, что по сравнению с данными среди населения России ниже на 5,9%. Субъектами риска в Центральном федеральном округе в 2017 году являются Орловская (285,87 ‰), Брянская (275,56 ‰), Ярославская (271,43 ‰), Ивановская (269,84 ‰), Курская (265,29 ‰) области.

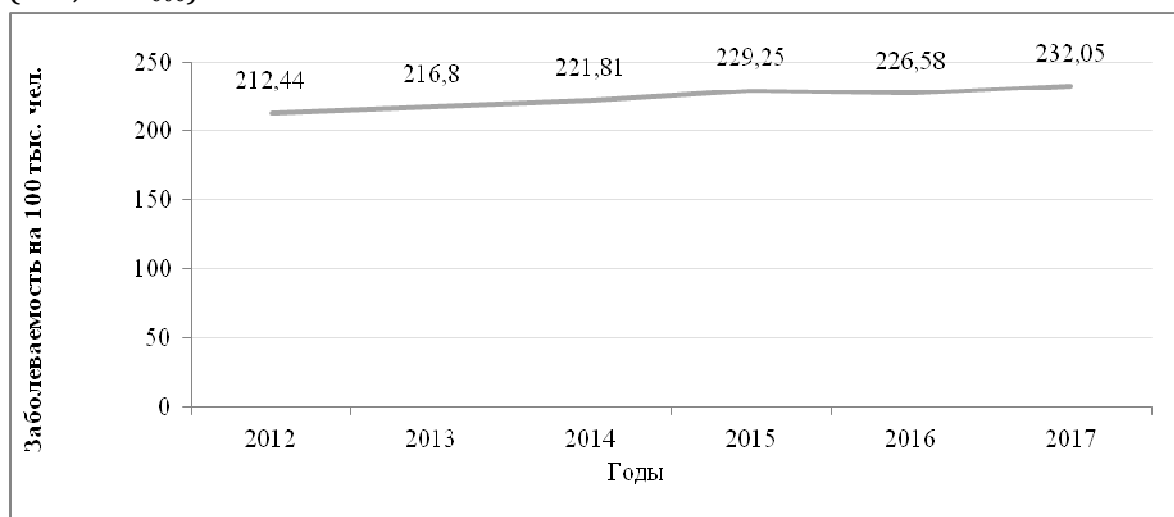


Рисунок 9. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Центральном федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

При анализе динамики первичной заболеваемости населения новообразованиями в Северо-Кавказском федеральном округе отмечено, что

данный показатель изменялся неравномерно: с 2012 по 2013 он снижался, с 2013 по 2015 увеличивался, а в 2016 году по сравнению с данными за 2015 год он снова стал ниже (на 0,7%) (рисунок 10). И все же в данном федеральном округе наблюдается тенденция к увеличению первичной заболеваемости населения новообразованиями: к 2017 году по сравнению с 2012 показатель увеличился на 3,9%. По сравнению с данными по Российской Федерации уровень этой заболеваемости в данном федеральном округе в 2017 году ниже на 17,4%. Субъектами риска в Северо-Кавказском федеральном округе в 2017 году являются Ставропольский край (248,83 ‰), Республика Кабардино-Балкария (200,72 ‰), Республика Северная Осетия (199,89 ‰), Республика Карачаево-Черкесия (198,16 ‰).

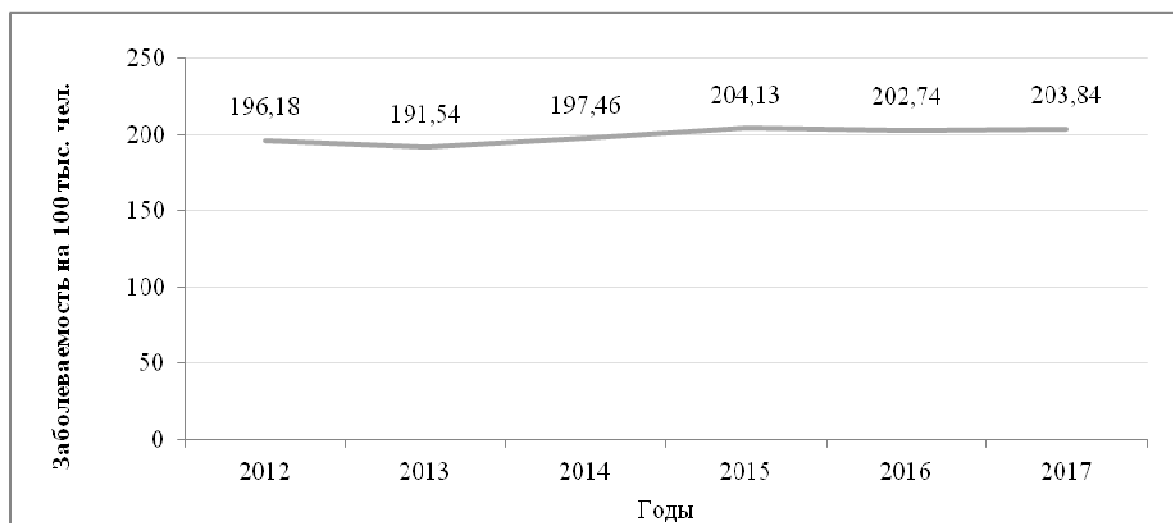


Рисунок 10. Динамика первичной заболеваемости населения новообразованиями (на 100 тыс. человек) в Северо-Кавказском федеральном округе с 2012 по 2017 гг. (стандартизованные показатели)

Субъектами риска по уровню первичной заболеваемости населения новообразованиями в Российской Федерации в 2017 году являются Чукотский автономный округ (332,00 ‰), Иркутская (311,87 ‰), Сахалинская (307,4‰), Омская (295,62‰) области, Хабаровский край (295,15‰).

Выводы. Анализ стандартизованных показателей динамики первичной заболеваемости населения новообразованиями за 2012-2017 годы показал, что в Российской Федерации этот показатель увеличился на 8,4%. Повышение уровня первичной заболеваемости населения новообразованиями в 2017 году наблюдается во всех федеральных округах России, особенно в Сибирском, Дальневосточном и Уральском федеральных округах. Наибольший уровень первичной заболеваемости населения новообразованиями в 2017 году отмечен в Сибирском федеральном округе. Субъектами риска по уровню первичной заболеваемости населения новообразованиями в Российской Федерации в 2017 году являются Чукотский автономный округ, Иркутская, Сахалинская, Омская области, Хабаровский край.



Рекомендации. В связи с высоким уровнем первичной заболеваемости населения новообразованиями в Российской Федерации и федеральных округах необходимо разрабатывать и совершенствовать стратегии, направленные на снижение данного показателя, а также раннее первичное выявление новообразований у населения. Для этого необходимо разрабатывать и совершенствовать региональные программы по борьбе с онкологическими заболеваниями. Кроме того, необходимо создать федеральные и региональные центры иммуногистохимических и патоморфологических исследований и региональную централизованную систему для оказания медицинской помощи онкологическим больным, а также развивать уже имеющиеся сети федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями. Большое значение для снижения заболеваемости имеет переоснащение диспансеров, больниц, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями.

Минздрав Российской Федерации уже работает над развитием ядерной медицины в регионах страны. Уже сегодня в Санкт-Петербурге открыт для пациентов центр протонной терапии МИБС, а в научном центре г. Гатчины в марте 2019 года был запущен новый циклотрон, использование которого в протонной терапии на более низком пучке энергии, по мнению ученых, позволит лечить онкологические заболевания органов зрения. Проходит создание ФВЦМР в городе Димитровграде Ульяновской области в рамках концепции государственной программы «Создание федеральных центров медицинских радиологических технологий» во исполнение поручения Президента Российской Федерации В.В.Путина от 10.11.2005 г. В 2019 году планируется открытие центра радиационной медицины в Новосибирске петербургским МИБС, а в Советском районе до 2025 года должны появиться три медицинских центра: ядерной медицины (ПЭТ/КТ), протонной терапии и бор-нейтронозахватной терапии (БНЗТ). Глава Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России Владимир Уйба сообщает, что планируется создание центров ядерной медицины и в других регионах России, однако тиражировать их планируется не за счет бюджета, а на средства частных инвесторов. Ядерная медицина на сегодняшний день одна из наиболее исследуемых областей медицины и ядерной физики, инновационные открытия в которых в скором времени позволят больным новообразованиями диагностировать онкологию и получать лечение с помощью новейших методов, таких, как рентгенотерапия, протонная терапия, радионуклидная терапия, ПЭТ, хирургическое, комбинированное и комплексное лечение в различных сочетаниях, малоинвазивные и видеоэндоскопические вмешательства при злокачественных новообразованиях и др.

Список литературы:

1. Указ Президента РФ от 07.05.2018 N 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года"
2. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и

смертность) - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, - 2018. - илл. - 250 с.

3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018: Стат. сб./Росстат. – М., 2018. –1162 с.

4. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат.сб./Росстат. - М., 2018 – 694 с.

5. [Электронный ресурс] <http://www.kremlin.ru> (дата обращения 16.03.2019)

6. [Электронный ресурс] <http://www.kb172.ru> (дата обращения 16.03.2019)

7. [Электронный ресурс] <https://rg.ru> (дата обращения 16.03.2019)

УДК 316.6: 331.5

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ БЕЗРАБОТНОГО

Тратинко Т.В.

Белорусский государственный университет, г. Минск, РБ

Аннотация. Трансформация ценностно-мотивационной сферы безработного происходит достаточно быстро и изменения носят радикальный характер. Если кризис характеризуется достаточной длительной временной протяженностью, это рассматривается как состояние неравновесия между личностью и окружающей средой, когда у индивидуума нет готовой программы поведения, что оказывает негативное влияние на ценностные ориентации, которые, в свою очередь, определяют практически все действия человека, в том числе качество жизни безработного.

Ключевые слова: безработица, безработный, ценностные ориентации, качество жизни.

Актуальность. Безработица является индикатором социально-экономического положения в обществе и одной из основных макроэкономических проблем, которая заключается, с одной стороны, в серьезных экономических и социальных издержках: не производится какая-то часть товаров и услуг; сокращаются налоговые поступления в государственный бюджет; снижается общий уровень жизни населения; а с другой стороны – приводит к возникновению существенных социально-психологических проблем у безработного и его семьи, изменению социального статуса личности.

В зависимости от выбора стратегий поведения безработные классифицируются на две группы: ориентированные на адаптивные (приспособительные) стратегии поведения по отношению к новым для них социальным обстоятельствам, и те, кто по тем или иным причинам выбирают неадаптивные стратегии поведения.



В структуре поведения безработного выделяется два типа изменений [2, с.139]:

1. на уровне индивида – трансформация ведущих мотивов поиска работы и отношения к ней по мере сохранения статуса безработного;

2. на социальном уровне – эволюция типа безработного по мере изменений, происходящих в сознании общества (менталитете) по отношению к профессиональной деятельности и престижу тех или иных профессий.

Можно отметить, что для людей, которые по разным причинам имеют статус безработных, характерны следующие социально-психологические особенности [3, с.43]:

- переживания по поводу утраты социально-трудовых позиций;
- психологический стресс, который вызывает перенапряжение физических и психических функций, развитие психосоматических и других заболеваний;
- негативные эмоциональные чувства и реакции: ощущение собственной ущербности, чувство униженности, ненужности обществу, своей семье и обществу, раздражительность, черствость, злость, безразличие к чужой судьбе;
- снижение самооценки (хотя, при внутренней оценке своей работоспособности, у некоторых она завышена, что является благоприятным признаком, так как человек не признает своего поражения, а значит, он вполне готов к борьбе и поиску работы);
- снижение социального статуса.

Кроме того, снижение статуса не связано с уровнем образования работника, с причинами его увольнения или длительностью пребывания в качестве безработного. Однако для людей старшего возраста снижение статуса более ощутимо, чем для молодых, а тем более мужчин. У людей с чувством сниженного статуса отмечаются более радикальные, полярные требования к работе: среди них больше как тех, кто желал бы работать только по своей специальности, так и тех, кому безразлично, кем работать. Доминирующими чувствами для них являются: тревога, страх перед будущим, состояние неопределенности, ухудшение взаимоотношений в семье по причине ухудшения материального положения [1].

Целью исследования, проведенного нами на базах центров занятости городов Минск и Островец, а также Республиканского института повышения квалификации и переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (далее РИПК), являлось установление характера взаимосвязи между показателями, характеризующими качество жизни и ценностными ориентациями безработного. В исследовании приняли участие безработные граждане Республики Беларусь. Выборка составила 60 человек, возраст которых от 18 до 56 лет.

Материалы и методы. В ходе исследования была использована авторская анкета, направленная на изучение социальных статусных характеристик

безработного; опросник терминальных ценностей (И. Г. Сенин); методика оценки качества жизни (NAIF).

Результаты. На первом этапе проведения исследования, на основании полученных в ходе анкетирования данных, были проанализированы статусные характеристики респондентов. Возраст респондентов – 19-56 лет. При этом 21 респондент из 60 (12 женщины и девять мужчин), относятся к категории молодежь. На основе анкетных данных были проанализированы следующие показатели: образование, специальность, семейное положение, наличие детей, источник дохода, стаж трудовой деятельности и время нахождения без работы, личная активность при поиске работы, предложение вакансий, причины отказа респондентов от вакансий, отношение к переквалификации и повышению квалификации.

В ходе данных показателей были выявлены следующие особенности:

- респонденты имеют различный уровень образования (среднее (16 чел.), средне-специальное (16 чел.), профессионально-техническое (12 чел.), высшее (15 чел.), два высших образования (1 чел.);

- специальности, относящиеся к системам: «человек-техника» (17 чел.), «человек-человек» (12 чел.), «человек-знаковая система» (8 чел.), «человек-художественный образ» (7 чел.), «человек-природа» (2 чел.);

- семейное положение (состоят в браке (37 чел.), не состоят в браке (15 чел.), разведены (6 чел.), вдовы (2 чел.);

- наличие детей: один ребенок (20 чел.), двое (20 чел.), трое (3 чел.), нет детей (17 чел.);

- источником доходов для безработного являются: родители (6 чел.), муж/жена (21 чел.); неофициальный заработок (36 чел.), дети (1 чел.); пособие по безработице (6 чел.); сбережения (1 чел.);

- стаж трудовой деятельности: отсутствует (5 чел.), 1-5 лет (15 чел.), 6-10 лет (8 чел.), 11-15 лет (8 чел.), 16-25 лет (12 чел.), 26-35 лет (12 чел.);

- время нахождения без работы: до года (35 чел.), 1-3 года (22 чел.), 4-7 лет (3 чел.);

- ищут работу самостоятельно 49 респондентов, 43 из них не по специальности; 45 респондентам из 60 предлагались вакансии;

- основными причинами отказа респондентов от вакансии являются: невысокая заработная плата (24 чел.), плохие условия труда (8 чел.), желание работать на себя (4 чел.), состояние здоровья и отсутствие трудового стажа (по 2 чел.), работа не по специальности, плохой коллектив и несоответствие квалификации (по 1 чел.), географическая удаленность (2 чел.).

- 39 респондентов «положительно» относятся к переквалификации, 13 «равнодушно», 8 «негативно». В качестве наиболее актуальных направлений обозначены: предпринимательская деятельность (22 чел.); сельское хозяйство, юриспруденция, парикмахерское дело и строительство (по 1 чел.); 40 из 60 опрошенных хотели бы повысить свою квалификацию.



Таким образом, можно сказать, что безработным может оказаться любой человек, независимо от пола, возраста, образования, семейного положения и других статусных характеристик. На сегодняшний день чаще всего, оказываются без работы люди, имеющие специальности, относящиеся к системам «человек-техника» и «человек-человек». Основным источником дохода респондентов являются неофициальный заработок либо другие члены семьи. Для того чтобы ускорить процесс поиска работы и трудоустройства безработные прибегают к помощи центров занятости, но при этом большинство самостоятельно пытается найти работу. Наиболее частыми причинами отказа от предлагаемых вакансий является – невысокий уровень заработной платы. Поэтому большинство безработных готовы на переобучение и повышение квалификации.

Второй этап проведения исследования – диагностика жизненных целей человека с помощью опросника терминальных ценностей, разработанный И. Г. Сениным.

Данная методика состоит из 80 утверждений, позволяющих оценить общую выраженность каждой из восьми терминальных ценностей: собственный престиж, высокое материальное положение, креативность, активные социальные контакты, развитие себя, достижения, духовное удовлетворение, сохранение собственной индивидуальности. А также представленность вышеперечисленных ценностей в различных сферах жизни человека: сфера профессиональной жизни, сфера обучения и образования, сфера семейной жизни, сфера общественной жизни, сфера увлечений. Для анализа опросника были выделены уровни выраженности каждой из восьми терминальных ценностей и значимости каждой из пяти жизненных сфер: высокий, средний и низкий.

В ходе анализа данных по уровню выраженности терминальных ценностей, были получены результаты, на основании которых выделены следующие характеристики:

1. собственный престиж – высокий уровень наблюдается у 6 человек, средний у 50, низкий у 4;
2. высокое материальное положение – высокий уровень характерен для 27 респондентов, средний для 29 человек, низкий для 4;
3. креативность – высокий уровень у 7 человек, средний у 46 и низкий у 7 респондентов;
4. активные социальные контакты – 4 человека с высоким уровнем, 54 со средним и 2 с низким;
5. развитие себя – высокий уровень у 16 респондентов, средний у 41 и низкий у 3;
6. достижения – высокий уровень характерен для 14 испытуемых, средний для 46 человек, низкий не выявлен;
7. духовное удовлетворение – высокий уровень имеют 8 респондентов, средний 46 и низкий 6 человек;

8. сохранение собственной индивидуальности – высокий уровень характерен для 9 человек, средний уровень для 47 испытуемых и низкий для 4 респондентов.

Следовательно, наиболее выраженными ценностями у испытуемых можно назвать: собственный престиж, высокое материальное положение, развитие себя, активные социальные контакты, достижения, сохранение собственной индивидуальности.

Далее анализировались данные по значимости жизненных сфер. Следует отметить, что для респондентов характерны следующие уровни значимости жизненных сфер:

- профессиональная сфера – 14 человек с высоким уровнем, 44 со средним, низкий уровень у 2 человек;
- сфера обучения и образования – для 9 испытуемых характерен высокий уровень, для 48 средний и 3 низкий;
- сфера семейной жизни – у 5 человека наблюдается высокий уровень, у 53 средний, низкий у 2 респондентов;
- сфера общественной жизни – для 6 испытуемых характерен высокий уровень, для 50 средний и для 4 низкий;
- сфера увлечений – у 7 респондентов отмечен высокий уровень, у 52 средний, низкий у 1.

На основе анализа данных опросника терминальных ценностей можно сделать следующий вывод: для безработных людей особое значение имеют все жизненные сферы: профессиональная, общественная и семейная жизнь, обучение и образование, увлечения, что определяет доминирование следующих терминальных ценностей: высокое материальное положение, активные социальные контакты и собственный престиж, духовное удовлетворение и сохранение собственной индивидуальности.

Третьим этапом исследования была диагностика качества жизни безработного. Для этого испытуемым была предложена «Методика оценки качества жизни (NAIF)». Данная методика позволяет быстро выявить, как сам человек оценивает различные стороны своей жизни, в каких из сфер есть нарушения, связанные с различными аспектами жизнедеятельности, а также, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают функционирование.

В ходе анализа данных был подсчитан интегральный показатель качества жизни, который можно разделить на высокий уровень, незначительное снижение, умеренное снижение и резко выраженное снижение качества жизни.

Анализируя данные, мы установили, что среди опрошенных 60 респондентов, высокий уровень качества жизни наблюдался у 34 человек (56,7%), для 25 респондентов (41,7%) имело место незначительное снижение качества жизни и для одного испытуемого (1,6%) характерно резко выраженное снижение. Согласно методике NAIF основными показателями, которые включаются в интегральный показатель и характеризуют качество жизни личности, являются:



физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальный статус, познавательная функция, экономическое состояние.

Для более полного анализа качества жизни безработных, принявших участие в исследовании, нами были посчитаны средние баллы по каждому из показателей, характеризующих качество жизни. Качество жизни безработных снижено по всем показателям, характеризующим качество жизни. Например, средний показатель социальной функции 26,32 баллов из 42 возможных, физическая подвижность – 29,62 из 42 баллов, эмоциональное состояние – 19,87 баллов из 28, познавательная функция – 28,42 балла из 35 максимальных.

Следующим этапом исследования стала статистическая обработка полученных данных по «Опроснику терминальных ценностей» и «Методике оценки качества жизни».

Была установлена прямая взаимосвязь между показателями:

- «физическая подвижность» качества жизни и ЦО «духовная удовлетворенность» ($p < 0,05$);
- «познавательная функция» качества жизни и ЦО «собственный престиж» ($p < 0,05$),
- «познавательная функция» качества жизни и ЦО «активные социальные контакты» ($p < 0,01$);
- «познавательная функция» качества жизни и ЦО «достижения» ($p < 0,01$);
- «интегральный показатель» качества жизни и ЦО «собственный престиж» ($p < 0,05$);
- «интегральный показатель» качества жизни и ЦО «активные социальные контакты» ($p < 0,05$).

При выявлении характера взаимосвязи между показателями, характеризующими качество жизни и сферами жизни безработного, была установлена прямая корреляционная взаимосвязь между следующими показателями:

- «физическая подвижность» и «интегральный показатель» качества жизни и сферой общественной жизни ($p < 0,01$);
- «сексуальная функция» качества жизни и сферой общественной жизни ($p < 0,05$);
- «познавательная функция» качества жизни и сферой обучения и образования ($p < 0,05$), профессиональной и общественной жизни ($p < 0,01$).

Заключение. Проведенное исследование показало, что:

- на сегодняшний день получить статус безработного могут все люди, не зависимо от пола, возраста, образования, специальности, стажа трудовой деятельности, семейного положения;
- наиболее значимыми терминальными ценностями для безработных являются: собственный престиж, высокое материальное положение, развитие себя, достижения, которые, в свою очередь, обуславливают образ жизни безработного во всех жизненных сферах, в первую очередь в профессиональной;

- у людей, потерявших работу и получивших статус безработного, наблюдается снижение качества жизни по всем показателям, характеризующим качество жизни. В первую очередь, происходит снижение социальной функции, физической подвижности, эмоционального состояния и познавательной функции;
- существует взаимосвязь между качеством жизни и жизненными сферами безработного, а именно, «физической подвижности», «сексуальной» и «познавательной функции», «интегрального показателя» со сферой общественной жизни. Это свидетельствует о том, что снижение уровня качества жизни людей, оказавшихся без работы, влечет за собой уменьшение значимости жизни общества и вовлечения в социально-политическую жизнь;
- прямая взаимосвязь между показателем «физическая подвижность» качества жизни безработного и ЦО «духовное удовлетворение»;
- прямая связь между показателем «познавательная функция» качества жизни и сферами профессиональной жизни, обучения и образования, что, в свою очередь, приводит к уменьшению значимости профессиональной деятельности и уровня образованности безработного по причине того, что происходит снижение мотивации к трудоустройству, обучению и переобучению. Также снижение познавательной функции качества жизни влечет за собой падение собственного престижа, уменьшению стремления к установлению социальных контактов и достижению результатов. Все это приводит к деформации ценностей: самореализация, человеческое достоинство, что требует особого внимания специалистов центра занятости при оказании психологической помощи, мотивировании безработного на активную позицию в трудоустройстве и развитии его личностного потенциала.

Список литературы:

1. Зенькова, А. В. Основные факторы, влияющие на качество жизни населения Беларуси / А. В. Зенькова, В. И. Ляликова // Экономика и управление. – 2009. – №1(17) – С. 13–20.
2. Зенькова, Л. П. Макроэкономика / под ред. Л. П. Зеньковой. – Минск : Новое знание, 2002. – 187 с.
3. Глуханюк Н.С. Психология безработицы: введение в проблему / Н.С. Глуханюк, А.И. Колобкова, А.А. Печеркина. – 2-е изд., доп. – М. : Мос. психол.-соц. ин-т, 2003. – 84 с.

УДК: 614.1:616.12-005.8:314.14(470+571)

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ И
СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ**

Филатов В.Н., Метелица Н.Д., Пивоварова Г.М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Реферат. В статье представлен ретроспективный анализ смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда за период с 2007-2017



годы. В результате проведенного исследования, были выявлены субъекты повышенного риска по данным смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, субъекты риска, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на успехи современной медицины, инвалидизация и смертность от болезней системы кровообращения возрастает, в основном, за счет больных хронической сердечной недостаточностью, одной из главных причин которой остается инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда - одна из самых актуальных и сложных медико-социальных проблем. Широкая распространенность инфаркта миокарда, высокий уровень смертности больных, перенесших это заболевание, определяют необходимость разработки эффективных мер его профилактики. [2]

В Указе Президента Российской Федерации В.В. Путина «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» представлен пункт: правительству Российской Федерации при разработке национального проекта в сфере здравоохранения исходить из того, что в 2024 году необходимо обеспечить: а) достижение следующих целей и целевых показателей: «...снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения)...»

Цель. Провести ретроспективный анализ смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда с учетом федеральных округов и субъектов Российской Федерации. Выявить субъекты с повышенным риском по смертности от инфаркта миокарда.

Материалы и методы. В работе использованы санитарно-статистический и аналитический методы для изучения динамики смертности населения от инфаркта миокарда, а также данные Федеральной Службы Государственной Статистики, Министерства здравоохранения Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Исследование динамики смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда за 2007-2017 годы показало, что в 2007 году смертность населения от инфаркта миокарда составляла 46,5 случаев на 100000 населения, а в 2017 году снизилась на 14% и достигла 40,0 случаев на 100000 населения.

Самые высокие показатели были зафиксированы среди населения Дальневосточного федерального округа и составили 58,8 случаев на 100000 населения за 2017 год, что выше, чем по России в 1,47 раза. На втором месте по смертности от инфаркта миокарда - население Сибирского федерального округа, где показатели в 2017 году составили 47,7 случаев на 100000 населения, что в 1,2 раза выше, чем по России. Уровень смертности от инфаркта миокарда в Северо-Западном федеральном округе находится на третьем месте, где показатели за

2017 год составляют 44,9 случаев на 100000 населения, что в 1,12 раз выше показателей по России.

Наиболее высокий уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения Дальневосточного федерального округа в 2017 году (на 100000 населения) отмечен в Приморском крае (95,5), Магаданской области (59,4), Хабаровском крае (51,6), а наиболее низкий уровень смертности - отмечен в Республике Саха (29,3), Амурской области (33,0), Камчатском крае (41,9). (рисунок 1).

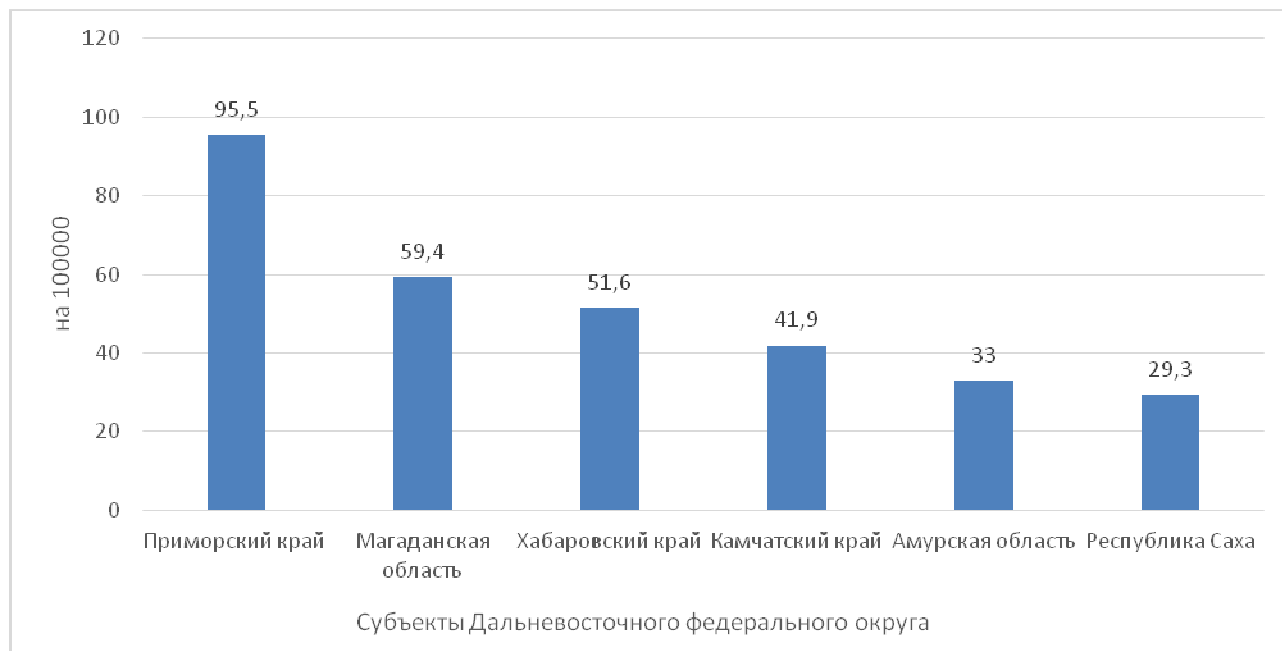


Рисунок 1. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Дальневосточного федерального округа за 2017 год (на 100000 населения)

Анализ смертности от инфаркта миокарда среди населения Сибирского федерального округа показал, что наиболее высокий уровень смертности населения за 2017 год выявлен среди населения (на 100000) Красноярского края (76,9), Томской области (72,8), Кемеровской области (47,7), а наиболее низкий уровень смертности на 100000 населения отмечен среди жителей Республик Алтай (19,8), Бурятия (24,3) и Тыва (31,5). (рисунок 2)

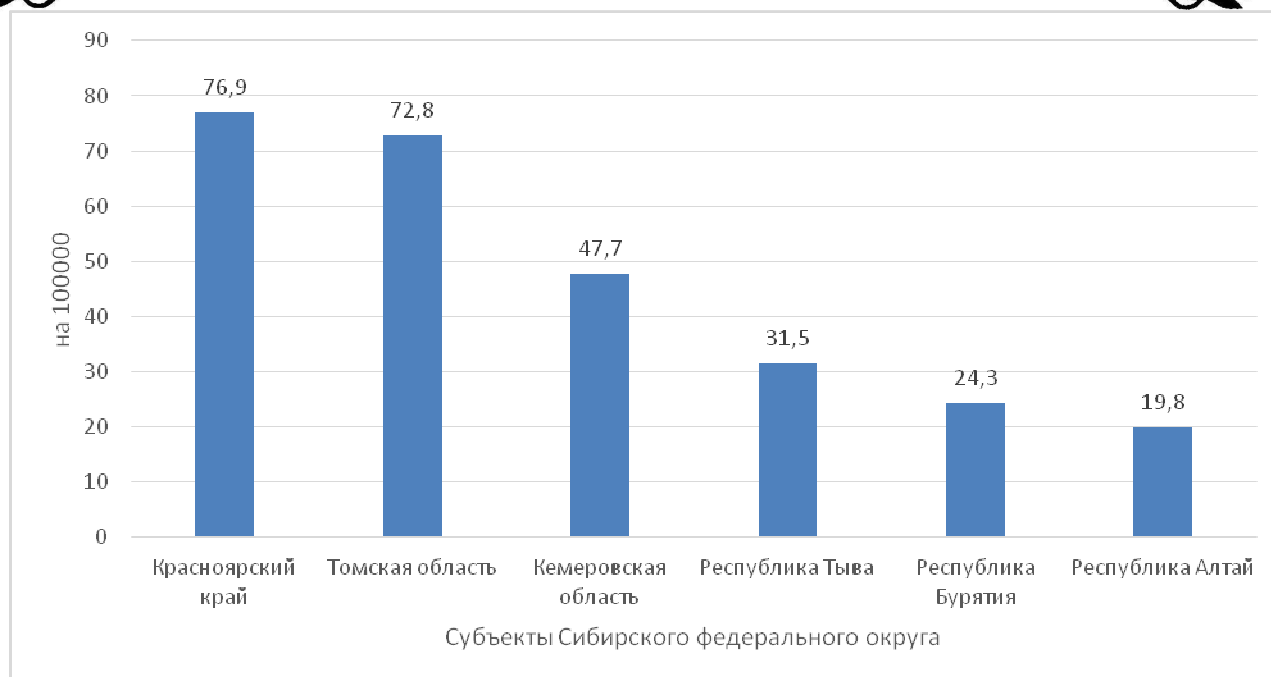


Рисунок 2. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Сибирского федерального округа за 2017 год (на 100000 населения)

За 2017 год в Северо-Западном федеральном округе наиболее высокий уровень смертности от инфаркта миокарда отмечен среди населения (на 100000) Вологодской (58,2), Псковской (56,9) областях, городе Санкт-Петербург (48,3), а наиболее низкий уровень смертности населения от инфаркта миокарда – среди населения Калининградской области (24,3), Республики Коми (35,6), Ленинградской области (37,9). (рисунок 3)

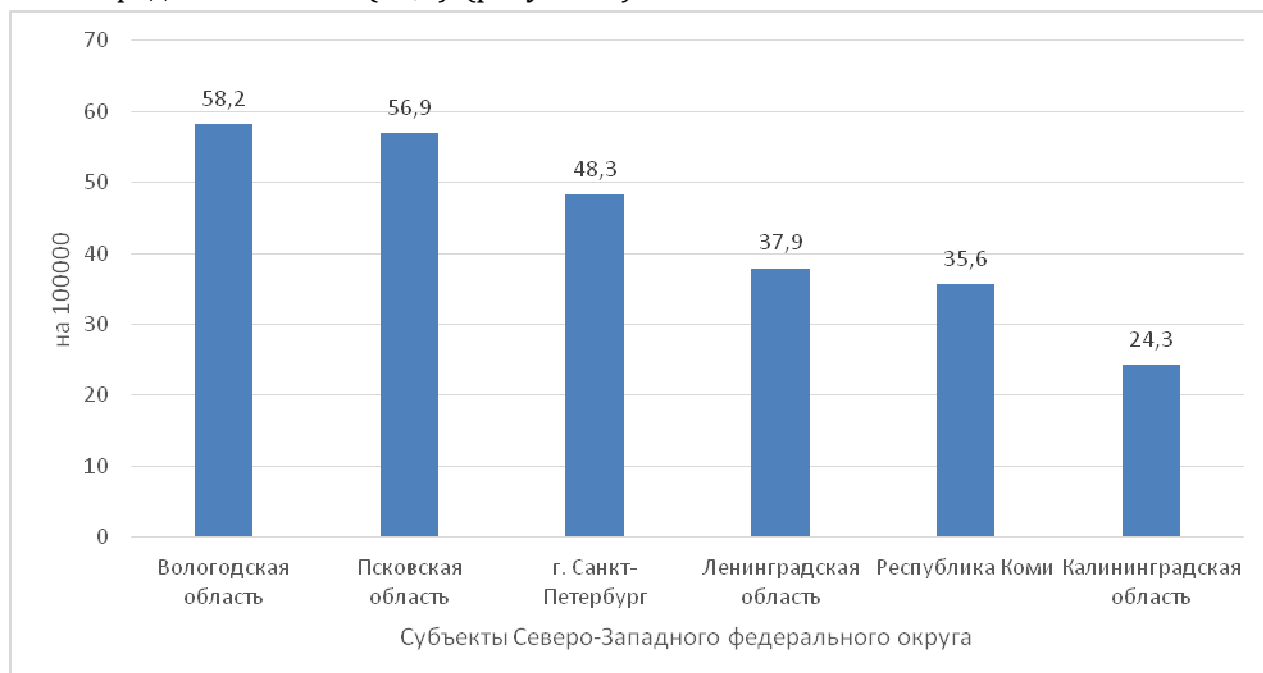


Рисунок 3. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Северо-Западного федерального округа в 2017 году (на 100000 населения)

Среди населения Южного федерального округа наиболее высокий уровень смертности в 2017 году от инфаркта миокарда установлен среди населения Волгоградской области (56,3), Астраханской области (53,4), Республика Адыгея (45,9), а наиболее низкий уровень смертности отмечен среди населения Республик Крым (29,4), Калмыкия (31,8), города Севастополь (34,4). (рисунок 4)

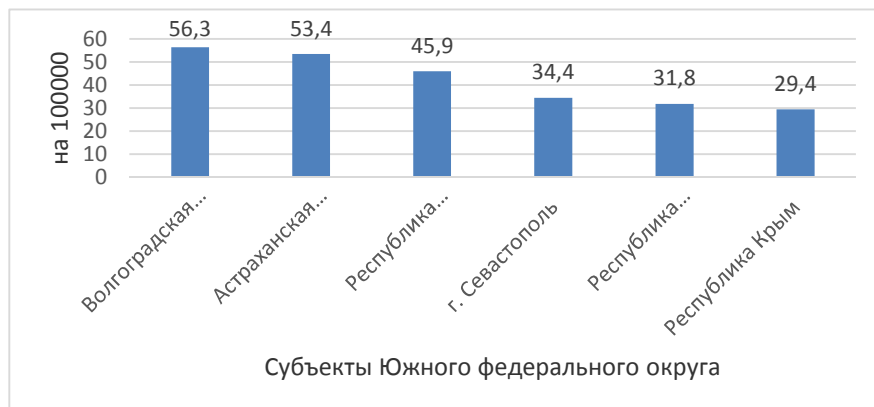


Рисунок 4. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Южного федерального округа в 2017 году (на 100000 населения)

В Приволжском федеральном округе наиболее высокий уровень смертности от инфаркта миокарда (на 100000) в 2017 году был отмечен в Ульяновской области (67,8), Республике Татарстан (49,9) и Оренбургской области (48,1), а наиболее низкий уровень смертности от данного заболевания отмечен среди населения Республик Башкортостан (20,4), Марий Эл (22,4) и Мордовия (24,8). (рисунок 5)

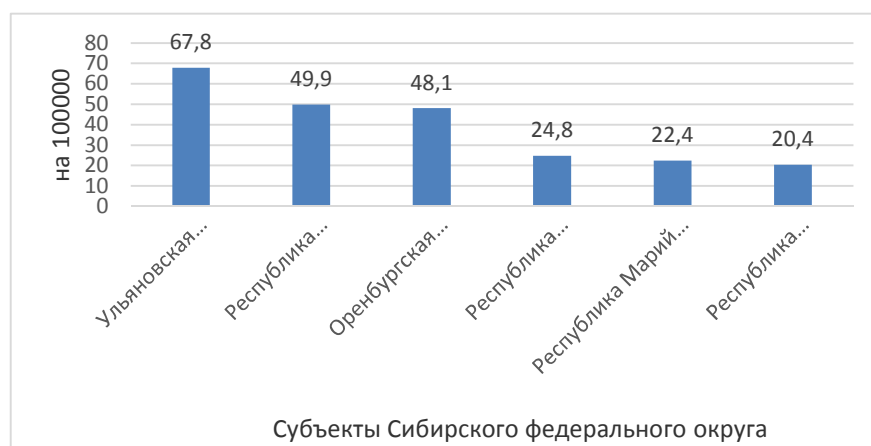


Рисунок 5. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Приволжского федерального округа в 2017 году (на 100000 населения)



В Центральном федеральном округе наиболее высокий уровень смертности от инфаркта миокарда (на 100000) отмечен среди населения Тверской (66,1), Орловской (64,3) и Костромской (64,0) областей, а наиболее низкий уровень – среди населения Воронежской (23,8), Белгородской (24,3) и Ивановской (25,6) областей. (рисунок 6)

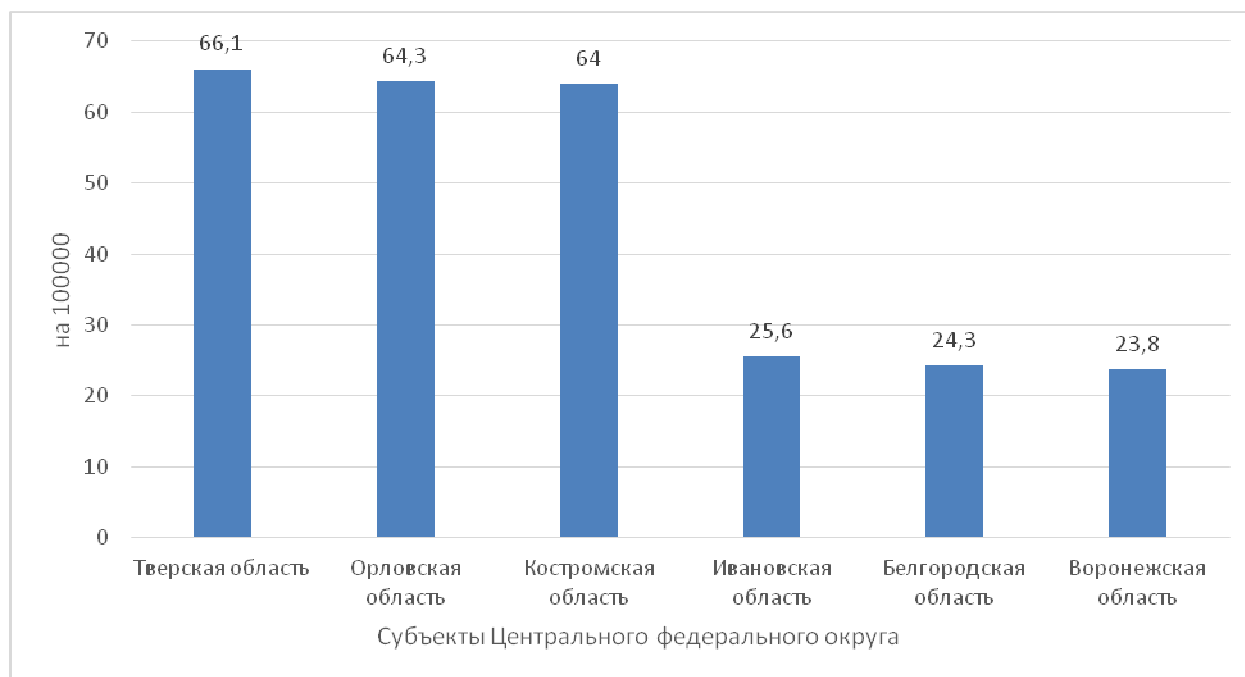


Рисунок 6. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Центрального федерального округа в 2017 году (на 100000 населения)

Среди населения Уральского федерального округа наиболее высокий уровень смертности от инфаркта миокарда (на 100000) отмечен в Челябинской (47,6), Свердловской (43,7) и Курганской областях (34,9), а наиболее низкий уровень - среди населения в Ханты-Мансийском автономном округе Югра (14,5), Тюменской области (20,2), Ямало-Ненецком автономном округе (22,9). (рисунок 7)



Рисунок 7. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Уральского федерального округа в 2017 году (на 100000 населения)

Анализ смертности от инфаркта миокарда показал, что среди населения Северо-Кавказского федерального округа наиболее высокий уровень смертности от инфаркта миокарда отмечен среди населения Ставропольского края (44,1), Республики Северная Осетия-Алания (34,2), Кабардино-Балкарской Республики (15,3), а наиболее низкий уровень – среди населения Республик Ингушетия (3,9), Дагестан (4,9) и Карачаево-Черкесской (12,7) (рисунок 8)



Рисунок 8. Уровень смертности от инфаркта миокарда среди населения субъектов Северо-Кавказского федерального округа в 2017 году (на 100000 населения)



Выводы. Таким образом, исследование динамики смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда за 2007-2017 годы показало, что в 2007 году смертность населения от инфаркта миокарда составляла 46,5 случаев на 100000 населения, а в 2017 году снизилась на 14% и достигла 40,0 случаев на 100000 населения. Анализ данных показал, что среди федеральных округов России с наиболее высокими уровнями смертности населения от инфаркта миокарда за 2017 год (на 100000 населения) являются Дальневосточный (58,8), Сибирский (47,7), Северо-Западный (44,9), а наиболее низкий уровень смертности населения за 2017 год отмечен среди населения Северо-Кавказского (20,6), Уральского (37,2) и Центрального (37,9) федеральных округов. Анализ смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда с учетом федеральных округов и субъектов федерации показал, что субъектами риска в Российской Федерации являются Приморский (95,5) и Красноярский края (76,9), Томская (72,8), Ульяновская (67,8), Тверская (66,1), Орловская (64,3) и Костромская области (64,0).

Сегодня очевидно, что распространенность смертности от инфаркта миокарда главным образом зависит от особенностей образа жизни и связанных с ним факторов риска. Для профилактики и снижения смертности от болезней системы кровообращения ВОЗ определила ряд высокоэффективных мероприятий. Они включают комплексные действия, сочетание подходов, направленных на снижение рисков на уровне всего населения, со стратегиями, нацеленными на отдельных лиц из групп повышенного риска или с выявленными заболеваниями. Действия на уровне всего населения включают всестороннюю политику по борьбе с табаком, налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли, строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности, обеспечение правильного питания детей в школах. На индивидуальном уровне действенными профилактическими мерами являются правильное здоровое питание, регулярная физическая активность, отказ от потребления табака и злоупотребления алкоголем. [1]

Список литературы:

1. Филатов В.Н., Метелица Н.Д., Пивоварова Г.М. «Смертность населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения с учетом федеральных округов и субъектов федерации за 2007-2017 годы» - Профилактическая Медицина – 2018, Санкт-Петербург, 2018 – стр. 131-137
2. Мамараджапова Д.А., Мамутов Р.Ш. «Смертность от инфаркта миокарда и ее связь с некоторыми факторами риска по данным проспективного исследования» - Кардиоваскулярная терапия и профилактика, том 8, номер 2 – Ташкент, Узбекистан, 2009 – стр. 52-55
3. Центральная база статистических данных «Смертность от болезней системы кровообращения» [Электронный ресурс]: <http://www.gks.ru> (дата обращения 08.02.19)

4. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года"

УДК:616.3-006.6:314.14(470+571)

**СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО-
ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Филатов В.Н., Пивоварова. Г.М., Золотина Л.С., Ганичев П.А., Дождигов А. В.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Реферат. В данной статье проанализированы структура причин смерти и динамика стандартизованных показателей смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения за 2012-2017 годы среди населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа, определены субъекты риска.

Ключевые слова: смертность, структура причин смерти, онкологические заболевания, злокачественные новообразования, органы пищеварения, Российская Федерация, федеральный округ, субъекты риска.

Актуальность. Повышенное внимание к онкологическим заболеваниям обусловлено устойчивой тенденцией роста заболеваемости во всем мире, что объясняется рядом субъективных и объективных причин: постарение населения, экологические, экономические и другие факторы. В послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 2018 года В.В. Путин заявил: «Предлагаю реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлечь к решению этой задачи науку, отечественную фарминдустрию, провести модернизацию онкоцентров, выстроить современную комплексную систему, от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения, которая позволит защитить человека».

В 2017 г. злокачественные новообразования в общей структуре причин смерти населения России занимают второе место – 15,9%. Около 40% впервые выявленных злокачественных новообразований имеют III-IV стадию заболевания, что обуславливает достаточно высокий показатель одногодичной летальности (22,5%) [1].

Цель. Определить субъекты риска в Северо-Западном федеральном округе, оценить действующие меры первичной, вторичной и третичной профилактики злокачественных новообразований органов пищеварения среди населения Российской Федерации.

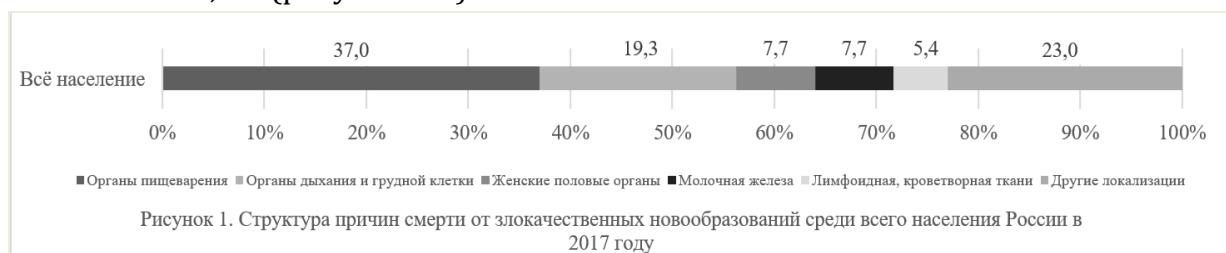
Материалы и методы. Медико-статистический метод, отчётные документы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.



Результаты и обсуждение. Абсолютное число умерших от всех злокачественных новообразований в Российской Федерации в 2017 году составило 290662 человек. Среди умерших от всех злокачественных новообразований доля мужского населения составила 53,6%, женского населения – 46,4%. Удельный вес злокачественных новообразований в структуре причин смерти среди мужского населения составил 17,1%, среди женского – 14,7%. Стандартизованный показатель смертности среди всего населения России от всех злокачественных новообразований в 2017 г. составил 109,0 на 100 тысяч населения, среди женского населения - 81,2 на 100 тысяч, а среди мужского населения - 155,6 на 100 тысяч населения. Уровень онкологической смертности в стандартизованных показателях среди мужчин в 1,92 раза выше, чем среди женщин.

В Северо-Западном федеральном округе абсолютное число умерших от всех злокачественных новообразований в 2017 году составило 32321 человек. Среди умерших от всех злокачественных новообразований доля мужского населения составила 50,4%, а женского – 49,6%. Стандартизованный показатель смертности среди всего населения Северо-Западного федерального округа от всех злокачественных новообразований в 2017 г. составил 119,6 на 100 тысяч населения, среди женского населения – 91,8 на 100 тысяч населения, а среди мужского населения – 169,7 на 100 тысяч (выше показателя среди женского населения в 1,85 раз).

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения России в 2017 году злокачественные новообразования болезней органов пищеварения занимают 37%, среди мужского населения – 36,4%, среди женского – 37,7% (рисунок 1-3).



В структуре причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения Северо-Западного федерального округа в 2017 году злокачественные новообразования органов пищеварения занимают 39,5%, среди мужского населения – 38,9%, среди женского – 40,2 % (рисунок 4-6).



Рисунок 4. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения Северо-Западного федерального округа в 2017 году



Рисунок 5. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди мужского населения Северо-Западного федерального округа в 2017 году

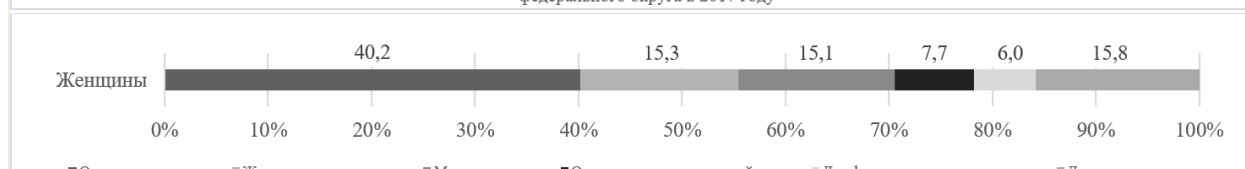


Рисунок 6. Структура причин смерти от злокачественных новообразований среди женского населения Северо-Западного федерального округа в 2017 году

Умершие различного возраста занимают разный удельный вес в структуре умерших от злокачественных новообразований органов пищеварения в России и Северо-Западном федеральном округе. Среди мужского населения умершие от злокачественных новообразований органов пищеварения занимают наибольший удельный вес в возрастной группе 65-69 лет, а среди женского – в возрасте 75-79 лет.

Таблица 1

Удельный вес умерших различного возраста от злокачественных новообразований органов пищеварения (ЗНОП) в Российской Федерации с учётом пола в 2017 году

Мужское население (возраст)																	
Возраст Показатель	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	не указан	Все население
Абсолютное количество	17	23	86	251	464	1009	1753	3395	7307	9977	11057	6005	8452	4285	2649	7	56737
Удельный вес от ЗНОП, %	0,03	0,04	0,1	0,32	0,8	1,8	3,1	6	12,9	17,6	19,5	10,6	14,9	7,6	4,7	0,01	100,0
Женское население (возраст)																	

Возраст Показате ль	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	не указан	Все население
Абсолют ное количес тво	23	22	63	18 8	39 7	61 6	10 18	19 27	39 90	58 55	74 82	52 26	10 59 3	71 62	62 68	2	50 83 2
Удельны й вес от ЗНОП, %	0,0 5	0, 05	0, 12 4	0, 37	0, 78	1, 21	2	3, 8	7, 9	11 ,5	14 ,7	10 ,3	2 0, 8	14 ,1	12 ,3	0, 01 6	10 0,0

Среди мужского населения Северо-Западного федерального округа умершие от злокачественных новообразований органов пищеварения занимают наибольший удельный вес в возрастной группе 65-69 лет, а среди женского – в возрасте 75-79 лет.

Таблица 2

**Удельный вес умерших от злокачественных новообразований болезней
органов пищеварения (ЗНОП) среди умерших от всех злокачественных
новообразований (ЗНО) в Северо -Западном федеральном округе в 2017 году
с учётом возраста и пола**

Мужское население (возраст)																	
Возраст Показа тель	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	не указан	Все население
Абсолют ное количе ство	1	2	9	24	48	10 6	19 2	35 3	74 7	10 16	12 02	71 1	98 1	54 3	39 4	0	63 29
Удельны й вес от ЗНОП, %	0, 0 1	0, 03	0, 1	0, 4	0, 8	1, 7	3, 03	5, 6	11 ,8	16 ,0 3	19	11 ,2	15 ,5	8, 5	6, 3	-	10 0,0
Женское население (возраст)																	
Возраст Показа тель	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	не указан	Все население
Абсолют ное количе ство	0	1	11	21	41	67	10 7	21 4	39 9	67 6	86 0	65 0	13 05	10 10	10 75	0	64 37
Удельны й вес от ЗНОП,	-	0. 02	0. 2	0. 3	0. 6	1	1. 7	3. 3	6. 2	10 ,5	13 ,4	10 ,1	20 ,3	15 ,7	16 ,6 8	-	10 0,0

[illegible]

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения среди всего населения России за 2017 год наибольшую долю занимают злокачественные новообразования желудка (26,5%), злокачественные новообразования ободочной кишки – 21,4%, а злокачественные новообразования пищевода – 6,4%. В 2017 году среди всего населения Российской Федерации стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка составил 10,3 на 100 тысяч населения, от злокачественных новообразований ободочной кишки – 7,8 на 100 тысяч населения, от злокачественных новообразований пищевода – 2,7 на 100 тысяч населения.

Среди мужского населения злокачественные новообразования желудка занимают 1 место (29,3%), на 2 месте - злокачественные новообразования ободочной кишки (17,2%), а 3 место - злокачественные новообразования пищевода (9,7%). В 2017 году среди мужского населения Российской Федерации наибольший уровень составил стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка - 16,4 на 100 тысяч населения, на 2 месте - от злокачественных новообразований ободочной кишки - 9,5 на 100 тысяч населения, 3 место занимают злокачественных новообразований пищевода - 5,5 на 100 тысяч населения.

Среди женского населения наибольшую долю занимают злокачественные новообразования ободочной кишки и составляют 27,3%, злокачественные новообразования желудка - 24,6%, а злокачественные новообразования пищевода - 2,2%. В 2017 году среди женского населения Российской Федерации наибольший уровень составил стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки - 6,8 на 100 тысяч населения, от злокачественных новообразований желудка - 6,5 на 100 тысяч населения, от злокачественных новообразований пищевода - 0,8 на 100 тысяч населения.

В структуре причин смерти от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения всего населения Северо-Западного федерального округа за 2017 год наибольший удельный вес занимают злокачественные новообразования желудка- 26,8%, на втором месте - злокачественные новообразования ободочной кишки (21,8%), а злокачественные новообразования пищевода занимают третье место– 7%. В 2017 году среди всего населения Северо-Западного федерального округа стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка составил 12,0 на 100 тысяч населения и занимают наибольший уровень, на втором месте злокачественные новообразования ободочной кишки – 9,1 на 100 тысяч населения, на третьем месте злокачественные новообразования пищевода – 3,4 на 100 тысяч населения.

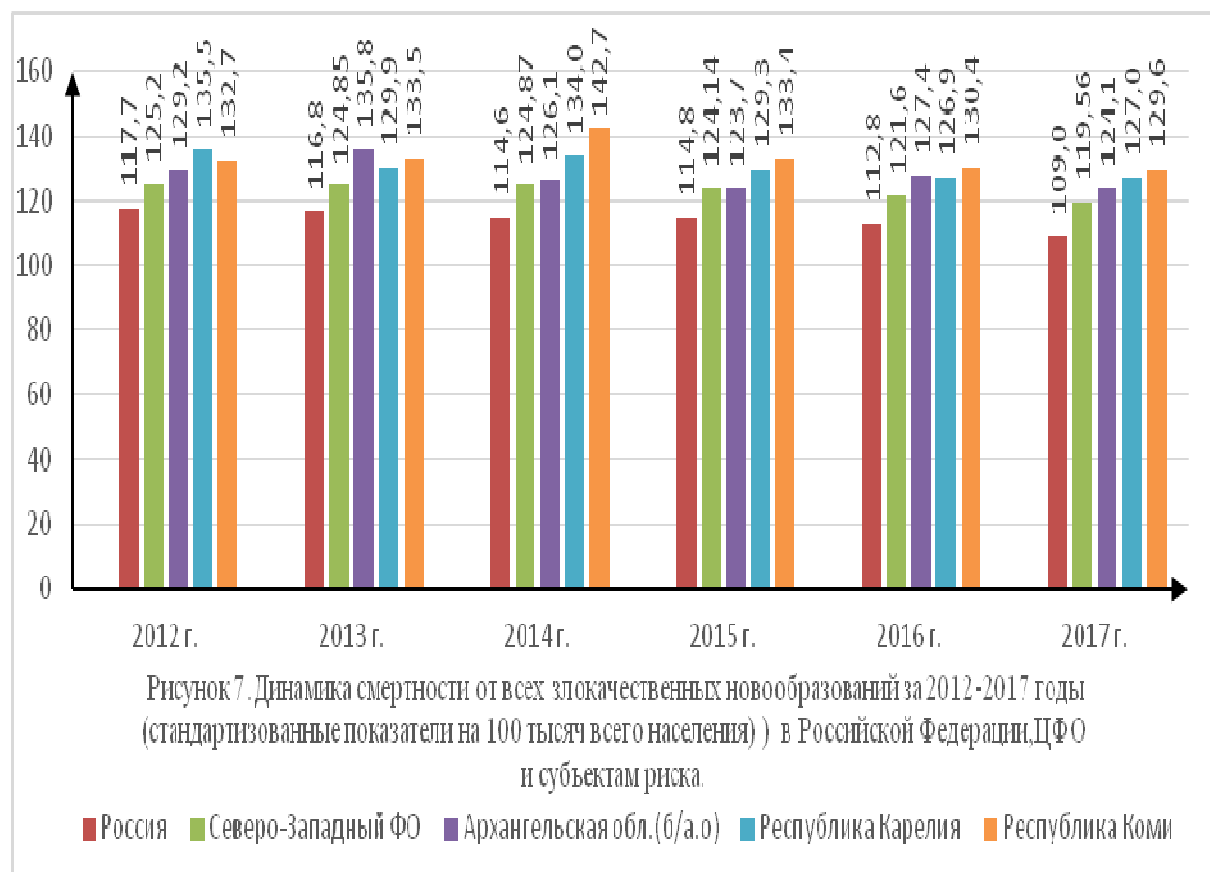
Среди мужского населения наибольшую долю занимают злокачественные новообразования желудка - 30,1%, злокачественные новообразования ободочной кишки - 17,3%, а злокачественные новообразования пищевода - 10,2% В 2017



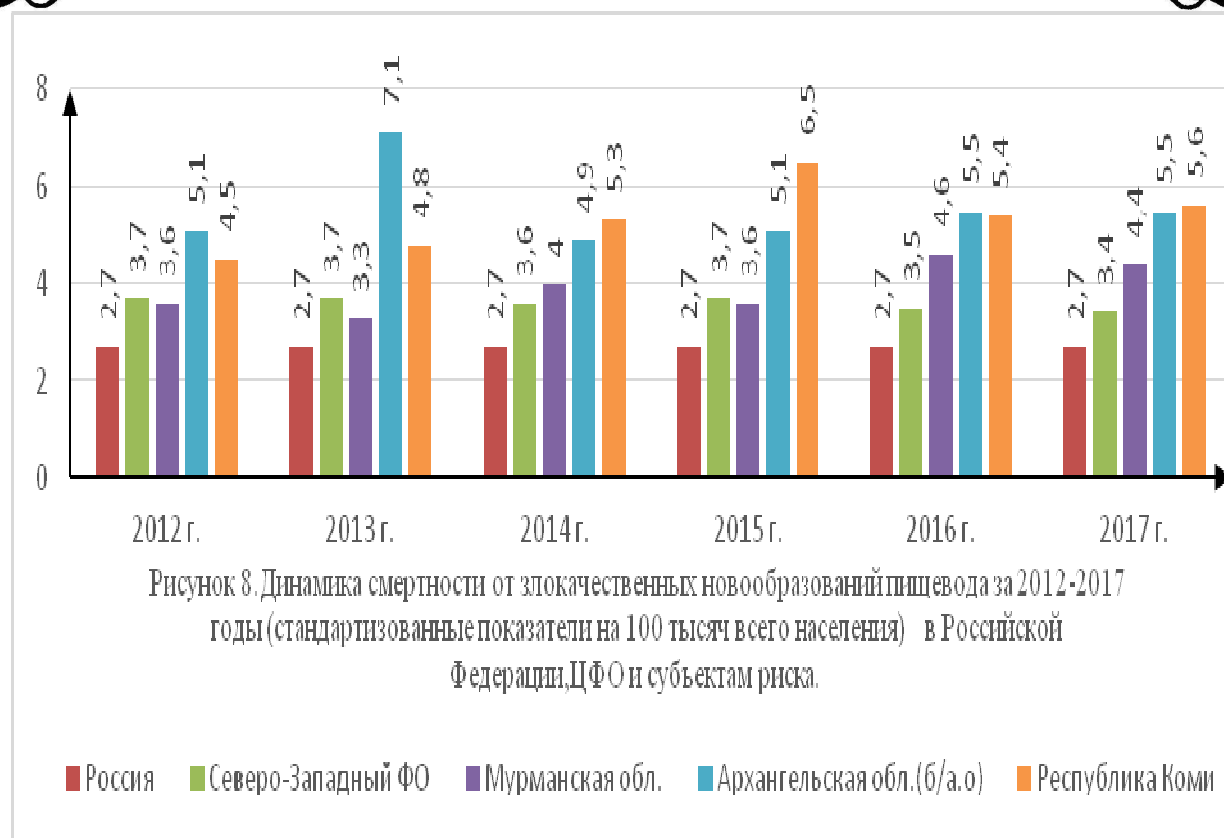
году среди мужского населения Северо-Западного федерального округа стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка занимает наибольший уровень и составил 19,5 на 100 тысяч населения, на втором месте - злокачественные новообразования ободочной кишки – 11,1 на 100 тысяч населения, на третьем месте-злокачественные новообразования пищевода– 6,8 на 100 тысяч населения.

Среди женского населения наибольший удельный вес занимают злокачественные новообразования ободочной кишки-26,3%, на втором месте - злокачественные новообразования желудка-23,6%,третье место занимают злокачественные новообразования пищевода – 3,7%. В 2017 году среди женского населения Северо-Западного федерального округа стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки занимает наибольший уровень и составил 8,1 на 100 тысяч населения, второе место занимают злокачественные новообразования желудка – 7,7 на 100 тысяч населения, на третьем месте- злокачественных новообразований пищевода – 1,3 на 100 тысяч населения.

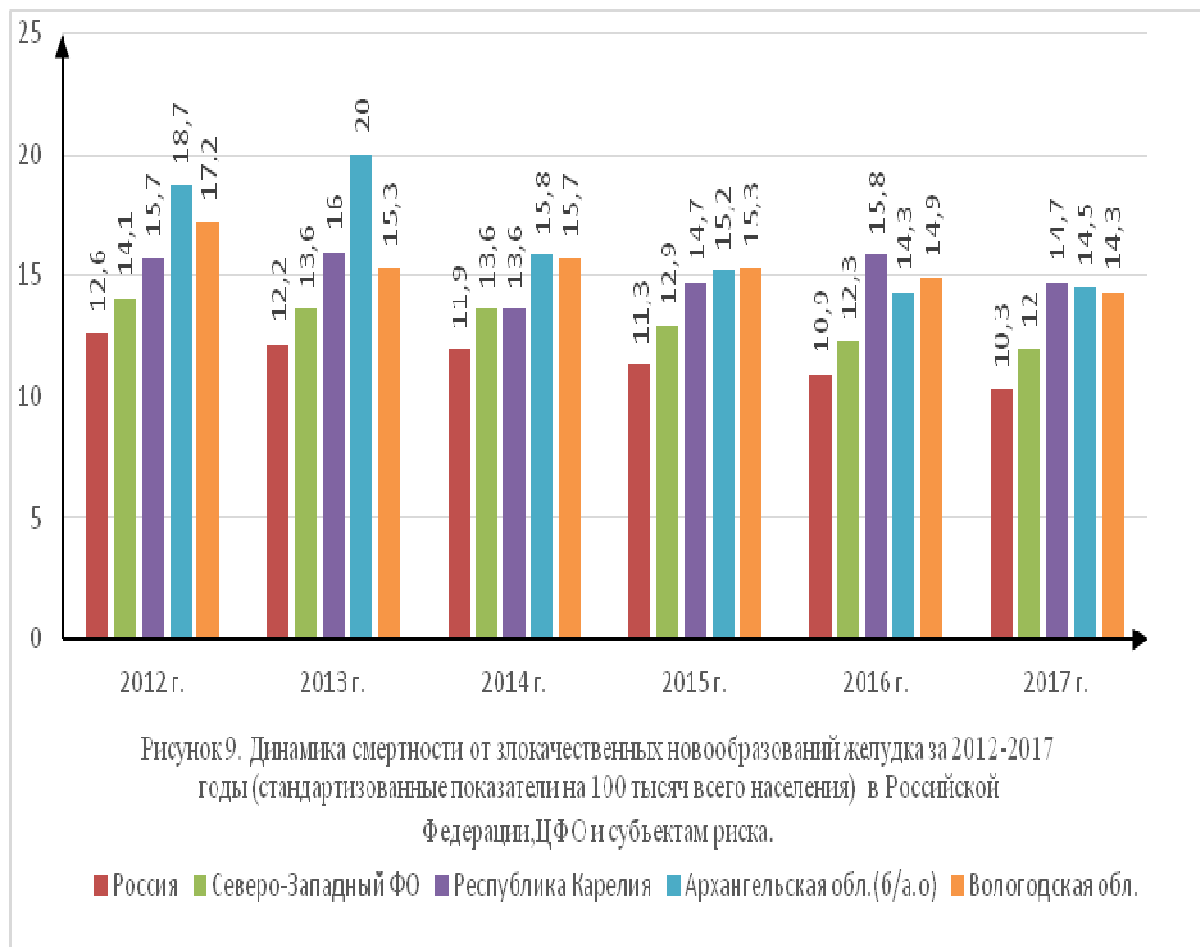
В 2012 г. стандартизованный показатель смертности от всех злокачественных новообразований в России составил 117,7 на 100 тысяч населения, а среди населения Северо-Западного федерального округа – 125,2 на 100 тыс. населения. В динамике за 2012-2017 гг. эти показатели уменьшились на 7,4% среди населения России, а среди населения Северо-Западного федерального округа - на 4,5%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от всех злокачественных новообразований среди населения Северо-Западного федерального округа составил 119,6 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (109,0 на 100 тысяч) на 9,7%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от всех злокачественных новообразований наиболее высокий, по сравнению с уровнем показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: среди населения Республики Коми на 8,4 % (129,6 на 100 тысяч), среди населения Республики Карелия на 6,2% (127,0 на 100 тыс.), среди населения Архангельской области на 3,8 % (124,1 на 100 тысяч). В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Республике Карелия на 6,3% Архангельской области на 3,9% в Республике Коми на 2,3% (рисунок 7).



В 2012 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода в России составил 2,7 на 100 тысяч населения, а среди населения Северо-Западного федерального округа – 3,7 на 100 тыс. населения. В динамике за 2012-2017 гг. эти показатели не изменились среди населения России, однако среди населения Северо-Западного федерального округа уменьшились на 8,1%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода среди населения Северо-Западного федерального округа составил 3,4 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (2,7 на 100 тысяч) на 25,9%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода наиболее высокий, по сравнению с уровнем показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: в Республике Коми на 64,7% (5,6 на 100 тыс.), в Архангельской области на 61,8% (5,5 на 100 тысяч), в Мурманской области на 29,4% (4,4 на 100 тысяч). В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска увеличился: в Республике Коми на 24,4 %, в Мурманской области на 22,2%, Архангельской области на 7,8%. (рисунок 8).



В 2012 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка в России составил 12,6 на 100 тысяч населения, а среди населения Северо-Западного федерального округа – 14,1 на 100 тыс. населения. В динамике за 2012-2017 гг. эти показатели уменьшились на 18,3% среди населения России, а среди населения Северо-Западного федерального округа – на 14,9%. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка среди населения Северо-Западного федерального округа составил 12,0 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (10,3 на 100 тысяч) на 16,5%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка, по сравнению с уровнем показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: в Республике Карелия на 22,5% (14,7 на 100 тысяч), в Архангельской области на 20,8% (14,5 на 100 тыс.), в Вологодской области на 19,2% (14,3 на 100 тысяч). В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Республике Карелии на 6,4%, в Вологодской области на 16,9%, Архангельской области на 22,5% (рисунок 9).



В 2012г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки в России составил 8,1 на 100 тысяч населения, а среди населения Северо-Западного федерального округа 9,8 на 100 тыс. населения. В динамике за 2012-2017 гг. эти показатели уменьшились на 3,7 % среди населения России, а среди населения Северо-Западного федерального округа – на 7,1 %. В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки среди населения Северо-Западного округа составил 9,1 на 100 тысяч населения, что выше показателя в России (7,8 на 100 тысяч) на 16,7%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки, по сравнению с уровнем показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: в городе Санкт-Петербург на 7,7% (10,3 на 100 тысяч), в Архангельской области на 14,3% (10,1 на 100 тыс.), в Республике Коми на 7,7% (9,8 на 100 тысяч).

В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в городе Санкт-Петербург на 4,6%, в Архангельской области на 7,3%; в Республике Коми на 16,9%. (рисунок 10)

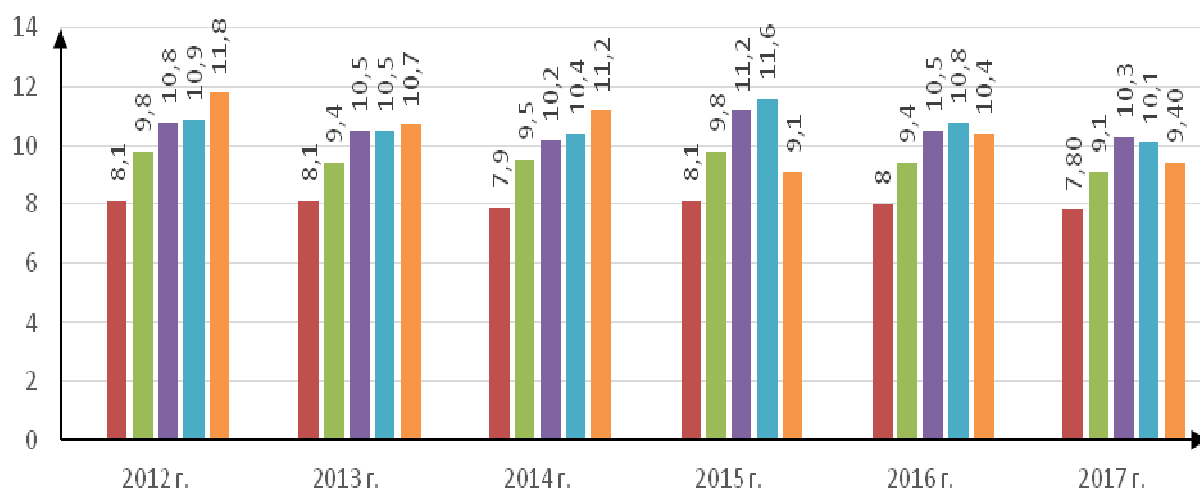


Рисунок 10. Динамика смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки за 2012-2017 годы (стандартизованные показатели на 100 тысяч всего населения) в Российской Федерации, СЗФО и субъектам риска.

Заключение. В результате проведённого исследования выявлено, что стандартизованные показатели смертности от всех злокачественных новообразований в 2017 году среди мужского населения выше, чем среди женского населения, в 1,92 раз в Российской Федерации и в 1,85 раз среди населения Северо-Западного федерального округа. В структуре причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения России в 2017 году злокачественные новообразования болезней органов пищеварения занимают 37,0%, среди мужского населения – 36,4%, среди женского – 37,7%. В структуре причин смерти от злокачественных новообразований среди всего населения Северо-Западного федерального округа в 2017 году злокачественные новообразования болезней органов пищеварения 39,5%, среди мужского населения – 38,9%, среди женского – 40,2 %.

Среди мужского населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2017 году умершие от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения наибольший удельный вес занимают в возрастной группе 65-69 года. Умершие от злокачественных новообразований органов пищеварения в 2017 году среди женского населения России и Северо-Западного федерального округа занимают наибольший удельный вес в возрастной группе 75-79 лет.

Злокачественные новообразования желудка занимают первое место в структуре причин смерти от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения среди мужского, а также всего населения Российской Федерации и Северо-Западного федерального округа в 2017 году, однако среди женского населения России и Северо-Западного федерального округа первое

место в структуре причин смерти от злокачественных новообразований болезней органов пищеварения занимают злокачественные новообразования ободочной кишки. Среди мужского населения России и Северо-Западного федерального округа злокачественные новообразования ободочной кишки занимают второе место.

При оценке показателей смертности от всех злокачественных новообразований было установлено, что стандартизованный показатель в Северо-Западном федеральном округе выше показателя в Российской Федерации на 9,7%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от всех злокачественных новообразований выше показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: среди населения Республики Коми, Республики Карелия, Архангельской области. В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Республике Карелия на 6,3% Архангельской области на 3,9% в Республике Коми на 2,3%.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода среди населения Северо-Западного федерального округа выше показателя в России на 25,9%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований пищевода выше, показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: в Республике Коми, в Архангельской области, в Мурманской области. В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска увеличился: в Республике Коми на 24,4 %, Мурманской области на 22,2%, Архангельской области на 7,8%.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка среди населения Северо-Западного федерального округа выше показателя в России на 16,5%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований желудка выше показателя Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: в Республике Карелия, в Архангельской области, в Вологодской области. В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в Республике Карелии на 6,4%, в Вологодской области на 16,9%, Архангельской области на 22,5%.

В 2017 году стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки среди населения Северо-Западного округа выше показателя в России на 16,7%. В 2017 г. стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки выше показателя среди населения Северо-Западного федерального округа, в трёх субъектах, а именно: в городе Санкт-Петербург, в Архангельской области, в Республике Коми.



В динамике за 2012-2017 гг. стандартизованный показатель смертности среди населения субъектов риска уменьшился: в городе Санкт-Петербург на 4,6%, в Архангельской области на 7,3%; в Республике Коми на 16,9%.

По показателю смертности от злокачественных новообразований пищевода субъектами риска являются: Республика Коми, Архангельская область, Мурманская область. По показателю смертности от злокачественных новообразований желудка субъектами риска являются: Республика Карелия, Архангельская область, Вологодская область. По показателю смертности от злокачественных новообразований ободочной кишки субъектами риска являются: город Санкт-Петербург, Архангельская область, Республика Коми.

Для решения данных проблем в Российской Федерации внедряется Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», который предполагает:

1. Разработка 85 региональных программ борьбы с онкологическими заболеваниями
2. Популяционная профилактика развития онкологических заболеваний
3. Проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению
4. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения
5. Организация сети центров амбулаторной онкологической помощи в 85 субъектах Российской Федерации
6. Переоснащение сети региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц) в 85 субъектах Российской Федерации
7. Развитие сети федеральных медицинских организаций, оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями, в том числе создание федеральных центров протонной терапии
8. Создание 18 (федеральных и межрегиональных) референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических исследований и лучевых методов исследований
9. Внедрение региональной централизованной системы «Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями»
10. Кадровое обеспечение онкологической службы
11. Новое строительство и реконструкция

Список литературы:

1. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 "Послание Президента Федеральному Собранию"
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) – М.:

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. – илл. – 250 с.

3. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю., Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко, Н.М. Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Титова И.А., Харькова Т.Л., Чумарина В.Ж., Шубочкина Е.М. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.

4. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю., Андреев Е.М., Воробьева О.Д., Денисенко М.Б., Елизаров В.В., Иванова А.Е., Ионцев В.А., Любова Г.А., Рахманинова М.В., Харькова Т.Л., Чудиновских О.С., Чумарина В.Ж. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./ Росстат. – М., 2017. – 263 с.

УДК 614.777:551.49(470.23)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РЕК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Филковская М.Н.¹, Полозова Е.В.^{1,2}

¹СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье рассмотрено экологическое состояние водоёмов Санкт-Петербурга и их сравнительный анализ по содержанию тяжёлых металлов, санитарно-микробиологическим (БПК, ОМЧ, окисляемость) и химическим (рН, жесткость) показателям. Выявлены самые загрязнённые и наиболее благополучные водоёмы города.

Ключевые слова: экология, тяжёлые металлы, нефтепродукты, жесткость воды, окисляемость, водные ресурсы.

Актуальность. Экологическое состояние Санкт-Петербурга, как и любого другого мегаполиса, очень далеко от идеального в связи с антропогенным влиянием на окружающую среду [2, 3]. Водные ресурсы города являются более загрязнёнными, чем почва и воздух вследствие загрязнения рек бытовыми и промышленными стоками, разлива нефтепродуктов. Помимо интенсивного «цветения» воды в летнее время и неприятного запаха загрязнение водного бассейна города оказывает значительное влияние на здоровье людей и ухудшает качество жизни петербуржцев, а также загрязнённые воды несут угрозу для фауны - погибают водоплавающие птицы и рыба [1, 4, 5].

Цель исследования: сравнительный анализ экологического состояния водоёмов города Санкт-Петербург по химическим, токсикологическим и санитарно-микробиологическим показателям.

Задачи:

1. Сравнительная оценка загрязнения рек Санкт-Петербурга по содержанию тяжёлых металлов.

2. Оценка санитарно-микробиологических показателей (биохимическая



потребность кислорода (БПК), общее микробное число (ОМЧ), окисляемость) водного бассейна Санкт-Петербурга.

3. Оценка состояния рек Санкт-Петербурга по химическим показателям (рН, жесткость).

Материалы и методы: анализ литературных данных, статистические методы.

Результаты: В результате проведенного анализа установлено, что в целом вода рек Санкт-Петербурга соответствует критериям нормы по показателям физиологической полноценности воды (табл. 1). Так рН всех исследуемых водоёмов находилась в пределах 6,8 – 7,4, что соответствует норме (норма рН=6,5-7,5), за исключением реки Невы - в отдельные периоды года отмечалось повышение рН до 7,7. По показателю общей жесткости, связанной с содержанием в воде ионов Ca^{2+} и Mg^{2+} , во всех исследуемых водоёмах вода является мягкой (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели рН, общей жесткости, содержания тяжелых металлов,
нефтепродуктов в реках Санкт-Петербурга**

Водоем	рН	Общая жесткость, мг-экв/л	Сu, мг/л	Fe, мг/л	Zn, мг/л	Pb, мг/л	Cd, мг/л	Mn, мг/л	Нефте- продукты мг/л
Река Нева	6,8- 7,7	0,4-0,8	13	0,48	7,4	0,033	0,0013	1,41	0,48
Река Охта	7,5	2,17	14	0,87	2,1	0,114	0,0015	3,67	0,96
Река Фонтанка	6,9	1,73	24	0,42	3,7	0,064	0,0014	1,05	<ПДК
Река Мойка	7,2	2,68	4	0,33	2,6	0,036	<ПДК	<ПДК	<ПДК
Река Славянка	7,1	3,15	7,7	0,48	1,5	0,042	0,0011	0,67	0,78
Невская губа	7,4	2,54	3,9	0,76	3,1	0,072	0,0012	0,34	0,015
Норма	6,5- 7,5	мг/л	1,0 мг/л	0,3 мг/л	1,0 мг/л	0,03 мг/л	0,001 мг/л	0,1 мг/л	0,3 мг/л

При проведении сравнительной оценки загрязнения рек Санкт-Петербурга установлено, что реки всего водного бассейна города загрязнены тяжелыми металлами. Однако степень загрязнения значительно варьирует в водах разных рек (табл. 1). Так наиболее загрязнены медью воды реки Фонтанки – содержание Cu составило 24 мг/л, что в 24 раза выше нормы (ПДК Cu = 1,0 мг/л). По этому показателю самой чистой является вода Невской губы, где наблюдалось превышение анализируемого показателя в 3,9 раза от нормы. Максимальное содержание железа зафиксировано в реке Охта – превышение ПДК в 2,9 раза (0,87 мг/л), а минимальное – в реке Мойка (0,33 мг/л). Больше всего цинка содержалось в воде из реки Нева – 7,4 мг/л, что выше ПДК в 7,4 раза (ПДК Zn = 1,0 мг/л). В то же время содержание свинца в реке Нева находилось в пределах нормы (0,033мг/л,

при ПДК Рb - 0,03 мг/л), тогда как больше всего свинца содержится в воде реки Охта - 0,114 мг/л, что выше нормы в 3,8 раза. Максимальные концентрации кадмия и марганца отмечались в реке Охта – отмечалось превышение ПДК по Cd в 1,5 раза (0,0015 мг/л), по Mn - в 36,7 раз (3,67 мг/л). Самой безопасной по этим показателям является река Мойка – все эти показатели ниже ПДК. Вода реки Охта оказалась наиболее загрязненной нефтепродуктами – содержание исследуемого показателя составило 0,96 мг/л, что выше ПДК в 3,2 раза (ПДК нефтепродуктов 0,3 мг/л), тогда как минимальное количество нефтепродуктов наблюдалось в водах реки Фонтанки.

При анализе загрязнения водного бассейна Санкт-Петербурга органическими веществами (табл. 2) установлено, что концентрация нитратов в водах всех рек ниже ПДК (ПДК нитратов - не более 45 мг/л). Это означает, что отсутствуют давние органические загрязнения и процессы самоочищения уже завершились. В то же время вода ни одного из водоёмов города не соответствует норме по такому показателю как перманганатная окисляемость, что свидетельствует об органическом загрязнении водного бассейна. Максимально загрязнена органическими веществами река Охта - показатель перманганатной окисляемости превышал норму в 1,3 - 3,7 раза (8-22 мг O₂/л, при норме 5-6 мг O₂/л). Наименьшее органическое загрязнение наблюдалось в реке Неве – 7-9 мг O₂/л, что выше нормы в 1,17 раза.

Таблица 2

Санитарно-микробиологические показатели рек Санкт-Петербурга

Водоем	Окисляемость перманганатная, мг O ₂ /л	БПК, мг O ₂ /л	Нитраты, мг/л	ОМЧ, КОЕ/мл
Река Нева	7-9	5,6	<ПДК	0,2-0,6 млн
Река Охта	8-22	5,4	<ПДК	60000
Река Фонтанка	9-11	4,9	<ПДК	20000
Река Мойка	8-14	4,8	<ПДК	5000
Река Славянка	9-12	17,6	<ПДК	250000
Невская губа	10-13	11,2	<ПДК	300000
Норма	5-6 мг O ₂ /л	1-2 мг O ₂ /мл	не более 45 мг/л	50 КОЕ/мл

Наличие органического загрязнения рек Санкт-Петербурга было подтверждено и при анализе показателя биохимической потребности в кислороде (БПК). Согласно представленным данным наиболее загрязненными по БПК являются реки Славянка и Невская губа, в которых анализируемый показатель превысил норму в 8,8 и 5,6 раза соответственно (17,6 мг O₂/л и 11,2 мг O₂/л соответственно, при норме 1-2 мг O₂/мл). Для оценки загрязнения воды патогенными микроорганизмами использовали интегральный показатель – общее микробное число (ОМЧ) (табл. 2). Согласно представленным данным по данному показателю все водоёмы Санкт-Петербурга являются загрязненными.



Наиболее загрязненной является река Нева – показатель ОМЧ составил 0,2-0,6 млн КОЕ/мл, что выше нормы в 12000 раз (норма 50 КОЕ/мл), наименее загрязненной является река Мойка – исследуемый показатель составил 5000 КОЕ/мл.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного анализа установлено, что экологическое состояние водоёмов Санкт-Петербурга не соответствует санитарно-гигиеническим нормам, особенно по таким показателям как содержание тяжелых металлов, перманганатная окисляемость, биохимическая потребность в кислороде, общее микробное число, что свидетельствует о значительном загрязнении вод бытовыми сточными стоками и промышленными выбросами. В сравнительном плане наиболее экологически чистым водоёмом является река Мойка, а самым загрязненным – река Охта.

Список литературы.

1. Гутниченко В.Г., Земских Н.М. Исследование загрязнения малых рек Санкт-Петербурга биогенными веществами //Сборник научных трудов "Вопросы прикладной экологии". - СПб.: РГГМУ, 2002. - С. 30-39.
2. Доклад об экологической ситуации в Санкт-Петербурге в 2017 году /Под ред. И.А. Серебрицкого. – СПб.: ООО «Сезам-принт», 2018. - 158 с.
3. Зайцева И.А., Ашаева А.Г., Кулырова А.В. Исследование показателей на химическую безопасность воды в реках города Санкт-Петербурга //Вестник молодых ученых Санкт-Петербургского государственного университета технологии и дизайна. - № 2. - 2016. - С.45-40.
4. Оценка экологического состояния рек бассейна Ладожского озера по гидрохимическим показателям и структуре гидробиоценозов. - СПб.: Лема, 2006. - 130с.
5. Торопова Н.М. Комплексная оценка загрязнения стока реки Невы и ее притоков биогенными веществами //Автореф. дисс....канд. геогр. Наук. - СПб, 2006. - 28 с.

УДК 364; 379.831; 61; 649; 727

СООТВЕТСТВИЕ ДЕТСКИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ МОСКОВСКОГО СТАНДАРТА ДЕТСКОГО ОТДЫХА КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ

Фодоря А.Ю., Заярская Г.В.

Московское агентство организации отдыха и туризма ГАУК «МОСГОРТУР», Москва

Аннотация: в статье кратко изложены этапы и процедура социологического исследования по анализу соответствия региональных детских оздоровительных лагерей положениям Московского стандарта детского отдыха, разработанного Государственным автономным учреждением культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма». Авторы дали оценку существующей практики организации детского отдыха и оздоровления в детских оздоровительных лагерях, выявили те аспекты и условия организации

детского отдыха и оздоровления, которые в настоящее время Стандартом не описываются, но могут быть учтены в будущем.

Ключевые слова: детский отдых и оздоровление, дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивные смены, Московское агентство организации отдыха и туризма (ГАУК «МОСГОРТУР»), Институт Инноваций Инфраструктуры и Инвестиций, детские оздоровительные лагеря, регионы и субъекты Российской Федерации, Московский стандарт детского отдыха.

Актуальность. Одним из важнейших аспектов качества жизни населения современной России в контексте социального государства является здоровье и общественная безопасность [1]. При этом, безопасность страны, как отмечает А.Ю. Фодоря, обеспечивается не только развитием вооруженных сил страны, но и инвестициями в развитие науки, образования, в здоровьесбережение всего населения, а детей и молодежи особенно [9, с. 105]. В этой связи усилия старшего поколения, всех общественных институтов должны быть консолидированными, включая учреждения и организации сферы детского отдыха и оздоровления [9, с. 104].

Государственное автономное учреждение культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма» (ГАУК «МОСГОРТУР») — крупнейший в России организатор детского отдыха полного цикла. Ежегодно с ГАУК «МОСГОРТУР» в загородных лагерях отдыхает более 60 000 детей, среди них: дети, отдыхающие по льготным путевкам Правительства Москвы, дети, достигшие успехов в учебной или творческой деятельности и коммерческие туристы. ГАУК «МОСГОРТУР» и Департамент культуры города Москвы организуют отдых для более 34 тысяч детей льготных категорий, в том числе детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. ГАУК «МОСГОРТУР» начал заниматься организацией отдыха последней категорией детей с 2014 года. С тех пор был увеличен возраст детей, которые могут получить льготную путевку, с 16 до 18 лет. Кроме того, заявители получили право выбрать семейный или самостоятельный отдых. Также увеличилось число детей-инвалидов, получающих льготные путевки [7].

Много лет в законе о детском отдыхе существовал перечень ограничений, согласно которому некоторые категории детей-инвалидов не могли отдыхать в лагере. В 2014 году этот перечень был сокращен. В 2015 году МОСГОРТУР одним из первых решился на организацию инклюзивных смен. За три года было успешно реализовано 20 смен для детей с нарушением слуха и для детей с синдромом Дауна. С 2015 года ГАУК «МОСГОРТУР» совместно с благотворительными фондами «Даунсайд ап», «Православие и мир» на базе детского оздоровительного лагеря «Радуга» (Московская область, Одинцовский район, с/п Никольское, деревня Пронское) проводит инклюзивные «солнечные» смены для детей с синдромом Дауна. Всего за 4 года в «солнечных» сменах



приняли участие 42 ребенка с синдромом Дауна (в 2015 году – 7 детей; в 2016 году – 27; в 2017 году – 4; в 2018 году – 4) [7].

Московский стандарт детского отдыха является одним из основных документов при подготовке и организации отдыха и оздоровления детей г. Москвы, находящихся в трудной жизненной ситуации [4]. Его актуализация и усовершенствование с привлечением представителей общественности, экспертов в сфере детского отдыха и руководителей детских оздоровительных лагерей позволит повысить качество услуг по организации отдыха и оздоровления детей, а также может положить начало добровольной сертификации детских оздоровительных лагерей и создания объективного рейтинга лагерей [2; 5; 6; 8].

В 2017 году Государственное автономное учреждение культуры города Москвы «Московское агентство организации отдыха и туризма» начало работу по актуализации Стандарта и утверждению новой версии Московского стандарта детского отдыха [2; 7]. Новый стандарт детского отдыха разрабатывается уже с участием экспертов и с учетом социологического исследования. Для доработки Стандарта сотрудники ГАУК «МОСГОРТУР» совместно с Институтом инновации, инфраструктуры и инвестиций провели в сентябре 2018 года масштабное социологическое исследование по изучению деятельности, инфраструктуры и программ детских оздоровительных лагерей, расположенных на территории Российской Федерации, с использованием массового опроса в электронном виде [3].

Цель проведенного социологического исследования – оценка уровня соответствия существующей практики организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях текущим требованиям Московского стандарта детского отдыха (далее – Стандарт), а также выявление положений документа, нуждающихся в доработке, и обоснование необходимости их корректировки или исключения из редакции Стандарта. Изучались параметры, которые отражают требования, заложенные в Стандарте, а также те аспекты и условия организации детского отдыха, которые в настоящее время Стандартом не описываются, но могут быть учтены в будущем.

В рамках настоящего исследования были решены следующие задачи:

- определены фактические параметры организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях;
- проведена оценка уровня соответствия фактических условий и практик организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях по отдельным требованиям Стандарта, а также осуществлена агрегированная оценка по ключевым параметрам организации детского отдыха;
- выявлены особенности выполнения требований Стандарта в зависимости от региональной локализации, профиля реализуемых программ, сезонности функционирования и других характеристик лагеря;
- установлены ключевые драйверы реализации Стандарта – те его требования, которые реализуются большинством детских оздоровительных лагерей, и ограничения – положения, которые не выполняются или выполняются крайне редко;

- определены требования Стандарта, которые могут быть скорректированы, дополнены или исключены из документа;
- выявлены особенности организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях по дополнительным параметрам, не учтённым Стандартом;
- сформированы предложения и рекомендации по дополнению Стандарта в соответствии с текущими особенностями организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях;
- предложена новая редакция Стандарта с учетом возможностей детских оздоровительных лагерей и распространенной практики организации детского отдыха.

Объектом настоящего социологического исследования определены детские оздоровительные лагеря из 19 субъектов Российской Федерации, входящие в Реестр организаций отдыха детей и их оздоровления города Москвы.

Предметом исследования выступили различные аспекты и условия организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях, в том числе - параметры, не учтенные в Стандарте: доступная среда; медицинское обслуживание.

Таким образом, предмет исследования представляет собой взаимно однозначное соответствие между деятельностью лагерей и требованиями Стандарта.

Материалы и методы. Основной процедурой сбора данных стал формализованный экспертный опрос по целевой выборке, который проведен в виде электронного анкетирования на платформе www.surveymonkey.com. Инструментарий разработан на основе положений текущей редакции Стандарта.

В период проведения настоящего социологического исследования – с 7 сентября 2018 года по 25 сентября 2018 года собрано 192 анкеты, из которых полностью заполнены 108 анкет (56%), уникальных – 100 анкет (44%). В выборочную совокупность массового опроса «Московский стандарт детского отдыха. Региональная практика применения» вошли 100 детских оздоровительных лагерей, расположенных в 19 целевых регионах.

География исследования охватывала 19 субъектов Российской Федерации: город Москва, Костромская, Пензенская, Владимирская, Ярославская, Московская, Рязанская, Брянская, Тульская, Калужская, Нижегородская, Орловская, Тверская, Курская области, Ставропольский и Краснодарский края, Республики Удмуртия и Крым, город Севастополь.

Локализация лагерей, участвующих в опросе, крайне неравномерна: так, шесть регионов (Брянская, Калужская, Костромская, Рязанская, Тверская области и Москва) представлены в выборке только одним лагерем, тогда как Краснодарский край, Московская область и Республика Крым – более чем 15 лагерями.

Учитывая, что число лагерей, участвующих в опросе, в большинстве субъектов крайне мало, что не дает возможности получить статистически



значимые результаты при их отдельном анализе, пространственный анализ проведен по регионам, выполняющим два необходимые и достаточные условия:

1. наличие не менее пяти лагерей-участников опроса в данном регионе;
2. доля лагерей-участников опроса в общем числе детских оздоровительных лагерей в данном субъекте Российской Федерации превысила 15%.

В итоге были сформированы следующие шесть региональных групп:

- Республика Крым (31% генеральной совокупности, 16 лагерей);
- Владимирская область (30% генеральной совокупности, 8 лагерей);
- Краснодарский край (15% генеральной совокупности, 22 лагеря);
- Курская область (17% генеральной совокупности, 5 лагерей);
- Московская область (16% генеральной совокупности, 16 лагерей);
- остальные регионы – кластерная группа, которая объединила другие недостаточно представленные регионы.

Выборка респондентов для проведения анализа соответствия организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях требованиям Стандарта представлена лагерями, существенно дифференцированными по профилю программ, сезонности функционирования и территориальной локализации. В выборке слабо представлено региональное разнообразие – основная часть исследуемых объектов расположена в трех субъектах Российской Федерации.

Разработанная методология проекта предполагала реализацию шести этапов исследования:

- I этап – количественный анализ данных;
- II этап – пространственный анализ данных;
- III этап – оценка соответствия детских оздоровительных лагерей требованиям Стандарта;
- IV этап – оценка уровня выполнения требований Стандарта детскими оздоровительными лагерями в целом;
- V этап – кластерный анализ данных;
- VI этап – разработка рекомендаций.

В рамках первого этапа осуществлен количественный анализ данных – характеристика различных параметров организации детского отдыха в исследуемых детских оздоровительных лагерях на основе оценки распределений ответов респондентов на вопросы анкеты, в том числе посредством следующих методов:

- расчета частоты ответов на вопросы анкеты;
- ранжирования ответов по частоте их упоминания;
- определения средних, модальных и медианных – с целью выявления неравномерных распределений показателей – значений ответов на вопросы с количественными параметрами (например, в части обеспеченности различными объектами инфраструктуры);
- выявления корреляций между особенностями организации отдыха и различными характеристиками детского оздоровительного лагеря (профиля

программ, сезонности функционирования, наличия различных природно-рекреационных объектов и др.);

- обнаружения связей между различными параметрами организации детского отдыха.

На втором этапе проведен пространственный анализ данных – выявление особенностей организации детского отдыха в исследуемых детских оздоровительных лагерях в зависимости от региона локализации лагеря, в том числе на основе:

- сравнения распределений ответов респондентов из разных регионов;

- выявления параметров, по которым наблюдаются наибольшие различия в зависимости от региональной принадлежности детских оздоровительных лагерей.

Третий этап предполагал оценку соответствия детских оздоровительных лагерей требованиям Стандарта – определение уровня выполнения отдельных положений Стандарта и оценку интегральных значений соответствия по отдельным параметрам.

На четвертом этапе на основе полученных частных оценок соответствия Стандарту отдельных лагерей выполнена обобщённая оценка уровня выполнения требований Стандарта в целом:

- для анализа выполнения отдельных требований Стандарта считается число и доля лагерей, выполняющих данное требование (оценка соответствия равна 1);

- для мониторинга выполнения требований Стандарта по отдельным критериям и параметрам определяются средние, модальные и медианные значения оценок;

- для оценки общего уровня выполнения требований Стандарта используются средние, модальные и медианные значения оценок интегральных показателей.

В ходе пятого этапа был осуществлен кластерный анализ данных – выявление отдельных кластеров лагерей, обладающих схожими признаками, на основе группировки всей совокупности лагерей, представленных в массиве данных, по различным параметрам, как формальным, так и содержательным, в том числе по их размерам, количеству и значимости отклонений от требований Стандарта по отдельным видам деятельности лагерей. Шестой этап предполагал разработку рекомендаций – подготовку обобщающих выводов и предложений по приведению Стандарта в соответствие с текущими особенностями организации детского отдыха в детских оздоровительных лагерях, в том числе:

- выявление ключевых драйверов и ограничений реализации Стандарта;

- формирование предложений по корректировке, дополнению или исключению отдельных требований Стандарта;

- разработку новой редакции Стандарта.



Результаты. В основу оценки соответствия требованиям Стандарта положены следующие принципы:

- учет исключительно обязательных для детского оздоровительного лагеря положений Стандарта, не носящих рекомендательный характер;
- использование трехуровневой системы оценки соответствия требованиям Стандарта, состоящей из 128 требований, 25 критериев и 11 параметров;
- установление равных весов для каждого критерия при проведении интегральной оценки соответствия требованиям Стандарта.

Для получения обобщенной оценки соответствия организации отдыха детей в детском оздоровительном лагере требованиям Стандарта по отдельному параметру суммировались нормированные оценки соответствия лагеря требованию Стандарта по соответствующим критериям. При анализе распределения лагерей по уровню соответствия критериям и параметрам Стандарта были сформированы четыре группы лагерей по уровню полученных оценок (см. таблицу 1).

Таблица 1

**Типологизация лагерей по уровню соответствия критериям и параметрам
Московского стандарта детского отдыха**

Группа	Уровень соответствия критерию, параметру Стандарта	Нормированная оценка критерия/параметра
1 группа	Полностью соответствует	=100%
2 группа	Соответствует более, чем на 50 %	≥50% - <100%
3 группа	Соответствует менее, чем на 50 %	≥50% - <0%
4 группа	Не соответствует	0

Интегральная оценка соответствия требованиям Стандарта определялась как сумма оценок по всем параметрам. В рамках анализа распределения лагерей по уровню соответствия всем требованиям Стандарта на основе нормированной интегральной оценки были сформированы шесть групп лагерей (см. таблицу 2).

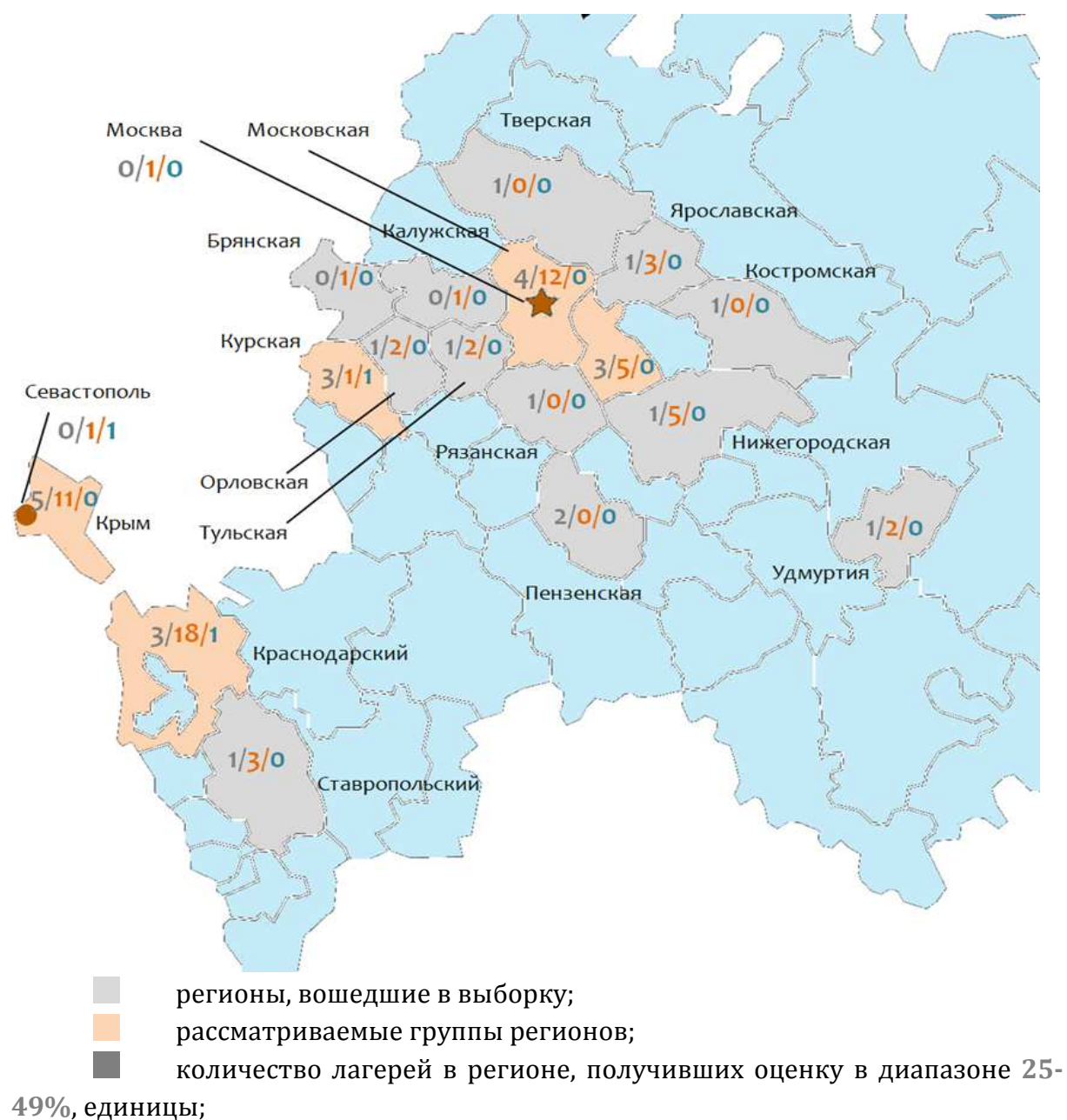
Таблица 2.

**Типологизация лагерей по уровню соответствия Московскому стандарту
детского отдыха**

Группа	Уровень соответствия всем требованиям Стандарта	Нормированная интегрированная оценка
1 группа	Полностью соответствует	=100%
2 группа	Соответствует более чем на три четверти	≥75% - <100%
3 группа	Соответствует более чем наполовину	≥50% - <75%
4 группа	Соответствует менее чем	≥25% - <50%

	наполовину	
5 группа	Соответствует менее чем на четверть	>0% - <25%
6 группа	Полностью не соответствует	0

В ходе выборочного исследования не было выявлено ни одного лагеря, полностью соответствующего или не удовлетворяющего требованиям Стандарта. Диапазон интегральных оценок соответствия варьировался от 36% до 78%. 70% лагерей соответствуют требованиям Стандарта на 50% и более. Наибольшая доля лагерей, соответствующих требованиям Стандарта, сосредоточена в Краснодарском крае, Московской области и Республике Крым (см. рисунок 1).





- количество лагерей в регионе, получивших оценку в диапазоне 50-74%, единицы;
- количество лагерей в регионе, получивших оценку в диапазоне 75-99%, единицы.

Рисунок 1. Интегральная оценка соответствия требованиям Стандарта, по регионам [3]

Закключение. Анализ особенностей организации работы детских оздоровительных лагерей позволил сформировать пакет из 88 новых требований в рамках 14 параметров. Часть предложенных требований явилось дополнением к определенным в представленном исследовании параметрам и критериям организации детского отдыха. Другая часть данных требований предполагает включение в Стандарт новых параметров, таких как медицинские услуги, коммуникации, доступная среда. Московский стандарт детского отдыха 2.0 включает 189 требований и 50 рекомендаций к детским оздоровительным лагерям. Они охватывают важные аспекты организации детского отдыха – безопасность, трансфер, программы отдыха, питание, инфраструктура, педагогический и медицинский персонал, доступная среда и другие.

Список литературы:

1. Качество жизни населения современной России в контексте социального государства: Отчет о НИР (Федеральное агентство по образованию) / Павленок П.Д., Харитонов Т.В., Кривошеева Т.М., Аникеева О.А., Митюрникова Л.А., Шеменева О.В., Мозговая Т.М., Краснова О.Н., Фодоря А.Ю., Погребова Е.С. – М., 2010. – 321 с.

2. Мартынова Е.В., Митрейкина И.В. Московский стандарт детского отдыха // Детский отдых 2017: Сборник материалов по итогам XI Международного конгресса лагерей и III Международной конференции «Индустрия детского полезного развивающего отдыха» (КИДПРО-2017) (9-13 октября 2017 г.) / Под общ. ред. Е.С. Митрейкиной, Г.В. Заярской, А.Ю. Фодоря. – М.: Издательско-торговый Дом «ПЕРСПЕКТИВА», 2017. – С. 78-83.

3. Массовый опрос «Московский стандарт детского отдыха. Региональная практика применения», 25.09.2018. [URL: http://file:///C:/Users/Домашний/Downloads/Для%20Лены.%202017.09.18/Отчет%20по%201%20этапу%20исследования%20по%20усовершенствованию%20Московского%20стандарта%20детского%20отдыха/!ПРИЛ_1_АНКЕТА.pdf Дата обращения 20.03.2019].

4. Московский стандарт. – URL: <https://crowd.mos.ru/> (дата обращения: 26.02.2019).

5. Наумов К.В., Заярская Г.В., Фодоря А.Ю. Основные направления научной деятельности ГАУК «МОСГОРТУР» в контексте государственной политики в сфере детского отдыха и оздоровления // Детский отдых 2017: Сборник материалов по итогам XI Международного конгресса лагерей и III Международной конференции «Индустрия детского полезного развивающего отдыха» (КИДПРО-2017) (9-13

октября 2017 г.) / Под общ. ред. Е.С. Митрейкиной, Г.В. Заярской, А.Ю. Фодоря. – М.: Издательско-торговый Дом «ПЕРСПЕКТИВА», 2017. – С.178-186.

6. Наумов К.В., Заярская Г.В., Фодоря А.Ю. Основные направления научной деятельности социолога в сфере детского отдыха и оздоровления (Из опыта ГАУК «МОСГОРТУР») // Материалы VIII международной социологической Грушинской конференции «Социолог 2.0: трансформация профессии» / Отв. ред. А.В. Кулешова. – 2018. С. 458-463.

7. Официальный сайт ГАУК «МОСГОРТУР». – URL: <http://standart.mosgortur.ru/> (дата обращения: 20.03.2019).

8. Сладков Г.Д., Фодоря А.Ю. Прогноз предпочтений родителей по выбору видов детского отдыха на летнюю кампанию 2017 года//Профессиональный проект: идеи, технологии, результаты. -2017. -№ 1 (26). - С. 78-88.

9. Фодоря А.Ю. Социально-экологические факторы состояния здоровья и благополучия населения // Вестник Учебно-методического объединения вузов России по образованию в области социальной работы. 2013. № 4. С. 104-114.

УДК 351.761.2:340.132.233](476)

НОВАЯ РЕДАКЦИЯ АНТИТАБАЧНОГО ДЕКРЕТА ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В КОНТЕКСТЕ ИМПЛЕМЕНТАЦИИ НОРМ РАМОЧНОЙ КОНВЕНЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА В НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО: ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Хейфец Е.Н., Хейфец Н.Е., Сачек М.М.

ГУ «РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. Исследована правотворческая деятельность по имплементации в законодательство Республики Беларусь норм Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). Отмечено, что в стране отсутствует целостный нормативный правовой акт (НПА), регулирующий вопросы борьбы с табакокурением; антитабачные нормы содержатся в нескольких НПА. Подчеркнуто, что предмет регулирования Декрета Президента Республики Беларусь от 17 декабря 2002 г. №28, новая редакция которого утверждена Декретом Президента Республики Беларусь от 24 января 2019 г. №2, не включает защиту здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма, что является основной целью РКБТ. Выработаны предложения, в том числе и по изменению законодательства о здравоохранении, реализация которых способствовала бы достижению указанной цели РКБТ.

Ключевые слова: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ); имплементация норм РКБТ в законодательство Республики Беларусь; антитабачный декрет Президента Республики Беларусь; проблемные вопросы; закон о борьбе с табакокурением.



Актуальность. Употребление табака представляет собой одну из самых значительных угроз для здоровья, когда-либо возникавших в мире. Оно ежегодно приводит почти к шести миллионам случаев смерти, из которых более пяти миллионов – среди курящих или куривших ранее, а более 600 тыс. – среди некурящих людей, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма. Каждые шесть секунд из-за табака умирает примерно один человек, то есть по этой причине происходит каждый десятый случай смерти среди взрослых людей. В XX веке табак стал причиной 100 миллионов случаев смерти, и при сохранении нынешних тенденций в XXI веке из-за употребления табака могут погибнуть до миллиарда человек. Если не принять меры, к 2030 г. число случаев смерти, связанных с табаком, превысит восемь миллионов в год. Факты свидетельствуют, что до половины нынешних потребителей табака в конечном итоге умрут от какой-либо связанной с этим болезни. Для координации действий государств в сфере противодействия табакокурению в 2003 г. была принята и в 2005 г. вступила в силу Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ), представляющая собой свод юридически обязательных для ее участников положений, которые основаны на фактических данных и устанавливают комплекс мер по эффективному противодействию табакокурению во всех странах мира. Республика Беларусь также является участником этого международного договора. Научный интерес представляет вопрос о совершенствовании национального законодательства в плане имплементации норм РКБТ и положений руководящих принципов осуществления отдельных ее статей для обеспечения защиты здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма.

Цель исследования: выработать предложения, направленные на усовершенствование имплементации норм Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) в законодательство Республики Беларусь с учетом прогрессивной международной практики в сфере правового регулирования борьбы с табакокурением.

Задачи исследования: изучить новую редакцию антитабачного декрета с точки зрения соответствия требованиям РКБТ и прогрессивной международной практике в сфере борьбы с табакокурением; выработать предложения, направленные на усовершенствование антитабачного законодательства Республики Беларусь в целом.

Материалы и методы исследования. Исследованы Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ); руководящие принципы к отдельным статьям РКБТ; нормативные правовые акты Республики Беларусь и акты законодательства зарубежных стран в сфере борьбы с табакокурением; отчеты ВОЗ по данному вопросу. Методы исследования: формально-логический; сравнительно-правовой; исторический; формально-юридический, системный.

Результаты. Основным международным правовым актом в сфере борьбы с табакокурением является Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака (РКБТ). Республика Беларусь –

участник РКБТ и, в связи с этим, обязалась обеспечить соответствие национального законодательства нормам данного международного договора. В стране принят ряд мер с целью реализации требований РКБТ, однако, в настоящее время антитабачное законодательство Республики Беларусь не в полной мере соответствует требованиям РКБТ и прогрессивной международной практике в данном вопросе [1, с.149].

Так, проведенные нами исследования позволяют заключить, что в Республике Беларусь отсутствует целостный нормативный правовой акт (НПА), регулирующий вопросы борьбы с табакокурением. Нормы антитабачного законодательства содержатся в ряде правовых актов, основным из которых является Декрет Президента Республики Беларусь от 17 декабря 2002 г. №28 «О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий» (далее – Декрет №28). Декрет №28 был изложен в новой редакции после принятия Декрета Президента Республики Беларусь от 24 января 2019 г. №2 (далее – декрет №2) «Об изменении декретов Президента Республики Беларусь» [2]. Декретом №2 также было утверждено Положение о государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий, производства, оборота и использования электронных систем курения, жидкостей для электронных систем курения, систем для потребления табака (далее – Положение).

Новая редакция антитабачного декрета вступает в силу 27 июля 2019 г. и регулирует отдельные вопросы борьбы с табакокурением в Республике Беларусь. В частности, в Декрете №2 и утвержденном им Положении [2]:

а) распространено действие различных мер по борьбе с табакокурением на электронные сигареты: в предыдущей редакции Декрета распространение и потребление электронных сигарет никак не регулировалось;

б) запрещены при производстве товаров, не являющихся табачными изделиями, электронными системами курения, системами для потребления табака, имитация внешнего вида табачных изделий и (или) использование наименований видов табачных изделий в наименованиях (дополнительных наименованиях) таких товаров, а также оптовая, розничная торговля такими товарами;

в) запрещена реклама жидкостей для электронных систем курения, за исключением рекламы, размещаемой на сайтах их производителей и импортеров в национальном сегменте глобальной компьютерной сети Интернет;

г) запрещено оказание безвозмездной (спонсорской) помощи в виде табачных изделий, электронных систем курения, жидкостей для электронных систем курения, систем для потребления табака;

д) установлено, что в магазинах и павильонах, имеющих торговую площадь 1000 и более квадратных метров, с 1 января 2020 г. продажа табачных изделий, электронных систем курения, жидкостей для электронных систем курения, систем для потребления табака должна будет осуществляться через определенные товарные отделы;



е) запрещено с 1 января 2022 г. использование для хранения и продажи табачных изделий в магазинах и павильонах оборудования, размещаемого над контрольно-кассовыми узлами;

ж) запрещено производство, хранение некурительных табачных изделий, предназначенных для жевания и (или) сосания, оптовая и (или) розничная торговля ими;

з) урегулирована деятельность, связанная с производством и оборотом табачного сырья и табачных изделий, производством и оборотом электронных систем курения, жидкостей для электронных систем курения, систем для потребления табака;

и) установлены требования, предъявляемые к оборудованию для производства табачных изделий;

к) установлены требования к информации, указываемой на потребительской упаковке табачных изделий, электронных системах курения;

л) урегулированы вопросы маркировки табачных изделий акцизными и (или) специальными марками;

м) урегулированы вопросы, связанные с государственным регулированием цен на табачные изделия, установлением минимальной и максимальной розничной цены на них;

н) перечислены помещения, в которых запрещена продажа табачных изделий и электронных систем курения:

в торговых объектах, не указанных в части первой п.33 Положения (магазины, павильоны, киоски, неизолированные торговые объекты, автомагазины, объекты общественного питания, торговые объекты, принадлежащие операторам почтовой связи, имеющим обязательства по оказанию универсальных услуг почтовой связи);

посредством торговли на ярмарках, аукционах, торговых местах на рынках, комиссионной торговли, торговли вне торговых объектов (за исключением торговли вне торговых объектов электронными системами курения, системами для потребления табака), разносной торговли (за исключением разносной торговли на воздушных судах, выполняющих международные рейсы, табачными изделиями, электронными системами курения, жидкостями для электронных систем курения, системами для потребления табака, декларантом которых является владелец магазина беспошлинной торговли), при осуществлении общественного питания вне объектов общественного питания по заказам;

в специализированных магазинах (товарных отделах, секциях иных магазинов), в которых осуществляется продажа товаров для детей, в том числе подростков;

на территориях и в помещениях, занимаемых организациями физической культуры и спорта, спортивно-оздоровительными и иными лагерями, физкультурно-спортивными сооружениями;

на территориях и в помещениях, занимаемых учреждениями образования, организациями, реализующими образовательные программы послевузовского

образования, а также иными организациями, индивидуальными предпринимателями, которым в соответствии с законодательством Республики Беларусь предоставлено право осуществлять образовательную деятельность;

в помещениях, занимаемых театрально-зрелищными и культурно-просветительными организациями культуры;

в помещениях, занимаемых организациями здравоохранения, санаторно-курортными и оздоровительными организациями (за исключением стационарных торговых объектов, стационарных объектов общественного питания, расположенных в санаториях для взрослых, санаториях для взрослых и детей);

о) запрещена продажа табачных изделий с применением Интернет-технологий (за исключением торговли электронными системами курения, системами для потребления табака), торговых автоматов и иных электронных устройств, а также методами самообслуживания, другими способами, при которых покупатель имеет прямой доступ к этим изделиям, системам;

п) запрещается открытая выкладка табачных изделий (их образцов), жидкостей для электронных систем курения (их образцов) в витринах, на (в) ином торговом оборудовании;

р) запрещается продажа табачных изделий, жидкостей для электронных систем курения лицам моложе 18 лет;

с) полностью запрещено курение в целом ряде мест и помещений, а именно:

в лифтах и вспомогательных помещениях многоквартирных жилых домов, общежитий;

на детских площадках;

на рабочих местах, организованных в помещениях;

на территориях и в помещениях, занимаемых спортивно-оздоровительными и иными лагерями;

в помещениях и на территориях, занимаемых учреждениями образования, организациями, реализующими образовательные программы послевузовского образования;

в подземных переходах, на станциях метрополитена;

на остановочных пунктах на маршрутах автомобильных перевозок пассажиров и перевозок пассажиров городским электрическим транспортом, посадочных площадках, используемых для посадки и высадки пассажиров;

во всех видах транспорта общего пользования, за исключением морских судов, судов смешанного (река – море) плавания;

в автомобилях, если в них присутствуют дети в возрасте до 14 лет;

в иных местах, определенных законодательными актами Республики Беларусь.

В ряде мест и помещений в Республике Беларусь (в торговых объектах и объектах бытового обслуживания населения, торговых центрах и на рынках; в объектах общественного питания, на территории летних площадок



(продолжений залов); в границах территорий, занятых пляжами; на территориях и в помещениях, занимаемых организациями физической культуры и спорта, физкультурно-спортивными сооружениями; в производственных зданиях (помещениях); в помещениях и на территориях, занимаемых государственными органами, организациями культуры и здравоохранения, санаторно-курортными и оздоровительными организациями и т.д.), согласно Положению, курение запрещено не полностью, а лишь вне специально отведенных для этого мест (п.35 Положения) [2].

В то же время, Декрет №2 и утвержденное им Положение:

А. Предусматривают возможность курения в специально выделенных местах на территории ряда общественных мест и помещений, хотя в руководящем принципе 1 осуществления статьи 8 РКБТ прямо указывается, что «эффективные меры по обеспечению защиты от воздействия табачного дыма, предусмотренные в Статье 8 Рамочной конвенции ВОЗ, требуют полного исключения курения и табачного дыма в конкретном пространстве или среде, с тем чтобы создать 100%-ную бездымную среду. Безопасного уровня воздействия табачного дыма не существует, и такие понятия, как пороговое значение для токсичности вторичного дыма, следует отвергнуть, так как они противоречат научным фактам. Иные подходы, чем обеспечение бездымной на 100% среды, включая вентиляцию, фильтрование воздуха, использование специально выделенных зон для курения (будь то с отдельными вентиляционными системами или без них), неоднократно доказали свою неэффективность, и имеются убедительные факты, как научные, так и иные, которые показывают, что инженерные решения не защищают от воздействия табачного дыма» [3, с.20; 4; 5].

Кроме того, согласно данным многочисленных исследований, приводимых в научной литературе, только полный запрет курения в общественных местах способен эффективно защитить человека от воздействия вторичного табачного дыма. Приводятся также убедительные доказательства того, что полный запрет на курение в общественных местах способствует достижению ряда положительных результатов в сфере борьбы с табакокурением, в частности [3, с.20; 6, с.70]:

- сокращению потребления табачной продукции;
- снижению числа курящих среди молодежи;
- снижению смертности от инфарктов и сокращению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний;
- снижению заболеваемости болезнями органов дыхания;
- снижению уровня пассивного курения.

Б. Предусматривают государственное регулирование цен на табачные изделия, устанавливают требования к максимальным и минимальным розничным ценам на каждую пачку сигарет (глава 9 Положения) [2], но данные меры недостаточны для эффективного исполнения Республикой Беларусь требований статьи 6 РКБТ «Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак».

Так, ВОЗ призывает государства-участники проводить налоговую и ценовую политику на табачные изделия таким образом, чтобы на их территории разница в ценах на самую популярную и самую дешевую марку сигарет была невелика, так как иначе потребители табака вместо более дорогих станут покупать более дешевые сигареты, и эффективность повышения уровня налогов, цен на табачные изделия будет невысока [7]. Кроме того, согласно рекомендациям ВОЗ, ценовая и налоговая политика государств в отношении табачных изделий лишь тогда может считаться успешной, если налоговая составляющая розничной цены самых популярных марок сигарет на их территории не ниже 75% [7]. Обязанность уполномоченных органов власти Республики Беларусь реализовывать вышеназванные ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак целесообразно внести в Положение, утвержденное декретом №2.

В. Не включают в себя ряд прогрессивных мер по регулированию состава табачных изделий, содержащихся в руководящих принципах осуществления статей 9 и 10 РКБТ и применяемых за рубежом. Например, в Положении, утвержденном Декретом №2, содержится запрет на производство и продажу сосательных и жевательных табачных изделий, но отсутствует запрет на производство и реализацию тонких сигарет и запрет использования любых ароматизированных добавок при производстве табачных изделий, в том числе (но не ограничиваясь этим) аромата ментола, фруктовых, ванильных ароматов, ароматов специй, растений, конфет и т.д. Запрет на реализацию тонких сигарет следует рассматривать в качестве продолжения борьбы с политикой табачной промышленности, которая пытается позиционировать данные сигареты как более привлекательные для потребителей по сравнению с обычными. Согласно данным ряда исследований, уменьшенный диаметр сигарет «может вводить в заблуждение потребителей табака и оказывать влияние на их отношение к употреблению табака». Например, при продвижении сигарет формата *slims*, предназначенных для распространения среди женщин, утверждается, что курение подобных сигарет помогает достичь стройной внешности, хотя это не соответствует действительности. Поэтому запрет на производство и реализацию тонких сигарет необходим как одна из мер по снижению привлекательности табачных изделий для потребителей [3, с.21], в первую очередь, представительниц женского пола как потенциальных матерей.

Запрет использования любых ароматизированных добавок при производстве табачных изделий необходим, так как в соответствии с руководящими принципами осуществления статей 9 и 10 РКБТ, с позиций общественного здравоохранения нельзя оправдать разрешение на использование ароматизированных веществ в составе табачных изделий, поскольку они облегчают придание привлекательности последним. Подобного рода меры закреплены в законодательстве целого ряда государств (государства – члены Евросоюза, США) и направлены на снижение привлекательности табачных изделий для потребителей. Кроме того, в научной литературе справедливо



утверждается, что табачные изделия должны быть похожи именно на табачные изделия, иметь запах и вкус табачных изделий, поскольку все должны понимать, что табак – это не игрушка, а нечто опасное для здоровья.

Г. Содержат недостаточно мер по борьбе с рекламой, стимулированием продажи и спонсорством табачных изделий. В частности, Декрет №2 предусматривает запрет на:

рекламу жидкостей для электронных систем курения, за исключением рекламы, размещаемой на сайтах их производителей и импортеров в национальном сегменте глобальной компьютерной сети Интернет;

оказание безвозмездной (спонсорской) помощи в виде табачных изделий, электронных систем курения, жидкостей для электронных систем курения, систем для потребления табака.

Кроме того, согласно закону «О рекламе» в Республике Беларусь запрещены реклама табачных изделий, ряд видов стимулирования продажи табачных изделий.

С целью эффективной имплементации норм статьи 13 РКБТ в законодательство Республики Беларусь и учитывая прогрессивную международную практику по данному вопросу, необходимо дополнить Положение следующими пунктами, направленными на борьбу с рекламой табачных изделий:

установление обязанности вещателя или организатора демонстрации аудиовизуальных произведений, включая теле- и видеофильмы, теле-, видео- и кинохроникальные программы, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака, обеспечить в целях информирования населения о вреде табакокурения и недопущения рекламы табачных изделий, используя опыт Российской Федерации, трансляцию социальной рекламы о вреде потребления табака непосредственно перед началом или во время демонстрации такого произведения или программы [3, с. 22, 23];

запрет любых действий, направленных на стимулирование продажи табачных изделий и спонсорство табачными компаниями, в частности, запрет любым организациям на получение взносов «на социально ответственные мероприятия» со стороны табачной промышленности, являющееся, согласно рекомендациям ВОЗ, спонсорством, а также запрет придания огласке информации о деятельности табачной промышленности, которая может трактоваться как проявление «социальной ответственности», так как, по заключению ВОЗ, подобная информация является рекламой и стимулированием продажи табачных изделий [3, с. 22, 23];

запрет на получение финансирования со стороны табачной промышленности для политических партий, политических деятелей; любых аудиовизуальных СМИ и программ; в целях проведения информационных кампаний и мероприятий для населения, включая и осуществляемые с целью профилактики курения среди молодежи.

Д. Содержат запрет на продажу табачных изделий, жидкостей для

электронных систем курения лицам моложе 18 лет, но не содержат запрет на продажу табачных изделий лицами до 18 лет, хотя подобное требование содержится в статье 16 РКБТ и было включено в предыдущую редакцию антитабачного Декрета Президента Республики Беларусь.

Следует отметить, что принятие новой редакции антитабачного декрета Президента Республики Беларусь не отменяет необходимость принятия законодательного акта, регулирующего именно сферу защиты здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма и способствующего полной имплементации норм РКБТ в законодательство Республики Беларусь с учетом прогрессивной международной практики.

В этом законе должны быть указаны предмет и принципы правового регулирования в области защиты здоровья населения от последствий потребления табака; должно быть отмечено, посредством чего обеспечивается эта защита; подчеркнуто, что:

обеспечение защиты здоровья населения от последствий потребления табака является обязательством Республики Беларусь;

осуществление мер по оказанию медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости, является обязательством республиканских органов государственного управления, иных государственных организаций, местных исполнительных и распорядительных органов;

республиканские органы государственного управления, иные государственные организации, местные исполнительные и распорядительные органы осуществляют меры, направленные на предотвращение воздействия табачного дыма за счет бюджетных ассигнований бюджетов соответствующих уровней, а индивидуальные предприниматели и юридические лица за счет собственных средств.

В регулирующем данную сферу нормативном правовом акте должны быть определены полномочия Президента Республики Беларусь, Совета Министров Республики Беларусь, республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов в области защиты здоровья населения от последствий потребления табака; права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в данной сфере.

Также должно быть подчеркнуто, что мероприятия по предотвращению воздействия табачного дыма и снижению потребления табака подлежат включению в государственные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения, развития здравоохранения; установлено, что медицинская помощь населению, направленная на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости, осуществляется в соответствии с клиническими протоколами и обеспечивается ее доступность.

В законе должно быть указано, что в Республике Беларусь [3, с.25–27]:

запрещена государственная монополия на импорт табачного сырья и



табачных изделий;

запрещено предоставление торговых преференций предприятиям табачной промышленности;

запрещено структурам, связанным с государством, финансируемым за счет государственного бюджета, вкладывать инвестиции в предприятия табачной промышленности;

предусмотрены высокая налоговая составляющая розничной цены самых популярных марок сигарет и установление нормативным актом уполномоченных органов власти максимального уровня, на который могут отличаться цены на самую популярную и самую дешевую марку сигарет, при его аргументированном обосновании;

полностью запрещено курение в закрытых помещениях (с исключением самого понятия «специально выделенное место для курения» при регулировании табакокурения в закрытых помещениях); вблизи закрытых помещений (на расстоянии 10 метров); в общественных местах; в вагонах поездов, морских судах и самолетах; на спортивных сооружениях, расположенных на открытом воздухе, во время проводимых там мероприятий; в иных местах массового скопления людей на открытом воздухе; на всех видах вокзалов, в аэропортах, подземных переходах, на станциях метрополитена;

запрещены производство и реализация тонких сигарет;

запрещено использование любых ароматизированных добавок при производстве табачных изделий;

на упаковке табачных изделий:

предусмотрено наличие предупреждений о вреде табакокурения в размере не менее 75% передней и задней части упаковок табачных изделий, производимых и реализуемых в стране;

запрещено использование художественного оформления;

полностью запрещены все возможные меры стимулирования продажи табачных изделий и спонсорства табачными компаниями; запрещено любым организациям получать взносы «на социально ответственные мероприятия» со стороны табачной промышленности;

установлена обязанность уполномоченных органов власти (Министерство здравоохранения, местные органы власти):

в целях пропаганды отказа от курения обеспечивать рассылку на мобильные телефоны граждан сообщений с обоснованием необходимости отказа от курения, функционирование в стране бесплатных телефонных «горячих линий», интернет-сайтов, страниц в социальных сетях, приложений к мобильным устройствам, проведение ежегодных семинаров, где заинтересованные лица могли бы получить всю необходимую информацию по поводу отказа от курения;

предпринимать меры по субсидированию стоимости лекарственных средств, применяемых при лечении табачной зависимости.

Только при таком подходе задача защиты здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма

будет решаться в соответствии с прогрессивной международной практикой.

В связи с отсутствием указанного законопроекта в плане подготовки законопроектов на 2019 год, утвержденном указом Президента Республики Беларусь от 04.01.2019 г. №4, и разработкой законопроекта «О внесении изменений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»», нами предложены следующие изменения в статью 63¹ «Меры по охране здоровья населения» данного закона (выделены курсивом):

«...В целях обеспечения эффективной деятельности государства в области здравоохранения республиканские органы государственного управления, местные исполнительные и распорядительные органы, иные государственные органы, общественные объединения, юридические и физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, в пределах своей компетенции осуществляют меры по охране здоровья населения, в том числе от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

К мерам по охране здоровья населения относятся:

развитие физической культуры и спорта, оздоровление окружающей среды, в том числе создание и поддержание благоприятной среды жизнедеятельности без окружающего табачного дыма, совершенствование охраны труда;

формирование у населения навыков здорового образа жизни, ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих, в том числе возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью вследствие воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

оказание первой помощи;

спасение жизни людей и защита здоровья при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, актах терроризма и массовых беспорядках;

разработка и реализация государственных программ по вопросам формирования здорового образа жизни, в том числе по противодействию табакокурению, употреблению алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, потреблению наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

профилактика употребления населением алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, потребления наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, табачных изделий;

пропаганда здорового образа жизни;

информирование населения о факторах, оказывающих негативное влияние на здоровье человека (табакокурение, употребление алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, потребление наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, гиподинамия, неправильное питание и другое);

обеспечение доступности оказания медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;



информирование населения о факторах, воздействующих на организм человека, в том числе о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания человека, сбалансированном и рациональном питании, качестве, безопасности и безвредности продукции, о работах и услугах, представляющих потенциальную опасность для жизни и здоровья человека;

осуществление иных мер по охране здоровья населения путем создания социально-экономических механизмов, направленных на устранение факторов и условий, отрицательно влияющих на здоровье...».

Заключение. Таким образом, и первоначальная, и новая редакция антитабачного декрета не в полной мере соответствуют требованиям отдельных статей РКБТ, руководящих принципов осуществления этих статей и учитывают прогрессивный международный опыт в сфере борьбы с табакокурением. В рамках данного правового акта это в принципе невозможно осуществить, поскольку предмет его регулирования – производство, оборот и потребление табачного сырья и табачных изделий, а не защита здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма, что явилось основной целью разработки и принятия РКБТ. Данную сферу должен регулировать отдельный закон. Вместе с тем, до принятия указанного закона, достижению этой цели будет способствовать законодательное закрепление предлагаемых нами позиций в законе «О здравоохранении».

Список литературы:

1. Хейфец, Е.Н. Имплементация отдельных норм Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака (РКБТ) в законодательство Республики Беларусь / Е.Н.Хейфец // Сацыяльна-эканамічны і прававыя даследаванні. – 2017. – №3. – С.149–164.

2. Об изменении декретов Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Декрет Президента Респ. Беларусь, 24 янв. 2019 г., №2 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

3. Хейфец, Е.Н. Имплементация норм Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в национальное законодательство: современная ситуация и основные направления совершенствования антитабачного законодательства Республики Беларусь / Е.Н.Хейфец // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №3. – С.12–32.

4. Руководящие принципы для защиты от воздействия табачного дыма [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_russian.pdf. – Дата доступа: 21.03.2019.

5. Хейфец, Е.Н. Правовое регулирование вопросов, связанных с защитой населения от воздействия табачного дыма, в Республике Беларусь / Е.Н.Хейфец // Актуальные проблемы правовых, экономических и гуманитарных наук: материалы 7 международной научной конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов, магистрантов и студентов, Минск, 14

апреля 2017 г. / ЧУО «БИП-Институт правоведения»; под ред. С.Ф.Сокола [и др.]. – Минск: БИП, 2017. – Ч.1. – С.51–52.

6. Засимова, Л.С. Государственная политика в области ограничения курения: какие меры наиболее эффективны? [Электронный ресурс] / Л.С.Засимова // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2010. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/gosudarstvennaya-politika-v-oblasti-ogranicheniya-kureniya-kakie-mery-naibolee-effektivny>. – Дата доступа: 21.03.2019.

7. The Economic and Health Benefits of Tobacco Taxation [Electronic resource] / World Health Organization; FCTC (WHO Framework Convention on Tobacco Control). – 2015. – WHO/NMH/PND/15.6. – Mode of access: [https:// www.who.int/ tobacco/ publications/ economics/ post2015tobacco /en/](https://www.who.int/tobacco/publications/economics/post2015tobacco/en/). – Date of access: 21.03.2019.

УДК 61

ЮВЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ДОЛГОЛЕТИЯ

Хисматуллина З.Н., Валеева Н.Ш.

КНИТУ (КХТИ), г. Казань

Аннотация: Дано представление о ювенологии как науке о сохранении молодости, продлении видовых сроков жизни путем здорового образа жизни. Определена важность не только максимального использования резервов долголетия, заложенных природой в организме человека, но и необходимости значительно расширить их, отодвинуть видовые границы человеческой жизни, сделать человека разумного еще и человеком долгоживущим.

Ключевые слова: валеология, ювенология, образ жизни, социокультурные условия, здоровье, витамин.

В исследовании проблемы определения качественного состояния здоровья социума и его количественных показателей социальная валеология должна опираться на антропологический, социологический, медицинский подходы. Применяя такой комплексный подход к определению здоровья современного человека, ученым удалось зафиксировать следующую картину. Здоровье современного человека стало намного более хрупким, у него нет той сопротивляемости к боли, к усталости, к лишениям, что была в предыдущие периоды развития человечества. У человека понизилась сопротивляемость внешним и внутренним агрессиям, он более чувствителен к разного рода инфекциям, его одолевают бессонница, тоска, страх, неуверенность. Мы стали жить дольше, чем наши предки, но у нас нет той жизненной силы, что была у них.

Номо Sapiens, проживший на планете без физических изменений более 50 тыс. лет, стал стремительно видоизменяться и терять свои былые природно-функциональные качества, приобретая социальные и социально-техногенные. Это ставит перед современным человечеством вопрос: насколько значительны эти изменения и какое влияние они окажут на здоровье человека? Уже сейчас



угадывается направление, в котором эти изменения трансформируют социально-природную сущность человека. Если иметь в виду, что медициной зафиксировано 30 тысяч болезней, которым подвергается человек, что 60 % жителей планеты находятся в «третьем состоянии», т.е. пребывают на грани между болезнью и здоровьем, то можно сделать вывод: наметился путь от «природного человечества» к «социотехноприродному». [2]

Совокупность факторов риска, воздействующих на состояние здоровья популяции, включает в себя вредные экологические условия, производственный, бытовой и уличный травматизм, курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психоактивных веществ, плохое питание, неудовлетворительная физическая активность и др.

Становится все более очевидным, что причина современной патологии – в образе жизни человека и во вредном воздействии окружающей его среды, т.е. в многогранном комплексе объективных и субъективных факторов. Поэтому, вследствие усиления воздействия на здоровье населения различных биологических, социально-экономических и психологических факторов и в первую очередь тех, которые связаны с научно-техническим прогрессом, урбанизацией общества, изменением состояния природной среды, все более актуальными становятся проблемы изучения, сохранения и восстановления здоровья людей. Актуальность этих проблем делает необходимым комплексное исследование всей гаммы условий, оказывающих влияние на здоровье, жизненную активность населения, включая валеологизацию образа жизни людей. [5]

Образ жизни является, и это признают все авторы, самым весомым фактором, влияющим на здоровье – на его долю отводят более 50 %. Поэтому ответственность здоровых и трудоспособных людей, самого человека за собственное здоровье требует формирования механизмов самооценки человеком своего здоровья и влияния на него образа жизни. [5]

В настоящее время много говорится о здоровом образе жизни. Образ жизни включает труд, быт, общественную деятельность и то, чем питаются и во что одеваются люди, как они трудятся и как отдыхают, каков распорядок их дня, каковы их предпочтения. Образ жизни отражается в поведении, традициях, обычаях и стиле жизни. Образ жизни – это заведенный порядок или уклад жизни: привычка рано вставать или поздно ложиться, курить натошак, одеваться дома во все старое, покупать продукты на рынке, а не в магазине, по выходным бегать в лес или каждый день делать утреннюю зарядку, читать перед сном, часами сидеть перед компьютером и многое другое. Образ жизни человека зависит от его возраста, пола, профессии, определяется не только личными качествами человека (характером, темпераментом, уровнем духовной культуры), но и социальными условиями среды (социальным положением семьи, экономическим уровнем развития общества и политическим режимом страны, климатическими условиями места жительства). [5]

С точки зрения ювенологии образ жизни должен быть особым: человек должен знать опасности для его здоровья и смолоду повседневно жить так, чтобы не вредить своему здоровью, разумеется, насколько это возможно. Так, скажем, каждому специалисту известно, что отрицательно действует как настоящий фактор риска, - курение, каждый может отличить курящего в старшем возрасте по лицу (по характерным изменениям кожи), а разница в состоянии внутренних органов еще заметнее. Специальные исследования показывают, что курение ускоряет процесс старения, поэтому здоровый образ жизни исключает вредные привычки. [4]

Однако факторы риска имеют не только качественное, но и количественное выражение: ведь риск неодинаков, если человек курит много или мало. Поэтому различают три степени риска: незначительная, средняя и высокая степень. Например, если человек выкуривает от 1 до 10 сигарет в день, то риск небольшой – первая степень риска. Если выкуривает от 11 до 20 сигарет – средняя степень риска, а если человек выкуривает больше 20 сигарет в день – высокая степень риска. Такая классификация носит, конечно, условный характер, но она позволяет оценить факторы риска.

Отвечая на такой нетривиальный вопрос: «Как помолодеть?», следует выделить основные моменты. Прежде всего, необходимо избегать инфекционных и неинфекционных заболеваний, травм, случаев, которые в разной степени ослабляют организм, угрожают своими осложнениями, смертельным исходом. Необходимо избегать и ускоряющих старение воздействий, хотя бы известных лишь частично и, по-видимому, различных для каждого человека, так как люди во многом различаются между собой как от рождения (генотипом), так и в отношении приобретенных свойств организма. Следует ориентироваться в специальных ювенологических возможностях, контролируя свои возрастные показатели, учитывая самые начальные проявления основных неинфекционных заболеваний, советуясь со специалистами, когда возникают какие-либо неясности. Для омоложения не следует браться за экстравагантные средства, не проверенные специалистами, так как можно пострадать. Необходимо руководствоваться фактами, проверенными на практике, интересуясь литературой по ювенологии и оценивая ее критически. [4]

В последние десятилетия в мире публикуется множество самых популярных изданий, в которых противоречивы объяснения наблюдаемых явлений. Известны случаи использования новых, недостаточно проверенных средств, рекомендаций, что представляет большую опасность для здоровья человека или его потомства. Не без основания говорят, что существует «бомба И» (от слова «информация»). Нечто похожее в литературе имеется по вопросам ювенологии, и не удивительно, что может получиться противоположный эффект: вместо улучшения здоровья – ухудшение.

Ювенология ведет речь о возможностях продления молодости, заложенных прежде всего в здоровом образе жизни, об омоложении всего организма – от отдельных клеток до органов и систем. здоровье можно считать даром природы,



но от человека и от общества зависит, сохранится, умножится или растратится этот бесценный дар. Особенно беззаботно относятся к своему здоровью молодые люди, не обремененные болезнями. Непонимание значимости здоровья для полноценной человеческой жизни – признак не только низкой общей культуры и медицинской грамотности, но самый настоящий социальный инфантилизм.

Ключом формирования здорового образа жизни является самосохранительное, медицинское поведение, т.е. деятельность людей, связанная со своим и общественным здоровьем и что особенно важно – создание благоприятной обстановки, условий для укрепления здоровья – развитие тех индивидуальных и общественных факторов, прежде всего гигиенического воспитания и поведения, которые участвуют в формировании здоровья, его охраны, укреплении, и воспроизводстве. [1]

Существует два направления формирования здорового образа жизни:

1. Создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, обстоятельств, по существу формирование потенциала здоровья.
2. Преодоление, уменьшение факторов риска здоровью.

Хотя оба этих аспекта (направления) тесно взаимосвязаны, нередко на практике дело ограничивается лишь борьбой с факторами риска, что само по себе очень важно, но гораздо проще, так как речь идет о преодолении явлений, лежащих на поверхности, достаточно хорошо известных и измеряемых. Гораздо сложнее определить и провести практическую работу по созданию факторов здорового образа жизни.

Однако не в разграничении этих аспектов заключается проблема, а в конкретных планах, программах формирования здорового образа жизни и их реализации, в том числе и через получившие широкое распространение ювенологические программы здоровья. В целом такие программы ориентируют самосохранительное поведение человека на сознательное активное участие в создании условий, способствующих сохранению здоровья и продления жизни.

Что дает следование правилам здорового образа жизни (помимо профилактики заболеваний)? Ответ очевиден: *долгую жизнь, здоровье и возможность наслаждаться жизнью*. Исследователи, изучавшие влияние образа жизни на здоровье и условия, способствующие увеличению продолжительности жизни, заинтересовались долгожителями, живущими в разных уголках мира, например, в горах Грузии, в сельских районах Белоруссии, Якутии, в горных районах Шотландии, в долине Хунза в Индии. Многие здесь достигают возраста более 110-120 лет. В этих районах больше долгожителей, чем где бы то ни было: на 100 000 человек приходится 100 людей старше ста лет, в то время как в среднем на земном шаре на 100 000 населения приходится только 3 человека в возрасте старше ста лет. Более того, долгожители и в преклонном возрасте остаются достаточно энергичными, сильными, физически здоровыми, сохраняют ясность ума. У многих из них острое зрение, слух, хорошая осанка. Они физически активны, проходят 3-4 км в день, плавают. [4]

Изучение образа жизни долгожителей привело исследователей к выводу, что это объясняется не только влиянием генетических факторов, но и уникальным образом жизни. Например, для жителей горных районов Абхазии характерен размеренный образ жизни. Они физически и умственно активны, занимаются несложной физической работой, в которой участвуют и стар, и млад. Их повседневная пища отличается малым содержанием насыщенных жиров и мясных продуктов, большим количеством фруктов и овощей, отсутствием или малым количеством спиртных напитков. Как правило, они не курят. Переедание у них считается опасным, а ожирение осуждается. К тому же у этих народов долгожительство возведено в своего рода культ – это проявляется в стремлении к здоровью, силе, красоте.

Для того, чтобы понять феномен долгожительства, необходимо принять во внимание социокультурные условия. [5] Главное – это надежное и прочное место, которое занимают пожилые люди в социальной структуре. Включенность пожилых людей в общественную жизнь и обширную сеть семейных отношений как полноценных членов сообщества дает им чувство сопричастности к работе, принятию решений, проведению досуга. Это помогает им также преодолевать стресс, обеспечивает социальную поддержку и помогает сохранять интерес к жизни.

Итак, образ жизни и социокультурные условия защищают людей от болезней, которые часто сопутствуют старости, способствуют продлению активной, полноценной жизни и поддержанию психических и физических функций на оптимальном уровне. Отсюда напрашивается вывод, что с помощью некоторых профилактических мер, предотвращающих или отдаляющих начало хронических заболеваний, можно прожить дольше, оставаясь при этом здоровым.

Исследования в области продления видовых сроков жизни человека не ограничиваются общетеоретическими разработками. В 1976 г. возникла новая отрасль знания. Одни ученые называют ее ювенологией (ювенис – молодой; термин предложен российским биофизиком М. М. Виленчиком); другие – валеологией (валео – здоровье), третьи – лонгевистикой (лонгус – длительный). Возможно, появятся еще другие термины, пока за этой наукой не закрепится ее окончательное название. Ювенология – наука о сохранении молодости, о продлении видовых сроков жизни путем здорового образа жизни.

В настоящее время широко известно свыше ста разнообразных систем здорового образа жизни и продления молодости – от древних систем до новейших методов. На самом же деле их гораздо больше. Ювенология использует достижения комплекса медико-биологических наук, изучающих причины и факторы старения и долголетия, разрабатывающих методы укрепления здоровья и продления жизни. На основе комплексных данных науки и практики ювенология и разрабатывает свои рекомендации.

С точки зрения ювенологии здоровый образ жизни – весьма широкое понятие. На первом месте с ювенологической точки зрения должна быть диета, означающая умеренность в еде, много овощей и фруктов и немного мяса (до 2 раз



в неделю). В основе такой диеты лежит теория о значении интоксикации и аутоинтоксикации для старения. Вспомним, что еще И.И.Мечников выдвинул гипотезу самоотравления, но до сего времени омолаживающее действие кислого молока не доказано, да и самоотравление у каждого из нас может происходить из разных источников.

Наряду с питанием и дыхание может иметь определенное значение для развития некоторых неинфекционных заболеваний. Понижение уровня углекислоты в крови достигается уменьшением глубины дыхания, и это дает лечебный эффект при астматическом бронхите и некоторых других заболеваниях органов дыхания. [3]

Оптимальная концентрация углекислоты – 6,5 %: рефлекторно расширяются сосуды, гемоглобин лучше отдает кислород, ткани получают его больше, восстанавливается кислотно-щелочное равновесие и иммунная защита, больные довольно быстро поправляются. Выходит, что глубокое дыхание может быть причиной некоторых заболеваний? Врачи знают давно, что от глубокого дыхания (гипервентиляция) человек может потерять сознание. Парадоксально, но факт: делая глубокое дыхание, человек считает, что насыщает организм кислородом, а на самом деле все происходит наоборот – в 2-3 раза уменьшается приток крови к тканям и примерно в 2 раза прочнее связывается кислород с гемоглобином, клетки получают в 4-6 раз меньше кислорода, чем обычно. [3]

Некоторые специалисты предполагают, что более 150 недугов вызываются глубоким дыханием (дефицитом углекислоты в организме). К.П.Бутейко почти 20 лет доказывал правоту своей гипотезы. Его исследования показали, что обильная пища, отрицательные эмоции, долгий сон, тепловой комфорт, курение и алкогольные напитки значительно углубляют дыхание. Поэтому оптимальное дыхание в сочетании с ограничением питания, закаливанием и отказом от алкоголя и курения существенно уменьшают склонность к заболеваниям.

Возрастное развитие человека является результатом единства и противоположности двух начал: старения и витаукта. Большое значение в процессах старения придается свободным радикалам – химически высокоактивным частям молекул, содержащим один неспаренный электрон. При окислительных (энергетических) процессах такие радикалы образуются в большом количестве, повреждают белки, нуклеиновые кислоты, но особенно они активны по отношению к клеточным мембранам. Все эти процессы имеют важное значение при развитии атеросклероза, онкологических и других патологических состояниях, с учетом механизмов приспособления – противоположного действия антиоксидантов, обезвреживающих свободные радикалы.

В процессе старения слабее становится система защиты организма, снижаются память, работоспособность, меняется поведение человека, исчезает репродуктивная способность. И в этом отношении усматриваются два воздействия – старения и витаукта: важно их противоположное действие, обеспечиваемое факторами и антифакторами риска (окисление и торможение окисления). Принципиально важное значение имеет сама возможность

противоположного действия процессу старения. Ведь нас интересует совершенно практический вопрос: как можно помолодеть, что мы должны делать каждый день для того, чтобы сохранить молодость организма.

С позиций ювенологических полезны следующие практические советы. Голодать не рекомендуется: нужно питаться без постоянной перегрузки. Тогда не будет нужна и разгрузка. Но перегрузку и разгрузку нужно иметь в виду во всех отношениях: это касается не только еды, но и закаливания, и в особенности физической нагрузки и отдыха, с чем каждый из нас сталкивается ежедневно – гипокинезия, как и гиперкинезия вредны в равных отношениях. Нужна адекватная физическая активность – ни слишком много, ни слишком мало, обязательно индивидуально подходящая нагрузка.

Для поддержания жизнеспособности всех органов требуется нормальная (физиологическая) их работа как жизненно важный раздражитель, стимул. Например, зубы и кости организма – живые органы, также и их составные части – ткани, клетки. И если зубами не будем пережевывать пищу, они начнут атрофироваться, выпадать. Поэтому питание жидкой пищей может быть только временным. Это касается всех органов и тканей. Но как надо проявлять физическую активность с ювенологической целью?

Физическая активность может проявляться в физическом труде, ходьбе, беге, специальных гимнастических упражнениях, физкультурных играх, в различных видах спорта. Физические упражнения или мышечная работа улучшают работоспособность, повышают выносливость и эффективность работы сердечно-сосудистой системы, дыхательных органов, опорно-двигательного аппарата, совершенствуют процесс обмена веществ и психологического настроя, повышают сопротивляемость к различным заболеваниям и закаленность в любом возрасте и особенно эффективны в пожилом возрасте! [6]

Заниматься физической культурой вовсе не означает непременно облачаться в спортивный костюм и участвовать в спортивных соревнованиях. Если нет особого желания, то совсем не обязательно целенаправленно выполнять энергичные, шаблонные, стандартные физические упражнения. При желании всегда можно извлечь пользу для здоровья из повседневной мышечной деятельности, включая это в обычную повседневную жизнь. Для этого необходим определенный настрой и чувство радости, сознательность, забота о достаточной физической активности. Если человек раньше не занимался физической культурой, то рекомендуется начать с того, что при ходьбе вырабатывать правильную осанку и манеру держаться, пружинить шаги и сосредоточить внимание на адекватном дыхании, чтобы выдох был продолжительнее, чем вдох, не стараясь дышать глубже.

Проблема двигательной активности сложная. Каждому необходимо знать, что увеличивать физическую нагрузку нужно лишь постепенно, особенно в старшем возрасте. Для реализации оптимальной нагрузки необходимо контролировать учащение пульса и ориентироваться по самочувствию человека.



Нельзя заниматься физической культурой, ориентируясь на максимальные нагрузки. [6]

Также надо знать, что на сегодня вряд ли кто-нибудь осмелится утверждать, что регулярные упражнения непременно увеличивают продолжительность жизни. Конечный эффект зависит от всего комплекса мероприятий. Здесь следует помнить, что могут быть разные системы оздоровительных и профилактических мероприятий.

Таким образом, индивидуальный и общественный порядок жизни (активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, прогулках и т.п.), отказ от пассивных форм отдыха, отказ от вредных привычек (употребление алкоголя, курения), сбалансированное питание, соблюдение правил личной гигиены, закаливание организма, создание условий для полноценного сна, создание нормальных семейных условий – все это способствует сохранению здоровья, его укреплению и увеличению продолжительности жизни.

Необходимо помнить и соблюдать основной принцип ювенологии, который состоит в следующем. Поскольку главной причиной старения являются повреждение с возрастом структуры и ослабление функций генетического аппарата клеток, управляющего обменом веществ в клетках и тканях, то задержать этот разрушительный процесс могут такие методы воздействия на организм, которые защищают геном от повреждений, а также активизируют поврежденный, ослабленный старением генетический аппарат, а в некоторых случаях – даже корректируют нарушение его функций. Долгожители – это люди, которые получили в наследство полноценный генетический аппарат и ведут такой образ жизни, который способствует максимальной оптимизации его функций, его сохранению и передаче потомкам в неповрежденном виде. Такой сохраняющий здоровье и молодость образ жизни и называется ювенологическим.

В настоящее время в ряде стран созданы институты ювенологии. Исследования, проводимые в них, ведутся в различных направлениях, но цель у них одна — продление активного периода жизнедеятельности человека.

Список литературы:

1. Березин, И. Третий возраст: заочная школа здоровья / И.Березин. – М.: Знание, 2005. – 96 с.
2. Билич, Г.Л., Назарова, Л.В. Основы валеологии / Г.Л.Билич, Л.В.Назарова. – СПб. 2006. – С. 25-38.
3. Бутейко, К.П. Способ лечения гемогипокарбией / К.П.Бутейко. – М., Медицина, 2007. – 123 с.
4. Крикштопайтис, М. О ювенологических принципах / М.Крикштопайтис. – М., 2012. – 204 с.
5. Лисицын, Ю.П. Образ жизни и здоровье населения / Ю.П.Лисицын. – М.: ИД «Геотар – Мед», 2012. – 293 с.

6. Мачерет, Е.Л., Замостьян, В.П., Лысенюк, В.П. Старение и двигательные возможности / Е.Л.Мачерет, В.П.Замостьян, В.П.Лысенюк. – Киев: Изд-во при Киев. гос. ун-те, 2006. – С. 36-51.

УДК 101.1

СОЦИАЛЬНАЯ КРЕАТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В ОБЩЕСТВЕ ИННОВАЦИЙ

Хомутова Н.Н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация: В данной статье проанализирована социальная креативность личности в обществе инноваций. Показано, что в связи с усложняющимся процессом адаптации и интеграции личности в изменяющееся общество приоритетным индивидуальным ресурсом становится креативность личности. Однако ее реализация в полной мере зависит от чувства стабильности и интеллектуальной свободы, которые взаимосвязаны с ценностными ориентациями личности и ее этическими смыслами.

Ключевые слова: личность, общество инноваций, социальная креативность, адаптация, человеческий капитал.

Актуальность. Говоря об информационном обществе и обществе инноваций, важно помнить о статусе личности в масштабах такого общества и сложностях адаптационного процесса в его условиях. В связи с меняющейся и модернизирующейся структурой общества личности необходимо осуществлять непрерывную адаптацию в социуме. В систему адаптационных стратегий входит не только профессиональная компетенция и занятость, но и вопрос социального резерва личности в контексте постоянных изменений. Важна и проблема сохранения автономии личности в обществе, то есть вопрос ее личностной свободы и права на приватность и частную сферу жизни. Вопросы адаптационного резерва, активности и автономии личности в своей и общественной жизни – актуальны и требуют осмысления.

Цель. В данной работе предпринята попытка рассмотреть понятие «социальной креативности» личности, творческие механизмы психологической и информационной адаптации и роли автономии личности, которые способствуют ее интеграции в современное общество.

Материалы и методы исследования. Проанализированы работы и исследования российских и зарубежных авторов (Волков Ю.Г., Иноземцев В.А., Кастеллс М., Химанен П., Д. Белл, Хесле В. и так далее). Применены методы анализа и обобщения.

Полученные результаты. Вопрос самоопределения личности в изменяющемся обществе может быть решен благодаря активности и социальной креативности личности. Социальную креативность мы рассматриваем в контексте социальной практики личности [1]. Творчество традиционно понимается как индивидуальная «чистая» и свободная деятельность. Социальная



креативность направлена на включение и адаптацию личности в общество посредством деятельности и других социальных практик (например, волонтерство, политическая деятельность и так далее). Креативный класс исследователи стали рассматривать в связи с инновациями и модернизацией общества (например, Волков Ю.Г., Иноземцев В.А.) [2]. В данном контексте правомерно считать социальную креативность механизмом вовлечения личности в инновационное общество и реализации личностного «самопроекта» в его контексте.

Информационное общество, по словам Д. Белла, обусловлено успехами науки [3]. Оно формируется под воздействием на него интеллектуальными технологиями, информацией, знаниями. Его структура соответствует креативному потенциалу, поэтому она подвижна и динамична. Эта динамика выражается и в переориентации экономики от товаропроизводства к сервису, в смещении акцентов от классовой дифференциации к профессиональной, ведь только образование и опыт позволяют личности отвечать требованиям динамично развивающегося на технологиях, инновациях общества. Двойственный характер приобретает деятельность личности. Позитивно воспринимается в информационном обществе трудящийся, специалист и профессионал своего дела. Его заинтересованность в личном успехе определяется качеством результата труда и реализованным потенциалом, а также повышением своей квалификации исходя из новейших тенденций. Исследователями замечено, что положительные возможности информационного общества связаны с актуализацией таких человеческих качеств как творческое развитие в профессии и ответственность, нацеленность на успех, личностный рост в социальной структуре. Исследователь В.А. Иноземцев пишет о постматериальной мотивации труда, которая обуславливает стремление личности к саморазвитию [2]. Однако, как показывает практика, личность в инновационном обществе все меньше склоняется к рутинному труду, она сочетает любой труд с компонентом развития и творческой мобильности. Приоритет социальной мобильности видоизменяет коренным образом не только отношение личности к деятельности, но и к образованию. В то же время многие профессиональные практики личности отличаются поверхностностью и не формируют конкурентоспособный кластер предпринимателей. Это свидетельствует о дисгармонии между представлениями личности о себе и ее реальными возможностями в обществе инноваций. В связи с этим актуализируется личностная проблематика на новом информационном уровне ее становления. Какие основания личностного роста будут способствовать реализации собственного потенциала и учету социального порядка, норм, консолидации общества? Опыт принуждения, убеждения или личного понимания необходимости работать не только в собственных целях реализации и самоактуализации? На уровне субъекта данная проблема упирается в вопрос самоидентификации личности в динамичных процессах жизнедеятельности. Универсальные нормы, по мнению В. Хесле [4], позволяют личности быть целостной и ориентированной не только на свои личные интересы. На уровне

объективном – этот вопрос решается идеологией (убеждением) и карательными, принудительными нормами правопорядка.

С другой стороны, можно отметить стрессовый фон для адаптации личности. Исследователи отмечают, что «характеристики социально-психологического состояния населения, одним из показателей которого и должен выступать индекс катастрофизма, оказываются не менее важными, чем фиксация физического, чисто биологического, медицинского его состояния» [5]. Личность рассматривает окружающую ее реальность не только с позиций настоящего, но и нацеленности на будущее. Угрозы политического, экономического, медицинского, экологического характера – факторные явления, усложняющие качество жизни личности и ее способности адаптироваться в обществе. У. Бек в научной сфере предложил понятие «общества риска», которое определяется «потенциалом катастроф». Он пишет, что «общество риска, следовательно, не революционное общество, а нечто худшее – общество катастроф. В нем чрезвычайное положение грозит стать нормой жизни» [6, С. 96].

Вывод. В обществе инноваций, нацеленном на модернизацию и самоизменения личности, остается не только экономически оправданный ресурс мотивации личности и ее стремление к достижениям, но и страх перед неизвестностью, включающий компонент самообмана. Специалисты констатируют, что «усиленное вторжением напряжение между существованием и самобытием «снимается» путем самообмана, на котором в мнимом преодолении скрывается пограничная ситуация и устраняется время» [7, С. 188]. Попытки общества изучить человека на основе эмпирических данных, например, по К. Ясперсу, позволяет узнать кое-что о человеке, но не самого человека, а в реализации претензии на трансцендентное человек может высвободиться от того, что науки стремятся окончательно познать в нем». А существование человека, согласно заключению К. Ясперса, «его подлинное самобытие гораздо полнее, нежели простое существование в мире, которому он как природное существо имманентен» [7, С. 189]. Сохраняя свою автономию в обществе и независимость от любого вмешательства в приватную сферу, личность ищет способы самоопределения и самоидентификации, которые возможны лишь в обнаружении пространства ценностных смыслов личности. Это стабилизирует личность и помогает справиться с психологическим механизмом страха, направить свои эмоциональные силы на адаптацию в обществе, стать социально-креативной. Наличие ценностного духовного мира личности может придать ей чувство уверенности в автономии, интеллектуальной, психологической свободе. Таким образом, можно сделать вывод, что социальная креативность личности и ее адаптационный потенциал зависят от чувства стабильности и интеллектуальной свободы, которые взаимосвязаны с ценностными ориентациями личности и ее этическими смыслами.

Список литературы.

1. Хомутова Н.Н. «Креативность» и «Творчество» личности в обществе инноваций//Logos et Praxis. 2012. № 3.



2. См.: Иноземцев В.Л. Наука, личность и общество в постиндустриальной действительности. // Российский химический журнал 2. № 6 . М., 1999.
3. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество: опыт социального прогнозирования [Текст] / Даниел Белл; пер. с англ. под ред. В. Л. Иноземцева. - М.: Академия, 1999. - 783 с.
4. См.: Хесле В. Кризис индивидуальной и коллективной идентичности. // Вопросы философии. М., 1994. №10.
5. Катастрофическое сознание в современном мире в конце XX века: (По материалам международных исследований) / В.Э. Шляпентох [и др.]; Под ред. В.Э. Шляпентоха, В.Н. Шубкина, В.А. Ядова. М.: Моск. обществ. науч. Фонд; Ин-т социологии РАН; Ун-т штата Мичиган, 1999. — 347 с. / URL: <https://refdb.ru/look/2347203-pall.html> (дата обращения 15 февраля 2019).
6. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну./Пер. с нем. В. Седельника и Н. Федоровой; Послесловие А. Филиппова. -М.: Прогресс -Традиция, 2000. -384 с.
7. Извеков А.И. Проблема личности постмодерна: Кризис культурной идентификации. – СПб., 2008. – 245 с.

УДК 376

ЗОНИРОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВА ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РАС КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕНОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ РАБОТЫ ВОСПИТАТЕЛЯ

Цветкова И.М., Борозинец Н.М.

СКФУ, Ставрополь

Аннотация. В статье раскрываются особенности организации образовательного пространства для детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: зонирование, расстройства аутистического спектра.

Актуальность. Высокая частота встречаемости детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) обуславливает высокую вероятность нахождения ребёнка с РАС практически в каждой образовательной организации. Дети с расстройствами аутистического спектра, в силу своих особенностей (трудности установления контактов с окружающим миром, стереотипность в поведении, задержка или нарушение коммуникативной функции речи, трудности с социальным воображением и др.), относятся к группе детей с особыми образовательными потребностями, т.е. для их обучения необходимо создавать специальные условия. Одной из важных составляющих этих условий является чёткое структурирование среды обучения.

Изучением вопроса организации необходимых условий при обучении детей с РАС занимаются такие известные исследователи, как: С.В. Алёхина, Н.Я. Семаго, О.С. Никольская, Е.В. Самсонова и др. Они подчёркивают необходимость создания чёткой пространственной организации процесса обучения и необходимость

зонирования помещения – разделения комнаты на отдельные функциональные зоны в соответствии с различными видами деятельности воспитанников. Потребность детей с РАС к упорядоченности и умеренности окружающей обстановки, к визуально структурированной среде вызывает необходимость разработки и внедрения здоровьесберегающих технологий в работу воспитателя.

Цель исследования - разработать технологию зонирования образовательного пространства в ДОО в соответствии с потребностями детей с РАС.

Задачи: теоретическое обоснование проблемы; разработка концепции; подбор методов и средств реализации концепции; реализация.

Ресурсы: материальные, технические и кадровые ресурсы образовательной организации.

Исследование проводилось в четыре этапа:

1 этап: обоснование необходимости использования зонирования как здоровьесберегающей технологии;

2 этап: определение видов зон в соответствии с выполняемыми видами деятельности;

3 этап: определение особенностей и наполняемости пространства различных зон;

4 этап: реализация технологии зонирования.

В данном исследовании разработана технология зонирования образовательного пространства на свободную и учебную зоны. Учебная зона – это то место, в котором происходит обучение детей. Наполняемость учебной зоны: парты, стулья, доска, компьютерное оборудование (ПК, проектор, экран).

Особенности учебной зоны: парты и стулья должны быть регулируемы, чтобы подходить росту детей; желательно, чтобы регулировался и угол наклона столешницы, что облегчает индивидуальные трудности ребёнка; рекомендуется также использовать парты с ограниченным обзором и имеющие подставку для стакана с письменными принадлежностями, это позволит преодолеть организационные трудности при подготовке к занятию или во время занятия, а также снизит отвлекаемость от выполнения заданий; расстановка парт полукругом возле доски, такое расположение позволяет детям оставаться в первом ряду и хорошо видеть доску и воспитателя. В своё время воспитатель может контролировать каждого ребёнка и быстро оказывать необходимую помощь. Кроме того, это обеспечивает тьюторам свободное перемещение за спинами детей, никому не мешающее; умеренность окружающей обстановки – достигается отсутствием перегруженности учебными материалами и бытовыми предметами, поэтому все они должны быть многофункциональными. Это и не рассеивает внимание ребёнка, и не препятствует освоению социальных функций окружающих предметов.

Игровая зона – пространство, предназначенное для игровой деятельности, отдыха и сенсорной разгрузки воспитанников. Находиться она может либо в глубине группы за партами, либо в другой комнате.



Наполняемость игровой зоны: настенное и напольное покрытие, ковёр или маты, мягкие модули; стеллажи с полками, на которых располагаются материалы для различных видов деятельности (книги, пластилин, настольные игры, бумага и карандаши, игрушки, паззлы, конструктор и др.); общий стол, мини-библиотека, магнитная маркерная доска (как для рисования, так и для просмотра диафильмов).

Особенности игровой зоны: имеется возможность проводить досуг и часть занятия на полу, снижая трудности удержания позы за партой, а также возможность полежать, отдохнуть и расслабиться легко истощаемым детям; имеется возможность для того, чтобы каждый ребёнок мог найти себе занятие в свободное время; имеются визуальные подсказки в виде подписей к полкам об их содержимом; наполняемость игровой зоны учитывает интересы и потребности ребёнка с РАС; обеспечивает единство игрового пространства в группе.

Кроме свободной и учебной зоны можно организовывать зону для мытья рук, зону расписания дежурства и зону ожидания для родителей.

Зона для мытья рук может быть оборудована раковиной с зеркалом и подписанными полотенцами, висящими на крючках (вместо подписей можно использовать фотографии детей).

Зона расписания дежурства включает в себя стенд дежурств.

Зона ожидания для родителей содержит места для сидения и шкафчики для одежды детей (с подписями или фотографиями).

В результате внедрения данной здоровьесберегающей технологии в образовательное пространство детей с РАС обеспечивается:

- спокойное эмоциональное состояние воспитанников;
- более эффективная образовательная деятельность;
- более лёгкая адаптация к условиям образовательной организации;
- снижение уровня проявлений нежелательных форм поведения.

Заключение. Таким образом, мы разработали технологию зонирования пространства при обучении детей с расстройствами аутистического спектра, описали алгоритм её разработки, выделили две основные зоны (учебную и игровую). Продуманное зонирование образовательной среды для детей с РАС способствует более лёгкой адаптации к условиям образовательной организации, и помогает чувствовать себя уверенно и спокойно. Всё это отражается на снижении уровня проявлений нежелательных форм поведения. А значит, зонирование образовательного пространства действительно можно назвать здоровьесберегающей технологией в обучении детей с РАС.

Список литературы:

1. Загуменная О.В., Васильева А.В., Кистень В.В., Петрова О.М. Организация среды при обучении детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. - 2018. - Том 16. - № 1. - с. 13–17.
2. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения

основной школы / Отв. ред. С.В. Алехина // Под общ.ред. Н.Я. Семаго. - М.: МГППУ, 2012. - 80 с.

3. Скупова, Т.В. Возможности реализации особых образовательных потребностей детей с аутистическими расстройствами в условиях инклюзивного обучения // СНВ. - 2014. - №1 (6). – с. 105-107.

4. Цветкова, И.М. Зонирование пространства при обучении детей с РАС // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: материалы IV Национальной научно-практической конференции (декабрь 2018 г.). – Улан-Удэ., 2018. – с. 152-153.

УДК 378

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Цинченко Г.М., Орлова И.С.

Северо-Западный институт управления РАНХиГС, Санкт-Петербург

Аннотация. *Статья посвящена исследованию факторов, положительно и отрицательно влияющие на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) у студентов, обучающихся в высших учебных заведениях на основе системного подхода к здоровому образу жизни как социальному феномену и модели социального поведения студентов. Социальным механизмом формирования отношения к здоровью является системный процесс как результат взаимных ценностно-нормативно-регулятивных ограничений социальных действий, связанных со здоровьем или с уходом от него. Отмечается роль социальных технологий по формированию ЗОЖ у студенческой молодёжи, которые выступают в качестве реального инструмента в рамках социального управления в высшем учебном заведении, способны, наряду со здоровьесберегающими технологиями, стать комплексной основой социально-педагогической системы формирования ЗОЖ у студенческой молодёжи.*

Ключевые слова: *здоровый образ жизни, студенты, факторы риска, образование, социальные технологии.*

Научная новизна исследования состоит в рассмотрении здорового образа жизни как комплексного понятия в контексте жизнедеятельности студенческой молодёжи как основы будущего России.

Актуальность. В последнее время здоровый образ жизни обуславливает понимание необходимости сбалансированного питания, отказ от вредных привычек, снижения стресса, увеличение количества физических нагрузок для улучшения самочувствия, снижения частоты заболеваний и увеличение продолжительности жизни. В России затяжной социально-экономический кризисом привел к существенному ухудшению здоровья населения и социально-демографической группы учащейся молодежи в ВУЗах, что требует необходимость улучшения здоровья студентов и формирования ЗОЖ. Таким



образом, актуальность исследования обуславливается следующими обстоятельствами: в российских высших учебных заведениях формирование здорового образа жизни студентов в настоящее время не соответствует современным реалиям, не отвечает возникающим вызовам. Не решены многие социальные проблемы, касающиеся состояния здоровья будущих выпускников; имеет место быть критическое состояние физического и духовного развития поколения, а именно моделей поведения, характеризующихся высокой долей поведенческих факторов риска: курение, алкоголь, употребление токсических и психотропных веществ, клубная культура и др. В современном российском обществе отсутствует единая педагогическая система, направленная на формирование ЗОЖ у студенческой молодёжи; необходимо разрешить противоречия между общественно-государственным и рыночным требованием к здоровью личности в современной трудовой сфере и продолжающим ухудшаться здоровьем студенческой молодежи. Приведённые обстоятельства ставят проблему формирования здорового образа жизни у студенческой молодёжи в разряд острых и актуальных

Цель и задачи исследования. Изучение факторов, влияющих на формирование ЗОЖ у студенческой молодёжи путем выявления положительных и отрицательных факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни студентов и определения роли социальных технологий в формировании здорового образа жизни у студентов.

Материалы и методы. Теоретический анализ научной литературы по теме исследования, изучение специализированной литературы по теме исследования; анализ статистических данных. наблюдение.

Результаты. Выявлены отрицательные и положительные факторы, влияющие на формирование здорового образа жизни студентов высших образовательных учреждений. Разработка рекомендаций по снижению отрицательных факторов, влияющие на формирование ЗОЖ путем внедрения социальных здоровьесберегающих технологий.

Исследования ученых показывают, что здоровье человека определяет 50 % образ жизни, 25 % состояние окружающей среды, 15 % наследственность и 10 % медицина¹. Очевидно, что студенческая молодёжь не является здесь исключением. Исследования и Анализ исследований и фактических материалов свидетельствуют, как неупорядоченно и хаотично организована жизнедеятельность студентов. Уже не являясь детьми, студенты всё же не являются по-настоящему взрослыми, и поэтому реальный образ жизни и система субъективных отношений вступают в противоречие, в результате положительного разрешения которых происходит перестроение, развитие и совершенствование образа жизни. Важно, как и ради чего живет студент, что вызывает в нем гордость и с чем готов бороться. Таким образом ЗОЖ становится оценочным и нормативным понятием. Студенты являются сложной социально-

¹ Рубек И.В., Филатова Л. Н. Основы здорового образа жизни студента // Вестник Донбасской национальной академии строительства и архитектуры. 2017. № 1 (123). С. 126-130.

демографической группой. Процесс получения образования, как правило, становится для них основным жизненным контекстом сложного, переходного возраста, когда хочется веселиться и развлекаться, а основное время уходит на учёбу. На формирование правильного отношения к своему здоровью студентов влияют ряд факторов: образ и стиль жизни, стратегия поведения, установки, интересы, ценностные ориентиры. Получение высшего образования требует значительных усилий, поэтому к здоровью студентов предъявляются высокие требования. Технические средства и цифровые технологии, широко внедряемые в учебный процесс, увеличение потока разнообразной информации, социальные и экономические условия жизни студентов, как правило, требуют напряженной адаптации организма. При ослабленном здоровье возникает зона особого риска сопряженная со снижением жизненных ресурсов.

Ряд ученых выделяют особую группу педагогических факторов, которые отрицательно влияют на здоровье студентов в процессе обучения: устаревшие технологии обучения и воспитания², большой объём учебных нагрузок, недоработанные и бесконечно изменяемые учебные программы программ и требований к ним; низкая эффективность современной системы физвоспитания в ВУЗе; недостаток двигательной активности студентов; плохая организация питания; низкоэффективная организация обучения; несоблюдение гигиенических требований в учебном процессе; находящаяся на низком уровне культура здоровья; дефицит научно организованного процесса здорового образа жизни студентов и её координации и др. Этот представленный список не является исчерпывающим. В целом, множество факторов, отрицательно влияющие на здоровье студентов, делятся на: объективные, которые определяются организационными условиями жизни (длительность учебных занятий; учебная нагрузка; качество и регулярность питания; качество и продолжительность сна; достаточность двигательной активности и др.) и субъективные, характеризующие личность, характеристики (самоорганизованность и дисциплинированность; мотивационные установки на ЗОЖ; умение соблюдать оптимальный режим дня; присутствие вредных привычек; степень развитости в сфере физической культуры и спорта и реализация ее в реальной деятельности и др.). Результаты исследования Сенченко В. В.³ показали, что современные студенты не мотивированы к занятиям физической культурой и спортом, ориентированы на образ успешности, который включает в себя вредные привычки. Исследуя представления студентов гуманитарных специальностей о ЗОЖ, М.Г. Константиноиди⁴ приходит к выводу о том, что большинство студентов

² Заруба Н.А. Подготовка профессионально компетентных кадров для сферы культуры в условиях транзитивного общества// Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 1(26). С. 228-232.

³ Сенченко В.В. Формирование здорового образа жизни современного студента // Проблемы современного педагогического образования. 2014. № 46-6. С. 175-182.

⁴ Константиноиди М.Г. Представления студентов гуманитарных специальностей о здоровом образе жизни // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2013. № 11. С. 119-128.



под «здоровьем» понимают его физиологические показатели, неполно и неправильно представляют здоровый образ жизни и его факторы, считая, что в него входит в основном физическое здоровье. Получается, что студент, который не имеет полновесного представления о здоровом образе жизни, сам представляет негативный фактор формирования ЗОЖ.

К положительным факторам формирования здорового образа жизни у студентов относятся: культура учебного процесса на основе научной организации; рациональный режим питания, полноценный и достаточный по продолжительности сон, обязательное пребывание на свежем воздухе; организация двигательной активности, согласованного с индивидуальным режимом; проведение содержательного досуга с включением элементов физической культуры; отказ от вредных привычек включая курение, алкоголь, наркоманию, токсикоманию и т.д.; понимание важности культуры межличностного общения и поведения; освоение культуры самовоспитания и самоорганизации. Все эти факторы здорового образа жизни проектируются на личностные качества студента, отражаются в жизненных планах, устремлениях, определяют цели, мотивы, потребности и поведенческие установки.

~~Можно выделить структурные~~ компоненты здорового образа жизни в процессе учебно-трудовой деятельности студентов⁵: 1) целевой компонент отражает как понимает учащийся цели и задачи, а также социальную значимость здорового образа жизни. Этот компонент может различаться по временной фактуре, по направленности, общественной значимости и по степени сохранности; 2) содержательный компонент определяет какова у студентов система знаний о здоровом образе жизни, как они владеют практическими умениями и навыками, как реализуют их в различных условиях жизнедеятельности; 3) мотивационно-ценностный компонент определяет систему ценностей личности, их иерархию в здоровом образе жизни, как относится к нему, как использует при решении жизненных и профессиональных целей, определяет уровень удовлетворения от его использования; 4) программно-ориентировочный фактор обеспечивает прогнозирование и конструирование программы жизненной деятельности студента в соответствии с ЗОЖ как по времени, так и по объекту воздействия; 5) эмоционально-волевой компонент, подчеркивает потребность проявления воли, необходимой для достижения поставленной цели и жизненной программы, как эмоционально оценивается достигнутое; 6) деятельностный компонент раскрывает как включается студент личности в целом в систему здорового образа жизни или в отдельные компоненты, насколько приобретена готовность к пропаганде и реализации ЗОЖ в своем ближнем и профессиональном окружении. Эти факторы образуют целостную структуру ЗОЖ со взаимосвязанными и взаимообусловленными элементами. На основе этой структуры разрабатывается программный комплекс для получения социально значимого эффекта в

⁵ Могунова М.Н., Сикорская Г. М., Валиев С. К. Здоровый образ жизни студентов: сущность, строение, формирование // Актуальные направления научных исследований XXI века: теория и практика. 2016. Т. 4. № 1 (21). С. 181-185.

формировании здорового образа жизни, который формируется по запросу общества, реализуется индивидом в соответствии с личностной мотивацией, психологическими и физиологическими возможностями и способностями. С этой точки зрения, формирование здорового образа жизни у студенческой молодежи осуществляется через: систему высшего и средне-специального образования; систему семейного воспитания, через прививание семейных и национальных ценностей; целенаправленную деятельность государственных и негосударственных систем.

Важное значение имеют внешние и внутренние факторы влияющие на здоровый образ жизни. Социальная среда, материально-экономические ресурсы, природные условия, быт, влияние культуры, макросреда, микросреда и другие внешние воздействия относятся к внешним факторам. Личностные потребности и мотивации, ценностные ориентации и детерминанты, особенности, самооценка, индивидуальные свойства составляют внутренние факторы. Нельзя не отметить важность взаимодействия студенческой молодёжи с окружающей средой.

Важно в качестве формирования ЗОЖ у студентов формирование общекультурных отношений к окружающей среде. Согласно результатам исследования⁶, приоритетными в формировании здорового образа жизни у студентов являются: правильное питание, здоровый сон, отсутствие вредных привычек, положительные эмоции, закаливание и личная гигиена. Так как здоровый образ жизни формируется при воздействии разных институтов и агентов социализации, то для студенчества наиболее значимое воздействие оказывают институты системы образования, Интернет (социальные сети и блоги), средства массовой информации. Интернет - самый популярный канал информации для студентов, в том числе и по вопросам здоровья и здоровом образе жизни. Цифровые технологии особенно значимы в распространении информации в студенческой среде новых форм реализации здорового образа жизни: мастер-классы, занятия разными видами физической активности, лекции, тренинги, блоги и др. Физическая культура и спорт имеют важное значение как факторы формирования ЗОЖ у студентов. Физическая культура имеет значение для современного человека в трех аспектах: как физическое воспитание, как любительский спорт и как активный досуг. Физическое образование студентов позволяет освоить систему специальных знаний и приобрести профессиональные умения и навыки. Педагогический аспект формирования ЗОЖ в процессе занятиями физкультурой и спортом учитывает биологические, социальные потребности, интеллектуальные и нравственные аспекты, природные способности каждого студента. Занятия спортом не только поддерживают физическое состояние организма, но и помогают самовыражению и самоутверждению личности студента, определяют образ жизни и значимые, социокультурные приоритеты. Стремление к успеху позволяет студенту

⁶ Суркова Д.Р., Шиховцова Л.Г., Николаев П.П. Факторы и приоритетные направления формирования здорового образа жизни студентов // OlymPlus. Гуманитарная версия. 2015. № 1. С. 145-147.



реализовать свои возможности в заданном спортивном сценарии. В результате занятий физкультурой, поддерживается хорошая физическая форма, повышается социальная активность личности. Студент должен заниматься тем видом спорта, который ему нравится. Многие студенты посещают спортивные клубы, фитнес-центры, ЛФК, танцевальные студии. Хотя, как считают ряд исследователей, мотивацией посещения фитнес-клубов в основном является модной тенденцией у студенческой молодёжи, а не желание приобщиться к ЗОЖ. В любом случае, разнообразные «грамотно» организованные занятия физкультурой и спортом развивают двигательную активность студента и приобщают его к здоровому образу жизни. Социальные технологии представляют собой реальный инструмент формирования ЗОЖ в студенческой среде. Как правило, студенты проводят большую часть своих «золотых» лет в стенах учебного заведения. Являясь социально-педагогической системой, высшее учебное заведение обязано включать в себя определённый набор социальных технологий по формированию ЗОЖ. Социальные технологии выступают в роли особого связующего звена между объективно происходящими процессами и субъективной деятельностью индивидов, связывают её с социальным управлением, в котором социальная технологизация обеспечивает работу механизмов системы социального управления. В социальных технологиях происходит «перевод» абстрактного научного языка на конкретный язык нормативов, предписаний, решений, направляющих и мотивирующих человека на эффективный результат в процессе достижения поставленных целей⁷. Здесь важно отметить, что в современной науке актуально понятие образовательная здоровье сберегающей технологии как функциональной системы организационных способов управления учебно-познавательной и практической деятельностью обучающихся, которая научно и инструментально обеспечивает сохранение и укрепление их здоровья⁸. Главная цель этой технологии - обеспечение условий физического, психического, социального и духовного комфорта для сохранения и укрепления здоровья молодёжи. Исходя из этого, стоит полагать, что здоровье сберегающую технологию следует понимать в качестве социальной технологии формирования ЗОЖ у студентов. Основные направления здоровье сберегающей деятельности в высшем учебном заведении таковы: проведение мониторинга состояния здоровья студентов вуза на основе современных моделей развития общества; разработка концепций, которые помогут предотвратить риск здоровью студентов вуза, проживающих в экологически и социально-неблагоприятных условиях; создание и реализация программ формирования здорового жизненного стиля, профилактики зависимости (алиментарной, алкогольной, никотиновой,

⁷ Оганян К. М. Социальные технологии: учебник и практикум для акад. Бакалавриата. С.-Петербург. гос. экон. ун-т. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Юрайт, 2018. - 255 с.

⁸ Кутепов М.М., Ваганова О.И., Трутанова А.В. Возможности здоровье сберегающих технологий в формировании здорового образа жизни / М.М. Кутепов, О.И. Ваганова, А.В. Трутанова // Балтийский гуманитарный журнал. - 2017. - Т. 6. - № 3 (20). - С. 210-213.

гэмблинга), адекватного пищевого поведения; физкультурно-оздоровительное и психологическое воздействие для укрепления здоровья студентов и повышения из адаптационного потенциала (ЛФК, внедрение малых форм двигательной активности, психотренинга, психологическое консультирование); формирование готовности вузов к здоровьесберегающей деятельности. Для того, чтобы организовать здоровьесохранительное воспитание студентов таким образом, чтобы в его процессе развивались не только двигательные умения, навыки и физические качества, но и положительная мотивация к здоровому образу жизни, необходимо в рамках учебного заведения построить целостную систему ЗОЖ, основанную на технологическом воспитательно-образовательном процессе. При этом необходимо совершенствовать систему физкультурного образования, повышать профессиональную квалификацию преподавателей, управлять образовательным процессом по формированию ЗОЖ, создавать современную спортивно-оздоровительную базу, проводить мониторинг физического состояния студентов. Это возможно при организационно-педагогических условиях, заключающиеся во всестороннем использовании нравственного потенциала физической культуры и спорта как средств формирования культуры здоровья личности; в единстве формирования знаний, умений и навыков, убеждений, ценностных ориентаций; в сохранении индивидуальных приоритетов в создании для каждого собственной здоровьесберегающей траектории, профилактики, укрепления здоровья в социуме.

Таким образом можно говорить о комплексе социально-педагогических условий для формирования ЗОЖ в высшем учебном заведении. Реализация этих условий должна протекать в рамках личностно-ориентированного и системного подходов. Очевидно, что любые применяемые образовательным учреждением социально-педагогические технологии, по сути, должны быть здоровьесберегающими. Данное положение утверждено законодательством и закреплено в Федеральном законе от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании Российской Федерации», в ст. 41 которого указывается, что «организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся».

— Формирование здорового образа жизни посредством социальных технологий - это сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей. Выделяются следующие социальные технологии формирования ЗОЖ в студенческой среде: создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения; «обучение здоровью»; меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств; побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.



Применение социальных технологий в сфере формирования и поддержания ЗОЖ у студенческой молодёжи условно делятся на несколько этапов. 1 этап - анализ состояния образа жизни студентов при помощи совокупности количественных и качественных методов социологического исследования. 2 этап - выявление проблемных кластеров в механизмах формирования и поддержки ЗОЖ у студентов. 3 – этап разработка комплекса мер по модернизации инфраструктуры ВУЗа, информационных каналов, социальных отношений и внутренних структур. В настоящее время работа по ориентации студенческой молодежи на ЗОЖ может осуществляться следующим направлениям: нормативно-правовом по выполнению законодательства, ведомственных приказов и нормативных актов по защите, охране и поддержке здоровья студентов. Нужно строго выполнять требования по режиму учебной нагрузки, по организации здоровьесберегающих условий обучения (удобной мебели, освещения, тепла, санитарного состояния аудиторий), правильно организовывать питание, условия и быт студентов и др. Организационно-педагогическое направление координирует усилия по обеспечению просвещения и воспитания студентов в области ЗОЖ. Разные учебные дисциплины содержат разделы, создающие возможности информирования и формирования здорового образа жизни. Научно-методическое направление позволит при реализации разносторонне разработанным образовательным программам изменить отношение студентов к своему здоровью. Знания о психологии здоровья и здоровом образе жизни, о факторах, которые увеличивают продолжительность активной жизни, об оздоровительных физкультурно-спортивных системах, о стрессоустойчивости, стрессовых факторов, и как оптимизировать двигательную активность, физическую нагрузку человека в повседневной жизнедеятельности и т.п., требуют своего освещения в процессе образования, учитывая специфику и особенности последующей профессиональной деятельности. Физкультурно-спортивное направление определяют неограниченные воспитательными возможностями по ориентации студентов на ЗОЖ. Физкультурная и спортивная деятельность, характеризуются повышенной эмоциональностью, духом состязательности, с жестким регламентом поведения занимающихся, множественностью межличностных контактов, установками на взаимопомощь и партнерство, разнообразием положительных мотивов, в которых содержится мощный. Формирование ЗОЖ личности студента напрямую связано с ростом общей культуры, которая отражает ее системное и динамическое состояние, обусловленное определенным уровнем физической и досуговой культуры, социально-духовных ценностей, приобретенных в результате воспитания и образования, мотивационно-ценностной ориентации и самообразования, воплощенных в практической деятельности, а также в физическом и психофизическом здоровье. В современных условиях высшее учебное заведение может стать центром и организатором работы со студентами во внеурочное время. Практически во всех вузах существуют и функционируют отделы (управления) воспитательной работы. В поле их деятельности находится работа

студгородков, спортклубов, студенческих клубов, студенческих молодёжных организаций. Реактивные социальные технологии способствуют самораскрытию личности студента, обеспечивают процесс социализации и индивидуализации личности студента, реализуют потребность человека во взаимном познании друг друга, обмене определенными ценностями, направлены на духовное обогащение личности и физическое развитие, самообразовательную деятельность по созданию условий отдыха и оздоровления. На наш взгляд учебно-воспитательный процесс ВУЗа обладает достаточным потенциалом в организации здоровья сохраняющего образования студентов, имея в своем активе множество разнообразных форм, методов, средств и приемов учебной и внеучебной деятельности студентов, ориентированных на укрепление и сохранение здоровья, развитие и обогащение личности каждого студента. ей. Реализуясь в различных направлениях (нормативно-правовом, организационно-педагогическом, научно-методическом, физкультурно-спортивном), социальные технологии в комплексе со здоровьем сберегающими технологиями способны многократно повысить эффективность формирования ЗОЖ у студенческой молодёжи.

Заключение. На данный момент не существует единой формулировки в отношении понятия ЗОЖ. Многообразие подходов к пониманию здорового образа жизни позволяет сделать вывод о том, что он объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность деятельности личности в направлении формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья. Здоровой образ жизни имеет сложную структуру, состоящую из таких факторов, как сбалансированное питание, регулярная физическая нагрузка, режим труда и отдыха, организация сна, отсутствие вредных привычек, медицинская профилактика, культура межличностного общения, психофизическая регуляция организма, сексуальная культура, которые могут иметь как положительное, так и отрицательное влияние на студента.

Реальный инструмент формирования здорового образа жизни в студенческой среде представляют собой социальные технологии. Реализуясь различных направлениях (нормативно-правовом, организационно-педагогическом, научно-методическом, физкультурно-спортивном), социальные технологии в комплексе со здоровьем сберегающими технологиями способны многократно повысить эффективность формирования ЗОЖ у студенческой молодёжи. Таким образом, основные факторы, влияющие на формирование здорового образа жизни студентов, могут быть как отрицательными, так и положительными. К основным отрицательным факторам формирования ЗОЖ студентов относится чрезмерная усталость, «сбитые» режимы питания и сна, наличие вредных привычек, низкий уровень культуры здоровья в ВУЗах. К положительным факторам формирования ЗОЖ у студентов относятся следующие: организация режима питания и сна, организация индивидуального режима двигательной активности, занятия физической культурой и спортом, соблюдение



личной гигиены, отсутствие вредных привычек, положительное межличностное общение.

Список литературы:

1. Рубек И.В., Филатова Л. Н. Основы здорового образа жизни студента / И.В. Рубек, Л. Н. Филатова // Вестник Донбасской национальной академии строительства и архитектуры. - 2017. - № 1 (123). - С. 126-130.
2. Заруба Н.А. Подготовка профессионально компетентных кадров для сферы культуры в условиях транзитивного общества / Н.А. Заруба // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. - 2014. - № 1(26). - С. 228-232.
3. Сенченко В. В. Формирование здорового образа жизни современного студента / В. В. Сенченко // Проблемы современного педагогического образования. - 2014. - № 46-6. - С. 175-182.
4. Константиныди М.Г. Представления студентов гуманитарных специальностей о здоровом образе жизни / М.Г. Константиныди / Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. - 2013. - № 11. - С. 119-128.
5. Могунова М.Н., Сикорская Г. М., Валиев С. К. Здоровый образ жизни студентов: сущность, строение, формирование / М. Н. Сикорская, Г. М. Сикорская, С. К. Валиев // Актуальные направления научных исследований XXI века: теория и практика. - 2016. - Т. 4. - № 1 (21). - С. 181-185.
6. Суркова Д. Р. Шиховцова Л.Г., Николаев П. П. Факторы и приоритетные направления формирования здорового образа жизни студентов / Д. Р. Суркова, Л.Г. Шиховцова, П. П. Николаев // OlymPlus. Гуманитарная версия. - 2015. - № 1. - С. 145-147.
7. Оганян, К.М. Социальные технологии: учебник и практикум для акад. бакалавриата / К. М. Оганян; С.-Петербург. гос. экон. ун-т. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Юрайт, 2018. - 255 с.
8. Кутепов М.М., Ваганова О. И., Трутанова А.В. Возможности здоровьесберегающих технологий в формировании здорового образа жизни / М.М. Кутепов, О. И. Ваганова, А.В. Трутанова // Балтийский гуманитарный журнал. - 2017. - Т. 6. - № 3 (20). - С. 210-213.

УДК 614:61:378

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, СВЯЗАННОЕ
СОЗДОРОВЬЕМ**

Черевко А.Н., Куницкая С.В., Гирко И.Н., Изумнова Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Аннотация. *Учеба в медицинском вузе сопровождается повышенными нагрузками на организм. Представляет интерес анализ оценки самими студентами своего здоровья посредством использования опросника SF-36. Определенный по результатам опроса уровень физического и психологического*

компонентов здоровья у студентов 1 и 6 курсов медицинского университета оказался ниже уровня, определяемого как здоровье. Как физический, так и психологический компоненты здоровья у студентов 1 курса не отличались статистически значимо от таковых у студентов 6 курса. Однако, в целом физический компонент значимо выше психологического ($p < 0,05$). Выявлено, что наличие хронических заболеваний существенно влияет на ряд показателей физического и психологического компонентов здоровья ($p < 0,05$). Самооценка успеваемости студентов взаимосвязана с компонентами физического и психологического здоровья ($p < 0,05$). Не выявлено влияния условий проживания, семейного положения, вида досуга на качество жизни связанное со здоровьем.

Ключевые слова: студенты, медицинский вуз, качество жизни, связанное со здоровьем, физический компонент здоровья, психологический компонент здоровья

Актуальность. Студенты вузов – одна из наиболее социально значимых групп населения страны, которая в значительной степени определяет перспективу развития ее науки, культуры и экономики на многие годы. Потому, состояние здоровья студентов является актуальной проблемой современного общества[1]. В связи с быстрым ростом количества информации, получением все новых данных, касающихся самых разных сфер человеческой деятельности, стремительно возрастает и объем информации, которую должны воспринять и усвоить студенты. В полной мере это утверждение справедливо и в отношении студентов медицинских вузов. Имеются данные, свидетельствующие о том, что все возрастающие учебные нагрузки на их организм могут приводить к психоэмоциональной напряженности, снижению адаптационных резервов и возрастанию вероятности развития заболеваний [2,3].

Результаты мониторинга казахстанских, российских, международных баз информации доказывают, что учебная нагрузка студентов медицинских вузов примерно в 2 раза превышает таковую в технических вузах[4]. Н.П. Гребняк отмечает снижение доли студентов с I и II группами здоровья с 48,7% на 1 курсе до 25,2 % на выпускном курсе и, соответственно, увеличение доли студентов, имеющих III группу здоровья с 51,3 до 74,8 % [5]. А.В. Попов и соавторы показывают, что число студентов, отнесенных к I группе здоровья, составляет от 23,8 до 30,0 %, ко II – от 32,8 до 40,0 % и к III – от 30,0 до 43,4 % [6]. Все больше проявляется склонность студентов к пассивным формы досуга. Более 70 % девушек и около 45 % юношей не занимаются спортом, и их физическая активность в основном определяется занятиями физкультурой в университете[7].

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, используется как интегральная характеристика физического, психологического и социального состояния человека, основанная на его субъективном восприятии действительности.

Качество жизни, связанное со здоровьем, у студентов существенно влияет на успешность обучения и овладения профессией, потому заслуживает внимания



и дальнейшего изучения во взаимосвязи с разными факторами, оказывающими влияние как на их физическое так и на психоэмоциональное человека.

Целью работы явилась оценка качества жизни, связанного со здоровьем, студентов медицинского вуза.

Задачи:

1. Оценить физический компонент здоровья студентов 1-го и 6-го курса студентов медицинского вуза;
2. Оценить психологический компонент здоровья студентов 1-го и 6-го курса студентов медицинского вуза;
3. Выявить факторы, влияющие на качество жизни, связанное со здоровьем.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились результаты опроса студентов УО «Белорусского государственного медицинского университета», проведенного с использованием опросника SF-36. В опроснике выделены следующие шкалы:

Физический компонент здоровья (ФКЗ): физическое функционирование (ФФ); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ); интенсивность боли (ИБ); общее состояние здоровья (ОСЗ);

Психологический компонент здоровья (ПКЗ): жизненная активность (ЖА); социальное функционирование (СФ); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС); психическое здоровье (ПЗ).

Показатели по шкалам варьируют от 0 до 100 баллов.

Описательная статистика представлена в виде относительных и средних величин. В силу того, что распределение признаков отличалось от нормального, описательная статистика средних дана как $Me (Q_{25}-Q_{75})$. Использованы следующие непараметрические критерии: коэффициент соответствия χ^2 , Краскела-Уоллиса (H), Манна-Уитни (U), Вилкоксона (T). Результаты признавались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Проведен опрос 112 студентов, из которых 29,5% составили лица мужского пола, 59,8% – женского. Распределение по курсам обучения было следующим: 72,1% респондентов составили студенты 1 курса, 27,9% – студенты 6 курса. Состав по полу в группах 1 и 6 курсов статистически значимо не различался ($p > 0,05$). При сравнительной оценке показателей качества жизни, связанного со здоровьем у студентов 1-го и 6-го курсов статистически значимых различий не выявлено. Однако, необходимо отметить, что уровень показателей (Рисунок 1) ниже уровня критерия, соответствующего «здоровью» (80 баллов и выше). При сравнении в уровнях шкал ФКЗ и ПКЗ выявлена статистически значимая разность ($T=11,0, p < 0,05$).

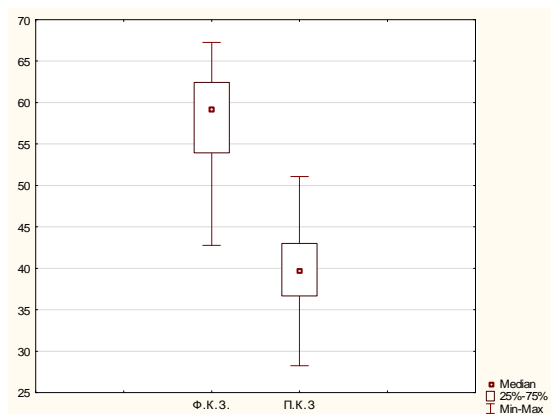


Рисунок 1. – Физический и психологический компоненты здоровья студентов

По отдельным показателям, входящим в физический и психологический компоненты (Таблица 1) здоровья значимых различий так же не выявлено.

Таблица 1

Значения шкал физического и психологического компонентов здоровья студентов медицинского вуза

Шкала	Me	Q ₂₅	Q ₇₅
ФФ	95,0	90,0	95,0
РФ	75,0	50,0	100,0
ИБ	70,0	54,0	74,0
ОЗС	23,5	17,0	32,0
ЖА	40,0	35,0	50,0
СФ	75,0	62,5	87,5
РФЭС	66,7	33,3	66,6
ПЗ	60,0	52,0	64,0
ФКЗ	59,1	53,9	62,4
ПКЗ	39,7	36,7	43,0

Среди опрошенных первокурсников в общежитии проживает 58,4%, совместно с родителями – 33,8%, снимают квартиру 6,5% и 1,3% имеют собственное жилье. Из студентов 6 курса в общежитии проживают 20,0%, совместно с родителями – 40,0%, снимают квартиру 17,1%, имеют собственное жилье 22,9%. По условиям проживания статистически значимые различия между группами были следующими: доля первокурсников, проживающих в общежитии выше – 58,4% против 20,0% ($\chi^2=14,3$, $p<0,01$), а доля имеющих собственное жилье ниже – 1,3% против 22,9% по сравнению со студентами 6 курса (точный критерий Фишера $p<0,01$). Никто из опрошенных 1 курса не состоит в браке, в то время как 22,9% шестикурсников состоят в зарегистрированном браке и 5,7% – в незарегистрированном.

Можно бы было ожидать, что различия в семейном положении, повлекут за собой изменения физических нагрузок, психоэмоционального статуса и качества жизни, связанного со здоровьем. Однако мы не получили значимых различий при сравнении изучаемых показателей. Так же не повлияли на качество жизни и



условия проживания респондентов. Оценка студентами своей успеваемость представлена в таблице 2.

Таблица 2

Распределение респондентов в зависимости от оценки своей успеваемости

Курс	Успеваемость				Всего, % (абс.)
	Полностью удовлетворяет, % (абс.)	Хорошо, но хотелось бы лучше, % (абс.)	Не удовлетворяе т, % (абс.)	Безразлично, % (абс.)	
Первый	11,69 (9)	72,7 (56)	15,6 (12)	0,0 (0)	100,0 (77)
Шестой	8,57 (3)	65,7 (23)	14,3 (5)	11,43 (4)	100,0 (35)
Итого	10,7 (12)	70,5 (79)	15,2 (17)	3,6 (4)	100,0 (112)

Критерий Краскела-Уоллиса позволил выявить взаимосвязь оценки студентами своей успеваемости с такими показателями, как ЖА ($H=14,3$ $p<0,05$), РФ ($H=13,4$ $p<0,05$), ФКЗ ($H=13,2$ $p<0,05$), СФ ($H=10,2$ $p<0,05$), ОЗС ($H=14,3$ $p<0,05$). При сравнении групп с разной оценкой успеваемости по Манну-Уитни (с поправкой Бонферрони $p<0,016$) у студентов, полностью удовлетворенных своей успеваемостью, физический компонент здоровья (РФ, ОЗС) был выше, чем в трех остальных группах, равно, как и показатели психологического компонента здоровья (СФ, ФКЗ).

Здоровыми себя считают 46,6% студентов 1-го курса и 62,8% студентов 6-го курса, практически здоровыми – 37,7% и 22,9% соответственно, проблемы со здоровьем отметили у себя 15,6% первокурсников и 14,3% студентов 6-го курса. Статистически значимых различий между курсами по оценке студентами своего здоровью не выявлено ($p>0,05$).

Выявлены статистически значимые различия по физическому компоненту здоровья в зависимости от оценки собственного здоровья студентами (Рисунок 2). Более высокая субъективная оценка соответствовала более высокому значению ФКЗ.

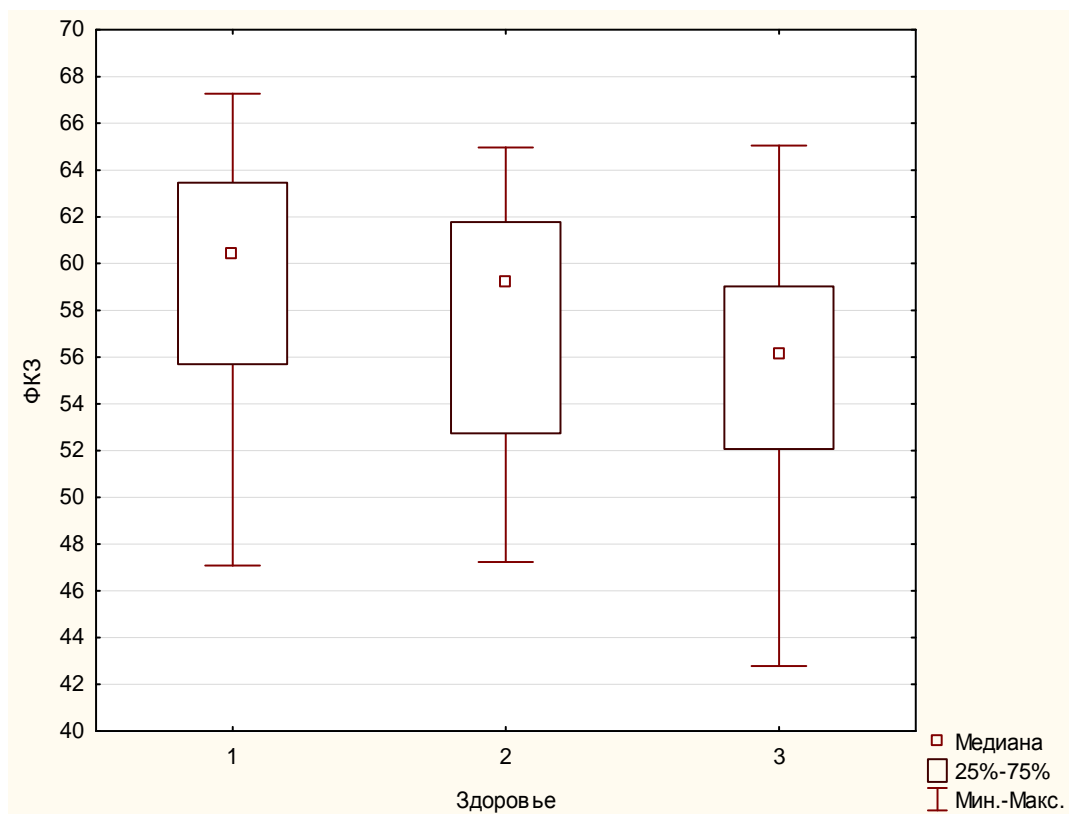


Рисунок 2. – Оценка своего здоровья респондентами (1 – здоров, 2 – практически здоров, 3 – имеются проблемы со здоровьем; $N=6,5$ $p < 0,04$)

С помощью критерия Манна-Уитни установлено, что в группе студентов, имеющих хронические заболевания по сравнению с остальными студентами показатели РФ ($U=1079,0$, $p < 0,05$), ИБ ($U=1118,5$, $p < 0,05$), ОЗС ($U=1050,0$, $p < 0,05$), ЖА ($U=1119,0$, $p < 0,05$), СФ ($U=949,0$, $p < 0,05$) и ПЗС ($U=1053,5$, $p < 0,05$) статистически значимо ниже. Предположение, что имеется взаимосвязь между родом занятий в свободное от учебы время (Рисунок 3) и качеством жизни, связанным со здоровьем, не подтвердилось.



Рисунок 3. – Занятость студентов после учебы в университете



Выводы: Выявлен низкий уровень физического и психологического компонентов здоровья у студентов 1 и 6 курсов медицинского университета. Как физический, так и психологический компоненты здоровья у студентов 1 курса статистически значимо не отличаются от таковых у студентов 6 курса. Выявлено, что наличие хронических заболеваний существенно влияет на ряд показателей физического и психологического компонентов здоровья. Самооценка успеваемости студентов взаимосвязана с компонентами физического и психологического здоровья. Не выявлено влияния условий проживания, семейного положения, вида досуга на качество жизни связанное со здоровьем.

Список литературы

1. Латышевская Н.И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов / Н. И Латышевская, С.В. Клаучек, Н.П. Москаленко // Гигиена и санитария. – 2009. – № 1. – С. 51-55.
2. Баклыкова А.В. Здоровье и образ жизни студентов-медиков // Молодой ученый. – 2010. – № 5. Т. 2. – С. 205-207.
3. Садвакасов Т.М. Сравнительная характеристика образа жизни лиц молодого возраста // Т.М. Садвакасов, Ш.Д. Джакетаева, Г.А. Жаналина, Ж.А. Алданова, К.Т. Абдрахманов, Т.С. Сергалиев, Д.Б. Кулов // Медицина и экология. – 2015. – № 1(74). – С. 46-47.
4. Cohen M. Physicians health themselves: life style education forme dical student // Comlement. Ther. Med. – 1999, № 7. – Р. 199-205.
5. Гребняк Н.П. Здоровье и образ жизни студентов / Н.П. Гребняк, В.П. Гребняк, В.В. Машинистов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 33-37.
6. Мандриков В.Б. Направления интеграции подразделений медицинского вуза по оздоровлению студентов и сотрудников / В.Б. Мандриков, И.А. Ушакова, М.П. Мицулина [и др.] // Тезисы докладов международной научно-практической конференции (10-11 июня 2008 г.). – Смоленск, 2008. – С. 96-97.
7. Попов А.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского вуза: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 24 с.

УДК 1:159.923:37.43

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Черепанов И.С., Галиуллина А.Р., Пунченко О.Е.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В работе изучено качество жизни студентов, занимающихся и не занимающихся творческой деятельностью. Для этого было проанкетировано 112 студентов медицинского вуза с помощью краткого опросника ВОЗ. Найдены достоверные различия по таким шкалам, как «качество жизни», «физическое здоровье», «отношения», «настроение».

Ключевые слова: качество жизни, творческая деятельность.

Актуальность. Учеба в медицинском университете отличается повышенной сложностью, так как требует запоминания большого массива данных, совершенно новой информации, терминологии, в том числе на латинском языке. К этому добавляется большая ответственность, так как студенты - это будущие врачи, которым придется принимать нестандартные решения в критических ситуациях. При этом часть студентов успевает совмещать учебу с творческой деятельностью. Все эти нагрузки сказываются в том числе и на качестве жизни. В то же время, творческая активность способствует дифференциации положительных и отрицательных эмоций, стабилизирует стенические эмоции, способствует развитию креативности и мышления, что помогает находить нестандартные подходы к запоминанию информации. Поэтому интересно изучить, имеются ли различия между качеством жизни у студентов, занимающихся и не занимающихся творческой деятельностью.

Цель: оценить качество жизни студентов, занимающихся творческой деятельностью

Задачи исследования. Провести анкетирование студентов, чтобы найти тех, кто занимается творческой деятельностью. С помощью опросника ВОЗ изучить качество жизни студентов, занимающихся и не занимающихся творческой деятельностью. Сравнить две группы студентов и сделать выводы.

Материалы и методы. Качество жизни оценивали по опроснику ВОЗ в краткой версии, которая состоит из 26 вопросов для оценивания физического здоровья, психологического здоровья, социальных отношений и окружающую среду.

В опросе приняли участие 112 студентов, в том числе 62 – занимающихся творческой деятельностью во внеурочное время. Среди видов творчества преобладает пение, которое выбрали 76% респондентов. Преимущественно все студенты начали заниматься творчеством еще до поступления в Университет, и только 20% и 7% выбрали в Университете хоровое пение и вокал соответственно. Среди другой творческой деятельности – танцы (12%), рисование (8%), поэзия (4%).

Результаты. Среди студентов, занимающихся творчеством, качество жизни как «хорошо» и «очень хорошо» оценивают 44 человека (71%), «плохо» - 2 человека (3%); состоянием своего здоровья «удовлетворены» и «очень удовлетворены» 35 человек (56%), «не удовлетворены» - 11 (18%); физические боли мешают выполнять свои обязанности 7 студентам (11%) и 5 (8%) студентам постоянно требуется медицинская помощь. Довольны жизнью, жизнь наполнена смыслом у 43 человек (69%), 48 (77%) способны к высокой концентрации внимания, 36 (58%) чувствуют себя в безопасности, 33 (53%) чувствуют достаточно энергии, 38 (61%) довольны своим внешним видом и 36 (39%) довольны собой. 19 (31%) студентов отметили, что располагают достаточным количеством времени для отдыха и развлечений, 25 (40%) удовлетворены своим



сном, 34 (55%) отмечают высокую трудоспособность. Удовлетворены отношениями 39 (63%) человек и 48 (77%) отмечают поддержку друзей; у 39 (63%) часто испытывают чувство тревоги и плохого настроения.

Среди 50 студентов, не занимающихся творчеством, качество жизни как «хорошо» и «очень хорошо» оценивают 30 человек (60%), «плохо» - 6 человек (12%); состоянием своего здоровья «удовлетворены» и «очень удовлетворены» 25 человек (50%), «не удовлетворены» - 18 (36%); физические боли мешают выполнять свои обязанности 14 студентам (28%) и 5 (10%) студентам постоянно требуется медицинская помощь. Довольны жизнью 26 (52%) человек, жизнь наполнена смыслом у 26 человек (52%), 18 (36%) способны к высокой концентрации внимания, 29 (58%) чувствуют себя в безопасности, 20 (40%) чувствуют достаточно энергии, 34 (68%) довольны своим внешним видом и 25 (50%) довольны собой. 14 (28%) студентов отметили, что располагают достаточным количеством времени для отдыха и развлечений, 13 (26%) удовлетворены своим сном, 27 (54%) отмечают высокую трудоспособность. Удовлетворены отношениями 23 (46%) человек и 33 (66%) отмечают поддержку друзей; 19 (38%) часто испытывают чувство тревоги и плохого настроения.

Таким образом, студенты, занимающиеся творческой деятельностью, оценивают свое качество жизни выше. У них более концентрированное внимание, они чувствуют достаточно энергии, жизнь их наполнена смыслом. Они в большей степени удовлетворены взаимоотношениями с товарищами и чувствуют поддержку друзей.

Студенты, не занимающиеся творческой деятельностью, достоверно чаще жалуются на свое физическое здоровье, которое им мешает в повседневной жизни выполнять свои обязанности; они чаще не удовлетворены своим сном. При этом они чаще довольны собой и реже испытывают чувство тревоги и плохого настроения.

Выводы. Творческая деятельность помогает студентам не только в учебе, способствуя концентрации внимания, но и в личной жизни. Однако, они достоверно чаще испытывают чувство тревоги и плохого настроения и меньше довольны собой и своим внешним видом, чем студенты, не занимающиеся творческой деятельностью.

Список литературы:

1. Тараканов А.В. Влияние творческой активности на эмоциональное развитие личности. Дисс.на соискание ученой степени кандидата психологических наук. 2003г.
2. Балан С.И. Влияние творческой деятельности на самореализацию личности // Вестник ФГОУ ВПО МГАУ. №3. 2011. С. 26-28.
3. Опросник ВОЗ: [https:// www.who.int/ substance_abuse/ research_tools/ whoqolbref/ ru/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/ru/). Дата обращения 17.03.2019.

УДК 378

ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОГО АЛКОГОЛИЗМА КАК АСПЕКТ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Черникова Е.В.

ГОУ ВПО «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»,
г. Тирасполь

Аннотация. В статье раскрывается проблема подросткового алкоголизма как аспект социально-педагогической деятельности. Показаны психолого-педагогические особенности подростков, склонных к употреблению алкоголя. Разработана программа по профилактике алкогольной зависимости у подростков. На основе опытно-экспериментальной работы разработаны рекомендации.

Ключевые слова: проблема подросткового алкоголизма, проблема подросткового алкоголизма как аспект социально-педагогической деятельности, профилактика алкоголизма.

Актуальность исследования. Проблема алкоголизма вызывает особую озабоченность не только из-за огромного числа людей злоупотребляющих алкоголем, но и из-за скорости, которыми алкоголизация охватывает все большее и большее число людей. Эта проблема имеет глубокие культурные, политические и социально-экономические корни. Пиво, джин-тоники, лонгеры и ром-колы стали неотъемлемым атрибутом отдыха молодых людей и не считаются алкоголем. «Легкий» алкоголь имеет популярность и доступность и уже давно затмил наркотики. В последние годы наиболее серьезной тенденцией в злоупотреблении алкоголем является быстрый рост употребления молодежью слабоалкогольных напитков. Особенно угрожающим фактором является раннее приобщение и быстрое привыкание к спиртному детей и подростков. Злоупотребление психоактивными веществами ведет к аддиктивному, антисоциальному поведению, деградации личности, ухудшению здоровья и генофонда нации.

Проблемой алкоголизации детей и подростков занимались видные медики и публицисты, социологи и педагоги, психологи и биологи. Среди них следует указать медиков И.В. Стрельчука, И.Д. Муратову и других; публицистов: С.Н. Шевердина, Н.П. Машовца; социологов: В.Н. Лужбина, и др.; педагогов: И.А. Невского, Д.В. Колесова; психологов В.Я. Ольшанского и В.С. Братуся; биолога Г.А. Шичко и многих других [5].

Объект исследования: Социально-педагогическая деятельность с подростками, склонными к алкоголизму.

Предмет исследования: профилактика алкогольной зависимости подростков как аспект социально-педагогической деятельности

Цель исследования: выявить эффективные формы работы по профилактике алкогольной зависимости.

Задачи исследования:



1. Раскрыть психолого-педагогические особенности подростков склонных к употреблению алкоголя.

2. Обосновать эффективность форм и методов социально – педагогической деятельности по профилактике алкогольной зависимости у подростков.

3. Разработана программа по профилактике алкогольной зависимости у подростков «Достойная жизнь».

4. На основе опытно-экспериментальной работы разработать рекомендации.

Гипотеза исследования: профилактическая деятельность социального педагога, направленная на антиалкогольное воспитание детей и подростков будет осуществляться эффективно при условии ее системности.

Материалы и методы исследования. Под алкоголизмом понимается хроническое заболевание, развивающееся в результате систематического употребления спиртных напитков, проявляющееся в физической и психической зависимости от алкоголя, ведущее к социальной и психологической деградации личности.).

С медицинской точки зрения, алкоголизм – это хроническое заболевание, характеризующееся сильным влечением к алкогольным напиткам. С социальной позиции, злоупотребление алкоголем приводит к деградации личности, это - форма девиантного поведения, характеризующееся патологическим влечением к спиртному и последующей социальной деградацией личности [4].

Начальный период, когда появляются первые признаки алкоголизма – дошкольный и младший школьный возраст. Наиболее существенными причинами являются халатность родителей или семейные «алкогольные» традиции. И хотя биологические исследования доказывают, что алкоголизм генетически не передается, но передается предрасположенность к нему. Решающую роль играют дурные примеры родителей, «алкогольная» атмосфера в доме [3].

У подростков зависимость возникает быстрее, чем у взрослых, поскольку в них неустойчивая психика. И чаще всего в случаях, когда алкоголизм выступает, как следствие образа жизни родителей. Также подростки начинают «играть» алкоголем для самоутверждения в своих компаниях, а поскольку в них физиологически незрелый организм, это вызывает отравление, что приводит к химической зависимости.

Подростковый алкоголизм, достаточно относительное понятие. Проблема продолжает существовать и как это не печально начинает прогрессировать и развиваться как хроническая болезнь. Неосведомленность взрослых и медицинских специалистов недостаточность их знаний из этой области готовят благоприятную почву для развития этой проблемы [2].

Особенность алкоголизма как аспект социально-педагогической деятельности, заключается в том, что эти явления вызывают взаимосвязаны с ними другие социальные отклонения: преступность, правонарушения, социальный паразитизм, аморальное поведение, самоубийства. Алкоголизм

можно рассматривать в двух измерениях - медицинском и социальном. Алкоголизм, согласно определению, – болезнь, вызванная систематически принятыми спиртными напитками, которая характеризуется влечением к ним, приводящее к психическим и физическим расстройствам и нарушениям в социальном поведении лиц, страдающих этой болезнью. Пьянство, например, не алкоголизм, это неумеренное питье спиртных напитков. Оно порождает алкоголизм, но не является болезнью [5].

В социальном измерении алкоголизм – это вид девиантного поведения человека, который ведет к деградации личности. Он характеризуется тем, что возникает привыкание, а в дальнейшем психическая и физиологическая зависимость от этилового алкоголя, употребляемого в виде водки, спирта, коньяка, вин, пива и тому подобное

К сожалению, по оценке Научного центра РАМН, к 13 годам почти половина подростков уже попробовали алкоголь, а в 16 лет - 61,4% юношей и 63% девушек регулярно его употребляют. Около 40% школьников считают приемлемым выпивать за компанию. Для 76% старшеклассников – алкоголь, постоянная составляющая праздника. За последние 5 лет частота впервые выявленной алкоголизации подростков выросла в 15 раз [2].

Наиболее актуальной проблемой в подростковой среде является ранняя алкоголизация молодежи, которая и приводит к формированию алкоголизма к возрасту 20-22 лет, а также последующей социальной деградацией личности.

К ранней алкоголизации относится знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет. О раннем (подростковом) алкоголизме следует говорить при появлении его первых признаков в возрасте до 18 лет.

Основные причины алкоголизации подростков – это неумение верно использовать свободное время, растущее психологическое напряжение, позитивная реклама в средствах массовой информации, уход от проблем, отчуждение, неустроенная жизнь и несостоятельность семьи в вопросах воспитания, алкоголизм родителей и неблагополучие в семье, мода, самоутверждение и конфликт с общественными нормами.

Последствия подросткового алкоголизма очень печальны. Алкоголь разрушает организм подростка, губительно влияет на психику и здоровье, ведет к формированию алкоголизма. Что и приводит подростка к низкому самоконтролю и делинквентному поведению и толкает его в дальнейшем к преступлениям.

Социальная профилактика – это динамическая система деятельности, направленная на достижение полной сохранности личности и социального статуса детей и молодежи методом, главное содержание которого в опосредовании через его личность информационно-восстановительных воздействий и мероприятий.

Цель эксперимента состояла в том, чтобы выявить индивидуально-психологические особенности подростков злоупотребляющих спиртными напитками.



Эксперимент реализовывался в два этапа. На первом этапе: производился отбор методических приемов для организации исследования; проводилось исследование личностных качеств подростков. На втором этапе осуществлялся мониторинг, определялась и анализировалась динамика показателей исследуемых групп. Исследования проводились на базе Центра социально-воспитательной работы. В исследовании приняли участие 17 подростков – учащиеся 10 - 11 классов в возрасте 15 - 17 лет. Из них 10 девочек и 7 мальчиков. Все дети обучаются в одинаковых условиях, одними учителями, по стандартным программам. Но семьи учащихся абсолютно разные по параметрам образования, профессиональной занятости, составу.

Результаты исследования. Нами были определены следующие методы сбора информации: анкета «Отношение подростка к алкоголю»; шкала «Отношение к спиртным напиткам» опросника для подростков А.Е. Личко; шкала ценностных ориентаций (по М. Рокичу); тест на предрасположенность подростка к употреблению ПАВ (Кулинич Г.Г.); был использован опосредованный опрос с помощью процедуры анкетирования. В нашем случае такой задачей было выяснение отношения подростков к алкоголю была разработана анкета, результаты которой послужили началом исследования. данные показали, что среди 17 подростков, нет ни одного, который бы не пробовал спиртные напитки. Следует отметить, что возраст, в котором подростки впервые попробовали алкоголь колеблется: у девочек от 12 до 14 лет, у мальчиков от 14 до 16 лет. Это объясняется тем, что развитие мальчиков протекает значительно замедленнее, чем девочек.

Так же были выявлены причины, которые способствуют подростковой алкоголизации. Проанализировав результаты анкетирования нами были подведены итоги, - «за компанию» – главная причина употребления алкоголя подростками. На второе место была определена причина – «по желанию». Так же с помощью анкеты нами было установлено, что подростки предпочитают употреблять такие спиртные напитки как, вино, пиво, джин-тоник, которые относятся к категории некрепких напитков. Из числа исследуемых подростков 42% употребляют алкоголь в среднем 1 раз в месяц, 35% подростков ответили, что употребляют алкоголь 2 раза в месяц. Мотивы употребления алкоголя: повысить настроение, обрести уверенность в себе, повысить коммуникабельность.

Мы поделили эмпирическую выборку на две группы: подростки, злоупотребляющие спиртными напитками и подростки у которых на данный момент не было выявлено психологической склонности к злоупотреблению спиртными напитками. Свое внимание мы остановили на тесте Люшера. Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета нередко отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

Подростки, которые эпизодически употребляют спиртные напитки, и составляют 77% от общего числа исследуемых подростков, в большинстве отдали

свое предпочтение зеленому цвету. Это говорит об устойчивости взглядов и сформировавшуюся собственную позицию, в том числе и по проблеме злоупотребления спиртными напитками. Можно предположить, что это сознательный выбор подростков данной группы.

Подавляющее большинство детей с трудом характера – это акцентуированные лица. Они, в отличие от основной массы сверстников, обнаруживают не патологические, но все же существенные трудности характера и поведения, которые возникают в обычной жизненной обстановке. Это связано с их личным реагированием на обычные обстоятельства. Они более уязвимы в плане возникновения в них различных болезненных расстройств при травмирующих обстоятельствах, чем те здоровые подростки, которые живут без существенных трудностей в переживаниях и поведении, если не возникают действительно тяжелые (в общепринятом понимании) и для них [1].

Для нашего исследования существенное значение имеют данные шкалы «Отношение к спиртным напиткам» опросника для подростков А.Е. Личко. Результаты данного опросника показали:

Гипертимный тип – 35,2%. Такие подростки отличаются неразборчивостью в выборе знакомств, в силу чего могут незаметно для себя оказаться в дурной компании, начать выпивать (обычно предпочитая неглубокие степени опьянения), пробовать действие наркотиков и других токсических средств (но пристрастия к ним в подростковом возрасте обычно не возникает).

Эпилептоидный тип – 17,4% подростков. Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. Алкогольные опьянения часто протекают тяжело – с гневом и агрессией.

Неустойчивый тип – 23,5% подростков. Главная черта – постоянная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. С желанием поразвлечься связана ранняя алкоголизация, делинквентность, употребление наркотиков и других дурманных средств. Тянутся к уличным компаниям.

Сенситивный тип – 24%. Ни к алкоголизации, ни к делинквентности склонности не имеют.

Таким образом, нами было выявлено, что 4 из 17 подростков требуется особое внимание родителей, педагогов, медицинского работника, психолога, социального педагога, работника правоохранительных органов. Осознавая, что проблема подросткового алкоголизма становится все актуальней, нами была разработана программа по профилактике алкогольной зависимости у подростков «Достойная жизнь». Основание для разработки программы: Кодекс Приднестровской Молдавской Республики об административных правонарушениях.

Статья 167. Распитие спиртных напитков в общественных местах и появление в общественных местах в пьяном виде.



Распитие спиртных напитков на улицах, на стадионах, скверах, парках, во всех видах общественного транспорта и других общественных местах, кроме организации торговли и общественного питания, в которых продажа спиртных напитков разрешена уполномоченными органами, или появление в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, - влечет предупреждение или наложение штрафа в размере от 5 до 10 РУ МЗП.

Появление в общественных местах в пьяном виде подростков в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими спиртных напитков – влечет наложение штрафа для родителей или лиц, их заменяющих.

Статья 169. Доведение несовершеннолетних до состояния опьянения.

Доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения родителями несовершеннолетнего или иными лицами – влечет наложение штрафа в размере от 50 до 100 РУ МЗП.

Статья 180. Невыполнение родителями или лицами, их заменяющими, обязанностей по воспитанию и обучению детей.

Злостное невыполнение родителями или лицами, их заменяющими, обязанностей по воспитанию и обучению несовершеннолетних детей, потребление несовершеннолетними наркотических веществ, алкогольных напитков или совершение ими других правонарушений – влечет предупреждение или наложение штрафа на родителей или лиц, их заменяющих, до 3 РУ МЗП.

Цель программы «Достойная жизнь» – предотвратить возникновение алкогольной зависимости у подростков, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития личности. В Таблице 1 показаны результаты реализации проекта

Таблица 1

Результаты реализации программы «Достойная жизнь»

	До реализации проекта	После реализации проекта
скучно, нечем заняться	94%	2%
хочется есть, плохое питание	73%	5%
хочется вернуться к друзьям	71%	12%
нет прогулок	66%	2%
дети добровольно покинувшие центр, не завершив лечение	70%	3%

Поэтому цели, задачи и методы реабилитационной работы с детьми и подростками значительно отличаются от аналогичных взрослых программ. Результаты исследования позволяют сделать следующие обобщения. Важнейшим показателем богатства и процветания нации является здоровье подрастающего поколения. Здоровье человека - важный показатель его личного успеха. Если у

молодёжи появится привычка к занятиям спортом, будут решены и такие острые проблемы, как наркомания, алкоголизм, детская безнадзорность [6].

Одним из важнейших аспектов здорового образа жизни является сознательный отказ подростков от алкоголя. На основе этого нами была проведена диагностика по выявлению старших подростков, склонных к употреблению алкогольных напитков, в результате которой было установлено, что среди 17 подростков, участвующих в исследовании нет ни одного, кто не употреблял бы спиртное. 23% подростков употребляют спиртное регулярно, т.е. более 2 раз в месяц. Это говорит о том, что в группе испытуемых присутствует высокий уровень предрасположенности к употреблению спиртных напитков.

Учитывая выявленные обстоятельства нами была разработана комплексная программа по профилактике алкогольной зависимости у старших подростков. Программа состоит из следующих блоков: организационная работа, профилактическая работа с семьей, профилактическая работа с классами, индивидуальная профилактическая работа с подростками, регулярно употребляющие спиртные напитки, профилактические мероприятия.

В программу по профилактике алкогольной зависимости у подростков вошли такие формы и методы как: классные часы, родительские собрания, внеклассные мероприятия, рейды, лекции, беседы и т.д.

Современная профилактика алкоголизма основывается на двух взаимосвязанных факторах. Первый - это воспитание установки в людей на абсолютную трезвость и второй - воспитание способности человека достигать творческого вдохновения в работе, увлечениях, в общении с людьми и природой, то есть чувствовать и переживать то наслаждение жизни, ради которой хочется жить трезво без должного и другого дурмана. Опыт показывает, что именно второй момент является важнейшим в психопрофилактики пьянства, особенно у детей и подростков с трудностями характера.

В частности, выделяют следующие виды профилактики:

1. Профилактика творческим общением с литературой, искусством, наукой.
2. Профилактика с привлечением к творческому коллекционированию [6].

В процессе работы мы пришли к заключению что: проблема алкоголизма имеет глубокие исторические корни и на современном этапе особенно актуальна. Этому способствует ряд причин: отсутствие системы дополнительного образования, низкий уровень образования родителей, тяжелое материальное положение и т.д. Алкоголь негативно влияет на организм человека. Выделяют ряд особенностей подросткового алкоголизма: быстрое привыкание к алкоголю, быстрое развитие алкоголизма, злокачественное течение алкоголизма, низкая эффективность лечения. Целью социально - педагогической деятельности с подростками, склонными к алкоголизму, является устранение негативных факторов, способствующих алкоголизации.

Содержание социально - педагогической деятельности с подростками склонными к употреблению алкоголя, реализуется в следующих направлениях:



- деятельность по повышению уровня социальной адаптации подростков, склонных к употреблению алкоголя;
- деятельность по профилактике алкоголизма включающая противоалкогольное обучение и воспитание школьников с формированием у них отрицательного отношения к употреблению алкоголя;
- деятельность по просвещению родителей;
- посредническая деятельность между подростком и окружающим его социумом.

В результате исследовательской деятельности мы пришли к выводу, что проблема подросткового алкоголизма особенно актуальна. Ее решение требует комплексности и систематичности в деятельности всех субъектов социального взаимодействия.

Исходя из этого, нами были разработаны следующие рекомендации:

- Привлекать к решению проблемы алкоголизации в подростковой среде другие организации и ведомства: социальные, правоохранительные, здравоохранительные.
- Организовать систематическую профилактическую работу в образовательном учреждении, с привлечением родителей и лиц, специализированных на проблеме алкоголизации.
- Разработать и внедрить в учебно-воспитательный процесс методики организации свободного времени подростков.
- Особое внимание уделить летнему отдыху подростков. В рамках летнего отдыха организовать палаточный лагерь сроком не менее 1 месяца.

Таким образом, при учете администрацией школы и педагогическим коллективом данных рекомендаций, деятельность по профилактике алкогольной зависимости у старших подростков будет более результативной

Список литературы.

1. Анисимов Л.Н. Профилактика пьянства и наркомании среди молодежи. М.: Изд-во: Просвещение, 2006- 45 с.
2. Ахмерова С.Г. Теоретико-методические основы профилактики наркомании в образовательных учреждениях. Уфа., 2005- 230 с.
3. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: учеб. пособ. для студ. сред. и высш. учеб. заведений . 2-е изд., стереотип. М.: Изд-во: «Академия», 2006- 144 с.
4. Профилактика и коррекция нарушений психического развития детей при семейном алкоголизме: пособие для психологов и педагогов / Е.М. Мастюкова [и др.]. М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006- 115 с.
5. Рабочая книга социального педагога. Профилактика безнадзорности, правонарушений, охрана здоровья детей / под. ред. Л.В. Кузнецовой. М.: Изд-во «Школьная пресса», 2007-96 с.
6. Российский подросток и психоактивные вещества: технологии педагогической профилактики. Региональный аспект/ под. ред. С.С. Гиля. Изд. 2-е., М.: Агенство «Социальный проект», РИТМ, 2009- 240 с.

УДК 159.9.072.433

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТАЮЩИХ СТУДЕНТОВ

Черномырдин Н.А., Пунченко О.Е.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация. В работе изучено качество жизни работающих студентов медицинского и технического вузов, которых оказалось 44% среди принявших участие в опросе. Различия обнаружены по взаимоотношению с окружающими, друзьями, семьей, условиями и качеству жизни, подверженности стрессу.

Ключевые слова: качество жизни, работа, студент.

Актуальность. Многие студенты в нашей стране начинают подрабатывать с младших курсов института. Однако, студенты медицинских вузов из-за особенностей организации учебного процесса – обязательное посещение всех занятий, учебный день с понедельника по субботу с 9.00 до 16.25, отработки в вечернее время, большой объем изучаемого материала – подрабатывают крайне редко. Поэтому актуальным представляется сравнить качество жизни работающих студентов.

Цель: оценить качество жизни работающих студентов.

Задачи исследования.

1. С помощью опросника ВОЗ изучить качество жизни работающих студентов; в качестве группы сравнения - студентов, у которых нет подработок.
2. Сравнить две группы студентов.

Материалы и методы. В добровольном анонимном обследовании приняли участие студенты 1-6 курсов медицинского университета и технического вуза в возрасте от 16 до 34 лет. Анкетирование проводили по авторскому опроснику, в основу которого взяли краткую версию опросника ВОЗ. Студенты отвечали на вопросы о субъективном состоянии здоровья, режиме дня, трудностях в учебе, подверженности стрессам, взаимоотношению с окружающими. Ответы ранжировали и присваивали баллы, из которых потом выводили среднее арифметическое.

Результаты. Среди опрошенных 61 студента работают всегда или вынуждены подрабатывать 27 человек, из них 31% учится на 2 курсе, 32% - на третьем и 100% на 5-6 курсах. Так как достоверных различий ни по одному показателю среди студентов медицинского и технического вузов не обнаружено, в дальнейшем студентов группировали по курсам и наличию работы независимо от учебного учреждения.

При сравнении работающих и не работающих студентов различия не обнаружены по шкалам «трудности в учебе» (этот показатель плавно увеличивается от первого к пятому курсу), «занятия спортом» (средний уровень у всех опрошенных студентов), «правильное питание», «состояние здоровья». У работающих студентов на всех курсах одинаковое отношение с окружающими, которое в среднем они оценивают как хорошее. У студентов, которые не



работают, отношения с окружающими прогрессивно ухудшаются от первого к третьему курсу. Поддержку семьи и хорошие внутрисемейные отношения в большей степени отмечают не работающие студенты. Также у них лучше складываются взаимоотношения с друзьями. Режимом дня и качеством сна более довольны работающие студенты, они же меньше подвержены плохому настроению и стрессам. Условия жизни выше оценивают не работающие. В заключении исследования все вопросы были сгруппированы в две группы: физическое здоровье и социальное здоровье. В целом, качество жизни по показателю физическое здоровье было достоверно выше у работающих студентов и не различалось по социальному здоровью с неработающими.

Заключение. Несмотря на сложности, которые испытывают работающие студенты по сравнению с неработающими, качество жизни по показателю физическое здоровье у них достоверно выше.

Список литературы:

4. Опросник ВОЗ: [https:// www.who.int/ substance_abuse/ research_tools/ whoqolbref/ ru/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/). Дата обращения 17.03.2019.

УДК 615.61

**ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, КАК
БЫСТРЫЙ ПУТЬ К ХОРОШЕМУ НАСТРОЕНИЮ**

Черномырдин Н.А., Филиппова Ю.В., Богачева А.С.

ФГБОУ СЗГМУ имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Реферат. В погоне за современным образом жизни в мегаполисе люди забывают о правильном распорядке дня, сне, здоровом питании, пытаются все успеть на ходу. В такие моменты организм нуждается в физическом и эмоциональном отдыхе, но так как скорость течения жизни в больших городах достаточно высока, человек просто на-просто не успевает найти ту зону комфорта, в которой он смог бы восстановить свои силы. Вот и студенты, на которых обрушиваются все трудности студенческой жизни испытывают физическую перегрузку, которая может привести к психо-эмоциональному расстройству.

Ключевые слова: психотропные препараты, студенты, нейролептики, побочные действия, доступность, заболевания.

Актуальность. Зачастую в суете современной жизни студенты забывают обо сне, здоровом питании, правильном режиме, пытаются успеть, как можно больше на ходу. В такие моменты молодому организму необходим физический и эмоциональный отдых, но так как скорость течения жизни достаточно высока: насыщенный учебный график, занятия вне университета, а иногда и работа, студент просто не успевает найти ту зону комфорта, в которой он смог бы восстановить свои силы. В такие моменты некоторые студенты прибегают к применению лекарственных препаратов, которые, по их мнению, смогут

восстановить утраченный баланс и помочь перебороть нехватку сна. Очень часто такими медикаментами становятся нейролептические препараты, которые, как показывает практика, при бесконтрольном приёме не просто не улучшают состояние человека, а даже усугубляют его. И хоть говорят, что все то, что рекомендует нам реклама не вызывает привыкание, большинство людей, попробовав однажды и получив желаемый эффект, снова и снова обращаются за помощью к лекарственным препаратам.

Психотропные вещества - лекарственные препараты, предназначенные для изменения психоэмоционального состояния человека, за счет влияния на центральную нервную систему.[1]

Нейролептики регулируют химические обмены веществ в организме, тем самым дополняя нехватку жизненно важных гормонов (адреналин, норадреналин, серотонин)[2, 3]. Первоначальный эффект и вправду поражает: улучшается сон, появляется бодрость и энергичность, нормализуется эмоциональный фон, пропадают вялость и апатия, но, к сожалению, эффект препаратов вскоре заканчивается и после того, как их действие прекращается, сменяется плохим самочувствием и снижением всех показателей.[4] К сожалению, все чаще и чаще становится популярным употребление психотропных препаратов студентами, что очень негативно влияет на развитие молодого организма и дальнейшую жизнь в целом.[5] В связи с этим мы провели анкетирование среди студентов медицинских вузов Санкт-Петербурга.

Целью данной работы является анализ анкет студентов и распространенности употребления психотропных препаратов среди студентов СЗГМУ им И.И. Мечникова и других медицинских вузов Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. В работе были проанализированы анонимные анкеты более 230 студентов, обучающихся в СЗГМУ им И.И. Мечникова и других медицинских вузах Санкт-Петербурга. Все участники опроса разделены на две возрастные группы: младшие (1-2) и старшие (5-6) курсы. Был проведен анализ возрастной группы и причины приема лекарственных препаратов.

Результаты. В ходе данной работы было проанализировано 230 анонимных анкет студентов СЗГМУ им И.И. Мечникова и других медицинских вузах Санкт-Петербурга. Из них 129 обучаются на 1-2 курсах, 101 на 5-6 курсах. Анализ анкет показал, что 15% опрошенных употребляют психотропные лекарственные препараты без рекомендации специалиста, причинами данного выбора в своих анкетах указали: легкий способ расслабиться (65% из всех употребляющих); интерес к быстрому получению обещанного эффекта избавления от эмоциональной нагрузки (37%). Также из анкет студентов видно, что 85% обучающихся до сегодняшнего дня не прибегали к медикаментозной помощи борьбы с усталостью и стрессом, а предпочитают такие способы, как: разговор с другими людьми, вкусная еда или физические нагрузки, но к сожалению 9 % (из этих 85%) часто задумываются о приеме нейролептиков, не зная негативные последствия не решаются.[Рис.1] Анализ полученных результатов показал, что 33% (из числа принимающих) являются студентами



старших курсов, 67%-обучаются на младших курсах. Причиной может быть недостаток информации о негативных последствиях и обилие рекламы, обещающей быстрый эффект. И хотя, проведенный опрос, показал, что на старших число студентов, снимающих стресс лекарственными препаратами значительно снижается, это проблема не может оставаться без внимания, так как кому, как не будущим врачам знать о нежелательном употреблении лекарственных препаратов без рекомендации специалистов.

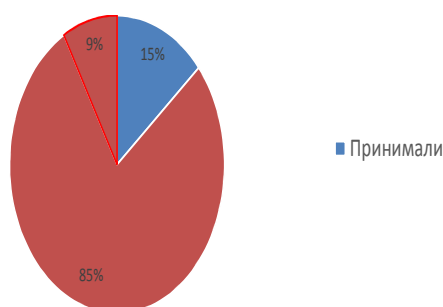


Рис.1. Количественное распределение студентов, принимающих психотропные лекарственные препараты (%)

Заключение. Анализ проведенного опроса среди студентов медицинских вузов показал, что 15% анкетируемых принимают нейрорептики в качестве борьбы со стрессом, усталостью, раздражительностью и плохим настроением. При этом студенты 1-2 курсов чаще употребляют психотропные препараты, чем обучающиеся на 5-6 курсах. Почти все опрошенные, принимающие психотропные препараты, указывают в своих анкетах о незнании о возможных негативных последствиях и недостатке информации в этой области. Из всего выше сказанного следует, что проблема большого количества рекламы и легкой доступности лекарственных препаратов остается актуальной. Более того необходимо рассмотреть вопрос о введении пропаганды отказа от применения психотропных лекарственных препаратов без рекомендации врача.

Список литературы.

1. Козловский В.Л: Психотропные препараты: от теории к практике.: Учебное пособие. – М.: Санкт-Петербург Спец Лит, 2018.-7-34 с.
2. Куценко С.А: ОСНОВЫ ТОКСИКОЛОГИИ.: Статья. –: Санкт-Петербург, 2003.- 317-356 с.
3. Келина Н.Ю., Безручко Н.В. Основы токсикологии: Учебный комплект. Пенза: Изд-во ПТИ. 62-65 с.
4. Ребко А.А. Медицина экстремальных ситуаций: учеб.-метод. пособие для студентов 4 курса всех факультетов медицинских вузов: в 2 ч./ А.А. Ребко, М.Н.

Камбалов, С.А. Анашкина; под ред. С.А. Анашкиной. Гомель: ГомГМУ, 2016. – 91-120с.

5. Черномырдин Н.А., Тройно М.А., Богачева А.С., Кузнецова О.А.: Статистическая оценка острых отравлений психотропными препаратами за 2015-2017 годы. –: Санкт-Петербург, 2018.-165-168 с.

УДК 364.3

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПРЕСТАРЕЛЫМИ И ИНВАЛИДАМИ

Шагдарова Т.В., Халтаева О.Р., Маланов И.А.

Северо-Восточный федеральный университет в г. Мирном, Россия

В данной статье представлен опыт применения технологий социальной реабилитации пожилых и инвалидов в Хоринском специальном доме-интернате.

Ключевые слова: *инвалиды, технологии социальной работы, бытовая реабилитация, терапия занятостью, информационно-коммуникативные технологии.*

Актуальность. Хоринский специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов – это стационарное учреждение социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, из числа лиц, освобождаемых из мест лишения свободы; лиц, за которыми установлен административный надзор; ранее судимых или привлекавшихся к административной ответственности за нарушение общественного порядка [2]. Подобных учреждений в России немного, соответственно специфика учреждения отличается от других учреждений, предполагает особый подход при выборе технологий социальной реабилитации бывших осужденных.

Целью исследования является анализ технологий социальной работы с престарелыми и инвалидами, применяемых в Хоринском специальном доме-интернате.

Методы исследования: изучение и обобщение опыта оказания социально-психологической помощи престарелым и инвалидам. В рамках Хоринского специального дома-интерната для престарелых и инвалидов социальное обслуживание клиентов приобретает характер сопровождения и даже комплексного обслуживания с привлечением врачей, психологов, представителей местных органов социальной защиты населения. При этом необходимо учитывать, что некоторые из социальных проблем личностного уровня (инвалидность, старость) по объективным причинам, разрешить окончательно невозможно, поэтому мероприятия социального обслуживания дополняются психологической помощью по изменению отношения к ним окружающих и поиску возможностей для самокомпенсации и самореализации в сложившихся обстоятельствах.



В условиях интерната, социальный работник выполняет следующие функции: диагностическую, прогностическую, профилактическую, правозащитную, социально-педагогическую, социально-психологическую, социально-медицинскую и социально-бытовую, тем самым выступая связующим звеном в пропаганде и соблюдении гуманистических принципов в работе с клиентами Хоринского специального дома-интерната для престарелых и инвалидов [4, 431].

Еще одним из важнейших связующих звеньев между постояльцем интерната и внешним миром являются его социальные связи – семья и родственники, которые играют ведущую роль в структуре социально-полезных связей. Из многолетней практики аналогичных интернатных учреждений, доказано, что технология укрепления социально полезных связей позитивно влияет, на различные аспекты поведения человека, включая дисциплину и производственные показатели.

Любой человек независимо от возраста, пола, социального положения стремится к тому, чтобы не быть одиноким, изолированным от других. Он хочет быть услышанным, стремится поделиться своими мыслями, чувствами с близкими ему людьми. С первых дней поступления с клиентами тесно работает специалист по социальной работе, который совместно с психологом учреждения стараются сделать все, чтобы адаптация к новой жизни прошла как можно безболезненнее [2, 48].

Расширить круг общения, проявить свои способности и интересы клиенты Хоринского специального дома-интерната для престарелых и инвалидов могут в ходе подготовки и проведения, различных досуговых мероприятий, занятий во всевозможных кружках по интересам. Специалистами дома-интерната разработаны специальные программы занятий «Оригами» и «Эрудит», в библиотеке работают музыкальные и творческие гостиные. Популярностью пользуются и аудиокнижки, успешно работает компьютерный класс. С концертными программами приезжают творческие коллективы. Для клиентов организуются вечера отдыха и тематические викторины, спартакиады, выезды на открытый воздух, посещения с экскурсиями музея, памятников природы. Наиболее эффективные социально-реабилитационные мероприятия следует рассмотреть подробнее.

Библиотерапия довольно сильно и длительно воздействует на человека, устраняет последствия депрессии, отрицательные эмоции. При библиотеке создан и работает клуб книголюбов «Литературная гостиная». Цель – организация досуга ветеранов и развитие интереса к русской и зарубежной литературе. Еженедельно проводятся обзоры периодических изданий для пенсионеров и инвалидов: «Друг пенсионера», «Пенсионер России», «60 лет – не возраст» и другие. Эти издания всегда востребованы у проживающих, и они с интересом просматривают каждый новый номер. Также в библиотеке проводятся все занятия кружков, лекции, праздничные мероприятия. Важно, организовывать работу так, чтобы не только обогатить жизнь проживающих разнообразным

чением, но и вызвать у них интерес и желание творчески реализовать себя, раскрыть свои способности [5].

Компьютерные технологии являются неотъемлемой частью современной жизни. Для человека на пенсии – это ещё и новые возможности коммуникации, источник информации и развлечений. Общение с детьми и внуками, с родственниками в других городах или странах – все это новые возможности для бывших осужденных. Занятия по освоению основ компьютерной грамотности для постояльцев интерната помогают повысить самооценку, определить новые приоритеты, осознать и принять новый статус, сформировать новый круг общения, наполнить жизнь новыми событиями и впечатлениями [3, 229].

Клуб «Православный час» объединяет верующих людей, нуждающихся в общении, психологической и моральной поддержке. Цель клуба – общение, создание равновесия в душе людей к окружающим, изучение истории развития христианства. Мероприятия клуба носят познавательный характер. Занятия проходят с приглашением отца Александра Свято-Никольской церкви с. Хоринск. Беседы – в форме вопросов-ответов на различные темы – от празднования Пасхи, Рождества, возрождение православия.

В доме-интернате создана сенсорная комната, в которой применяются следующие методики: музыкотерапия, ароматерапия, цветотерапия. Влияние запахов на психическое и физическое состояние человека известно с давних времен. Основной задачей ароматерапии является восстановление общего равновесия организма и использование собственной жизненной энергии [5].

Психологическая поддержка осуществляется в рамках индивидуальных бесед, консультаций с целью преодоления клиентом состояния депрессии, пассивности, отчужденности и неверия в возможность изменить свою судьбу.

Необходимо отметить, что в силу определенных обстоятельств, бывшие осужденные тяжело идут на контакт, а это в значительной степени усложняет процесс реабилитации и продлевает период социальной адаптации в обществе. Однако, благодаря постоянной работе специалистов, каждый клиент со временем адаптируется к новым условиям проживания и принимает участие в досуговых мероприятиях.

Образ жизни пожилых людей и инвалидов, во многом определяется тем, как они проводят свободное время, какие возможности для этого создает учреждение. Целью организации досуговых мероприятий является повышение самооценки клиентов, получение возможности самовыражения, его скорой адаптации к изменившимся условиям жизни, сохранение и продление интеллектуальных и культурных потребностей [1, 49].

В учреждении используются следующие направления организации досуга: организация праздничных и спортивных мероприятий; проведение тематических бесед, музыкальных часов, игр и викторин; проведение сеансов терапии в сенсорной комнате; проведение занятий в кружках по интересам; организация и посещение экскурсий, культурно-зрелищных мероприятий и т.д.



Игровая терапия поддерживает хорошее настроение, оптимизм также влияет на различные функции организма. Развлечения, соответствующие возрасту и общему состоянию, способствуют сохранению физической независимости. Главная цель сотрудников учреждения донести до клиентов, что старость и инвалидность предотвратить невозможно, но жизнь можно сделать счастливой, активной, интересной и наполненной.

Таким образом, в Хоринском специальном доме-интернате применяются следующие технологии с бывшими осужденными: технология укрепления социально полезных связей, бытовая реабилитация, трудотерапия, библиотерапия, Арт-терапия, музыкотерапия, терапия занятостью, информационно-коммуникативные технологии и т.д.

Список литературы:

1. Андреева, О. С. Технология социальной реабилитации инвалидов / О. С. Андреева [и др.]. – Москва: Наука, 2012. – 243 с.
2. Дубова, О. В. Адаптация лиц, освобожденных из мест лишения свободы [Текст] / О. В. Дубова // Социальная работа. – 2010. – № 1. – С. 48-53.
3. Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы III международной научно-практической конференции (9-10 декабря 2014 г.) [Текст] / отв. ред. Ю. Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2014. – 275 с.
4. Холстова, Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми / Е. И. Холстова. - 6-е изд. - Москва: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010. – 581 с.
5. Хоринский специальный дом-интернат: официальный сайт. [Электронный ресурс]: [http:// horinskdsi.ru/](http://horinskdsi.ru/) (дата обращения: 10.05.2018).

УДК 316.

РОЛЬ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шаткевич О.И., Лантух Т.В.

УЗ «ГОККЦ» г. Гродно, УО «ГрГУ им. Я. Купалы»

Аннотация: В статье раскрыта проблема психосоциальной реабилитации больных кардиологического профиля. Представлена, разработанная нами модель психосоциальной реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями средством музыкотерапии. Показаны возможности музыкальной терапии в восстановлении и укреплении здоровья пациентов.

Ключевые слова: реабилитация, больные кардиологического профиля, музыкальная терапия, люди пожилого возраста.

Актуальность. Одной из самых актуальных задач научной медицины и практического здравоохранения начала XXI века являются поиски эффективных способов лечения болезней системы кровообращения (БСК). По уровню смертности населения, болезни системы кровообращения занимают ведущее

место в большинстве экономически развитых стран мира. Ежегодно по этой причине умирает более 17 миллионов человек. В Республике Беларусь болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности. Почти 2,5 миллиона белорусов, а это четверть всего населения страны, сегодня подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям.. В связи с этим в стране остро стоит проблема профилактики, лечения и реабилитации больных кардиологического профиля. Под термином «реабилитация» мы, вслед за С.Г. Суджаевой, – подразумеваем комплексные и скоординированные мероприятия медицинского, социального, педагогического (обучающего) и профессионального характера, проводимые с целью адаптации больного к новым условиям жизни и труда при выявлении и использовании его максимальных резервных возможностей [1].

По требованиям ВОЗ комплексная кардиологическая реабилитация больных кардиохирургического профиля должна быть многоплановой и поэтапной для каждого больного с заболеванием сердца. В 1994 г. Американская Ассоциация Сердца заявила, что программы кардиологической реабилитации должны содержать многофакторные и многоотраслевые подходы с целью достижения полного регресса в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, и что программы, состоящие только из физических тренировок, не могут считаться кардиологической реабилитацией [2].

В рамках этой «многоплановости» нам видится целесообразным использовать нетрадиционные, до сих пор ещё недооценённые средства реабилитации больных кардиологического профиля, в частности, возможности музыкотерапии.

В XX веке, особенно во второй его половине, музыкальная терапия как независимая дисциплина стала широко практиковаться в различных странах Европы. Первые научные работы, исследующие механизм воздействия музыки на человека, появились в конце XIX, начале XX века. Во второй половине XX века интерес к музыкальной терапии и механизму её воздействия существенно возрос. По-видимому, это можно объяснить научно-техническим прогрессом, позволившим изучать физиологические реакции, возникающие в организме в ответ на музыкально-терапевтическое воздействие, на новом, более высоком уровне [3].

Существуют данные, согласно которым Пьетро А. Модести на научной конференции, проходившей в Новом Орлеане, показал, как музыка может помочь при гипертонии. Так, если болезнь находится на начальной стадии развития, музыка, как способ лечения, может заменить собой даже лекарственные препараты. Физическое расслабление и положительные эмоции способствуют снятию напряжения в человеческом организме, что может помочь сердцу и кровеносной системе работать более спокойно и поэтому благоприятно сказывается на давлении, объясняют учёные [6]. Пожилой возраст – один из самых сложных периодов жизненного пути человека. По данным ВОЗ пожилым возрастом следует считать 60 - 75 лет. Это период, когда все физиологические,



психологические и социальные функции человека увядают, но также, это пора зрелости, подведения итогов.

Цель исследования: разработать и апробировать программу психосоциальной реабилитации больных пожилого возраста кардиологического профиля средством музыкотерапии.

Задачи исследования:

- изучить медико-социальные особенности больных кардиологического профиля;
- выявить возможности музыкотерапии в психосоциальной реабилитации больных пожилого возраста кардиологического профиля.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проводилось в УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр». В экспериментальной работе приняли участие пациенты УЗ «ГОККЦ» в возрасте от 50 лет до 71 года. Для пожилых пациентов кардиологического профиля была разработана анкета с целью выявления основных причин их заболевания.

На вопрос анкеты: «Как вы думаете, что способствовало развитию кардиологических проблем в вашем здоровье?», – были получены ответы, которые для большей наглядности представлены в виде рисунка 1.

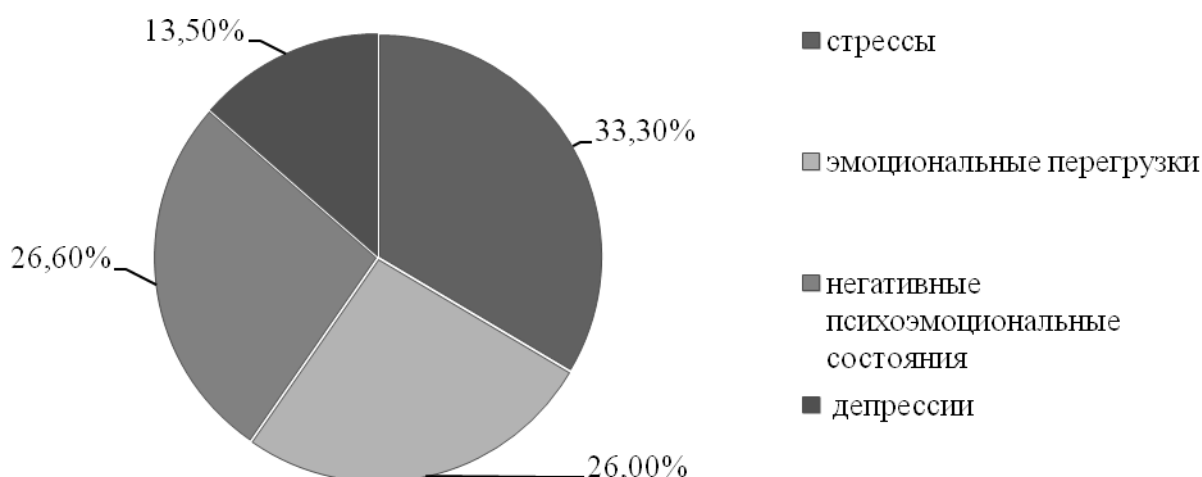


Рисунок 1 – Причины кардиологических проблем

Результаты. Из рисунка видно, что причины своих кардиологических проблем, пациенты связывают, в первую очередь, со стрессами (33,3 %); эмоциональными перегрузками (26,8 %), негативными психоэмоциональными состояниями (26,6 %), а также частыми депрессиями (13,5 %). Более углублённое исследование показало, что чувство страха на протяжении своей жизни испытывает подавляющее большинство пациентов кардиологического профиля (73,3 %). Среди тех, кто ответил положительно, чувство страха испытывали часто (26,6 %) и даже постоянно (13,3 %) почти половина пациентов (40%), участвующих в эксперименте. Проведенное нами исследование позволило также установить, что многие пациенты экспериментальной группы испытывали

состояние депрессии (73,3 %), причём 20 % пациентов, по словам самих испытуемых, находились в таком состоянии часто.

На вопрос анкеты, в каких ситуациях чаще всего возникают отрицательные эмоциональные состояния? – были получены ответы, что такие состояния возникают у респондентов на рабочем месте (40 %), в незнакомой обстановке (26,7 %), а также в домашней обстановке (20 %). Были и те, у кого отрицательные эмоциональные состояния возникали даже при общении с друзьями (13,3 %).

Исходя из полученных данных, очевидным стал вопрос о том, владеют ли пациенты методиками коррекции своего психоэмоционального состояния? Умеют ли преодолевать эмоциональные перегрузки, выходить из стрессовых ситуаций и т.п.? Полученные результаты представлены на рисунке 2.

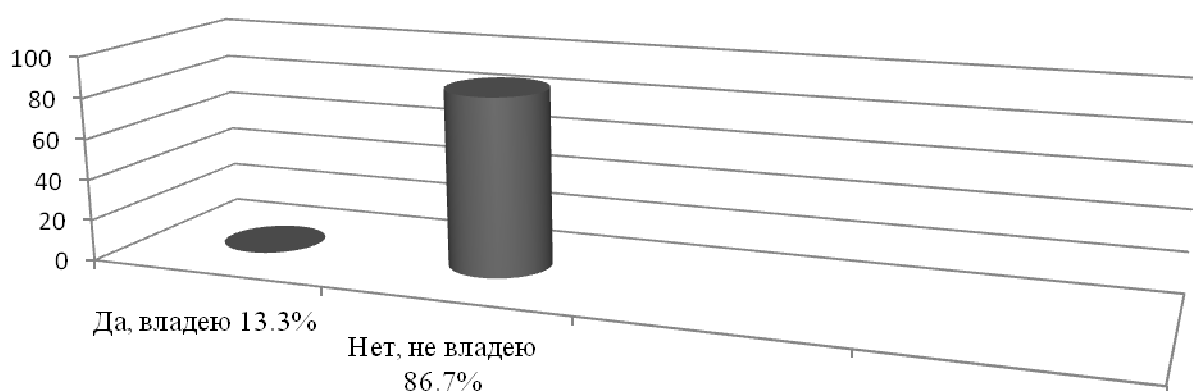


Рисунок 3 – Владение методиками коррекции психоэмоционального состояния

Из рисунка 2 видно, что подавляющее большинство респондентов (86,7 %) осознают, что они не владеют методиками коррекции своего психоэмоционального состояния. Подробный опрос тех, кто ответил положительно, показал, что, по мнению этих пациентов, к современным реабилитационным методикам можно отнести: «смену обстановки», а также «употребление алкоголя». Другие методики им не известны. Совершенно очевидно, что такие методики не могут помочь даже здоровым людям, не говоря о больных.

Проведенное нами исследование позволило разработать модель психосоциальной реабилитации больных кардиологического профиля. Представим её в виде рисунка 1. Из рисунка видно, что модель психосоциальной реабилитации можно представить в виде таких компонентов как: умение справляться со стрессовыми ситуациями; преодолевать страх, депрессию; научиться адаптироваться к последствиям болезни; повысить резервные возможности своего организма.



На наш взгляд, для успешной реабилитации очень важно не только преодолеть негативные психоэмоциональные состояния, но и уметь адаптироваться к последствиям болезни: не относиться к болезни как к «врагу», не проявлять беспомощность, не стараться обойти беду, а принять ситуацию и научиться жить со своим недугом. При этом следует всегда помнить, что наш организм уникален и обладает огромными резервными возможностями. Воля и мужество человека помогают ему достойно преодолеть сложные, экстремальные жизненные ситуации. Поэтому важно изучать свой организм и открывать в нём скрытые возможности.



Рисунок 1 – Модель психосоциальной реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Наше исследование показало, что большинство опрошенных респондентов положительно относятся к музыке, любят её слушать (73.4 %). Наибольшей популярностью у слушателей пользуется классическая инструментальная музыка (26,7 %) и романсы (20 %). Некоторые пациенты предпочитают слушать современную эстрадную музыку (20 %) и шансон (13,3 %). В целях реабилитации больных кардиологического профиля средством музыкотерапии, нами была разработана экспериментальная программа. Для большей наглядности представим её в виде таблицы 1.

Таблица 1

Программа реабилитация больных кардиологического профиля средством музыкотерапии

№ занятия	Цель	Содержание
1	1. Установить контакт. 2. Знакомство с основами управления своими эмоциональными состояниями. 3. Снижение негативных тенденции (стресса, страха и др.). 4. Знакомство пациента с основами	1. Приветствие. 2. Знакомство с группой, музыкальными предпочтениями пациентов. 3. Обсуждение причин кардиологических проблем. 4. Вводное занятие по

	музыкотерапии.	музыкотерапии.
2, 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие волевых качеств: выдержки, стрессоустойчивости и др. 2. Помощь в борьбе с чувством страха. 3. Знакомство с музыкально терапевтическими методиками. 4. Возможность свободного самовыражения, эмоциональной экспрессии. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие. 2. Выбор позы для прослушивания музыки. 3. Слушание музыкальных композиций (Л. Бетховен «Симфония № 6», Ф. Шуберт «Аве Мария» и др.). 4. Выполнение задания 5. Рефлексия.
4, 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие мыслительных способностей и фантазии, создание определенного психоэмоционального настроения. 2. Преодоление чувства депрессии. 3. Раскрытие возможности музыкотерапии в профилактике и оздоровлении лиц с проблемами ССС. 4. Укрепление веры в собственные возможности, а также возможности повышения резервных свойств организма. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие. 2. Слушание музыки (Ф. Шопен «Увертюра Эдмонд», Ф. Лист «Венгерская рапсодия № 2» и др.). 3. Обсуждение прослушанного материала. 4. Советы по практическому применению музыкального материала в домашних условиях. 5. Задание.
6, 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрепление пройденного материала. 2. Обеспечение психологического благополучия и здоровья пациентов. 3. Обмен навыками и умениями 4. Достижение положительной динамики в оптимизации поведения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Примеры музыкотерапевтического воздействия. 2. Обсуждение. 3. Подведение итогов. 4. Рефлексия.

Из таблицы видно, что данная программа отражает два аспекта музыкотерапии: активный и рецептивный. Активный аспект подразумевает активную терапевтически направленную музыкальную деятельность: воспроизведение и фантазирование. Рецептивный аспект предусматривает процесс восприятия музыки с терапевтической целью: совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов взаимопонимания и доверия; очищение от негативных эмоций, снижение нервно-психического напряжения. Терапевтический эффект этой методики базируется на частотном колебании музыкальных звуков, резонирующих с отдельными органами, системами или всем организмом человека в целом [6].

Повторный опрос пациентов экспериментальной группы показал, что они освоили основы музыкотерапии, получили знания по борьбе со стрессами, депрессиями и другими негативными явлениями. Пациенты имеют представление о резервных возможностях своего организма.



Заключение. Подводя итог сказанному выше, можно прийти к выводу, что разработанная нами реабилитационная программа, основным средством которой является музыкотерапия, оказывает благотворное влияние на:

- стабилизацию человеческой психики;
- развитие волевых качеств пациентов;
- мыслительных способностей и фантазии для создания определенного эмоционального настроения;
- преодоления чувства страха;
- развитие эмоциональной отзывчивости и реагирование на музыку;
- повышение веры в собственные возможности и возможности резервных свойств организма.

Список литературы:

1. Суджаева, С.Г., Реабилитация кардиологических больных [Электронный ресурс] / С.Г. Суджаева. – Режим доступа: [https:// www.sb.by/articles/ reabilitatsiya-kardiologicheskikh-bolnykh.html](https://www.sb.by/articles/reabilitatsiya-kardiologicheskikh-bolnykh.html). – Дата доступа: 16.03.2019.
2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cardiokurort.ru/encyclopedia/387-profilaktika-serdechno-sosudistyx-zabolevanij/>. – Дата доступа: 23.03.2019.
3. Влияние музыки на человека [Электронный ресурс]– Режим доступа: <http://constructorus.ru/zdorovie/vliyanie-muzyki-na-cheloveka.html>..– Дата доступа 16.03.2019.
4. Шевченко, О.И. Метаболический синдром / О.И. Шевченко, Е.А. Праскурничий, А.О. Шевченко – М.: Россия, 2004.
5. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич // М.: МЕДпресс, 1999.
6. Скрыбина, В.С. Лечебные свойства музыкотерапии [Электронный ресурс] / В.С. Скрыбина. – Режим доступа: [https:// nsportal.ru/ shkola/ muzyka/ library/ 2013/11/18/ lechebny](https://nsportal.ru/shkola/muzyka/library/2013/11/18/lechebny). – Дата доступа: 16.03.2019.

УДК 616.921.8-036.22-022.1(476)

**КОКЛЮШ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ ПЛАНОВОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ
И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-
ГИНЕКОЛОГОВ О ВОЗМОЖНОСТЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
ДАННОЙ ИНФЕКЦИИ**

Шилова М.А, Шапкина Т.Е., Раевская И.А.

БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация. В последние годы во многих странах мира, в т. ч. в Республике Беларусь, регистрируется рост заболеваемости коклюшем: так, в 2017 г. на территории республики она составила 5,5 случаев на 100000 населения. В статье приведены результаты анкетирования 150 беременных женщин и 50 врачей акушеров-гинекологов г. Минска об иммунопрофилактике коклюша. Отмечается

недостаточная информированность опрошенных беременных женщин и осведомленность врачей акушеров-гинекологов о коклюше, мерах и возможностях его специфической профилактики.

Ключевые слова: коклюш, беременные, акушер-гинеколог, инфекция, специфическая профилактика, анкетирование, динамика.

Актуальность. В течение последних лет заболеваемость коклюшем различных групп населения существенно возросла. Данная ситуация характерна и для государств, на территории которых планомерно внедрена иммунопрофилактика данной инфекции. В Республике Беларусь выявляются схожие тенденции заболеваемости населения коклюшем: в 2017 г. инцидентность этой инфекции на 100 000 в Республике Беларусь составила 5,5⁰/100 000. В структуре болеющих коклюшем лиц, велика доля детей первых трех месяцев жизни, взрослых, а также лиц, прививавшихся за 6 и более лет до заболевания.

Всемирная организация здравоохранения, Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Агентство общественного здравоохранения Канады рекомендуют иммунизировать взрослых, которые находятся в тесном контакте с младенцами [3,4,6]. При этом, согласно исследованиям, проведенным Канадой и Италией, для того, чтобы предотвратить 1 госпитализацию (при условии, что вероятность передачи с близкого расстояния составляет 35%) нужно привить более 10000 людей и более 1 миллиона для предотвращения 1 смерти. Данная стратегия принята в США с 2006 года [5].

22 июня 2011 года ACIP выработала рекомендации по использованию Tdap у беременных женщин. Пассивный иммунитет у новорожденных возможно создать путем вакцинации беременных посредством введения Tdap в конце II-начале III триместра беременности (оптимально — между 27-й и 36-й неделями). Вакцинация во время беременности предотвратила больше случаев коклюша и смерти у новорожденных, чем «стратегия кокона» (33% против 20%, и 49% против 16% соответственно) и имела более низкую стоимость за год [7]. Наиболее активно эту стратегию применяют в Аргентине и Великобритании.

Цель и задачи исследования. Проанализировать заболеваемость коклюшем населения Республики Беларусь в 2002-2017 гг., изучить информированность беременных женщин и врачей акушеров-гинекологов г. Минска о мерах и возможностях специфической профилактики коклюша.

Материалы и методы. Материалом для эпидемиологического исследования явились демографические показатели, а также статистические данные о заболеваемости коклюшем в Республике Беларусь за 2002-2017 гг. При написании работы использовались методы эпидемиологического анализа, статистические и описательно-оценочные методы. Было проведено анкетирование 150 беременных женщин и 50 врачей акушеров-гинекологов в следующих амбулаторно-поликлинических и лечебных учреждениях здравоохранения г. Минска: 5 городская клиническая больница, 6-я центральная районная клиническая поликлиника, 10-я городская детская поликлиника, 17-я



городская поликлиника, УЗ «21-я центральная районная поликлиника Заводского района г. Минска», УЗ «22-я городская поликлиника», 23-я городская детская поликлиника, УЗ «36-я городская поликлиника». Анкетирование проводилось на анонимной основе. По результатам исследования была создана база данных и проведена статистическая обработка полученных результатов в программе Microsoft Excel Windows 10, в том числе расчет 95% доверительного интервала (ДИ95%) для переноса данных нашего исследования на генеральную совокупность.

Результаты. С 2002 по 2017 гг. на территории Республики отмечается увеличение активности эпидемического процесса, а в 2012 г. заболеваемость коклюшем достигла своего максимума – 6,06 на 100000 населения, однако затем заболеваемость снова пошла на спад – 5,53 случая на 100000 населения (2016 г.). Тем не менее, в период с 2008 г. по 2017 г. отмечается достоверно выраженная тенденция к росту заболеваемости коклюшем ($T_{пр}=15,72\%$).

С 1958 г. началось активное внедрение и применение АКДС-вакцины на территории СССР, что сказалось на уровне популяционного иммунитета к *B. pertussis*. В допрививочный период доминирующими были «вакцинные» штаммы, в настоящее время частота их встречаемости составляет не более 2%. Ряд исследователей при анализе 316 сывороток крови от лиц в возрасте 2-14 лет выявили 83,55% серопозитивных образцов, причем удельный вес серопозитивных в возрастной группе 6 лет и старше имеет стабильную тенденцию ($T_{пр}=0,45\%$), что не исключает наличия скрытой циркуляции возбудителя коклюша, поскольку антитела к коклюшному токсину и пертактину продуцируются в присутствии *B. pertussis*. Среди минчан 2-6-летнего возраста удельный вес серопозитивных составлял 82,3%, среди 7-10-летних – 81,3%, а среди школьников 11-14 лет – 87,1%. Результаты этих исследований объясняют динамику структуры болеющих жителей г. Минска, среди которых более трети (36,7%) – дети до трехлетнего возраста, воспитывающиеся дома, в том числе находящиеся в «допрививочном» возрасте (в структуре населения их доля не превышает 3,5%). В структуре заболевших наиболее велика доля школьников (41,4%) [1]. Болеют взрослые, в ряде очагов они явились источниками коклюша для маленьких детей в семье, поскольку своевременно не обращались за медицинской помощью по поводу длительного кашля (более 7 дней), а их выявление осуществлялось при их обследовании в качестве контактных лиц. Наиболее неблагоприятно на возможность заболевания коклюшем сказывается отсутствие иммунопрофилактики этого заболевания. Среди контингента непривитых находятся дети «допрививочного» возраста, дети, имеющие медицинские противопоказания, и дети, не привитые в связи с отказами родителей [2].

По результатам проведенного анкетирования беременных женщин г. Минска средний возраст респондентов составил 28,6 г. Среди них 12,7% опрашиваемых имели среднее образование, 28,6% – среднее специальное образование, 54,7% респондентов имели высшее образование, в том числе 2% –

высшее медицинское. 36,0% (ДИ95% 28,2-43,8) женщин не доверяют прививкам против данной инфекции, но в то же время 88,0% (ДИ95% 82,8-93,2) опрошенных планируют прививать своего ребенка против коклюша, среди которых 65,4% (ДИ95% 57,6-73,2) – в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и 22,7% (ДИ95% 15,9-29,5) – на платной основе. Однако 12,0% (ДИ95% 6,8-17,2) будущих матерей не планируют вакцинировать своих детей против данного заболевания. На вопрос «Слышали ли Вы негативные отзывы о прививках против коклюша?» 26,7% (ДИ95% 19,5-33,9) беременных женщин ответили положительно. Из них в 40,0% (ДИ95% 32,0-48,0) случаев негативная информация о прививках была получена из интернет-источников, в 20,0% (ДИ95% 13,4-26,6) случаев (каждая пятая женщина) – от соседей или друзей опрашиваемых. Почти 1/3 респондентов (32,5% (ДИ95% 24,9-40,1)) получила негативную информацию от участкового врача-педиатра. 2 человека указали на то, что имели личный негативный опыт вакцинации от коклюша (рисунок 1).

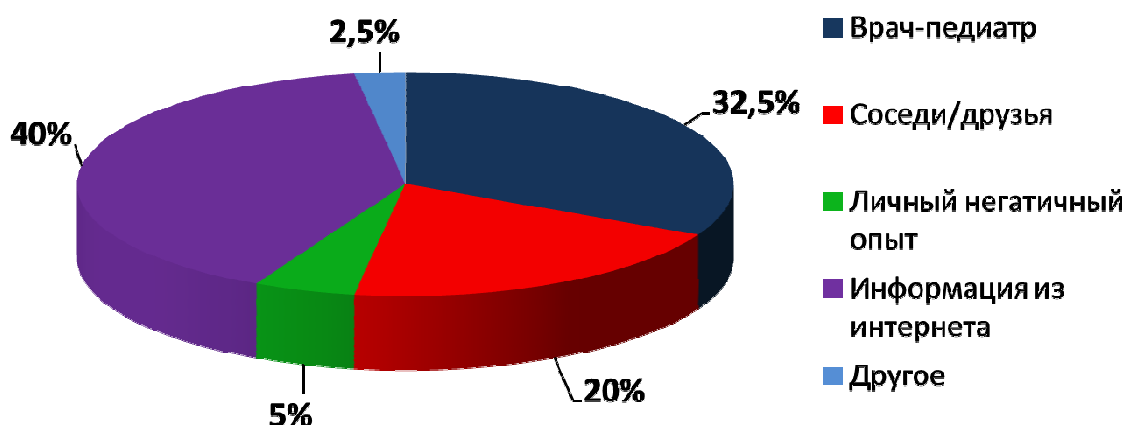


Рисунок 1 — Удельный вес различных источников информации, предоставляющих негативные отзывы о прививках против коклюша (по результатам опроса беременных женщин г. Минска)

Проведение иммунизации от коклюша во время беременности считают невозможным 60,0% (ДИ95% 52,0-68,0) опрошенных женщин, а 36,0% (ДИ95% 28,2-43,8) беременных предварительно обратились бы за консультацией к врачу. На вопрос «На каком сроке беременности Вы бы согласились на прививку от коклюша?» более 2/3 респондентов (69,3% (ДИ95% 61,7-76,9)) указали в анкетах, что не согласились бы на прививку во время беременности, в то же время 25,3% (ДИ95% 18,3-32,3) беременных согласились бы на иммунизацию в третьем триместре беременности, причем 7,3% (ДИ95% 3,1-11,5) женщин ответили, что согласились бы на прививку, т. к. она защитит ребенка от коклюша, 32,7%



(ДИ95% 25,1-40,3) женщин доверяют мнению врача. Большая часть респондентов считают невозможным проведение вакцинации во время беременности, так как, по их мнению, прививка может осложнить течение беременности (32,0% (ДИ95% 24,4-40,3)) и вакцинация создает опасность для ребенка (32,0% (ДИ95% 24,4-40,3)).

При анализе результатов анкетирования 50 врачей акушеров-гинекологов были получены следующие результаты: 96,0% (ДИ95% 90,4- 100) акушеров-гинекологов считают коклюш опасным заболеванием для человека. В то же время прививкам против коклюша доверяют 90,0% (ДИ95% 81,4-98,4) врачей. 100,0% акушеров-гинекологов г. Минска ответили отрицательно на вопрос: «Предлагаете ли вы прививаться беременным женщинам против коклюша?». Немаловажно, что 48,0% (ДИ95% 33,8-62,2) опрошенных врачей считают вакцинацию беременной женщины против коклюша опасной для ребенка, а 20,0% (ДИ95% 8,6-31,4) — что прививка может осложнить течение беременности. 16,0% (ДИ95% 5,6-26,4) опрошенных посоветовали бы беременной женщине сделать прививку в третьем триместре беременности, в то время как 78,0% (ДИ95% 66,4-89,6) респондентов не посоветовали бы проводить иммунизацию против коклюша в период беременности (рисунок 2).

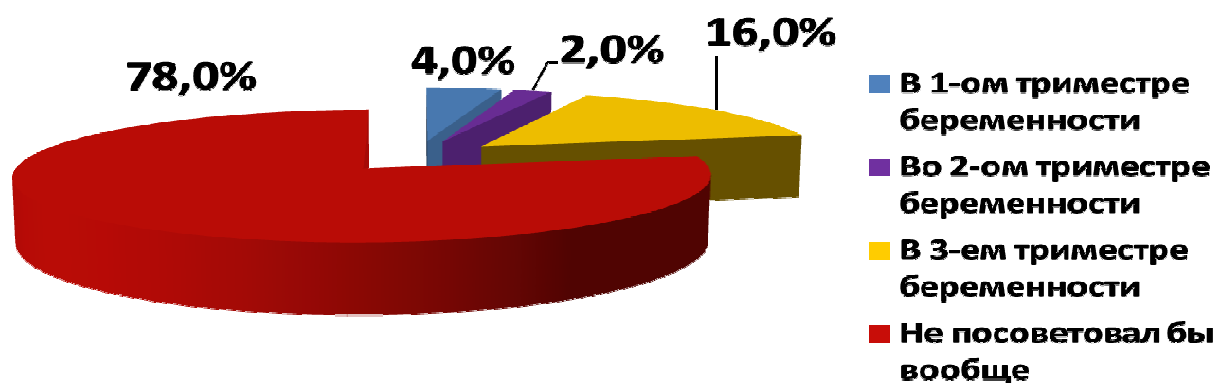


Рисунок 2 — Удельный вес ответов врачей акушеров-гинекологов о возможности вакцинации беременных женщин на разных сроках беременности от коклюша

На вопрос: «Какая вакцина, на Ваш взгляд, является наиболее эффективной для данных целей?», 38% (ДИ95% 24,2-51,8) опрошенных выбрали ответ «АКДС», 19 врачей — ответ «Не знаю». 68,0% (ДИ95% 54,8-81,2) акушеров-гинекологов не считают необходимым делать прививку от коклюша беременной женщине, находящейся в 3-ем триместре беременности даже при возникновении опасности развития заболевания. Более 3/4 опрошенных (78,0% (ДИ95% 66,4-89,6)) считают

целесообразным прививать против коклюша взрослых, в т. ч. и медицинских работников, из окружения маленьких детей.

Заключение:

1 Коклюш остается важной проблемой для системы здравоохранения во всем мире. В последние годы (2008-2016 гг.) заболеваемость коклюшем в Республике Беларусь стремительно растет (средний темп прироста — 15,72% ($p < 0,05$)).

2 Установлено, что каждая пятая беременная женщина была недостаточно осведомлена о клинических проявлениях коклюша. Более 1/3 опрошенных женщин (36,0% (ДИ95% 28,2-43,8)) не доверяют специфической профилактике данной инфекции, а 12,0% (ДИ95% 6,8-17,2) респондентов не планируют вакцинировать своих детей против этого заболевания. 26,7% (ДИ95% 19,5-33,9) опрошенных сталкивались с негативной информацией о прививках против коклюша: 32,5% (ДИ95% 24,9-40,1) из них получали данную информацию от врачей, что сказывается на количестве последующих отказов от вакцинации и уровне коллективного иммунитета.

3 Ни один из опрошенных врачей акушеров-гинекологов не предлагает прививаться беременным женщинам против коклюша. 78,0% (ДИ95% 66,4-89,6) респондентов не посоветовали бы проводить иммунизацию против коклюша в период беременности, а 68,0% (ДИ95% 54,8-81,2) акушеров-гинекологов не считают необходимым делать прививку от коклюша беременной женщине при возникновении опасности развития заболевания.

4 Полагаем, что необходимо уделять более пристальное внимание вопросам иммунопрофилактики коклюша в процессе профессиональной подготовки и повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов и информированию беременных женщин о данном заболевании, методах и возможностях его специфической профилактики в «Школе молодой мамы».

Список литературы:

1. Фисенко, Е. Г. Иммуноструктура к коклюшу среди детского населения г. Минска / В. А. Логотько, И. Н. Глинская // Медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 128-131.

2. Грачева, Н. М. Коклюш (клиника, диагностика, лечение) / Н. М. Грачева, А. В. Девяткин, М. С. Петрова // Поликлиника. – 2016. – № 2 (1). – С. 13-25.

3. World Health Organization Pertussis vaccines: WHO position paper [Электронный ресурс] / World Health Organization. – Электрон. дан. и прогр.: Швейцария, 2010. – Режим доступа к ресурсу: www.who.int/wer/2010/wer8540.pdf (дата обращения 12.05.2018).

4. Public Health Agency of Canada. Pertussis vaccine [Электронный ресурс] / Public Health Agency of Canada. – Электрон. дан. и прогр.: Оттава, 2012. – Режим доступа к ресурсу: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-pert-coqu-eng.phr#a1 (дата обращения 12.05.2018).

5. Skowronski, D. M. The number needed to vaccinate to prevent hospitalization and death through parent cocoon immunization / D. M. Skowronski, N. Z. Janjua, E. P.



Tsafack [et al.] // Clin Infect Dis. – 2012. – Vol. 54(3). – P. 27-32.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women — Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012 [Электронный ресурс] / Centers for Disease Control and Prevention. – Электрон. дан. и прогр.: Атланта, 2013. – Режим доступа к ресурсу: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6207a4.htm (дата обращения 12.05.2018).

7. Terranella, A. Pregnancy dose Tdap and postpartum cocooning to prevent infant pertussis: a decision analysis / A. Terranella, G. R. Asay, M. L. MESSONNIER [et al.] // Pediatrics. – 2013. – Vol. 131(6). – P. 56-60.

УДК 614.2, 004.05, 65, 614.2, 004.77

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА ВЕДЕНИЯ РАБОТ ПО ИММУНИЗАЦИИ И ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Юрова В. А., Ушверидзе Л.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Реферат. В реализации программ эпидемиологии и социально-гигиенического мониторинга, осуществляемых правительством Российской Федерации и Федеральными государственными учреждениями здравоохранения, важную роль играет проведение плановой и экстренной вакцинации населения. Использование современных инфокоммуникационных и программных средств позволяет централизованно вести работу по вакцинации и иммунизации населения, повысить качество функционирования иммунологической службы, упростить и автоматизировать ведение и составление планирования, ведения документооборота и формированию отчетов по выполнению прививок, постановки проб для выбранных контингентов населения по установленным формам. В работе рассмотрены функциональные возможности программного комплекса «Управление иммунизацией» («Электронная картотека»), который в настоящее время широко используется в лечебно-профилактических учреждениях на территории России.

Ключевые слова: программное обеспечение, медицинские информационные системы (МИС), эксплуатация МИС, интерфейс программы

Актуальность: В настоящее время развитие компьютерных технологий и инфокоммуникационных средств для передачи, обработки и хранения информации находят широкое применение в различных областях современной жизнедеятельности человека, включая медицину и санитарно-гигиенический и эпидемиологический мониторинг. Это связано с возможностями обработки, накопления, хранения и решения различных аналитических задач с большими массивами информации, упрощением и ускорением процессов по запросам информации, ее обработки, ведению документооборота в установленной форме. Поэтому активно ведется разработка программного обеспечения для повышения

качества функционирования различных служб лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) путем внедрения машинных методов сбора, хранения и обработки информации по ведению работы ЛПУ в целом, так и отдельных его подразделений или подчиненных организаций. Также процесс компьютеризации и внедрения автоматизированных информационных комплексов в работу ЛПУ позволяет упрощать заполнение форм отчетности широкого спектра деятельности ЛПУ благодаря содержащимся в программных комплексах форм отчетности и шаблонов документооборота, утвержденного Минздравом России.

Цель: С учетом вышесказанного целью данной работы является исследование функциональных возможностей программных комплексов и их соответствия требованиям Минздрава России ведения работ по иммунизации и вакцинации населения с использованием автоматизированных информационных систем.

Материалы и методы: Для этого был проведен сбор и анализ на основе приказов и рекомендаций Минздрава России, документации по программному комплексу, материалов-презентаций компании разработчика рассмотренной базы данных, а также отзывов пользователей для получения более объективных результатов. В качестве объекта исследования был рассмотрен программный комплекс «Управление иммунизацией» («Электронная картотека») ООО «Интеллектуальные программные системы» (свидетельство № 2006611479 о государственной регистрации программы для ЭВМ от 28.04.2006 г. Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам [1]). Проведен анализ информации, состоящей из описания системы на официальном сайте, а также отзывов пользователей для более объективных результатов.

Результаты: В ходе работы были исследованы используемые принципы построения архитектуры программирования и структуры программы «Управление иммунизацией», входящей в программный комплекс информационной системы «Управление иммунизацией» («Электронная картотека»), и характеристики аппаратных средств для работы с этой программой, проведено их сопоставление с требованиями Минздрава России [2 – 3].

Программный комплекс возможно установить на одном или нескольких рабочих компьютерных местах в одном лечебно-профилактическом учреждении, поэтому существуют полная и клиентская версии. При установке программы есть функция поэтапной настройки с детальным прописанием прав пользователя и возможностью их редактирования. Соединение с SQL-сервером обеспечивает управление базой данных программного комплекса, доступ к информационным ресурсам программного комплекса с возможностью регулирования прав пользователя (доступа к разным видам информации в базе данных и работы с ней), т.е. обеспечение защиты данных и определение функциональных возможностей конкретного рабочего места. Таким образом, структура меню программного комплекса и доступ к его функциям определяются при установке комплекса. Внесение изменений в доступе к информационным ресурсам



возможно осуществить с помощью отдела сопровождения разработчика без переустановки программного комплекса на рабочем месте [1, 5]. Основной целью использования SQL является оптимизация эффективности работы с данными и быстрое действие при работе в программном комплексе.

Как и рассматриваемый ранее программный комплекс [6] эта информационная система работает на основе кроссплатформенной системы управления базами данных FireBird. Это означает, что обеспечиваются широкие возможности работы с большими объемами данных, их передачи по защищенным инфокоммуникационным системам, обмена данными между структурными подразделениями здравоохранения различного уровня. Таким образом, для работы программного комплекса «Управление иммунизацией» необходимо предварительно установить на рабочих компьютерных местах программу Firebird Guardian. Как правило, разработчик предоставляет ее в комплекте на установочном диске.

При установке программного комплекса требуется помимо загрузочного диска ключ защиты, который представляет собой активацию с помощью программного обеспечения, расположенного на USB носителе. Флэшка устанавливается и автоматически определяется только с определенного USB-порта, к которому был подключен и активирован ключ защиты при идентификации и активации ключа. При обновлении программы со старой версии на новую необходимо обновлять данные ключа защиты. То есть при установке или обновлении установить в соответствующий порт флэшку-ключ. Особенностью обновления является то, что ежегодно лечебно-профилактическому учреждению необходимо оплачивать разработчику продление ключа. В случаях, когда лечебно-профилактическое учреждение по каким-либо причинам не продлило и/или не получило лицензию на осуществление работ по вакцинации, хранению вакцин и т.п. или не продлило договор с разработчиком программного комплекса, доступ к базе данных такому учреждению будет ограничен после обновления. Ограничение заключается в отсутствии возможности для внесения новых данных, их изменения; возможен только просмотр загруженной ранее информации.

Обновление программного комплекса осуществляется ежегодно, как правило, в начале календарного года. Это связано также с тем, что обновляется справочная база данных комплекса, которая определяется приказами Минздрава России или дополнительными распоряжениями региональных здравоохранительных органов на основании результатов ежегодного социально-гигиенического мониторинга и эпидемиологической обстановки конкретного региона. Удобством таких справочников является автоматическое обновление информации по обслуживаемым ЛПУ организациями, страховыми компаниями, календарями вакцинации. Следует учитывать, что последнее также дает возможность быстро, наглядно и достоверно получить актуальную информацию по действующим схемам применения вакцин и проб, составить по действующим формам планы и отчеты по проведению вакцинаций.

Ввод данных на начальном этапе проводится вручную. Таким образом, возникают большие затраты и трудоемкость по введению данных на этом этапе при заполнении базы. В случаях передачи иммунологических карт из одного лечебно-профилактического учреждения в другое возможен импорт карт пациентов при наличии и ведении программного комплекса в обоих учреждениях. При совершении данной операции в программном комплексе указываются дата и причина передачи иммунологических карт пациентов. Задачей оператора принимающей стороны будет также проверка на соответствие наименований отделений, участков и форм установленному в учреждении виду. В случае совпадения карта пациента полностью «встраивается» в информационное пространство базы. Для формирования базы данных из списков, которые велись в лечебно-профилактическом учреждении ранее, например, в другой программе по иммунологии, необходим дополнительный алгоритм от разработчика или повторные действия по внесению информации в программный комплекс.

Поиск осуществляется многоуровневым алгоритмом. Возможен поиск по части слова, например, ФИО, даты рождения пациентов. В ряде случаев такой вид поиска приводит к увеличению трудозатрат для нахождения нужной информации без возможности просмотра общего списка вариантов совпадения с запрашиваемой информацией. Однако алгоритм будет давать возможность и выявления конкретного результата на определенном этапе с точной ссылкой (адресом) по расположению искомой информации в структуре программного комплекса. В программном комплексе предусмотрен фильтр для конкретизации поиска по справочникам и картотеке пациентов. Особенностью этой функции является возможность применения операций И, ИЛИ, НЕ, как самостоятельных фильтров, так и в их комбинации. Правило отбора состоит из 8 основных групп, включающих в себя конкретные условия правил отбора. То есть, выбрав нужное условие, необходимо задать его конкретные значения, которые в свою очередь определяются пятью видами с использованием встроенного редактора. Например, выбрать заболевание, район или некоторое лечебно-профилактическое учреждение, задать пол и диапазон дат рождения пациентов (возрастную группу). При печати документов элементы фильтра могут отображаться в качестве дополнительной информации, в случае ненужности этого отображения можно отключить ее вручную в процессе формирования документа. Фильтры можно сохранять на рабочем компьютере и в дальнейшем загружать по мере надобности. Использование функций фильтра и шаблона доступно во всех разделах программного комплекса.

Для ведения справочников врачей, пациентов, источников финансирования и т.д. используются типовые элементы управления, характерные для справочных баз данных. В случае необходимости, лечебно-профилактическое учреждение может самостоятельно создать справочник с дополнительной информацией, необходимой для работы и не учтенной в других справочных системах программного комплекса. Вносимая информация в таких



дополнительных справочниках будет отображаться в картах пациента (например, поствакцинальное осложнение, отсутствие справки у пациента, мигрант и т.п.).

Для работы с базой данных есть функция создания и редактирования шаблона, включение которой позволяет автоматизировать заполнение определенных полей, например, в карте пациентов. При установлении такого режима следует учитывать, что поля с информацией шаблона будут недоступны для изменения, пока оператор не выключит этот режим.

При работе с планом вакцинаций для нововведенного в базу данных пациента будет автоматически формироваться соответствующая схеме прививок последовательность от даты регистрации пациента в базе программного комплекса. Поэтому для работы с пациентами, которым ранее проводилась вакцинация, необходимо использовать сервисную функцию работы с группами пациентов. В случаях дополнительных настроек необходимо обращаться в отдел сопровождения разработчика. Для схем вакцинаций, у которых характерны периоды повторения этапов через некоторые промежутки времени (например, вакцинация клещевого энцефалита и ее ревакцинация проводится последующие 3 года), в программном комплексе используется алгоритм заикливания. Поэтому при формировании плана ревакцинации для пациента оператору необходимо провести нумерацию ревакцинации. Возможность изменения схем вакцинации доступна для включения в процессе установки программного комплекса. Однако самостоятельные изменения в плане вакцинаций требуют более тщательной проверки оператором дальнейшей схемы во избежание искажений информации. Оптимальным действием, в том числе при необходимости не проводить вакцинацию пациента далее по какому-либо виду инфекции схему по данной инфекции необходимо сбросить, чтобы отключить автоматическое планирование проведения прививок для конкретного пациента по определенному виду инфекции. Также необходимо учитывать, что при изменении схемы вакцинации оператору необходимо внести эти сведения в базу программного комплекса, учитывая тот факт, что при вакцинации поливакциной изменения схемы вакцинации проводятся для всех инфекций данной поливакцины. При формировании плана вакцинации необходимо задавать день начала выдачи планов на следующий месяц в начале работы с программным комплексом. Для вывода актуальной информации в процессе составления плана вакцинации необходимо провести ручное обновление базы с помощью меню «Контингент», база данных автоматически не обновляет информацию при загрузке шаблона документа, отображая информацию ранее сформированного плана. Для работы с новым планом необходимо провести очистку плана и сброс параметров отбора. При работе с отчетностью по выполнению вакцинации и эпидемиологического мониторинга в программном комплексе содержится полная база форм отчетности, которая формируется автоматически при выборе соответствующего вида документа с установленными в процессе параметрами отбора. Формы составлены разработчиком с учетом требований Минздрава России к ним. С учетом того, что в лечебно-профилактические учреждения приходят запросы от

организаций здравоохранения и эпидемиологических служб по предоставлению данных по вакцинации населения, то полезной является функция задания отличной от шаблона формы отчетности. При этом следует учитывать, что форматирование и настройки шаблона (поля, шрифты, выравнивания и т.п.) будут сняты, поэтому документ перед выводом на печать необходимо отформатировать самостоятельно.

Выводы: На основании проведенных исследований можно сделать вывод о том, что рассмотренный программный комплекс обладает полноценным функционалом базы данных для ведения документооборота по вакцинации, проводимой лечебно-профилактическим учреждением, и полностью соответствует требованиям, предъявляемым к программно-аппаратному обеспечению для осуществления деятельности организациями сети вакцинопрофилактики и связи между ними. Этот программный комплекс обеспечивает широкий спектр работы пользователей по представлению, ведению пациентов, обработки данных по вакцинопрофилактике, их анализу и представления в различных типах отчетности, возможностью анализа по различным критериям и территориальному распределению. Стоит отметить обширность, полноту, актуальность и соответствие приказам Минздрава России и санитарно-эпидемиологической службы справочников, схем применения вакцин и проб. Также в программном комплексе предусмотрены представления в определенный тип планов и отчетности сведений, возможности составления по сформированным ранее шаблонам и использованию фильтрам, обмен данными между организациями, осуществляющими вакцинопрофилактику и документооборот через рассматриваемую базу данных. К преимуществам этого программного комплекса следует отнести обширную нормативно-справочную систему, единую базу данных пациентов, возможностей анализа и отбора данных. Это позволяет отказаться от использования нескольких специализированных программных средств, с помощью которых реализуются ограниченное количество задач. Стоит отметить относительно минимальные требования к мощностям аппаратных средств, на которых может функционировать этот программный комплекс.

Список литературы:

1. Интернет-ресурс: <http://www.inprosys.ru/>
2. Интернет-ресурс: www.rosminzdrav.ru
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 1. Общественное здоровье. М.: «Медицина», 2003. 363 с.
4. Двойников С. И. Организационно-аналитическая деятельность: учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с.
5. Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».
6. Шматко А.Д., Ушверидзе Л.А., Юрова В.А. О возможностях автоматизированной информационной системы «Социально-гигиенический мониторинг». Материалы IV Всероссийской с международным участием заочной



научно-практической конференции «Здоровье населения и качество жизни». СПб: 2017. С. 354-359.

УДК 621.3, 602, 53.06

**АНАЛИЗ ЛИНЕЙНОСТИ РАБОТЫ БАЗОВЫХ СХЕМ УСИЛИТЕЛЕЙ И
ПЕРЕМНОЖИТЕЛЕЙ СИГНАЛОВ НА БИПОЛЯРНЫХ ТРАНЗИСТОРАХ**

Юрова В. А., Шматко А. Д.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Реферат. В современной технике, которая применяется в диагностике и исследованиях современной медицины, экологии, санитарно-гигиенического мониторинга, криминалистики используются сигналы различной частоты, фазы, формы. Во многих из них используются перемножители (смесители). Это обусловлено тем, что с образцов с различными концентрациями и составами на приемное устройство поступает полезный сигнал, который необходимо усилить и преобразовать для анализа, и фоновый, связанный с шумами различной природы, который необходимо ослабить. Также для обеспечения высокой точности необходимо выделять отдельные составляющие сигнала, например, при исследовании образцов сложных составов и малых концентраций. В работе рассмотрены базовые схемы перемножителей, которые используются в современной медицинской и лабораторной технике самостоятельно и как часть более сложных схем. Исследованы их спектральные характеристики, проведен анализ линейности их работы при изменении амплитуды входного сигнала и уровня гетеродина.

Ключевые слова: медицинская техника, р-п-переход, смеситель частот, неинвазивная диагностика, биполярный транзистор

Актуальность: Современные методы диагностики и исследования, которые широко используются в современной медицине, экологии, санитарно-гигиеническом мониторинге, основаны на получении, обработке и анализе сигнала, получаемого от исследуемого объекта (вещества, биологические ткани и т.п.). Особенностью такого сигнала является то, что он содержит не только полезный сигнал, но и дополнительные составляющие, связанные с шумами различной природы. Так при измерении электрокардиограммы помимо полезного сигнала, идущего от сердца, появляются дополнительные сигналы от дыхания, движения электродов по коже и т.д. При этом все составляющие могут быть сопоставимы по величине амплитуды. Для выделения полезной составляющей сигнала и ее усиления с целью дальнейшей обработки и анализа используют усилители и смесители как одну из функциональных составляющих оборудования диагностики и исследования [1 – 2]. Чем большей линейностью работы характеризуется эта часть устройства, тем лучше выделяется полезный сигнал, и убираются составляющие, вносящие помехи и шумы. Поэтому важным является исследование линейности базовых схем перемножителей частоты на

основе биполярных транзисторов. Наиболее широкое применение получили устройства, спроектированные на основе каскада на биполярном транзисторе, включенного по схеме с общим эмиттером (ОЭ) [3 – 4]. Это обусловлено не только простотой схемотехнической реализации, но и невысокой сложностью проектирования и разработки на его основе более сложных схем, таких как токовое зеркало, умножитель частоты, дифференциальный усилитель и т.д. Поэтому изучение и моделирование работы базовых схем на основе биполярных структур в качестве перемножителей и усилителей представляет интерес в проектировании и производстве современной медицинской техники и лабораторного оборудования.

Цель: Исследование, компьютерное моделирование и анализ линейности работы схем смесителей на основе биполярных транзисторов при различных уровнях входного и гетеродинного сигнала с точки зрения получения минимального уровня побочных (комбинационных) колебаний на их выходе.

Материалы и методы: Линейность работы электронных устройств – это низкий уровень или полное отсутствие побочных составляющих в выходном сигнале, который при попадании на устройство содержит несколько частотных компонент (полезного сигнала и дополнительных компонент). Таким образом, на выходе из усилительной части лабораторного оборудования будет наблюдаться только спектральная составляющая усиливаемого сигнала.

При работе прибора как перемножителя в спектре выходного сигнала будут наблюдаться две основные составляющие – сигналы разностной (f_p) и суммарной (f_c) частоты входного сигнала ($f_{вх}$) и сигнала гетеродина (f_r): ($f_{вых} = f_{вх} \pm f_r$) [2]. Дополнительные составляющие в спектре выходного сигнала будут относиться к комбинационным составляющим, которые желательно исключить или максимально ослабить.

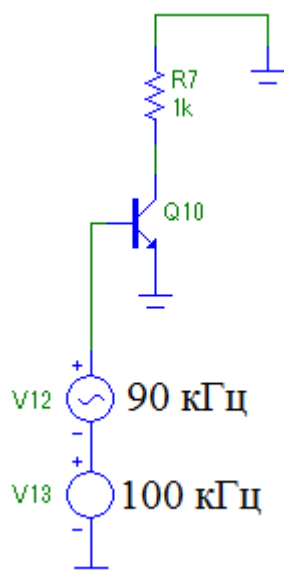
Чтобы оценить линейность работы различных устройств, в том числе перемножителей, используют различные методы, такие как определение коэффициента гармонических и/или нелинейных искажений. Однако с их помощью можно определить только общий характер нелинейности устройства и не представляется возможным определить вклад отдельных составляющих (гармоник) в искажение выходного сигнала. Также применяется метод оценки линейности работы лабораторных устройств определением нелинейности по критерию $IM2$ – уровню интермодуляционных искажений второго порядка [5 – 6]. Появление дополнительных спектральных составляющих связано преимущественно с нелинейностью вольт-амперных характеристик активных элементов, на основе которых работает вся современная электроника, в том числе и медицинская техника. Для оценки уровня интермодуляционных искажений, как правило, на вход исследуемого электронного устройства подаются моногармонические колебания с близкими по значению частотами. При этом уровень выходного колебания по амплитуде должен быть меньше точки однодецибельной компрессии активного прибора на 6...10дБ.



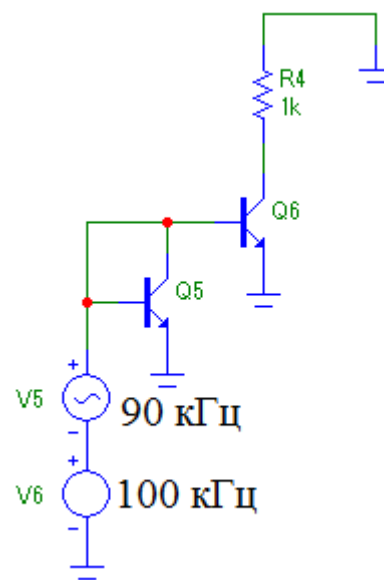
Чтобы использовать этот метод оценки линейности, строятся спектральные и временные характеристики выходного сигнала исследуемой схемы. Оба представления сигнала взаимозаменяемы, но по спектральной характеристике удобно и информативно оценивать уровни полезной и побочных составляющих получаемого на выходе сигнала, определять соотношения различных гармоник.

Для проведения компьютерного моделирования схем и анализа их работы использовалась компьютерная среда MicroCap версий 9 и 11, разработанной компанией Spectrum Software (США) [7 – 8]. Особенностью этой программной среды является невысокие системные требования, широкий функционал для построения и компьютерного моделирования электрических схем любой сложности, обширная встроенная библиотека электронных компонентов, которые используются в современной электронике различного назначения. Эта база моделей элементов разработана на основе экспериментальных измерений параметров в широком диапазоне значений. К тому же программный комплекс характеризуется высоким быстродействием моделирования и позволяет получать наглядные графические зависимости выходных временных и спектральных характеристик.

Для проведения исследований на данном этапе были рассмотрены схемы каскада на биполярном транзисторе с общим эмиттером, каскада на токовом зеркале (каскад на биполярных транзисторах по схеме с общим эмиттером с параллельным диодным включением) и схемы базовой ячейки Джильтберта. На рис. 1 представлены схемы компьютерного моделирования при включении сигнала напряжения на вход схем и в качестве сигнала гетеродина.



(a)



(б)

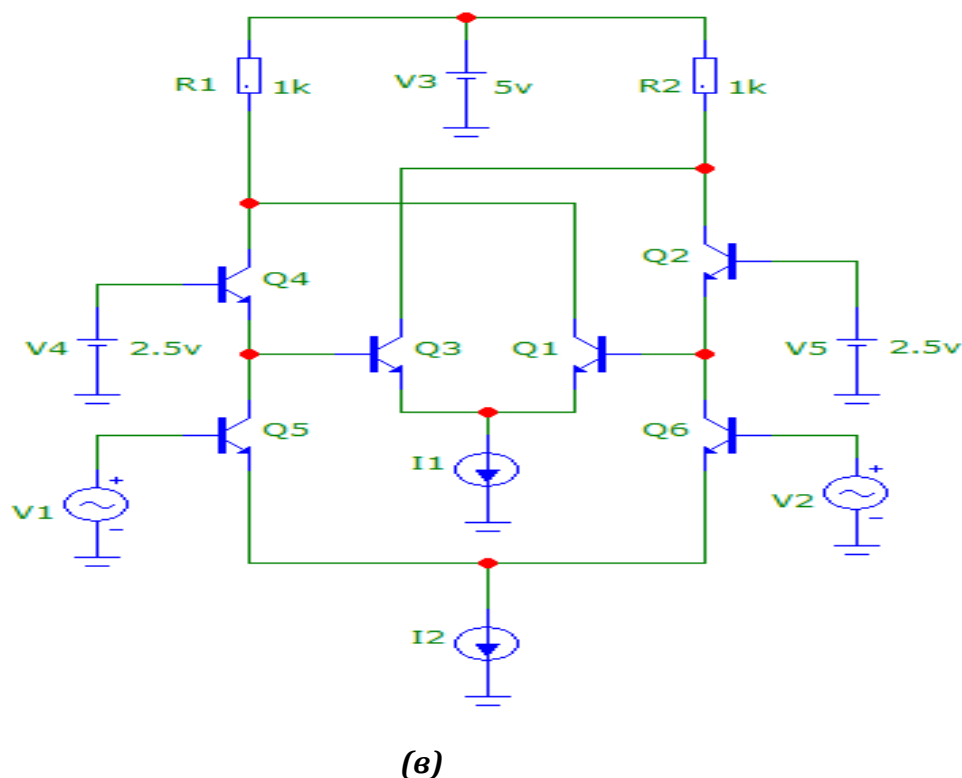


Рис. 1. Транзисторные каскады, смоделированные в среде MicroCap: (а) – каскад на биполярном транзисторе с общим эмиттером, (б) – каскада на токовом зеркале и (в) – ячейка Джилберта

В качестве источника сигнала для всех рассматриваемых схем был выбран генератор напряжения. Обычно генератор входного сигнала и гетеродин берутся с близкими частотами, в данном случае – 90 и 100 единиц соответственно. Это могут быть мегагерцы, гигагерцы и т.д. в зависимости от области применения таких устройств. Такое решение адекватно отражает свойства электронно-дырочных переходов приборов, на основе которых работают перемножители, и при этом сохраняется характер зависимостей в широком диапазоне частот.

Были исследованы зависимости линейности работы базовых схем смесителей при подключении источников гармонического сигнала. Нелинейность транзисторных каскадов оценивалась по уровню интермодуляционных (внутрисистемных) искажений. В ходе работы были определены на основе результатов компьютерного моделирования коэффициенты передачи основной гармоники и интермодуляционных составляющих выше второго порядка.

Результаты: На начальном этапе исследования был подобран уровень гетеродина, который определяет режим работы схемы. Для режима перемножения коэффициент передачи не должен быть хуже –16 дБ ... –6 дБ.

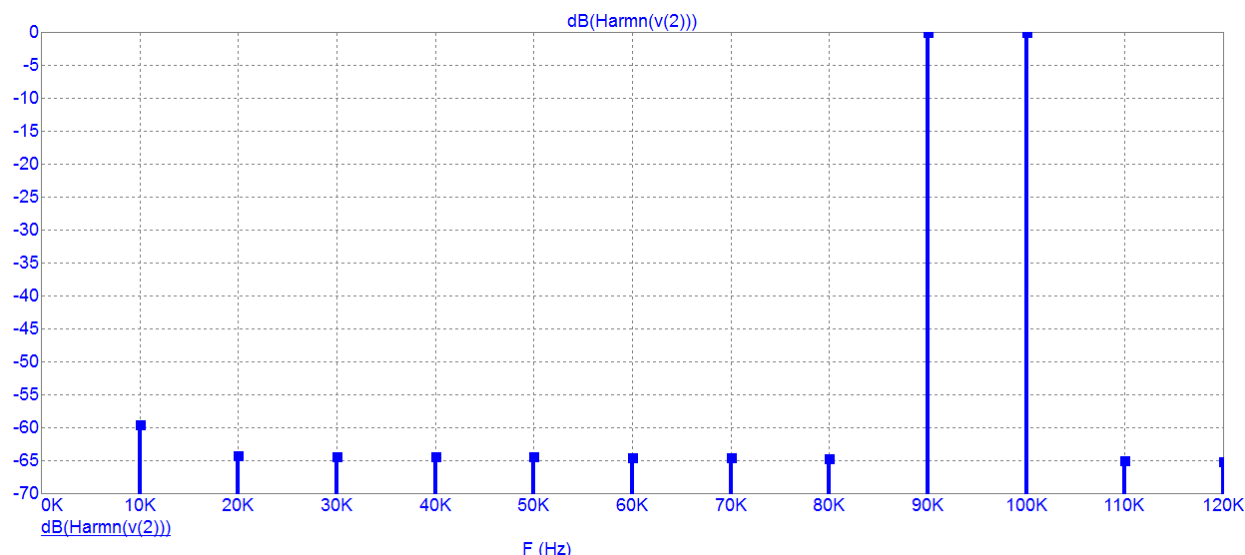
При рассмотрении схемы каскада на биполярном транзисторе с общим эмиттером (рис. 1, а), работающей от генераторов напряжения синусоидальной формы, был выбран уровень гетеродина, равный 620 мВ, при котором коэффициент передачи смесителя составил –15дБ. При изменении уровня



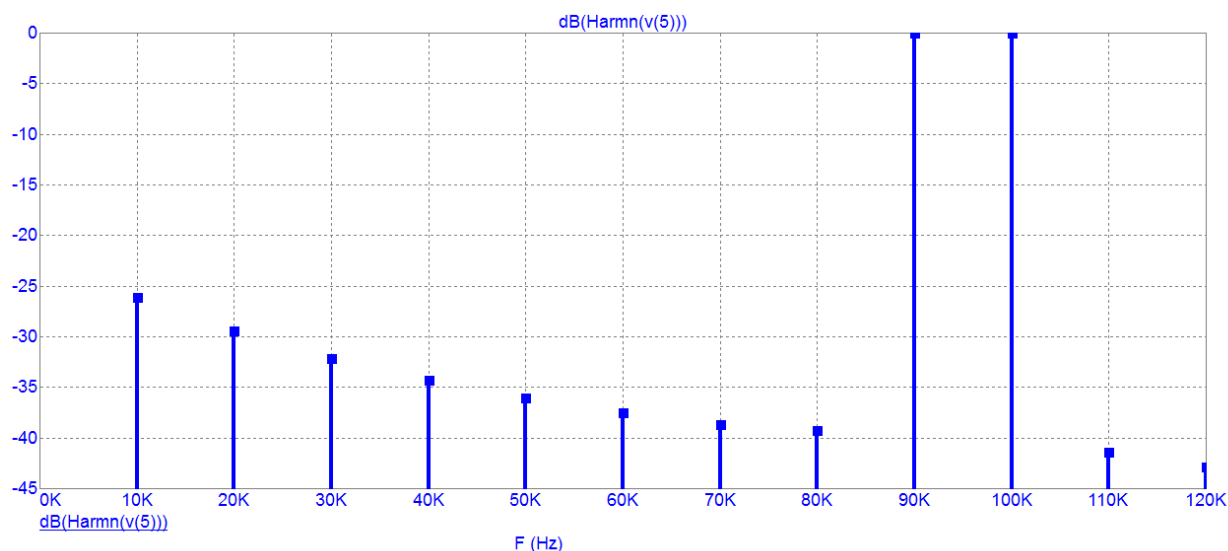
входного сигнала с фиксированным значением напряжения от гетеродина были получены спектральные характеристики выходного сигнала и зависимости коэффициентов передачи основной и комбинационных составляющих нечетных порядков. В результате компьютерного моделирования получили верхнюю границу динамического диапазона работы перемножителя на основе каскада на биполярном транзисторе, включенного по схеме с общим эмиттером, значение входного напряжения, равное 240 мВ при работе с входным сигналом синусоидальной формы и величиной сигнала гетеродина, составляющей 620 мВ. При этом коэффициент передачи основной составляющей на 9 дБ больше, чем у комбинационных составляющих нечетных порядков.

Аналогичным образом были проведены измерения схемы токового зеркала (рис. 1, б). При уровне входного колебания, равном 60 мВ, были получены спектральные характеристики выходного сигнала. В результате компьютерного моделирования получили, что при напряжениях гетеродина менее 300 мВ транзисторы в схеме закрыты. При сигнале гетеродина свыше 0.68 В транзисторы находятся в режиме насыщения при синусоидальном входном сигнале. Зафиксировав значения уровня напряжения гетеродина 0.62 В, получили величину коэффициента передачи основной гармоники, равной –15 дБ. Таким образом, верхним пределом динамического диапазона при соответствующем установленном уровне напряжения гетеродина для сигнала синусоидальной формы получили значение входного сигнала напряжения, равное 0.56 В. Основная составляющая выходного сигнала превышает более чем на 18 дБ комбинационные составляющие выше второго порядка.

Также был проведен анализ влияния на линейность работы схемы каскада на токовом зеркале типа подаваемого сигнала. Для этого были рассмотрены две схемы токового с одинаковыми выходными параметрами, на вход одной из которых были подключены генератор напряжения и гетеродин, ко второй – генератор тока и гетеродин. Полученные спектральные характеристики приведены на рис. 2, в, г, из которых видно, что возбуждение от генератора тока существенно повышает линейность преобразования частоты.



(а) работа от генератора тока



(б) работа от генератора напряжения

Рис. 2. Смоделированные спектральные характеристики в среде MicroCap транзисторных каскадов на основе токового зеркала с токовой стабилизацией и токовым возбуждением, с токовой стабилизацией и возбуждением от источников напряжения (а) и (б) соответственно

Также была рассмотрена схема ячейки Джильберта (рис. 1, в), которая относится к балансным схемам перемножителей и характеризуется в режиме усиления высокой линейностью работы. На рис. 3 приведены спектральные характеристики такой схемы при подаче на вход сигналов от генераторов напряжения (рис. 3, а) и генераторов тока (рис. 3, б) с близкими значениями частот.

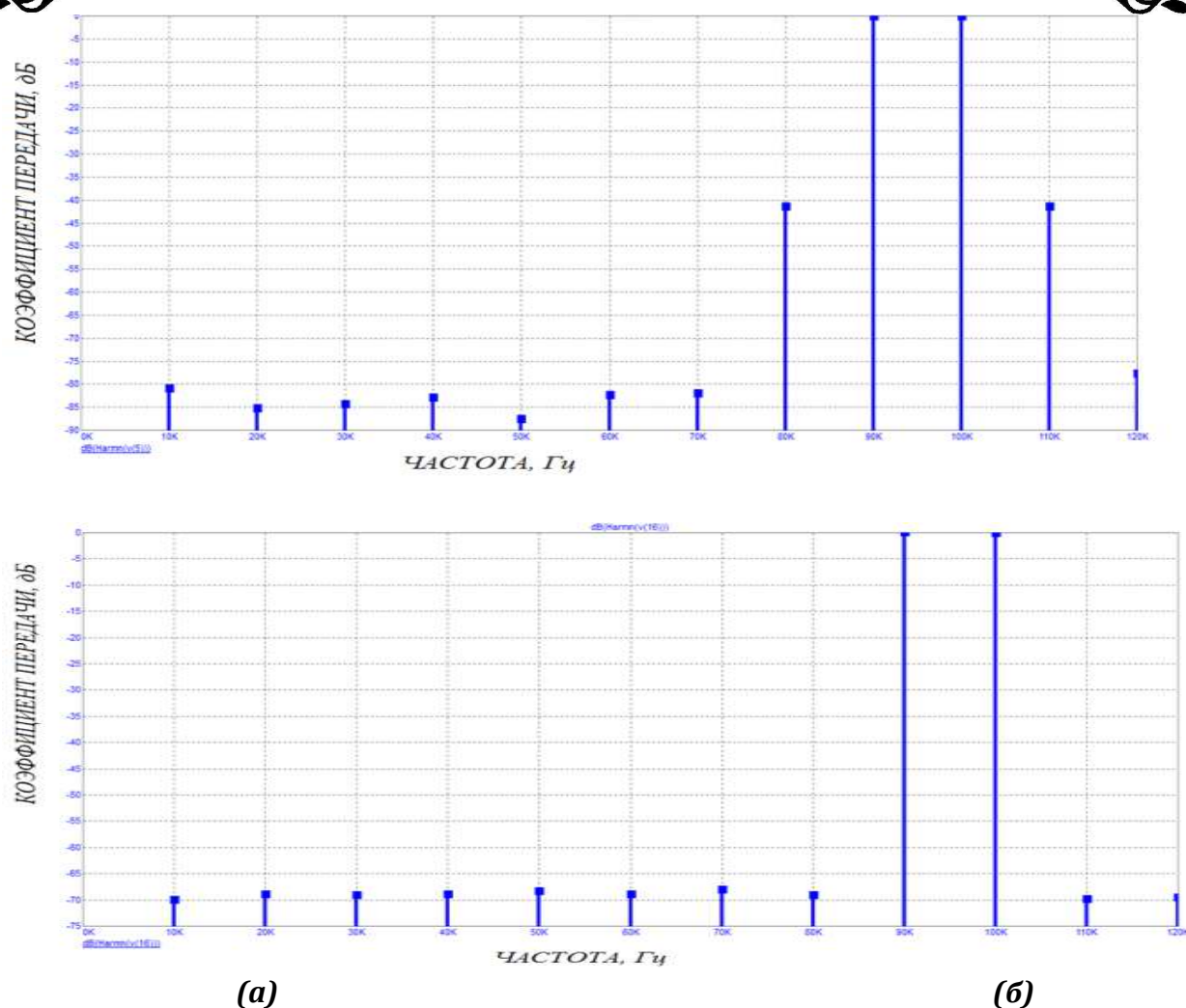


Рис. 3. Смоделированная спектральная характеристика транзисторного каскада на основе ячейки Джилберта при запуске от генераторов напряжения (а) и от генераторов тока (б) в среде MicroCap

Таким образом, получили, что в спектре выходного сигнала присутствуют основные составляющие, а уровень комбинационных компонент достаточно велик, т.е. рассмотренная схема при работе от генератора напряжения является квазилинейным усилителем. При ее работе от генераторов тока спектральный состав выходного колебания значительно улучшается.

Выводы: Было проведено исследование базовых схем смесителей, которые могут быть использованы в качестве основы для построения более сложных схем в современной медицинской технике и лабораторном оборудовании. На основании проведенных исследований можно сделать вывод о том, что наилучшей линейностью характеризуется схема перемножителя на основе токового зеркала на биполярных транзисторах. При сравнении линейности работы схем с сигналом от генераторов напряжения и генераторов тока получили, что лучшую линейность при работе каскадов на биполярных транзисторах наблюдалась от генераторов тока.

Список литературы:

1. Левшин Л.В., Салецкий А.М. Оптические методы исследования молекулярных систем. Молекулярная спектроскопия. М.: Издательство МГУ, 1994. 320 с.
2. Жигарев А. А., Шамаева Г. Т. Электронно-лучевые и фотоэлектронные приборы: Учебник для вузов. М.: Высшая школа, 1982. 463 с.
3. Павлов В.Н., Ногин В.Н. Схемотехника аналоговых электронных устройств. Учебник для ВУЗов. – М.: Горячая линия – Телеком, 2001. – 320 с.
4. Джонс М.Х. Электроника – практический курс / Пер. с англ. 2-е изд. М. : Техносфера, 2006. 512 с.
5. Поляков А.Е., Стрыгин Л.В. Методика измерения $IP2$ и $IP3$ двухтонового сигнала // Труды МФТИ. 2012. № 2. С. 54 – 63.
6. Курганов А.Н., Павлюк А.П. Характеристики линейности измерительных приемников. Труды НИИР, 2003 - 10с.
7. <http://www.spectrum-soft.com/demo.shtm>
8. Зайцев А.А. Моделирование цифровых устройств в среде схемотехнического анализа MicroCap 9: метод. указания к лабораторным работам. Самара: Издательство Самар. гос. аэрокосм. ун-та им. С. П. Королева (нац. исслед. ун-т), 2011. 48 с.

УДК 159,9

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ СРЕДЫ

Юртаева Н.И., Валеева Н.Ш.

Казанский национальный исследовательский технологический университет,
(КНИТУ), г. Казань, Республика Татарстан

Аннотация. *Вопросы здоровья на психологическом уровне принято связывать с личностным контекстом рассмотрения. Понимание сущности человека является ключом к пониманию категорий здоровья и нездоровья (болезни). Один из признаков здоровой личности предполагает умение человека регулировать свои поступки и поведение в границах социальных норм. Для психологического здоровья нормой является присутствие определенных личностных характеристик, позволяющих не только адаптироваться к обществу, но и, развиваясь самому, содействовать его развитию. Психологическое нездоровье предполагает определенный спектр отношений с окружающими, выраженный в зависимости от вредных привычек, уходе от ответственности за свои поступки, утрате веры в себя, свои возможности, пассивности как «духовном нездоровье». В особую группу повышенного риска по состоянию психологического здоровья входит студенческая молодежь. Молодые люди, обучающиеся в стенах вуза, сталкиваются с серьезными проблемами не только по усвоению знаний, которые идут в большом объеме, а и с процессами адаптации к самому процессу обучения. Получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и*



физических нагрузок. Попадая в новые жизненные ситуации, молодым людям необходимо действовать самостоятельно и принимать решения без чьей-либо помощи, а для этого требуется смена привычных жизненных ритмов и адаптация к новым условиям обучения.

Ключевые слова. Психологическое здоровье. Признаки здоровой личности. Студенческая молодежь как группа повышенного риска по состоянию психологического здоровья. Социальная обусловленность здоровья и болезни. Здоровьесберегающие технологии. Меры оптимизации здорового образа жизни.

Актуальность. Особенности жизнедеятельности людей в настоящее время, живущих в технологическом, урбанизированном обществе определяются изменением ритма и образа жизни, нежели несколько сотен или даже десятков лет назад. Эти изменения происходят под влиянием политических, социально-экономических преобразований общества и находят отражение в многочисленных личностных проблемах связанных с нарушением здоровья.

Развивающееся общество, новые технологии, ускоряющийся ритм жизни, переизбыток информации, нехватка времени на ее восприятие и обработку, нацеленность на эффективную деятельность, профессиональный успех делает человека уязвимым относительно собственного здоровья. Ситуация, когда ценой профессионального успеха становится здоровье, не может считаться нормой современной жизни.

Известно, что жизнедеятельность человека как сложной системы обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях функционирования, в самом общем приближении на биологическом, психологическом и социальном. На каждом уровне здоровье человека имеет особенности своего проявления. Здоровье на биологическом уровне предполагает динамическое равновесие функций всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды. Если вопросы профилактики здоровья, укрепления защитных сил организма и лечение болезней с давних пор находится в поле внимания традиционной медицины, то представления о сущности и путях обеспечения здоровья, связанного с психологическим уровнем, пока еще не могут быть признаны удовлетворительными.

Вопросы здоровья на психологическом уровне, так или иначе, связаны с личностным контекстом рассмотрения, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Чем более гармонично соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена, и способна противодействовать влияниям извне. Психическое здоровье также связано с системой общественных отношений. Влияние социума на здоровье личности огромно. Переход от психологического к социальному уровню достаточно условен. Психологические свойства личности просто не существуют вне системы общественных отношений, в которую она включена. Человек предстает на этом уровне, прежде всего как существо общественное. И соответственно здесь на передний план выходят вопросы влияния социума на здоровье личности.

Психическое здоровье испытывает воздействие со стороны различных социальных связей, в том числе семьи, общения с друзьями и родственниками, работы, досуга, принадлежности к различным организациям.

Один из признаков здоровой личности предполагает умение человека регулировать свои поступки и поведение в границах социальных норм. Психическое здоровье ассоциируется с потребностью человека в самореализации как личности, то есть психическое здоровье обеспечивает ту сферу жизни, которую мы называем социальной. Человек реализует себя в обществе только в том случае, если он имеет достаточный уровень психической энергии, определяющий его работоспособность, и в то же время достаточную пластичность, гармоничность психики, позволяющую адаптироваться к обществу, быть адекватным его требованиям [5]. Понимание сущности человека является ключом к пониманию категорий здоровья и болезни. Это четко представляли себе специалисты в области медицины. Они не отрывали социальное от биологического, подчеркивали, что социальное опосредует биологическое, преобразует его. Здоровая личность способна приводить в полное равновесие свои мысли, чувства и действия, справляться с разногласиями в себе [1].

По мнению академика Ю.П. Лисицына, здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести нестеснённую в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие» [4].

Несмотря на понятное положение о социальной обусловленности здоровья и болезни, в конкретных определениях этих категорий имеется самый различный подход. Поскольку обычно здоровье определяют через болезнь (ее отсутствие) и ее трактовки считаются менее трудными, чем дефиниции здоровья. Нередки определения болезни как нарушения связей, взаимодействия организма с внешней средой, нарушения адаптации к среде обитания (дезадаптации). К подобным представлениям о сущности болезни идейно близки и исследования выдающегося ученого Г. Селье, который болезнь рассматривает как патологический стресс или дистресс – нарушение процессов адаптации, обеспечиваемых адаптивными гормонами. Исходящие только из биологических представлений о болезни и те взгляды, согласно которым болезнь выражается в нарушении соответствия биологических ритмов организма, темпов жизненных процессов и реакций, происходящих в определенных интервалах времени, с внешними средовыми природными временными периодами, циклами.

Еще в античных источниках были известны представления об энергии организма, психической энергии и их связи с здоровьем человека. В произведениях философов, врачей, социологов, писавших о здоровье и болезнях, обращено внимание на решающее воздействие социальных отношений, условий и факторов, образа, стиля жизни людей. Авторы ряда определений болезней, нездоровья упоминают о нарушении человеческих, поведенческих, общественных



функций, нарушениях социальной адаптации, нарушении человеческих чувств, переживаний, потери радости жизни и мироощущении.

Психологическое нездоровье предполагает определенный спектр отношений с окружающими, выраженный в зависимости от вредных привычек, уходе от ответственности за свои поступки, утрате веры в себя, свои возможности, пассивности как «духовном нездоровье». В изменении психических состояний обычно наблюдается чувственная тупость, беспричинная злость, враждебность, ослабление как высших, так и низших инстинктивных чувств, повышенная тревожность. В сфере психических процессов чаще неадекватное восприятие самого себя, нелогичность поступков, снижение когнитивной активности, хаотичность (неорганизованность) мышления, стереотипность мышления, повышенная внушаемость, нескритичность.

В целом такая личность достаточно дезинтегрирована. Ей присущи утрата интереса, любви по отношению к близким, пассивная жизненная позиция. В плане самоуправления она отмечается неадекватностью самооценки, ослабленным или, напротив, неоправданно гипертрофированным самоконтролем, ослаблением воли. Ее социальное неблагополучие проявляется в неадекватном восприятии окружающего мира, эгоцентризме, стремлении к власти как самоцели, вещиизме и др.

Основная функция психологического здоровья – это поддержание активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов личности. Для психологического здоровья нормой является присутствие определенных личностных характеристик, позволяющих не только адаптироваться к обществу, но и, развиваясь самому, содействовать его развитию. То есть такая норма может быть тем образом, который служит ориентиром для организации педагогических, психологических условий ее достижения. Психологическое здоровье предполагает адекватное социальное поведение, умение понимать себя и других, умение делать выбор в сложных ситуациях и нести за него ответственность, реализация собственного личностного и профессионального потенциала в разных видах деятельности, состояние душевного комфорта и психического развития личности.

Психическое самоуправление предполагает сознательные воздействия человека на присущие ему психические явления, выполняемую им деятельность, собственное поведение с целью поддержания или изменения характера их протекания. Процессы психического самоуправления носят обязательно сознательный и целенаправленный характер. Человек психологически здоровый должен уметь «расшифровывать» свое психическое состояние и оказывать на него необходимое воздействие, знать свои наиболее сильные и слабые психологические особенности, уметь адекватно оценить подлинный уровень своих физических и психических возможностей.

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о неимоверно нарастающих нагрузках на нервную систему человека, его психику. Это в первую

очередь объясняет образ жизни и профессиональная среда, в которой пребывает человек. Особенности профессиональной деятельности современных людей связаны не только с умением применить полученные знания, но и с определенными психологическими трудностями, возникшими на этом пути. При этом часто наблюдаем такое сопровождение профессиональной деятельности как информационные перегрузки, стрессы, психическая напряженность, повышенная тревога за непрогнозируемый завтрашний день, снижение непосредственных контактов в общении, приносящих положительные эмоции и постоянная нехватка времени. Все чаще фиксируются эмоциональное выгорание, профессиональная деформация и неумение выйти из круга этих проблем. В образе жизни современного человека немаловажную роль также играет культура питания и двигательная активность. Возрастные агрессивные факторы среды и другие патогенные особенности современной жизни приводят к ухудшению здоровья людей.

Профессиональная среда требует от человека определенных характеристик, сформированность которых может дать положительный результат, отражающийся на психологическом здоровье. Формирование комплекса характеристик, отвечающим требованиям запрашиваемой среды начинается задолго до непосредственного в нее включения. Поэтому необходимо сосредоточить внимание на подготовке специалистов как полноценной, психологически здоровой личности еще во время ее обучения.

В особую группу повышенного риска по состоянию психологического здоровья входит студенческая молодежь. Молодые люди, обучающиеся в стенах вуза, сталкиваются с серьезными проблемами не только по усвоению знаний, которые идут в большом объеме, а и с процессами адаптации к самому процессу обучения, его спецификой. Необходимо знать, как использовать собственную работоспособность. Для высокой умственной работоспособности необходимы мерность и ритм работы. Для каждого человека требуется определенный оптимальный для него ритм деятельности, оптимальное количество информации. Недостаток поступления информации так же опасен, как и её избыток. Наиболее эффективный путь преодоления длительного перенапряжения и сохранения высокой умственной работоспособности состоит в выборе и соблюдении не только рационального ритма и режима труда, но и различных основных жизненных отправлений [3].

Получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок. Попадая в новые жизненные ситуации, молодым людям необходимо действовать самостоятельно и принимать решения без чьей-либо помощи, а для этого требуется смена привычных жизненных ритмов и адаптация к новым условиям обучения.

В юности завершается период физического созревания человека, происходит рост его самосознания, формирование мировоззрения, начало вступления во взрослую жизнь. Поскольку процессы физического, психического и



социального созревания протекают неравномерно и одновременно, хронологические границы, отделяющие юность от подросткового возраста и от взрослости, весьма подвижны. Формирующееся мировоззрение молодых людей, обобщенная форма самосознания, работа которого проявляется в стремлении подойти к себе с позиций, декларируемых в обществе ценностей, открытие собственного «Я», переживаемое в форме чувства своей индивидуальности и неповторимости. Формируются познавательные мотивы.

Наряду с внутренними познавательными мотивами освоения знаний появляются широкие социальные и личностные внешние мотивы, среди которых мотивы достижения занимают одно из ведущих мест. Учебная мотивация качественно меняется по структуре. Сама учебная деятельность становится средством реализации жизненных планов будущего.

Социальная неустроенность и адаптация к новым условиям в юном возрасте, когда ресурсы личности и оптимизм по поводу здоровья кажутся неисчерпаемыми, не всегда дают положительный результат. Неумение распределять труд и отдых, выходить из стрессовых ситуаций, жить в режиме повышенных нагрузок – все это сказывается на физических и психических ресурсах человека. Стремление получить признание и высокий статус в новом коллективе, занять достойное положение и самореализоваться в группе сверстников не должны соседствовать с неразборчивостью средств достижения своей цели и различными формами рискованного поведения.

Развитию стрессовой дезадаптации студентов могут способствовать повышенное эмоциональное напряжение в период зачетно-экзаменационных сессий, несоответствие уровня требований преподавателей уровню начальной подготовки студентов, особенно на первых курсах, неумение распределять время на необходимые занятия в процессе обучения. Все это приводит к неудовлетворенности учебным процессом, возникновению конфликтных ситуаций с преподавателями, что, в свою очередь, также является дополнительными источниками психического напряжения и как следствие преобладанием негативного состояния. Данное состояние способствует демотивации обучения, снижает уровень самореализации и успеваемости в учебной деятельности, а значит, создает угрозу психологическому здоровью студентов.

В качестве центральной характеристики психологически здорового человека можно отметить свойство саморегулируемости. Это возможность адекватного приспособления, как к благоприятным, так и к неблагоприятным условиям и воздействиям. В процессе адаптации к трудным ситуациям человек должен уметь не только противостоять им, но и смог бы использовать их для самоизменения, роста и развития.

В создавшихся условиях естественным становится обращение к здоровьесберегающим технологиям, ее принципам и методам. Способствовать развитию навыков здоровьесберегающего поведения могут отказ от пагубных привычек, наносящих вред здоровью, правильное распределение времени,

управление им (*time management*), организация здорового, рационального питания, физическая активность, организация личного времени в подготовке к занятиям, своевременный и полноценный отдых. Вся система, направленная на поддержание здоровья, должна быть регулируемой и применима как к группе студентов, так и индивидуально. Все психолого-педагогические технологии, программы, методы, должны быть направлены на воспитание у учащихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни [2].

Проблема психологического здоровья студентов теоретически предлагает различные варианты ее рассмотрения. Чтобы выяснить, как обстоит дело на практике, мы провели анкетирование. Опрос был проведен среди студентов первых курсов факультета химической технологии, тогда, когда студенты уже проучились первый семестр. Выборка составила 60 человек. Это студенты, получающие техническое образование. Студентам предлагалось ответить на вопросы анкеты (10 вопросов), отмечая в графе свои утверждения («да», «нет», «затрудняюсь ответить»). Полученные результаты опроса представлены ниже.

Содержание вопросов должно было раскрыть общую картину адаптации и затруднений в обучении, которые сказываются на самочувствии и состоянии студентов. На вопрос «Вы можете уверенно сказать, что справляетесь с трудными ситуациями?» положительно ответили только 16,6% опрошенных, 75% не всегда могут справиться с возникающими трудностями и 8,3% затрудняются ответить. На вопрос «Имеются ли у вас вредные привычки?» отрицательно ответили 71,6% респондентов. «Трудно ли дается организовать свое время?» только 15% могут управлять собственным временем. «Считаете ли вы себя вполне здоровым?» 56,6% ответили положительно, 20% отрицательно и 23,3% затруднятся ответить. На вопрос «Преподаватели слишком требовательны к вам?» 58,3% ответили утвердительно, 8,3% отрицательно и 33,3% затрудняются ответить. «Занимаетесь ли вы спортом?» утвердительно ответили 23,3%. На вопрос «Трудно ли вам учиться в вузе?» 68,3% ответили утвердительно и 31,6% отрицательно. На вопрос «Вы в данное время живете самостоятельно, вне родного дома?» 68% ответили утвердительно. «Часто ли вы испытываете беспокойство по поводу личных взаимоотношений с сокурсниками, всегда ли находите общий язык?» утвердительно ответили 46,5% опрошенных. На вопрос «Вы уверены в том, что сделали правильный профессиональный выбор?» положительно ответили более 80%.

По завершении наших мыслей о психологическом здоровье, используя результаты опроса студентов, можем говорить о том, что немало студентов испытывают трудности, связанные с изменением условий жизни, требованиями преподавателей, контролем выполненных заданий. Кроме того, необходимо брать во внимание самостоятельное проживание вдали от родных, новые знакомства и связи с людьми не всегда бывают правильно выстроены, не имея на то жизненного опыта, допускаются ошибки, а значит и чувство дискомфорта,



тревоги могут присутствовать и влиять на психологическое состояние студентов. При низкой стрессоустойчивости эти факторы могут привести к развитию дистресса у обучающихся, отрицательно сказываться на здоровье.

Именно в студенческие годы происходят интенсивные поиски себя, приобщение к будущей профессии, профессиональное самоопределение и планирование карьеры, развиваются личные взаимоотношения, любовь, планируется будущая семья. Все это происходит за кратчайший период, который во многом определяет судьбу человека. В этот период возникает масса проблем психологического характера. Это и затруднения, связанные с отсутствием или недостаточным развитием каких-либо ценных личностных качеств, дефицит в развитии социально-перцептивных форм поведения, неумение управлять собой и своим временем, предупреждать и разрешать межличностные конфликты и другое.

Ориентации только на помощь извне делают человека пассивным, зависимым от внешней среды в решении собственных психологических проблем. Чтобы быть уверенным в своих силах, своих способностях, необходимо уметь ими распоряжаться. Поэтому важнейшими критериями, влияющими на психологическое здоровье личности, являются психологическая адаптация, самоконтроль, самоуправление и ответственность.

Выводы по результатам опроса могут помочь при проведении корректирующих мероприятий и оказании индивидуальной помощи студентам по сохранению психологического здоровья, а также для дальнейших исследований заявленных проблем.

Решение задачи адаптивных возможностей и преодоления трудностей личности студента, связанных с психологическим здоровьем, может осуществляться усилиями преподавателей и самих студентов через внедрение в учебный процесс основ здоровьесберегающих технологий, которые предусматривают ряд мероприятий. Это могут быть и организационно-педагогические технологии, определяющие структуру учебного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления и гиподинамии и прочих дезадапционных состояний, и психолого-педагогические технологии, которые связаны с непосредственной работой на занятиях. Важным условием оптимизации психологического здоровья является психолого-педагогическое сопровождение студентов с использованием всех элементов образовательного процесса по формированию культуры здоровья, мотивации к ведению здорового образа жизни, повышение ресурсов психологической адаптации личности.

Список литературы.

1. Ананьев В.А. Психология здоровья – новая отрасль человекознания / В.А. Ананьев. – СПб.: 1996. – 197с.
2. Белогурова Я. Г., Медведь Р. В. Внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс профессиональных образовательных организаций / Я.Г. Белогурова, Р.В. Медведь // Молодой ученый. – 2015. – № 19. – С. 9-10.

3. Капилевич Л.В. Здоровье и здоровый образ жизни: учебное пособие / Л.В. Капилевич, В.И.Андреев – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2008. – 102 с.
4. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов / Ю.П. Лисицын. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
5. Секач М.Ф. Психология здоровья / М.Ф. Секач – М.: учеб. пособие для высшей школы. – 2-е изд. – М.: Гаудеамус, 2005. – 192 с.

УДК 614.2

РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ, ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАСЕЛЕНИЕМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Якунина М.А., Курзанова Ю.Н¹, Абумуслимова Е.А.

ФГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ структуры потребления основных продуктов питания населения в субъектах Российской Федерации и рекомендуемых рациональных норм потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания. Полученные данные свидетельствуют о достаточно серьезном несоответствии структуры пищевых продуктов, потребляемых населением РФ, рекомендуемым нормам рационального питания. Установлен высокий уровень вариабельности объемов потребления в субъектах РФ.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, рациональное питание, нормы потребления продуктов питания

Актуальность. Медико-социальное значение хронических неинфекционных заболеваний на протяжении последних десятилетий постоянно увеличивается. При этом, наибольшее значение имеют болезни системы кровообращения, новообразования, хронические заболевания легких, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Характерной особенностью указанных нозологий является возможность предупреждения их возникновения путем реализации мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска, запускающих патологические процессы. Известно, что доля влияния на преждевременную смертность населения РФ, связанную с хроническими неинфекционными заболеваниями, артериальной гипертензии составляет 35,5%, гиперхолестеринемии – 23%, табакокурения – 17%, несбалансированного питания – 12,9%, избыточной массы тела – 12,5%, злоупотребления алкоголем – 11,9%, гиподинамии – 9%. Научно доказано, что развитие метаболических факторов риска таких, как избыточная масса тела и ожирение, гипергликемия, гиперхолестеринемия и повышенное кровяное давление, определяется поведенческими факторами риска, – прежде всего, нерациональным питанием и низкой физической активностью.



Проведенные исследования показали, что низкая физическая активность наблюдается у 83,3% мужчин и 90,3% женщин, нарушение пищевого поведения – у 47,0% и 78,6% соответственно.

Рациональное питание является одной из наиболее значимых составляющих образа жизни, обеспечивающей адекватное физическое и психическое развитие, оказывающей влияние на устойчивость организма к воздействию неблагоприятных биологических, химических и физических факторов среды обитания.

В РФ существует многоуровневая система мониторинга состояния питания и здоровья различных групп населения, основными задачами которой являются предоставление информации о доступности пищевых продуктов, включая оценку баланса и потребления продовольствия населением, проведение исследований, направленных на оценку фактического питания и показателей общественного здоровья.

Цель исследования – провести сравнительный анализ структуры потребления основных продуктов питания населения в субъектах Российской Федерации в 2016 году с рациональными нормами потребления пищевых продуктов, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2016 г. № 614.

Материалы и методы исследования. Для оценки полученных данных осуществлялась выкопировка сведений из статистического бюллетеня «Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах в 2017 году» Росстата согласно специально разработанной программе сбора данных. В ходе исследования проводился аналитический анализ литературных и научных данных. Математические закономерности выявлялись с помощью адекватных параметрических статистических методов с оценкой достоверности полученных результатов с использованием программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Основами государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 г. определены основные цели: сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, обусловленных неполноценным и несбалансированным питанием. Достижение и поддержание физической и экономической доступности для каждого гражданина РФ безопасных пищевых продуктов в объемах и ассортименте, соответствующих установленным рациональным нормам потребления пищевых продуктов, необходимых для активного и здорового образа жизни, является одной из важнейших задач Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента в 2010 году. Таким образом, каждому гражданину гарантируется доступность пищевых продуктов в объемах, не меньше рациональных норм потребления, необходимых для активного и здорового образа жизни.

Рекомендации по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания утверждены приказом

Министерства здравоохранения РФ от 19.08.2016 № 614 и разработаны в целях укрепления здоровья детского и взрослого населения, профилактики инфекционных заболеваний и состояний, обусловленных недостатком микронутриентов. Рациональные нормы потребления пищевых продуктов, отвечающие современным требованиям здорового питания, представляют собой среднестатистические величины основных групп пищевых продуктов в килограммах на душу населения в год. Структура основных пищевых продуктов учитывает их химический состав и энергетическую ценность, обеспечивает расчетную среднестатистическую потребность в пищевых веществах и энергии, а также разнообразие потребляемой пищи.

Проведенный анализ структуры потребляемых гражданами РФ пищевых продуктов показал, что в 2017 году было установлено превышение рекомендуемой рациональной нормы потребления хлеба на 2,8%: средний объем потребления хлеба в России составил 98,7 кг на потребителя в год (рекомендуемая норма – 96 кг). Наименьший объем потребления хлеба выявлен в Мурманской области (71,7 кг на потребителя в год), Орловской области (74,3 кг), Хабаровском крае (76,2 кг), Ненецком автономном округе (76,7 кг), а наибольший – в Республике Ингушетия (204,7 кг хлеба на потребителя в год), Дагестане (155,7 кг), Кабардино-Балкарии (150,5 кг), Республике Тыва (149,0 кг).

Выявлено значительно сниженное потребление населением РФ картофеля – 66,6% от рекомендуемого норматива, что в абсолютных единицах составило 60 кг картофеля на потребителя в год против рекомендуемых 90 кг. Самый низкий уровень потребления указанного продукта наблюдается в Ямало-Ненецком автономном округе (38 кг картофеля на потребителя в год), Чукотском автономном округе (38,5 кг), Хабаровском крае (39,8 кг). Наиболее высокий – в Республике Ингушетия (103,7 кг картофеля на потребителя в год) и Амурской области (91,3 кг).

Также неблагоприятна ситуация с потреблением овощей и бахчевых практически во всех субъектах Российской Федерации (75% от рекомендуемой нормы). Установлено, что в среднем потребление указанного продукта в 2017 году составило 105 кг на одного жителя в год, при норме рационального питания 140 кг овощей и бахчевых на одного потребителя. Наиболее высокие значения показателя установлены в г. Севастополь (171 кг продукта на одного жителя в год) и Республике Дагестан (143,3 кг). Самый низкий уровень потребления овощей и бахчевых зафиксирован в Республике Тыва (48,6 кг на одного потребителя, что почти в три раза ниже нормы), Республике Ингушетия (56,2 кг), Смоленской области (63,6 кг).

Установлено, что население РФ потребляет фрукты в недостаточном количестве (72,7% от рекомендуемого норматива – 72,7 кг фруктов против 100 кг, рекомендуемых Минздравом РФ). Наиболее благоприятная ситуация наблюдается в г. Севастополе (125,2 кг) и в Республике Дагестан (110,5 кг). Наибольший недостаток потребления фруктов зафиксирован в Республике



Ингушетия (31,9 кг фруктов на потребителя в год), Республике Тыва (43,5 кг), Тамбовской области (47,5кг).

Основным источником белка являются мясо и мясопродукты, а также рыбопродукты. Полученные данные свидетельствуют, что в среднем за год житель Российской Федерации потребляет 88,2 кг мяса и мясопродуктов, что на 20,8% больше нормы рационального питания (73 кг). Наибольшее потребление этой категории продуктов определяется в Тюменской области (124,4 кг мяса и мясопродуктов), Магаданской области (109,7 кг) и г. Севастополе (109,9 кг). В то же время установлены регионы с выраженным дефицитом потребления мясной продукции: Республика Хакасия (57,3 кг мяса и мясопродукции на одного потребителя), Республика Алтай (62,3 кг), Удмуртская республика (64,6 кг).

Рыбопродукты являются важным компонентом рациона питания и источником микроэлементов. Согласно рекомендациям Минздрава РФ, среднее потребление рыбы должно составлять 22 кг продукции на одного жителя в год. Фактическое потребление рыбопродуктов в 2017 году в субъектах РФ составило 21,5 кг, что составляет 97,7% от норматива. Наиболее высокие показатели потребления рыбы наблюдаются в г. Севастополе (36,1 кг), Астраханской области (33,3 кг), Магаданской и Тюменской областях (33,1 кг рыбопродуктов в год на одного потребителя). Дефицит потребления рыбной продукции установлен в Республике Тыва (8,6 кг рыбопродуктов в год на одного жителя), Республике Алтай (11,2 кг) и Республике Адыгея (11,6 кг рыбы на одного жителя).

Полученные данные свидетельствуют, что средний объем потребления молока и молокопродуктов в пересчете на молоко в России составил 272,6 л продукции на одного потребителя в год, что на 16,1% меньше нормы, рекомендуемой Минздравом РФ (325 л). Самые низкие показатели потребления молокопродуктов наблюдаются в Республике Тыва (148,9 литров молока в год на одного жителя), Сахалинской области (193,5 л), Республике Калмыкия (197,5 л), а самые высокие – в Чеченской республике (390,9 л), г. Севастополь (358,8 л) и Московской области (344,4 л).

Также в субъектах РФ выявлен некоторый дефицит потребления яиц – 229 штук вместо рекомендуемых 260 штук на одного потребителя в год (88%). Значительное превышение рекомендуемого количества установлено в г. Севастополь (329 штук на одного потребителя), Белгородской и Московской области (284 и 280 штук яиц на одного жителя в год соответственно). Дефицит потребления продукции наблюдался в Республике Калмыкия (150 штук яиц), Кабардино-Балкарской Республике (171штук) и Республике Хакасия (174 яиц в год на одного жителя).

Серьезной проблемой в организации здорового питания населения является потребление «прямых» углеводов, поступающих в организм в виде чистых сахаров и кондитерских изделий. Рациональная норма потребления сахара составляет 24 кг продукта в год на одного потребителя. Фактическое потребление сахара и кондитерских изделий на одного жителя России в 2017 году составило 32 кг, что на 33% превышает рекомендуемое значение. Благоприятная

ситуация с потреблением сахара и кондитерских изделий наблюдается в г. Москва (23,4 кг сахара на одного жителя в год), Чувашской Республике (23,8 кг) и Республике Хакасия (24,2 кг). Наиболее значимое превышение рекомендуемой нормы потребления легкоусваиваемых углеводов выявлено в Республике Марий Эл (46,8 кг на одного потребителя), Республике Дагестан (44,6 кг) и Республике Ингушетия (42,9 кг сахара на одного жителя).

При анализе данных установлено некоторое снижение (на 8,3%) потребления населением РФ растительного масла – 11 литров в год на одного жителя (рекомендуемая норма – 12 литров). Потребление продукта, превышающее рекомендуемый норматив, установлен в г. Севастополь (18,1 л), Кабардино-Балкарской Республике (16 л), Республике Ингушетия (15,7 л). Значение показателя ниже нормы выявлено в г. Москва и Чувашской Республике (по 8,3 литра растительного масла в год на одного потребителя), Самарской области и Хабаровском крае (8,4 и 8,6 литров в год соответственно).

Заключение. Анализ полученных данных свидетельствует о значительном несоответствии структуры пищевых продуктов, потребляемых населением РФ, рекомендуемым нормам рационального питания. Установлено значительное снижение потребления картофеля (на 33,4% от нормы), овощей и бахчевых культур (на 25%) и фруктов (на 27,3%). Следует отметить, что наиболее серьезный дефицит потребления указанных продуктов наблюдается в Республике Тыва и Республике Ингушетия.

Серьезной проблемой для организации рационального питания населения является потребление простых углеводов. Выявлено, что в среднем население РФ потребляет сахара на 33% больше нормы рационального питания. При этом обращает на себя внимание факт отсутствия субъектов с зафиксированным низким потреблением сахара. Минимальное значение показателя выявлено в г. Москва – 23,4 кг сахара в год на одного жителя, что составляет 97,5% от нормального потребления, в то же время в других регионах уровень потребления сахара может превышать рекомендуемый норматив в несколько раз (Республика Марий Эл – 46,8 кг сахара на одного человека в год, что составляет 195% от предлагаемой нормы).

Полученные данные свидетельствуют, что по ряду продуктов количество их потребления приближено к рекомендуемым нормативам рационального питания: хлеб (102,8%), рыбопродукты (97,7%), молоко и молочные продукты (83,9%), яйца (88% от рекомендуемого количества). Анализ показал, что при кажущейся благоприятной ситуации наблюдается высокий уровень вариабельности объемов потребления – соотношение максимального и минимального значения показателей достигает многократной разницы. Так при среднем практически нормальном значении потребления рыбопродуктов, максимальное количество килограмм рыбы в год на одного потребителя в Магаданской области составило 33,1 кг, а минимальное – 8,6 кг рыбы на одного жителя Республики Тыва, что составляет четырехкратную разницу. Аналогичная тенденция наблюдается и в потреблении хлеба, молока и яиц.



Таким образом, полученные данные свидетельствуют о значительно выраженном дисбалансе распределения продуктов питания, потребляемых населением в разных субъектах Российской Федерации. Рацион питания граждан в значительной степени отличен от норм рационального питания. Можно предположить, что структура основных продуктов питания определяется уровнем экономического развития региона, географическими особенностями и национальными традициями, степенью информированности граждан о принципах рационального питания и его влиянии на возникновение хронических неинфекционных заболеваний.

Актуализация состава и объема продуктов потребительской корзины в соответствии с появлением новых научных данных о здоровом питании, подразумевающим увеличение потребления продуктов, богатых пищевыми волокнами, цельнозерновых продуктов, орехов, свежих фруктов, овощей, рыбы, ограничение потребления насыщенных жиров, свободных сахаров имеет большое значение, но при этом следует учитывать уровень материального обеспечения рядового потребителя, его покупательную способность. Также необходима реализация мероприятий, направленных на повышение осведомленности населения о принципах рационального питания с одновременным развитием правовой базы, направленной на повышение ответственности за распространение рекламы, содержащей недостоверные сведения о полезных для здоровья и лечебных свойствах пищевых продуктов и активных добавок.

Список литературы:

1. ВОЗ: Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. – Электронный ресурс. - Доступен по адресу: [http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf files/WHA57/A57 9-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-ru.pdf?ua=1)
2. Государственная политика Российской Федерации в области здорового питания Доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2015. – 89 с.
3. Об утверждении Рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания: Приказ Минздрава России от 19.08.2016 г. № 614.
4. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.10.2010 г. № 1873-р
5. Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах в 2017 году: Статистический бюллетень Росстата, 2018. – Электронный ресурс. - Доступен по адресу: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf files/WHA57/A57 9-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-ru.pdf?ua=1)
6. Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. и др. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка. – Профилактическая медицина, 2012. – прил.1. – С. 3 – 18.
7. Маркова Т.Н., Герасимова Л.И., Кичигин В.А., Кочемирова Т.Н. Гендерные особенности роли поведенческих факторов риска неинфекционных

заболеваний в развитии ожирения. – Общественное здоровье и здравоохранения, 2013. - №1. – С.16 – 20.

УДК:613.955:159.922.6:355.341.1

**ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОДДЕРЖКЕ СО СТОРОНЫ ПЕДАГОГОВ**

Янковая Е.А., Бархатов И.В., Евграфова И.И., Самодова И.Л.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Аннотация. В исследовании изучена потребность обучающихся в психологической поддержке со стороны психологов/педагогов; изучена учебная мотивация обучающихся с выявлением структуры и ведущих мотивов; проведена самооценка уровня тревожности среди старшеклассников.

Ключевые слова: психологическое здоровье, школьники, психологическая поддержка, педагоги.

Актуальность. Психологическое здоровье является компонентом здоровья человека в целом. Общеизвестно, что на здоровье человека влияют следующие факторы: образ жизни, окружающая среда, наследственность, медицинское обеспечение. Многие исследователи считают, что компонентами психологического здоровья являются внутренние психологические аспекты адаптации личности, на которые влияют социальные, экологические и культурные факторы. Актуальность проблемы психолого-педагогической поддержки объясняется тем, что на пути развития и становления любого ребенка существует масса препятствий, отделяющих или отдаляющих его от желаемых результатов. В старших классах появляются факторы, негативно влияющие на психологическое здоровье: рост психологической нагрузки, ожидание предстоящих экзаменов, неопределенность будущего и трудности социальной адаптации. Рядом исследователей установлено, что все чаще подростки испытывают потребность в психологической поддержке не только со стороны семьи, но и стороны учителей, педагогов.

Целью исследования было изучить потребность в психологической поддержке школьников со стороны педагогов.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование обучающихся лицея №150 г. Санкт-Петербург с помощью опросников: методика изучения мотивации обучения старшеклассников (n=30); методика диагностики структуры учебной мотивации школьников (n=30); шкала самооценки личности (n=30); анкета изучения потребности обучающихся в психологической поддержке педагогов (n=30).

Полученные результаты. Анализ изучения потребности обучающихся в психологической поддержке педагогов показал, что знают о наличии в школе психолога 96,67%, однако никто не обращался к нему.



Оценка частоты возникновения проблем во взаимоотношениях с родителями показала, что у старшеклассников очень редко возникают конфликты с родителями (36,7%). Оценка взаимоотношений с одноклассниками показала, что менее половины старшеклассников не испытывают проблем при общении с одноклассниками (40,0%).

Установлено, что трудности в учебе возникают иногда у 16,7% старшеклассников. Выявлено, что у 10,0% школьников возникает сильное волнение перед контрольной работой, у значительной части опрошенных (36,7%) часто возникает плохое настроение, у 6,7% старшеклассников иногда возникают суицидальные мысли, у 6,67% обучающихся часто возникают трудности, непонимание во взаимоотношениях с преподавателями, у 26, 67% возникают вопросы и трудности с выбором будущей профессии.

Анализ показал, что при возникновении проблем/вопросов, старшеклассники решают вопрос самостоятельно (46,67%), обращаются к друзьям (20,00%). Выявлено, что 30,00% хотели бы получать информацию о своем психологическом состоянии и методах улучшения своего психологического состояния, в том числе от психолога (26,67%).

При проведении методики диагностики структуры учебной мотивации школьника установлено, что 30,00% учащихся считают, что чтобы они хорошо учили предмет, им должен нравиться учитель. Установлено, что значительная часть (43,33%) опрошенных считают, что общаться с друзьями, с компанией в школе гораздо интереснее, чем сидеть на уроках, учиться. Половина старшеклассников считают, что для них является немаловажным получить хорошую оценку. Выявлено, что 33,33% школьников живут по принципу «Все, что я делаю, я делаю хорошо». Половина опрошенных уверены, что знания помогают развить ум, сообразительность, смекалку. Установлено, что лишь часть обучающихся (13,33%) считают, что если они школьники, то обязаны учиться хорошо.

Выявлено, что половина школьников теряют желание учиться, если на уроке царит обстановка недоброжелательности, излишней строгости, 46,67% испытывают интерес только к отдельным предметам, лишь 16,67% старшеклассников считают, что успех в учебе - немаловажная основа для уважения и признания среди одноклассников. Установлено, что части (30,00%) старшеклассников приходится учиться, чтобы избежать надоевших нравочений и разносов со стороны родителей и учителей

Анализ показал, что 40,00% испытывают чувство удовлетворения, подъема, когда сами решают трудную задачу, хорошо выучат правило, 46,67% опрошенных хотят знать как можно больше, чтобы стать интересным, культурным человеком. Однако лишь 10,00% считают, что хорошо учиться, не пропускать уроки - их гражданская обязанность на данном этапе жизни, на уроке не любят болтать и отвлекаться, потому что для них очень важно понять объяснение учителя, правильно ответить на его вопросы.

Установлено, что 36,67% старшеклассников любят, если на уроке организуют совместную с ребятами работу (в паре, бригаде, команде), очень чувствительны к похвале учителя, родителей за школьные успехи. Однако лишь 13,3% учатся хорошо, так как всегда стремятся быть в числе лучших, много читают книг, кроме учебников (по истории, спорту, природе и т.д.), считают, что учеба в их возрасте - самое главное дело. Выявлено, что часть (10,00%) старшеклассников считают, что в школе весело, интереснее, чем дома, во дворе.

При проведении методики изучения мотивации обучения старшеклассников выявлено, что 26,67% старшеклассников считают, что обучение в школе и знания необходимы им для дальнейшей жизни и поступления в вуз, продолжения образования и не учились бы, если бы не необходимость поступления в вуз и их будущая жизнь.

Установлено, что 20,00% обучающихся предпочитают, чтобы их хвалили за способности, ум, трудолюбие и работоспособность, часть старшеклассников (13,3%) считают целью своей жизни сделать карьеру и быть счастливым.

Выявлено, что 23,33% старшеклассников считают своей целью на уроке получение знаний и попытаться понять и усвоить как можно больше учебного материала, при планировании своей работы 20,00% школьников обдумывают ее, вникают в смысл, стараются выполнить все аккуратно, 16,67% обучающихся считают самым интересным на уроке обсуждение интересного вопроса и практику, выполнение заданий.

Результаты показали, что 26,67% опрошенных изучают материал добросовестно, если он им очень интересен и необходим, школьникам нравится делать уроки, если их мало и они несложные и когда школьники знают, как их делать, и у них все получается.

Установлено, что учиться лучше побуждают мысли о будущем и стремление получить высшее образование в престижном вузе для 30,00% опрошенных, более активно работают на занятиях, если обучающимся интересна выполняемая работа и нужна хорошая отметка для 46,67%.

Считают, что хорошие отметки — это результат напряженного труда и подготовленности и понимания темы 20,00% старшеклассников, **успех при выполнении** заданий на уроке зависит от настроения и самочувствия и понимания учебного материала (33,33%).

Выявлено, что будут активным на уроке, если хорошо знают тему и понимают учебный материал, твердо уверены в своих знаниях 33,33 % старшеклассников. При этом если учебный материал не понятен (труден), то 40,0% школьников прибегают к помощи товарищей и стараются разобраться во что бы то ни стало, а также при совершении ошибки выполняют задание повторно, исправляя ошибки и продолжают думать над заданием.

Установлено, что если старшеклассники не знают, как выполнить учебное задание, обращаются за помощью к товарищам, думают и рассуждают в 30,00% случаев; отмечено, что школьникам не нравится выполнять учебные задания, если они требуют большого умственного напряжения, сложные и большие.



Анализ данных при изучении самооценки показал, что считают себя спокойными 36,67% опрошенных, 43,3% думают, что им ничего не угрожает, лишь 3,3% находятся в напряжении.

Выявлено, что испытывают сожаление 3,33% обучающихся, чувствуют себя свободно 30,0% школьников, 43,3% расстроены, значительную часть старшеклассников (36,7%) волнуют возможные неудачи. Выявлено, что лишь 6,7% считают себя отдохнувшими.

Установлено, что 3,33% испытывают беспокойство, 16,67% испытывают чувство внутреннего удовлетворения, 36,67% уверены в себе. Выявлено, что 6,67% нервничают, 3,33% не находят себе места, 36,5% чувствуют скованность, напряженность. Анализ показал, что довольны 36,67% старшеклассников, однако 6,67% озабочены и возбуждены.

Испытывают радость, приятные ощущения и удовольствие 43,3% школьников. Результаты выявили, что 10,0% опрошенных очень быстро устают, 13,6% легко могут заплакать.

Анализ данных установил, что 13,33% хотели бы быть такими же счастливым, как и другие, 10,00% нередко проигрывают из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения.

Выявлено, что 10,00% опрошенных обычно чувствуют себя бодрыми, хотя 46,67% старшеклассников очень тревожат ожидаемые трудности. Установлено, что 36,67% спокойны, хладнокровны и собраны, 46,67% стараются избегать критических ситуаций, 40,00% считают себя уравновешенным человеком. Выявлено, что 33,33% слишком переживают из-за пустяков, 20,00% принимают все слишком близко к сердцу и испытывают хандру, сильно переживают свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть.

Установлено, что 46,67% старшеклассников обычно чувствуют себя в безопасности, 33,33% обучающихся вполне счастливы, 43,33% довольны.

Результаты показали, что 20,00% школьников испытывают неуверенность в себе, 36,67% старшеклассников отвлекают и волнуют пустяки, 10,00% беспокоятся, когда думают о своих делах и заботах.

Заключение. Таким образом, установлена низкая потребность обучающихся старших классов в психологической поддержке со стороны психолога и педагогов; выявлены факторы, влияющие на психологическое здоровье обучающихся; установлены особенности учебной мотивации обучающихся. Результаты исследования выявили особенности учебной мотивации старшеклассников: на 1 месте – внешние факторы, на 2 месте – эмоциональные и на 3 месте – коммуникативные факторы. Выявлена низкая тревожность обучающихся, значительная часть старшеклассников уверены в себе, испытывают радость, спокойны, чувствуют себя в безопасности. В настоящее время разрабатываются рекомендации по совершенствованию взаимодействия обучающихся и педагогов.

Список литературы:

1. Савенкова И.А., Савина Е.А., Тюренкова И.С. "Психолого-педагогический анализ школьных проблем учащихся" // "Психолого-педагогическое сопровождение

образовательного процесса: проблемы, перспективы, технологии" - сборник научных трудов участников IV Международной научно-практической конференции (22-23 октября 2015 г.). - Орел, 2015. - С. 64-68.

2. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 490 с

УДК 376. 016:796 + 615.825

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С ДЕПРИВАЦИЕЙ ЗРЕНИЯ

Ярмольчик А.С., Калюжин В.Г.

Белорусский государственный университет физической культуры, г. Минск

Аннотация. Работа посвящена одной из актуальнейших тем адаптивной физической культуры, выявлению средств и методов, способствующих коррекции развития мелкой моторики у лиц с депривацией зрения. Приведены результаты сравнения уровня развития мелкой моторики у здоровых и больных людей. Описана разработанная коррекционная развивающая программа для нормализации уровня развития мелкой моторики лиц с депривацией зрения.

Ключевые слова: коррекционная развивающая программа, мелкая моторика, лица, депривация зрения.

Актуальность. Зрение – самый мощный источник информации о внешнем мире. Большая часть информации поступает в мозг через зрительные анализатор и частичное или глубокое нарушение его функции вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии человека.

К категории людей с депривацией зрения относятся люди с заболеваниями как: миопия, гиперметропия, косоглазие, амблиопия. Депривация зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны психофизические особенности и своеобразие развития [4].

Роль зрительного анализатора в психическом развитии человека велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у людей значительные затруднения в познании окружающего мира, ограничивает общественные контакты и возможности для занятий многими видами деятельности. У лиц с депривацией зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития [1].

Развитие навыков мелкой моторики важно потому, что вся дальнейшая жизнь человека потребует использования точных, координированных движений кистей и пальцев, которые необходимы, чтобы одеваться, рисовать и писать, а также выполнять множество разнообразных бытовых и учебных действий. Люди с депривацией зрения нуждаются в развитии мелкой моторики, так как хорошо



развитые движения и тактильная чувствительность пальцев в значительной степени компенсирует недостаточность зрения.

Дефекты зрения оказывает отрицательное влияние на формирование двигательных навыков слабовидящего и слепого человека. С целью компенсации этого недостатка на занятиях применяют приемы, с помощью которых формируются навыки самоконтроля собственных движений на основе слуховых и кожных ощущений. Развитие крупных движений определяется развитием мелкой моторики. Таким образом, ловкость и точность в ходьбе либо беге во многом зависит от ловкости пальцев рук [3].

Адаптивное физическое воспитание строится с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей людей, а также с учетом эмоциональной насыщенности [5].

В работе с данной категорией лиц использовались различные методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия материала, были некоторые различия в приемах. Они изменялись в зависимости от физических возможностей человека, запаса знаний и умений, наличие предыдущего зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки, умения пользоваться остаточным зрением [2].

Цель и задачи исследования. Цель работы – выявление влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие мелкой моторики у лиц с депривацией зрения.

Для решения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Определить особенности развития мелкой моторики у лиц с депривацией зрения.
2. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу, направленную на развитие равновесия у лиц с депривацией зрения.
3. Оценить эффективность влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие мелкой моторики у лиц с депривацией зрения.

Материалы и методы. Развитие мелкой моторики проводилось в трёх направлениях: Точной дифференцировки движений пальцев рук, схватывающей способности кистей рук, зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука».

Уровень развития мелкой моторики у взятых нами под наблюдение лиц определялся по следующим тестам:

Тесты для определения ТОЧНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДВИЖЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ РУК

Тест «Укладывание спичек». Цель: определить уровень точной дифференцировки движений пальцев рук. Методика: на столе лежат россыпью 15 спичек (предварительно окрашены в зеленый цвет, чтобы не сливались с цветом стола). Человек должен не ведущей рукой придерживать спичечный коробок, а

ведущей рукой сложить по 1 спичке в короб. Оценка: считается общее время выполнения задания.

Тест «Застегивание пуговиц обеими руками». Цель: определить уровень точной дифференцировки движений пальцев рук. Методика: упражнение выполняется обеими руками. На столе перед человеком лежит 2 листа картона. На одном листе картона пришиты пять пуговиц (расстояние между пуговицами друг от друга 1,5 см), а к краю другого листа картона пришиты пять петелек из тесьмы (расстояние между петельками друг от друга 1,5 см). По команде человеком должен начать застегивать пуговицы в петельки соответствующего размера, затем расстегнуть. Окончанием теста считается момент, когда человек застегнул и расстегнул все пуговицы. Оценка: рассматривается общее время выполнения задания.

Тест «Найди пару». Цель: определить уровень точной дифференцировки движений пальцев рук. Методика: упражнение выполняется обеими руками. На столе перед человеком лежат два мешочка, в каждом из них находятся один ключик от конструктора, ластик, гайка и 10 каштанов. На столе лежит набор предметов в следующей последовательности: ключик от конструктора, ластик, металлическая гайка. Испытуемый должен сначала правой рукой последовательно вынуть из правого мешочка аналогичные из ряда предметов, лежащих на столе, а затем вынуть такие же предметы левой рукой из левого мешочка. Оценка: берется в расчет общее время, затраченное на выполнение задания.

Тест «Пуговички». Цель: определить уровень точной дифференцировки движений пальцев рук. Методика: упражнение выполняется двумя руками. На крышке от обувной коробки лежат россыпью 15 пуговиц разного диаметра. Человек должен не ведущей рукой держать спицу, а ведущей рукой нанизывать пуговицы на нее. Оценка: учитывается общее время, затраченное на выполнение задания.

Тесты для определения СХВАТЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ КИСТЕЙ РУК

Тест «Счетные палочки». Цель: определить уровень развития схватывающей способности кистей рук. Методика: на столе лежат россыпью счетные палочки, человек ведущей рукой, без помощи другой руки, должен собрать и зажать в ладонь максимально большее количество счетных палочек за 1 мин. Оценка: учитывается количество собранных счетных палочек за 1 мин.

Тест «Доска с кнопками». Цель: определить уровень развития схватывающей способности кистей рук. Методика: на доске с кнопками «гвоздики» с разноцветными шляпками (расстояние между кнопками 2 см) человек двумя руками должен натянуть резинки так, чтобы на доске получились геометрические фигуры: квадрат, треугольник, ромб, прямоугольник, соответствующие готовому образцу. Оценка: фиксируется общее время, затраченное на выполнения задания.



Тест «Пальчиковый бассейн». Цель: определить уровень развития схватывающей способности кистей рук. Методика: на столе стоят две коробки, в одной из них находятся 1 кг фасоли и 10 каштанов, другая пустая. Физическому лицу необходимо ведущей рукой выбрать из фасоли каштаны и сложить в пустую коробку. Оценка: считается общее время выполнения задания.

Тест «Доска с вкладышами». Цель: определить уровень развития схватывающей способности кистей рук. Методика: задание выполняется обеими руками. Фигурки животных лежат на столе. Не ведущей рукой физическое лицо придерживает доску, а ведущей рукой заложить фигуры в соответствующую ячейку на доске. Оценка: берется в расчет общее время выполнения задания.

Тесты для определения ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ КООРДИНАЦИИ В СИСТЕМЕ «ГЛАЗ-РУКА»

Тест «Фигурные дорожки». Цель: определить уровень развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука». Методика: человек должен не ведущей рукой придерживать готовый шаблон, а ведущей рукой провести фломастером фигурную дорожку по напечатанным линиям штриховки (прямая, зигзаг, спиральная, волнистая) на готовом шаблоне, соединив линии штриховки. При рисовании фигурной дорожки физическое лицо следует стараться, как можно более точно следовать всем изгибам и поворотам линий, не отрывая руки от листа. Оценка: рассматривается общее время выполнения задания.

Тест «Расстановка шашек одноцветных». Цель: определить уровень развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука». Методика: человек ведущей рукой нужно расставить на шашечной игровой доске на 3 линиях 12 белых шашек на белые квадратики, а 12 черных шашек на черные квадратики. Оценка: учитывается общее время, затраченное на выполнение задания.

Тест «Расстановка шашек контрастных». Цель: определить уровень развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука». Методика: физическому лицу ведущей рукой нужно расставить на шашечной игровой доске на 3 линиях 12 белых шашек на черные квадратики, а 12 черных шашек на белые квадратики. Оценка: считается общее время, затраченное на выполнение задания.

Тест «Пазлы». Цель: определить уровень развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука». Методика: на столе человек ведущей рукой должен сложить пазлы так, чтобы получилась картинка по образцу. Оценка: берется в расчет время, затраченное на выполнение задания.

Результаты. Лица, принявшие участие в эксперименте были разделены на две группы (экспериментальную и контрольную) по 10 человек в каждой. Были разработаны и подобраны тесты при помощи которых проведено тестирование уровня развития мелкой моторики до начала занятий АФК в экспериментальной и контрольной группах. Для сравнения уровня развития мелкой моторики нами так же были обследованы 20 здоровых людей. С ними были проведены те же тесты, что и с лицами с патологией зрения.

Нами выполнен анализ научно-методической литературы по проблеме исследования и определена методология постановки педагогического эксперимента. Затем был проведен педагогический эксперимент для обоснования эффективности разработанной нами программы. Для экспериментальной группы нами была разработана коррекционно-развивающая программа, направленная на развитие мелкой моторики у лиц с патологией зрения. Контрольная группа в это время занималась по основной программе. Занятия по адаптивной физической культуре проводились в зале два раза в неделю по 25 минут.

АФК включала в себя необходимый минимум упражнений: упражнения для воспитания двигательных качеств, упражнения для профилактики нарушений осанки, плоскостопия, упражнения для развития координации движений, упражнения с большими гимнастическими мячами и с массажными мячами.

Наряду с основными корригирующими упражнениями в комплекс АФК включались упражнения прикладного характера: ползание, ходьба, бег, прыжки, метание. Эти упражнения используются как общеукрепляющие, а также для ликвидации отставания психомоторного развития путем повышения двигательной активности и эмоционального тонуса на занятиях АФК.

В экспериментальной группе (ЭГ) в дополнение к штатным занятиям АФК лица с депривацией зрения занимались по составленной нами коррекционно-развивающей программе (два раза в неделю по 25 минут пн. ср.).

Предложенная нами коррекционно-развивающая программа построена на основании анализа литературных источников и направлена на развитие мелкой моторики у лиц с патологией зрения.

Программа состоит из 4 этапов развития физического качества (мелкой моторики). Каждый этап состоит из 2 недель, который содержит упражнения различного уровня сложности: от простых до сложных, затем до более сложных и затем, до дифференцированных.

В каждом 2 недельном цикле упражнений (этапе) должно быть 5 видов упражнений: пальчиковая гимнастика, упражнения для пальцев рук (упражнения за столом), игровые упражнения или игры, точечный массаж, игры с предметами. Из каждого вида берём по 3–4 упражнения.

В таблицах 1–3 мы проводим сравнительную характеристику лиц с депривацией зрения до и после начала проведения занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Прослеживается положительная динамика развития мелкой моторики лиц с нарушениями и зрения после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе. Данные таблиц однозначно доказывают статистически достоверно выраженное улучшение показателей развития мелкой моторики.



Таблица 1

**Динамика показателей точности дифференцировки движений пальцев рук у
лиц ЭГ в ходе занятий по разработанной КРП**

ТЕСТЫ	До начала	После	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Укладывание спичек», с	42,9±5,83	28,6±2,17	2,30	2,09	<0,05
«Застегивание пуговиц», с	48,4±5,04	35,5±3,50	2,10	2,09	<0,05
«Найди пару», с	68,7±10,10	45,2±3,74	2,18	2,09	<0,05
«Пуговички», с	47,9±3,23	38,9±2,27	2,28	2,09	<0,05

По данным таблицы 1 прослеживается положительная динамика развития дифференцирования пальцев рук у лиц ЭГ при проведении занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 2

**Динамика развития схватывающей способности кистей рук у лиц ЭГ при
проведении занятий по КРП**

ТЕСТЫ	До начала	После	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Счетные палочки», с	30,4±2,57	38,1±1,47	2,60	2,09	<0,05
«Доска с кнопками», с	47,5±4,86	36±2,13	2,17	2,09	<0,05
«Пальчиковый бассейн», с	45,5±5,29	32,2±3,16	2,16	2,09	<0,05
«Доска с вкладышами», с	15,4±1,12	10,8±0,95	3,12	3,88	<0,01

Полученные результаты таблицы 2 показывают статистически достоверное улучшение показателей. Отмечается улучшение развития схватывающей способности кистей рук у лиц ЭГ после проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 3

**Сравнение параметров зрительно-моторной координации в системе «глаз-
рука» у лиц ЭГ при проведении занятий**

ТЕСТЫ	До начала	После	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Фигурные дорожки», с	116,7±4,61	104±3,18	2,34	2,09	<0,05
«Шашки одноцветные», с	74,9±9,22	54±3,19	2,14	2,09	<0,05
«Шашки контрастные», с	85,4±8,58	65,4±3,95	2,12	2,09	<0,05
«Пазлы», с	66,6±1,69	58,9±1,61	3,29	3,88	<0,01

По данным, показанных в таблицах 1–3, можно сказать, что развитие мелкой моторики у лиц с депривацией зрения после проведения цикла занятий по разработанной нами КРП значительно улучшилось. Таким образом, можно сказать, что разработанная нами экспериментальная программа эффективно развивает мелкую моторику у лиц с депривацией зрения.

Выводы. Разработанная нами коррекционная программа эффективно развивает мелкую моторику у лиц с депривацией зрения. В результате применения предложенной нами коррекционно-развивающей программы в экспериментальной группе мелкой моторики улучшились показатели, что

позволяет рекомендовать данную программу для использования у лиц с депривацией зрения на занятиях по адаптивной физической культуре.

Список литературы:

1. Калюжин, В.Г. Коррекционно-дифференцированные технологии развития мелкой моторики рук при нарушениях зрения. / Физическая культура и спорт в образовательном пространстве вуза: материалы II Междунар. заочн. науч.-практ. конф.; г.Тула, 20 мар. 2018 г. / Тульский гос. ун-т.; редкол.: д.п.н. М.С. Леонтьева [и др.]. – Тула, Изд-во ТГУ, 2018. – С. 219–225.

2. Калюжин, В.Г. Тестирование и коррекция развития мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с нарушениями зрения / Перспективные направления в области физической культуры, спорта и туризма: материалы в VIII Всеросс. очно-заочн. науч.-практ. конф.; г.Нижевартовск, 23–24 мар. 2018 г. / Нижневартровский гос. ун-т. – Нижневартовск, Изд-во НВГУ, 2018. – С. 228–233.

3. Ярмольчик, А.С. Аспекты развития мелкой моторики при нарушении зрения / Актуальные проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации: материалы VI Всеросс. с междунар. участием науч.-практич. конф. студентов и аспирантов, г. Томск, 19 апреля 2018 г. / под ред. к.б.н. А.Н. Захаровой, к.б.н. А.В. Кабачковой. – Томск: STT, 2018. – С. 178–180.

4. Ярмольчик, А.С. Влияние нарушения зрения на развитие мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста / Современные проблемы спорта, физического воспитания и адаптивной физической культуры: материалы III Межд. науч.-практ. конф. (г. Донецк, 9 февраля, 2018 г.) / под ред. Л.А. Деминской; ДИФКС. – Донецк, 2018. – С. 632–635.

5. Ярмольчик, А.С. Адаптивное физическое воспитание мелкой моторики рук в сохранении здоровья детей с нарушением зрения / Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века: материалы 18 Междунар. науч. конф., 17–18 мая 2018 г., г. Минск, Республика Беларусь: в 3 ч. / Междунар. гос. экол. ин-т им. Сахарова Бел. гос. ун-та; редкол. : А.Н. Батян [и др.]; под ред. проф. С.А. Маскевича, проф. С.С. Позняка. Ч. 3. – Минск: ИВЦ Минфина, 2018. – С. 271–272.



ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

**Материалы VI Всероссийской с международным участием
заочной научно-практической конференции**

Электронный сборник материалов VI Всероссийской с международным участием
заочной научно-практической конференции/ под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н.,
профессора В.С. Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2019. – 421 с.

<http://szgmu.ru/rus/pdo/k/162/>